

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**



**“SIGNIFICADOS CONSTRUIDOS POR LAS FAMILIAS DE  
PACIENTES PSIQUIATRICOS EN TORNO A LA  
ENFERMEDAD”.**

Universidad de Valparaíso  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
BIBLIOTECA

**Seminario de Título para optar al Grado Académico de Licenciado en  
Servicio Social y al Título Profesional de Asistente Social.**

**Institución Patrocinante:**

**HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL SALVADOR.**

**Docente Guía: Sr. Dagoberto Salinas Avilés.**

**Alumna Seminarista: Srta. Carolina Godoy Peña.**

## **Agradecimientos**

*En primer lugar, agradezco a las familias que participaron en esta experiencia de Seminario de Título, por confiar en mí.*

*También agradezco a la Institución patrocinante por abrir sus puertas y creer en la apuesta de investigación e intervención propuesta por la alumna seminarista, en especial agradezco al Sr. Antonio Lazo C. Asistente Social de la Unidad de Mediana Estadía, a la Sra. Alicia Utillano Psicóloga, al Sr. Hector Vargas Enfermero Jefe y al Sr. Raúl Cárdenas Médico Psiquiátrica, estos profesionales apoyaron el proceso de Seminario de Título, con sus opiniones, conocimientos y experiencias.*

*También agradezco a la Srta. Paola Vargas y al Sr. Rodrigo Rojas, alumnos en práctica de Terapia Ocupacional y Antropología respectivamente, por su apoyo y colaboración en la ejecución del programa de intervención de la tesis.*

*Finalmente, agradezco de todo corazón al Señor Dagoberto Salinas Avilés, por haber guiado mi Seminario de Título, debido a que realmente fue un apoyo importantísimo para la realización de este proceso y no solo en lo académico, aún cuando debo destacar su bien lograda labor de guía ya que logró iluminarme durante todo el proceso. Sin embargo, como persona fue también muy importante, debido a su gran calidad humana.*

*Gracias a todos.....*

## **Agradecimientos:**

*Ha sido un camino largo, a veces solitario, pero en mi mente siempre hubo una meta, y aquella se materializa en este libro, que reúne el final de una experiencia académica. Sin embargo, estos años fueron más que Universidad, aprendí a vivir sola, a conocer el valor de la vida, en las carencias de aquellos a quienes serví en mis prácticas, y por que no decirlo, también aprendí y conocí mis propias carencias, con las que luché en un trabajo personal, para crecer como persona, y finalmente lograr formarme como profesional.*

*Este camino no lo recorrí sola, estaba Dios que dió fortaleza a mi corazón en todo momento, y mis padres que me apoyaron y cuidaron siempre, aún más cuando veían que me faltaban fuerzas para seguir, siempre supieron como ayudarme.*

*A mi padre José Luis Godoy S., gracias por siempre tener la palabra justa y la disposición absoluta para tu hija, siempre has sido un ejemplo en lo laboral para mi, y ahora que comienzo este nuevo camino te tendré como modelo a seguir, sin olvidar el legado de esfuerzo que me has dejado, con cada desafío que has emprendido y logrado con éxito en tu vida, gracias papá por todo.*

*A mi madre Jessica Peña D., gracias por tu compañía, como por ejemplo cuando me enfermaba, todavía recuerdo cuando estuve dos semanas en cama y acudías por mí a conseguirme los cuadernos, para que no me atrasara en las materias. Siempre estuviste presente con la acción justa en el momento preciso, gracias mamá.*

*Los procesos siempre se viven en un contexto, para mí fue la vida con todas sus aristas, hubo mucha gente en el camino, pero estas líneas son meritorias para aquellos que fueron determinantes en el logro de mi meta... siempre he sabido lo quiero en la vida, pero no siempre lo he tenido, eso explica aquellos momentos de soledad, aún cuando hubo personas que estuvieron para ayudarme. Sin embargo, hay una persona a la que quiero agradecer por su sinceridad, y apoyo irrestricto, es a ti Javier Ruz G., por tu apoyo logístico, Estadístico, tecnológico, y lecturas críticas, fuíste un real apoyo en este proceso, por ello considero que eres parte de mi equipo de Seminario de Título, porque aún cuando hice la tesis sola, nunca estuve realmente sola, pero sobre todo gracias por tu amor.*

*En la vida ningún proceso se realiza solo, aún cuando creamos que es así, la interacción es obligada y necesaria y yo tuve más de lo necesario, gracias a la sinceridad de las relaciones que apoyaron la finalización de esta etapa.*



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



REF.: INFORMA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN  
SEMINARIO DE TÍTULO ALUMNA QUE SE INDICA.

VALPARAISO, 30 de Julio de 2007.

**SEÑOR DECANO:**

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Guía, cumpro con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **"SIGNIFICADOS CONSTRUIDOS POR LAS FAMILIAS DE PACIENTES PSIQUIATRICOS EN TORNO A LA ENFERMEDAD"**, cursado durante el segundo semestre del año académico 2006 y el primer semestre del año académico 2007 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social, Srta. **CAROLINA GODOY PEÑA**.

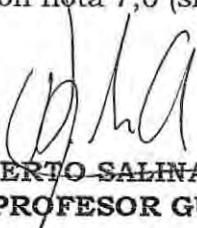
El Seminario de Título, se constituye en un esfuerzo importante por investigar e intervenir de manera fundada, en el área de salud mental, lo que se lleva a cabo contextualizando adecuadamente la dimensión institucional y teórica de la problemática.

Desde una perspectiva formal del documento, este se encuentra estructurado de forma apropiada, asumiendo un formato científicamente aceptado y contemplando una bibliografía actual y pertinente a la temática desarrollada en el seminario de Título. Todo lo anterior, permite apreciar un completo trabajo de la alumna, que evidencia un esfuerzo importante y serio por estudiar e intervenir la problemática señalada.

En otro ámbito, desde una dimensión metodológica del trabajo realizado, este asume una estrategia coherente en función de los propósitos del mismo. Así mismo, se destaca la variedad de técnicas e instrumentos recolectores de datos, tanto de naturaleza cualitativa como cuantitativa, lo que permitió la complementación y triangulación de la información. En este mismo plano, se considera que el marco de referencia asumido es adecuado y completo. Junto a lo anterior, la estrategia de intervención social desplegada, resulta coherente y pertinente a la problemática social diagnosticada, llevándose a cabo de forma rigurosa y evaluándose de manera completa.

Todo lo precedente, lleva a la autora a la presentación de conclusiones y sugerencias, avaladas por un completo proceso de diagnóstico e intervención social.

En consecuencia, atendiendo a lo señalado precedentemente en este informe, califico el documento evaluado con nota 7,0 (siete coma cero).

  
**DAGOBERTO SALINAS AVILÉS**  
**PROFESOR GUIA**

AL SEÑOR  
**ALDO VALLE ACEVEDO**  
DECANO  
FACULTAD DE DERECHO Y  
CIENCIAS SOCIALES  
PRESENTE



REF.: INFORMA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN SEMINARIO DE TÍTULO ALUMNA QUE SE INDICA.

VALPARAISO, 16 de agosto de 2007.

**SEÑOR DECANO:**

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Informante, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **“SIGNIFICADOS CONSTRUIDOS POR LAS FAMILIAS DE PACIENTES PSIQUIATRICOS EN TORNO A LA ENFERMEDAD”**, cursado durante el segundo semestre del año académico 2006 y el primer semestre del año académico 2007 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social, Srta. **CAROLINA GODOY PEÑA**.

El seminario que se informa constituye un interesante aporte para el servicio social en el área de salud mental, al definir modelos que sirven de guía a profesionales que deben atender dicha área y a familiares responsables de personas que padecen algún trastorno psiquiátrico.

En el desarrollo de la investigación la metodología y técnicas utilizadas fueron adecuadas y permiten visualizar experiencias de manera científica.

En lo formal se destaca el uso de vocabulario técnico de calidad, amplitud bibliográfica y régimen de citas correcto, acompañado de un buen nivel de análisis y síntesis.

Se adjuntan anexos útiles para posteriores consultas.

En consecuencia, atendiendo a lo señalado precedentemente en este informe, califico el documento evaluado con nota 7,0 (siete coma cero).

  
**JUANITA BIANCHETTI VACCAREZZA**  
**PROFESORA INFORMANTE**

AL SEÑOR  
**ALDO VALLE ACEVEDO**  
DECANO  
FACULTAD DE DERECHO Y  
CIENCIAS SOCIALES  
PRESENTE

## Índice

	Pág.
<b>Presentación General</b>	1
<b>Capítulo I</b>	
Marco Institucional	4
1.1 Presentación	5
1.2 Antecedentes del Hospital Psiquiátrico del Salvador	5
1.3 Características generales de la Institución	6
1.4 Estructura Organizacional	9
1.5 Servicio Social en la Institución	20
<b>Capítulo II</b>	
<b>Diagnóstico Social</b>	
2.1 Presentación	26
2.2 Planteamiento y Fundamentación del Problema	27
2.3 Objetivos de Investigación	34
2.4 Formulación de Hipótesis	35
2.5 Antecedentes del Hospital Psiquiátrico del Salvador	36
2.6 Marco Teórico	38
2.7 Diseño de Investigación	59
2.8 Estrategia de recolección de Datos	61
2.9 Análisis e interpretación de los datos	65
2.10 Síntesis Diagnostica	110
2.11 Prognosis	124
<b>Capítulo III</b>	
<b>Programación Social</b>	
3.1 Presentación	128
3.2 Fundamentación del Programa	129
3.3 Objetivos del Programa	132
3.4 Características del Programa	133
3.5 Estrategia de intervención del Programa	135
3.5 Matriz de Programación del Proyecto 1	142
3.6 Matriz de Programación del Proyecto 2	141
3.7 Esquema Tesis: Presenta el área de la realidad social estudiada, que será intervenida, por la Programación Social.	146
3.8 Planificación de Evaluación	155
<b>Capítulo IV</b>	
<b>Ejecución</b>	
4.1 Presentación	159
4.2 Registro de Ejecución Proyecto uno	160
4.3 Evaluación Proyecto uno	168
4.4 Registro de Ejecución Proyecto dos	173
4.5 Evaluación Proyecto dos	205
<b>Evaluación Social</b>	
5.1 Presentación	216
5.2 Evaluación del Programa	217

## Capítulo VI

### Conclusiones y Sugerencias

6.1	Presentación	223
6.2	Conclusiones Metodológicas	224
6.3	Desde el aporte de la Investigación	228
7	Bibliografía	231
8	Anexos	234
9	<b>Apéndice: Se adjunta en un CD.</b>	
	Apéndice uno: Transcripción de Entrevista Focalizada	
	Apéndice dos: Categorías de Análisis de la Entrevista Focalizada	
	Apéndice tres: Relación entre Dimensiones de variable (Significado y Estructura Familiar), y preguntas del cuestionario	
	Apéndice cuatro: Categorías de análisis de Focus Group	
	Apéndice cinco: Guía de orientación, para participantes del Taller: Ser familia en la adversidad, se puede"	

## Índice de Figuras

Figura 1.1	Organigrama	8
Figura 1.2	Plano de la Institución	18
Figura 2.1	Modelos de integración Comunitaria	42
Figura 2.2	Modelo Circunflejo	53
Figura 2.3	Técnicas y/o Instrumentos utilizados en el Diagnostico Social	64
Figura 2.4	Distribución según la edad de los Pacientes, que están o han estado Hospitalizado en la U.M.E	66
Figura 2.5	Distribución de los pacientes de sexo masculino y femenino que están o han estado hospitalizado en la U.M.E	67
Figura 2.6	Distribución de los pacientes según lugar de residencia	70
Figura 2.7	Mapa de residencia de usuario de Unidad de mediana Estadía	71
Figura 2.8	Familia según su composición	72
Figura 2.9	Etapas del ciclo Vital	73
Figura 2.12	Topología familiar, según los tres tipos de categorizacion mas general del modelo de Olson	76
Figura 2.13	Tipo de familia según Cohesion	77
Figura 2.14	Persepcion sobre el tipo de cercania que tiene la familia	77
Figura 2.15	Relaciones de ayuda existentes en la familia	78
Figura 2.16	Percepción de cercanía entre los miembros de la familia	79
Figura 2.17	Tipo de familia según su adaptabilidad	80
Figura 2.18	Distancia de los hermanos al inicio de la Patología	82
Figura 2.19	Distancia de los hermanos	83
Figura 2.20	Distancia del padre al paciente en el inicio de la enfermedad	86
Figura 2.21	Distancia de la madre hacia el paciente en el inicio de la patología	86
Figura 2.22	Distancia actual del padre al paciente	87
Figura 2.23	Causas no determinadas	92
Figura 2.24	Causas identificadas en las entrevistas	92
Figura 2.25	Responsabilidad del familiar responsable en la vida del paciente	95
Figura 2.26	Percepción de la vida familiar ante de la aparición de la patología	96
Figura 2.27	Alteración familiar	97
Figura 2.28	Alteración del aspecto social de la familia	99
Figura 2.29	Alteración en el aspecto económico familiar	99
Figura 2.30	Apoyo percibido por las familias al inicio de la enfermedad	100
Figura 2.31	Familias que ocultaron la enfermedad a familiares	101
Figura 2.32	Familias que ocultaron la enfermedad a amigos de la familia	101

Figura 2.33	Familias que contaron de la enfermedad a amigos	102
Figura 2.34	Familias que ocultaron la enfermedad a vecinos	103
Figura 2.35	Familias que contaron la enfermedad a familiares	104
Figura 2.36	Familias que contaron de la enfermedad a vecinos	104
Figura 2.37	Familias que lograron nuevos vínculos	105
Figura 2.38	Esquema tesis	125
Figura 3.1	Esquema del programa	138
Figura 3.2	Ciclo tecnológico	227

## Índice de tablas

Tabla 1.1	Representa el N° de otras dependencias con las que cuenta el Hospital, las que se diferencian de las que corresponden a las áreas de atención de servicios	7
Tabla 1.2	Capacidad diaria de atención del Hospital del Salvador	17
Tabla 1.3	Cantidad de recursos Humanos con los que cuenta el Hospital	19
Tabla 2.1	Tipos de deficiencias de salud en Chile y su porcentaje	30
Tabla 2.2	Rango de edad de los pacientes, que están o han estado hospitalizados en la U.M.E	65
Tabla 2.3	Estado Civil de los pacientes de la U.M.E	66
Tabla 2.4	Tipos de permanencia en la vivienda familiar de los pacientes Psiquiátricos de la U.M.E	68
Tabla 2.5	Sistema de previsión de los pacientes	68
Tabla 2.8	Presenta la frecuencia y frecuencia relativa, según el lugar de residencia de los pacientes que están o han estado hospitalizados en la U.M.E	70
Tabla 2.9	Categorización familiar según el modelo de Olson	75
Tabla 2.10	Tipos de Familia según Cohesión	76
Tabla 2.11	Labores del hogar	80
Tabla 2.12	Distancia de los hermanos	82
Tabla 2.13	Distancia del Padre al paciente, al inicio de la enfermedad	85
Tabla 2.14	Distancia actual del padre al paciente	87
Tabla 2.15	Distancia actual de la madre al paciente	88
Tabla 2.16	Representa la frecuencia y porcentaje según parentesco del Familiar Responsable del Paciente	89
Tabla 2.17	Sexo del Familiar Responsable	89
Tabla 2.18	Cusas míticas	90
Tabla 2.19	Causas míticas	91
Tabla 2.20	Causas míticas	91
Tabla 2.21	Alteración de la dinámica familiar producto de la aparición de la enfermedad	96
Tabla 3.1	Costo especificados por tipos de recursos (Presupuesto)	135
Tabla 4.1	Carta Gantt	170
Tabla 4.2	Resultados Test Antes-Después	211
Tabla 4.3	Carta Gantt	212

## PRESENTACIÓN GENERAL

El presente trabajo de tesis, da cuenta de un proceso de investigación e intervención, que se circunscribe a la formación de grado, en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Valparaíso. Realizado por la Srta. Carolina Jessica Godoy Peña, durante el segundo semestre del año 2006 y el primer semestre del año 2007. Insertándose en el Hospital Psiquiátrico Del Salvador, de la ciudad de Valparaíso, perteneciente al Servicio de Salud de Valparaíso – San Antonio. Contando con la supervisión institucional del Asistente Social de la Unidad de Mediana Estadía Don Antonio Lazo Contreras, y la supervisión académica del Asistente Social y Profesor de la Universidad de Valparaíso Sr. Dagoberto Salinas Avilés.

El seminario de título que se expone a continuación, se enmarca en una experiencia de investigación e intervención, realizada en etapas sucesivas bajo la metodología del ciclo tecnológico. La primera fase, correspondiente al Diagnóstico Social es de carácter descriptivo-explicativo, abordando la realidad a la que se ven enfrentadas hoy en día las familias de pacientes psiquiátricos severos del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

Bajo esta óptica se estudiarán los significados construidos en torno a la enfermedad por el familiar responsable del paciente, identificando así, la brecha existente entre los significados construidos basados en mitos, y aquellos fundados en información proveniente del modelo Biopsicosocial.

En un tercer momento metodológico correspondiente a la Programación Social, se considera la necesidad de psicoeducación que los pacientes requieren, de acuerdo a la construcción de significados que poseen, tipo de estructura familiar y etapa del ciclo vital en que se encuentran, para la construcción de un Plan de Intervención, permitiendo con esto una adherencia correcta, al tratamiento integral del paciente, contribuyendo así a disminuir las recaídas de los pacientes psiquiátricos severos.

En relación con lo anteriormente expuesto, se desarrolla la presente experiencia de Seminario de Título, la que es organizada en seis capítulos, los que corresponden a: Capítulo I Marco Institucional, en donde se sitúan los escenarios que se considerarán para proporcionar los principales referentes institucional en que se inscribe la experiencia desarrollada.

En capítulo II Diagnóstico, contiene el Marco de Referencia, que expone los conceptos concernientes al tema a abordar, brindando los fundamentos en la actualidad. Además se encuentra el Diseño Metodológico, presentando los referentes metodológicos que guiarán el proceso de investigación a realizar.

En el capítulo referido encontramos los resultados surgidos en el desarrollo de la experiencia, identificando las Estructuras familiares de los pacientes y los significados contruidos por el familiar responsable en torno a la enfermedad.

En el capítulo III Programación, se presenta la necesidad de intervenir, su fundamentación, objetivos, Estrategia de intervención y Planificación de la evaluación.

El capítulo IV Ejecución, del programa, en el se exponen las decisiones tomadas a través del proceso para cumplir con los objetivos del programa.

En el capítulo V se presenta la Evaluación del programa de intervención.

El capítulo VI presenta las conclusiones y sugerencias realizadas por la alumna seminarista, presentando una referencia a todos los aspectos que determinaron la experiencia llevada a cabo, así como la convergencia de los principales temas y teorías abordadas.

El Documento, además presenta material complementario, organizado en Anexos que se presentan en un apartado en la Tesis y un Apéndice presentado en formato Microsoft Word.

En relación a lo anterior el Anexo, expone material complementario a los Capítulos de Diagnostico Social, Programación Social, Ejecución y Evaluación Social.

Finalmente, el Apéndice se presenta en un CD adjunto al documento, en el se encuentra un respaldo de la Tesis, la transcripción de las entrevistas realizadas en la fase del Diagnostico Social y un documento denominado “Guía de orientación, para participantes del Taller de psicoeducación familiar”, construida por la alumna seminarista como complemento de la Intervención Social.

## **CAPITULO I MARCO INSTITUCIONAL**

## PRESENTACIÓN

El Capítulo que se presenta, da cuenta del contexto institucional en el que se desarrolló la experiencia de seminario de título.

A continuación, se presenta el informe institucional, el que presenta aspectos históricos y características generales del Hospital Psiquiátrico del Salvador, con el objeto de situar la institución, según ubicación geográfica, tipo de institución, radio de acción, cobertura, etc., luego se presenta la estructura organizacional (Misión, Visión, objetivo) y el organigrama, el cual se profundiza a través de un trato más específico de cada área de atención. A su vez el interior de la institución está dividido por sub - especialidades en las que se especifica aún más la atención y el perfil de pacientes con los que se trabaja, por lo que se dedica un apartado específico a la Unidad de Mediana Estadía, en la cual se desarrollará la experiencia.

Se expondrán los recursos (económicos, materiales, humanos) con los que cuenta el Hospital del Salvador, llegando finalmente a la presencia de Trabajo Social en la institución, conociendo su objetivo, rol, funciones, acciones y problemas más frecuentes, respecto a esto último se diferenciará por áreas de atención.

Se hace necesaria la contextualización institucional, debido a la especificidad en la atención de los Hospitales Psiquiátricos, la que debe ser presentada, para una mayor comprensión de la complejidad del área de estudio.

El seminario de título, se inscribe en el área de atención mas compleja del Hospital, debido a las características biopsicosociales de sus pacientes. Destacan entre ellos ser pacientes de larga evolución, refractarios a los tratamientos, siendo por ello conocidos como "pacientes puerta giratoria", entendiéndose por ello, pacientes que presentan recaídas seguidas, sin lograr mantenerse estables por largos periodos fuera del Hospital. Además se caracterizan por tener bajo apoyo familiar, asociándose el factor familiar al estadio evolutivo de la patología.

## **1. ANTECEDENTES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL SALVADOR.**

El Hospital del Salvador, es uno de los cuatro Hospitales que a nivel nacional se encuentran dedicados a la atención psiquiátrica y tiene como característica dedicarse exclusivamente a la atención de patologías relacionadas con salud mental, a través de modalidades de atención abierta y cerrada. Conforme a las reformas en salud, se clasifica como Hospital de Especialidades, en patologías psiquiátricas, con la particularidad de contar con un policlínico adosado, es decir, este Hospital no se clasifica según nivel de complejidad.

### **a) RESEÑA HISTÓRICA.**

El Hospital del Salvador fue fundado en 1860 como parte del antiguo Hospital San Juan de Dios, este se constituyó en el lugar ideal para acoger a las víctimas de la viruela y la T. B. C., debido a su ubicación aislada. Posteriormente con motivo de la guerra del pacífico (1879) es convertido en hospital de sangre. Sin embargo con el avance de la ciencia y el descubrimiento del antibiótico y control de la T. B. C. fue quedando vacío, constituyéndose así en un hospital psiquiátrico.

La atención a pacientes psiquiátricos se va desarrollando en el Hospital Viña del Mar (Dr. Gustavo Fricke) en 1940 a cargo del Dr. Virgilio Capelli. El equipo compuesto por Psiquiatras, Enfermeras y un Asistente Social se constituye en 1962, como un grupo de líderes comunitarios de salud mental, muy visionarios para la época.

La llegada de post – becados de la Universidad de Chile de Santiago permite estructurar definitivamente el servicio de psiquiatría. En 1970 el Dr. Julio Dittborn organiza el departamento de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso. El aumento sostenido de la población psiquiátrica motivan a las autoridades de salud a decidir en 1973 su traslado al Hospital del Salvador, el cual se convertirá definitivamente en sede de todos los recursos psiquiátricos del gran Valparaíso, siendo, su primer Director el Dr. Carlos Molinari Domínguez .

En los continuos esfuerzos para modernizar la institución –dirigida actualmente por el Dr. Hector Camerati Villar - se han creado distintos programas de rehabilitación psiquiátrica – comunitaria, los que grafican el actual énfasis institucional biopsicosocial con acento en la reinserción familiar y social de los pacientes.

A continuación se presentan características generales de la institución para contextualizarla geográficamente, conocer su radio de acción y la actual planta Directiva.

## 1.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN:

a) **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:** Hospital Psiquiátrico del Salvador

b) **PLANTA DIRECTIVA:**

- Director :Dr. Hector Camerati Villar
- Subdirector Administrativo : Sr. Salvador Manjón Sunsino.
- Jefe de Servicio Clínico Agudos : Dr. Marcelo Valdebenito V.
- Jefe de Servicio Clínico Mediana Estadía : Dr. Raúl Cárdenas Canales
- Jefa SOME : Sra. Riquelme Salas.

c) **UBICACIÓN GEOGRÁFICA:** Subida Carvallo N° 200. Playa Ancha, Valparaíso

d) **FONO:** 32-2275400

e) **RADIO DE ACCIÓN:**

Comprende el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVA) abarcando toda la Quinta Región Costa en la jurisdicción de Valparaíso, San Antonio y Casablanca y, hospitalizaciones de pacientes provenientes del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota.

f) **DEPENDENCIA LEGAL:** Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

g) **TIPO DE ATENCIÓN:** Atención Psiquiátrica Integral (modelo biopsicosocial de atención); preventiva, curativa y de rehabilitación.

h) **COBERTURA:**

En el hospital psiquiátrico, se atiende anualmente, aproximadamente a unas seis mil personas con problemas de salud mental, las mas frecuentes son: Esquizofrenia, Depresión, Psicosis, Trastorno Bipolar, Trastorno de personalidad y también se atiende personas dependientes de alcohol y droga.

Tabla 1.1: Capacidad diaria de atención del Hospital del Salvador.

Unidad de Atención	Capacidad Máxima	Número de Usuarios
Unidad de Cuidados Especiales	12	13
Sala Azocar	18	19
Sala Valenzuela	18	19
Unidad de Mediana Estadía	20	13
Hogares Protegidos	88	84
Unidad de Desintoxicación	10	9
Hospital Diurno para Pacientes con Drogodependencia	45	38
Hospital Diurno para Pacientes con Trastornos Psiquiátricos Severos	15	12
Consultorio		7
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>214</b>

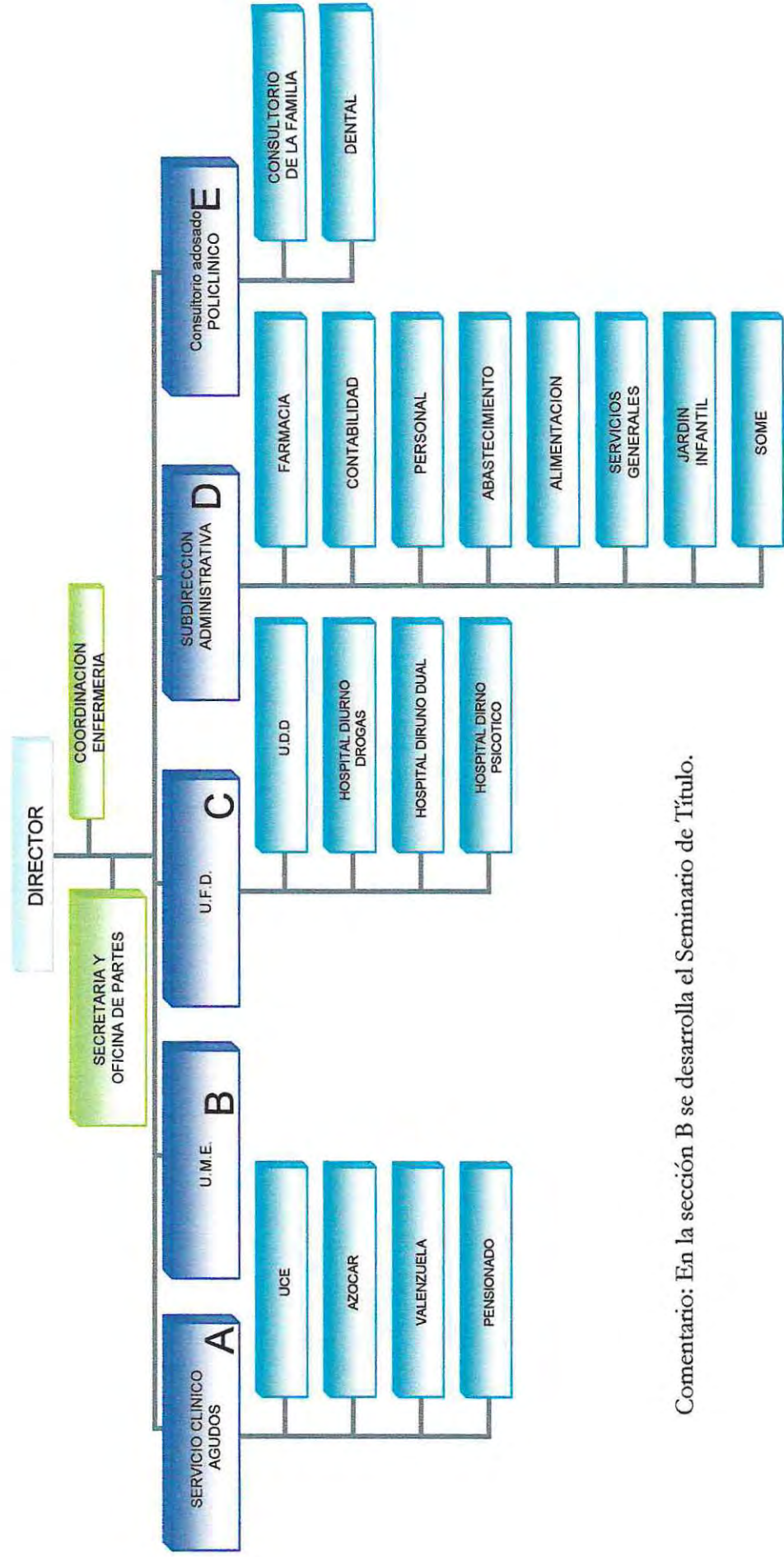
En la Tabla número 1.1 se presenta la capacidad de atención diaria, sin considerar las atenciones ambulatorias, número de días cama, es decir solo considera el número de cupos disponibles para hacer ingresos al Hospital y aquellos que efectivamente ha sido utilizados.

En relación a la disponibilidad de atención a hospitalizados, el Hospital cuenta con 87 días camas, de las cuales en el mes de Julio del año 2005 se utilizaron 72 días.

En cuanto a las atenciones en lo que respecta al año 2006, se han prestado 17.347 atenciones ambulatorias de psiquiatría, con un promedio mensual de 2.748 atenciones. De las cuales Trabajo Social, sólo en el área ambulatoria el presente año prestó 225 atenciones. Se aclara que el número de atenciones es superior al señalado, ya que el número de atenciones prestadas en las salas de atenciones a hospitalizados, quedan registradas en sus fichas y no en el centro de estadística.

A continuación, para comprender la institución desde su estructura, se presenta el organigrama institucional (Figura 1.1), el que actualmente se encuentra en un proceso de cambio, ya que pretende reflejar la nueva organización administrativa que se está implementando por parte de la nueva dirección del Hospital Psiquiátrico Del Salvador encabezado por el Director del establecimiento Dr. Hector Camerati Villar.

Figura 1.1 Organigrama.



Comentario: En la sección B se desarrolla el Seminario de Título.

### 1.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

La dirección del Hospital cuenta con un nuevo director desde Diciembre del año 2005, el Dr. Hector Camerati Villar, quién ha incorporado modificaciones a la gestión de la institución, lo que se manifiesta en la actual construcción de un Plan Estratégico, y la creación de nuevos departamentos lo que provocará un cambio en el organigrama de la institución. No obstante, la Misión Institucional, Visión y objetivos se mantienen tal como se señalan a continuación.

Desde la dirección del Hospital, en un orden descendente se identifican en el organigrama 5 grandes áreas, las cuales se traducen en las áreas de atención del Hospital, representadas por la **Atención Cerrada**, orientada a atender patologías graves, episodios agudos de descompensación que requieren de internación por un tiempo relativamente prolongado, según sea la evolución del paciente. Esto corresponde a la sección A del organigrama, en el que se presenta el Servicio Clínico de Agudos conformado por las siguientes salas: *la Unidad de cuidados Especiales (U.C.E), Sala Azocar, Sala Valenzuela y pensionado.*

Dentro de la Atención Cerrada también se encuentra la **Unidad de Mediana Estadía** (sección B del organigrama), *esta sala presta atenciones a pacientes de larga evolución, crónicos, y que por lo general presentan un gran deterioro en las distintas áreas de su desarrollo, tanto por las características de su enfermedad como por el proceso de institucionalización que les ha tocado vivir.*

Las expectativas al egreso para los pacientes, es la reinserción al núcleo familiar o a un hogar protegido, estas opciones son evaluadas por el equipo interdisciplinario de la U.M.E, compuesto por un Médico Psiquiatra (jefe de la Unidad), Asistente Social, Psicólogo y Terapeuta Ocupacional.

En este contexto se enmarca el seminario de título de Trabajo Social que estudiará las Estructuras familiares y la construcción de significados del familiar responsable del paciente en torno a la enfermedad. Queda de manifiesto la complejidad del grupo de estudio, y se entiende que son familias afectadas en todo su sistema familiar, debido a la larga data de la enfermedad y a la persistencia de sus episodios, lo que nos pone frente a pacientes crónicos, sin olvidar la complejidad que esto representa.

Otra área es la **Atención Abierta o Psiquiatría Ambulatoria**, encargada de prestar servicios en forma ambulatoria a pacientes que son derivados de otros centros hospitalarios menos especializados como hospitales o consultorios, en forma espontánea, o bien pacientes que se encuentran en proceso de rehabilitación después de haber sido hospitalizados, aquí encontramos la Unidad de Fármaco dependencia (U. F. D. sección C, del organigrama), la que a su vez se sub divide en la Unidad de Desintoxicación (U.D.D), Hospital Diurno Drogas, Hospital Diurno Dual, Hospital Diurno Psicótico.

Y en tercer y último lugar se encuentra la **Subdirección de Administración** (sección D, del organigrama), que es el área encargada de administrar el sistema

hospitalario conformado por la Farmacia, SOME, Contabilidad, Personal, Abastecimiento, Alimentación, Servicios Generales, Jardín Infantil.

Además de lo ya mencionado, el Hospital cuenta con un Consultorio Policlínico adosado que se divide en un Consultorio de la Familia y Dental (Sección E del organigrama).

**a) MISIÓN INSTITUCIONAL:**

“Trabajar Juntos Por la Salud Mental de las Personas”.

**b) VISIÓN:**

"Ser un establecimiento psiquiátrico de mediana y alta complejidad, inserto en una red de salud mental".

**c) OBJETIVO DE LA INSTITUCIÓN:**

Otorgar tratamiento integral a personas con trastornos psíquicos, con el fin de alcanzar un nivel óptimo en el tratamiento, que beneficie al paciente en su recuperación y con ello logre desenvolverse en su medio familiar y social.

El Hospital Psiquiátrico del Salvador, actualmente cumple su objetivo a través de su atención especializada, en el Servicio Clínico de Agudos, Unidad de Mediana Estadía, Unidad de Fármaco dependencia y el consultorio policlínico adosado. Las otras dependencias que se expresan en el organigrama representan la gestión administrativa y financiera que hacen posible el funcionamiento del Hospital en general.

## 1.4 SISTEMA DE ATENCIÓN

Los pacientes son beneficiarios teniendo residencia fija dentro del sector asignado, independiente a su tipo de previsión y son atendidos en base a planes individuales con sistema de trabajo mixto.

Formas de acceso a la atención cerrada:

a) **INGRESO VOLUNTARIO:** Es aquella que nace de un acuerdo libre e informado entre el paciente y su médico tratante basada en la comprensión de la indicación médica y/o solicitud de la propia persona.

b) **INGRESO NO VOLUNTARIO:**

- **Urgencia No Voluntaria:** es la dispuesta por un médico, atendido a que el paciente se encuentra en una situación de crisis y que no es posible contar con su consentimiento.
- **Resolución Administrativa de Internación:** es aquella que ha sido determinada por la autoridad sanitaria, a partir de la iniciativa de la autoridad policial, de la familia, del médico tratante (posterior a una internación voluntaria que no recupera el período de crisis y en donde el médico solicita la extensión de la internación a dicha autoridad), o de cualquier miembro de la comunidad, con el fin de internar o tratar a una persona, aparentemente afectada por un trastorno mental, cuya conducta pone en riesgo su integridad y la de los demás, o bien, altera el orden o la tranquilidad en lugares de uso o acceso público.
- **Vía Judicial:** Es aquella dispuesta por resolución del Tribunal de Justicia de la jurisdicción Valparaíso San Antonio y Viña Del Mar Quillota.

A continuación se presentan las áreas de atención del Hospital Psiquiátrico del Salvador señaladas en el organigrama, especificándose si corresponden a atenciones intra o extra hospitalarias.

## 1.5 AREAS DE ATENCIÓN

El Hospital se divide en tres principales áreas, dependiendo del tipo de atención que ofrece a sus pacientes. En primer lugar, se encuentra el área denominada **Atención Cerrada**, orientada a atender patologías graves, episodios agudos de descompensación que requieren de internación por un tiempo relativamente prolongado, según sea la evolución del paciente.

Luego se reconoce el área conocida como **Atención Abierta o Psiquiatría Ambulatoria**, encargada de prestar servicios en forma ambulatoria a pacientes que son derivados de otros centros hospitalarios menos especializados como hospitales o consultorios, en forma espontánea, o bien pacientes que se encuentran en proceso de rehabilitación después de haber sido hospitalizados.

Y en tercer y último lugar se encuentra la **Subdirección de Administración**, que es el área encargada de administrar el sistema hospitalario.

Finalmente, se encuentran otros centros de atención que prestan servicios al hospital. Dentro de ellos encontramos La Casa Club, la clínica de la P. U. C. V. ; la corporación Bresky ; y los hogares protegidos.

### 1.5.1 ATENCIÓN CERRADA

#### 1.5.1.1 Unidad Clínica para Agudos

En esta área se encuentran: la Unidad de cuidados Especiales, la Sala Azocar y la Sala Valenzuela, las vías de ingreso a cualquiera de estas tres unidades puede ser voluntaria o por resolución administrativa o judicial. La población objetiva, en agudos es un grupo bastante heterogéneo que contempla trastornos psiquiátricos y pacientes con dependencia a drogas y alcohol. Es importante señalar que dentro de una visión más integral, además del diagnóstico y tratamiento del paciente se busca incorporar al mismo a redes de apoyo que se hagan cargo del paciente y contribuyan a formar parte del tratamiento.

##### 1.5.1.1.1 Unidad De Cuidados Especiales (U.C.E.):

Esta unidad se caracteriza por presentar una atención bastante rigurosa, dada las características de los pacientes que allí se presentan. Generalmente, todos los pacientes, apenas son ingresados al hospital pasan por esta sala. Aquí se suele encontrar a los pacientes con descompensaciones más graves, por lo que deben estar constantemente vigilados, ya que, se asume que podrían constituir un riesgo real tanto para sí mismos, como para quienes los rodean. Una vez que sus síntomas son neutralizados pasan a la sala de agudos que les corresponda.

#### 1.5.1.1.1 *Sala Valenzuela:*

Sala constituida por pacientes hombres. Aquí se atienden crisis agudas, como el primer brote psicótico o una esquizofrenia descompensada. La finalidad es compensar al paciente mediante la estabilización de su tratamiento y/o dilucidar su diagnóstico clínico. En la gran mayoría de los casos estos pacientes vienen derivados de la U.C.E, su estadía es alrededor de 21 días, luego de su compensación son dados de alta a sus domicilios y de no contar con el apoyo de familiares son derivados a algún hogar protegido. Por lo tanto, el nivel de rotación de los usuarios es alto y permanente.

#### 1.1.1.1.1 *Sala Azócar*

La sala Azócar es homóloga a la sala Valenzuela, solo que está destinada exclusivamente a mujeres. Se trabaja en base a un equipo interdisciplinario para dilucidar el diagnóstico clínico de cada paciente y conocer su contexto social y familiar. En esta sala, al igual que la sala Valenzuela, los pacientes permanecen el menor tiempo posible, alrededor de 21 días, con la finalidad de compensarlos y evaluar su alta o derivación a hogares protegidos.

### 1.5.2 **Unidad de Mediana Estadía (U. M. E.):**

En esta Unidad se enmarcó el trabajo de seminario de título realizado por la Srta. Carolina Godoy Peña, el en el periodo de un año, iniciándose en Agosto del año 2.006 finalizando en Julio del año 2.007.

Es por esto que se hace necesario profundizar las características de esta instancia de atención, ya que esto dará el marco institucional, más directo al trabajo de investigación que se realizará en el Hospital Psiquiátrico del Salvador. A continuación se presenta un apartado sobre la U.M. E. con la intención de que el lector comprenda a cabalidad el perfil del paciente que es atendido, lo que se espera de él, las principales patologías que presentan, y recursos con los que se cuenta para trabajar, antecedentes que servirán para la mayor comprensión de la temática que se abordará en la tesis.

En esta unidad se acogen a aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos graves, refractarios al tratamiento. Se trata de pacientes de larga evolución, crónicos, y que por lo general presentan un gran deterioro en las distintas áreas de su desarrollo, debido a las características propias de su enfermedad asociándose esto a la evolución misma de la patología, como por el proceso de institucionalización que les ha tocado vivir. El objeto de la U.M.E. es que estos pacientes vayan recibiendo un tratamiento terapéutico adecuado a sus necesidades. Luego del tiempo de tratamiento indicado por el equipo interdisciplinario de la U.M.E se decide el destino del paciente, las cuales pueden

ser formar parte de un hogar protegido, la derivación a una clínica especializada o la reinserción al núcleo familiar.

Lo anterior se logra a través del tratamiento integral que se inscribe en la Rehabilitación Biosicosocial, la que apunta a contemplar un trabajo con el paciente, familia y comunidad.

Este estudio, es el primero de estas características realizado en una de las cuatro Unidades de Mediana Estadía, existentes en los Hospitales Psiquiátricos de Chile, por lo que es de suma importancia, para conocer desde la mirada particular de Trabajo Social, los significados construidos en torno a la patología psiquiátrica severa por el miembro significativo de la familia del paciente.

#### *1.5.2.1 Misión:*

La misión de la unidad de mediana estadía del Hospital del Salvador es brindar atención integral e interdisciplinaria a pacientes que sufran de patología psiquiátrica post-aguda resistente, de alta complejidad no resuelta, que requieren más tiempo de internación, para un trabajo intensivo de los factores biosicosociales y familiar.

#### *1.5.2.2 Visión:*

La visión de la unidad de mediana estadía, del Hospital del Salvador es lograr la optimización de la resolutivez clínica para reinsertar al usuario en la red socio-familiar.

#### *1.5.2.3 Objetivo general:*

Otorgar tratamiento integral a personas con trastorno psiquiátricos ya mencionados, en régimen de internación total o parcial, durante el tiempo que sea necesario, que le permita alcanzar un nivel de funcionamiento tal para poder continuar con su tratamiento en otro dispositivo inserto en la red.

#### *1.5.2.4 Propósito:*

Otorgar tratamiento psiquiátrico integral, cuyo énfasis está puesto en la rehabilitación y reinserción Biosicosocial, apoyado en la red social, a pacientes con trastornos psiquiátricos complejos y resistentes al tratamiento habitual, que requieran intervenciones prolongadas para su estabilidad, teniendo en cuenta que el paciente ha seguido un itinerario terapéutico institucional previo.

#### *1.5.2.5 Población objetivo:*

La población objetivo es todo paciente con enfermedad psiquiátrica resistente al tratamiento habitual y farmacológico de última generación, con conducta de riesgo (auto y hetero), con evolución tórpida y/o el llamado "paciente de puerta giratoria" que requiere internación sobre 60 días, para reevaluación diagnóstica y/o intervenciones de mayor

complejidad por parte del equipo terapéutico, para la estabilización del cuadro clínico y la reinserción socio- familiar.

#### 1.5.2.6 *Perfil de las patologías de los pacientes:*

- Esquizofrenia resistente.
- Trastorno bipolar inestable.
- Psicosis atípicas.
- Psicosis inmanejables con DOC.

### 1.5.3 **Unidad de Desintoxicación (U. D. D.):**

En esta unidad están internadas las personas que presentan serios problemas de adicción al alcohol y/o a las drogas y que requieren de un proceso de desintoxicación intensivo.

## 1.6. **ATENCIÓN ABIERTA**

Este tipo de atención se caracteriza por desarrollarse de forma ambulatoria, esto quiere decir que los usuarios que acuden a la institución lo hacen de forma espontánea o derivados a través de una inter - consulta otorgada por otro hospital o consultorio, en la medida que necesiten atención Psiquiátrica, pero que no requieren hospitalización. El equipo de trabajo encargado de ésta área la componen: Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Enfermeros Y Auxiliares Paramédicos.

Dentro de las labores realizadas por el área de Atención Abierta podemos distinguir la siguiente entrega de servicios:

### 1.6.1 **Centro de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria**

Este centro de salud tiene a su cargo el cuidado de pacientes con patología psiquiátrica severa.

El tipo de atención que ofrece es de atención secundaria y terciaria, la cual implica tratamiento y hospitalización, respectivamente.

### 1.6.2. **Consultorio:**

Este servicio es una instancia de atención de nivel secundario, por lo que se trata de un centro especializado en problemas de salud mental. La población, a quien se dirige la atención, está compuesta principalmente por pacientes derivados por inter - consultas provenientes de otros hospitales de la región, por consultorios, o bien, por solicitar atención espontáneamente; otra alternativa es que aparezcan por emergencias, las que

son atendidas por un sistema de atención que si bien no alcanza a constituir una instancia de emergencia propiamente tal, contiene y diagnostica a pacientes que asisten de forma urgente para su posterior derivación a la unidad que corresponda.

### **1. 6.3 Unidad de Fármaco Dependencia (U. F. D.)**

#### *1.6.3.1 Hospital Diurno para pacientes con drogodependencia (H. D .D.):*

La población a quien es dirigida la atención presta acogida a personas que presentan problemas de adicción a estupefacientes y que optan por asistir a un programa que dura ocho meses y que cuenta con psicoterapia grupal, individual, diversos talleres, apoyo para las familias, entre otros.

#### *1.6.3.2 Posta Antialcohólica:*

Los tratamientos que aquí se llevan a cabo tienen un carácter interdisciplinario.

#### *1.6.3.3 Hospital Diurno para Pacientes con Patología Dual*

Este es el dispositivo más nuevo con el que cuenta el Hospital. Esta es una instancia para trabajar con pacientes que presentan dos patologías. Se consideran como dos patologías: esquizofrenia y adicción a estupefacientes.

#### *1.6.3.4 Hospital Diurno para Pacientes Con Trastornos Psiquiátricos Severos*

Esta unidad otorga tratamiento psiquiátrico y de rehabilitación psicosocial a pacientes con diagnóstico de psicosis (esquizofrenia) a través de la realización de un programa, que incluye actividades tanto para los pacientes como para sus familiares. De lunes a viernes de 9:00 a 16:30 horas, junto con ello se entrega un tratamiento, a través de una modalidad ambulatoria, para facilitar la recuperación de las habilidades sociales, instrumentales, cognitivas y afectivas; con el objetivo de reconstruir el vínculo social y desarrollar la capacidad de desenvolverse efectivamente en el medio extra - hospitalario.

### **1.6. 4. SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN**

Esta unidad básicamente se dedica a administrar la organización y coordinar todos los procesos que no son clínicos, como son el S. O .M. E, que a su vez administra la parte de estadística y recaudación del Hospital.

El Hospital Psiquiátrico del Salvador, los recursos económicos que hacen posible la realización de sus tareas son proporcionados por el Ministerio de Salud y la Corporación Nacional de estupefacientes.

A continuación se presentan los recursos con que cuenta el Hospital Psiquiátrico del Salvador.

## 1.7. RECURSOS

### 1.7.1 RECURSOS FINANCIEROS:

El Hospital Psiquiátrico del Salvador recibe un aporte económico realizado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Corporación Nacional de Estupefacientes (CONACE).

### 1.7.2 RECURSOS HUMANOS:

El recurso humano con que cuenta el Hospital esta compuesto por: Directivos, Médicos, Asistentes sociales, Enfermeros, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Técnicos paramédicos, Auxiliares, Dentista, Nutricionista, Matrona, Químico Farmacéutico, Educadora de Párvulos, Administrativos, Secretarias, Estafeta, Jefe de Servicios Generales, Jefe Sección Oficina Personal, Encargado Sección Contabilidad, Encargado Sección Abastecimiento, Chofer.

Tabla 1.2: Esta tabla presenta la cantidad de recursos humanos con los que cuenta el Hospital.

Directivos	3
Profesionales	33
Médicos	14
Técnicos	56
Auxiliares	46
Químico Farmacéutico	1
Dentista	1
Administrativos	21
TOTAL	172

El recurso humano se concentra principalmente entre los Técnicos y Auxiliares, alcanzando un numero de 112 funcionarios, de un total de 172 trabajadores que componen el personal.

La fuerte presencia de personal encargado de tareas de atención a pacientes, en relación a tares de limpieza, cocina, cuidado y supervisión de pacientes. Lo anterior se explica, por las características de la institución que trabaja con pacientes complejos que requieren atención y cuidado permanente. Además, de contar 5 salas con gran capacidad de cama para hospitalizaciones, las que se ocupan al máximo de su capacidad, correspondiendo a 15 pacientes por sala en promedio, justificando de este modo la necesidad de un alto numero de personal Auxiliar y Técnicos Paramédicos.

### 1.7.3 RECURSOS MATERIALES:

#### 1.7.3.1 Locales Asignados:

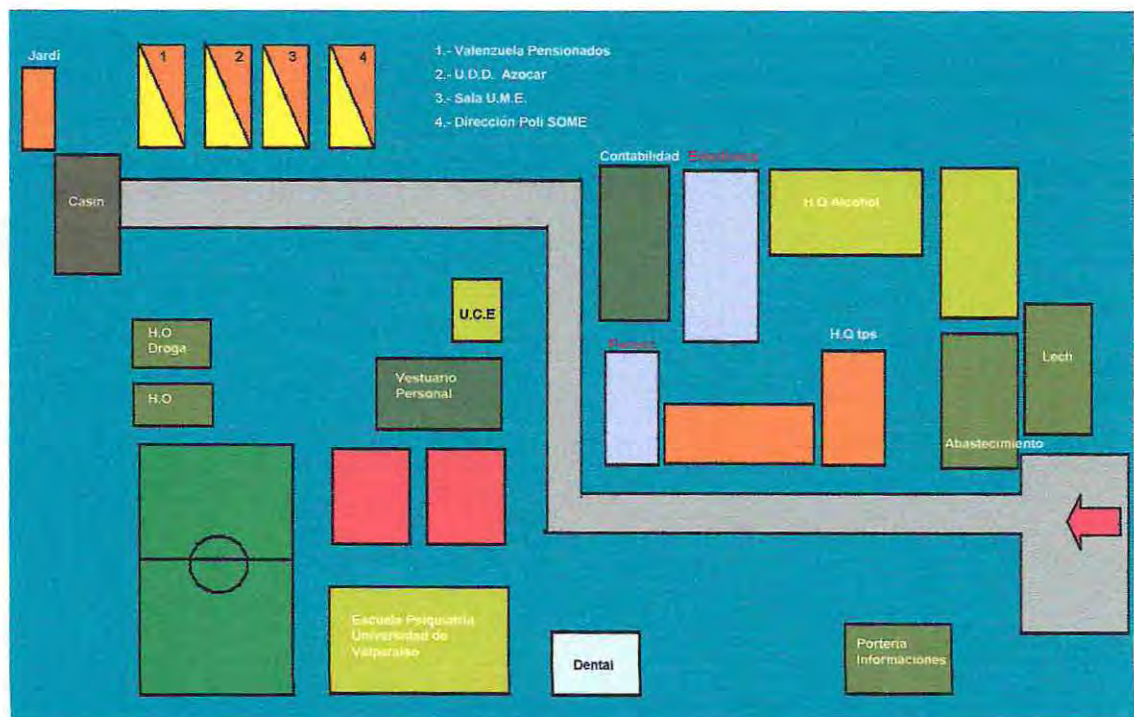
El Hospital cuenta con: portería, unidad de estadística, contabilidad y servicios generales, economato, cuatro edificaciones de dos pisos, una cuenta con: unidad de EEG y oficinas de dirección (donde se ubica la residencia de Enfermería), policlínico y SOME, la segunda con: UME, la tercera: sala pacientes agudos femeninos (sala Azocar) y UDD, la cuarta: sala pacientes agudos masculinos (sala Valenzuela) y pensionado; UCE, posta antialcohólica, policlínico, tres Hospitales diurnos, OIRS, farmacia, unidad dental, unidad de alimentación, comedor, baños para el personal, capilla, cafetería, cancha deportiva, salas de la Universidad de Valparaíso y Católica, jardín infantil para los funcionarios.

#### 1.7.3.2 Planta física:

En relación a los recursos de infraestructura de la institución esta cuenta con 10 salas (pabellones de atención), 8 de ellos se destinan a la atención Cerrada: Sala Clínica Agudos, Sala Carmela Azócar, Sala Dr. Valenzuela, Sala U. C. E. (Unidad de Cuidados Especiales), Sala U. D. D. (Unidad de Desintoxicación de Drogas), U. M .E., (Unidad de Mediana Estadía), Pensionados, y en la Atención Abierta se encuentran 3 salas las cuales se destinan al Policlínico , U. F. D y el Hospital Diurno.

Lo precedente, se observa en la figura 1.2, en donde se puede apreciar que la institución se conforma por pabellones que no se encuentran interconectados entre sí, esta característica actual del recinto, se debe a la función de hospital de infecciones, que realizaba en sus inicios.

Figura 1.2: Plano de la institución.



### 1.7.3.3 Otras Dependencias:

El Hospital además de los pabellones de atención cuenta con oficinas de atención por áreas de servicio, una Portería, Farmacia, un Casino para todos los funcionarios del Hospital y un Jardín Infantil. Lo precedente se expone en la tabla 1.3

TABLA 1.3 Representa el número de “otras” dependencias con las que cuenta el Hospital, las que se diferencian de las que corresponden a las “áreas” de atención del Servicio.

Oficina de Dirección	1
Oficina de Servicio Social	1
Oficina de Contabilidad:	1
Portería	1
Farmacia	1
Casino de Funcionarios	1
Jardín Infantil	1

La tabla anterior refleja, la importancia de la presencia de la Dirección, Servicio Social y Contabilidad en el Hospital. En cuanto a la existencia de Portería, muestra la importancia que la institución da al control del acceso al Hospital, para evitar fugas de pacientes.

El Casino al que tienen libre acceso todos los funcionarios del Hospital sin importar su cargo o función en la institución, deja de manifiesto la política de integración del Hospital.

La presencia de un Jardín Infantil en la institución, se explica por la alta de presencia de mujeres en la institución; Sin embargo, el jardín Infantil atiende hijos de todos los trabajadores de la institución sin importar su sexo.

### 1.7.3.3 Estado de Conservación:

En general la construcción es antigua y ampliada (sin conexiones interiores entre algunas dependencias). Existen edificaciones de material sólido y mixto (principalmente las estructuras ubicadas a la entrada del Hospital donde funcionan la UFD, Hospital diurno psicóticos, farmacia y posta antialcohólica), en general con buenas condiciones ambientales; Sin embargo, algunos sectores se encuentran con humedad (edificaciones anteriormente mencionadas) y pintura deteriorada, techumbre en aparentes buenas condiciones, baños limpios, puertas y ventanas bien mantenidas, piso en general bien y limpio.

Algunas de las condiciones antes mencionadas, afectan al personal, desmotivándolo a trabajar por ser un lugar frío y húmedo. Esto también influye en el paciente y su

familia. Además es un factor de riesgo laboral, ya que propicia la adquisición de patologías respiratorias en el personal; y en los pacientes puede ser un factor desencadenante o agravante de patologías.

Los recursos con que cuenta una institución son de mucha importancia para el desarrollo de sus funciones en pos del logro de sus metas, es por eso que es importante reconocer sus recursos económicos, materiales (infraestructura), y Humanos. En esta línea revisaremos a Servicio Social, dentro de la institución como un recurso sinérgico al sumarse a través del trabajo interdisciplinario, ya que se espera tratar al paciente en su integralidad, atendiendo así los requerimientos del enfoque biosicosocial. Esta forma de trabajar en la atención de salud no es ajena para Trabajo Social, y debido a que en las bases de la profesión está el respeto por la persona y la visión integral, para no caer en el “olvido de ella”, es por esto que a continuación se presenta el Trabajo Social en la institución.

## **1.8. SERVICIO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN**

El área de Servicio social dentro de la institución forma parte del equipo interdisciplinario que se preocupa de otorgar una atención integral a las personas que sufren patologías que afectan la Salud Mental de la población, ya sean psiquiátricas, dependencias al alcohol y/o drogas.

### **1.8.1 Objetivo:**

“Otorgar una atención integral, eficiente y eficaz a aquellas personas afectadas por problemas de Salud Mental, procurando el desarrollo y/o restablecimiento de sus potencialidades para mejorar su calidad de vida, insertándolas o reinsertándolas en su familia y la comunidad, con el fin de restaurar sus redes sociales, a través de la atención de choque o tratamiento social con el equipo multidisciplinario dentro de la institución”.

### **1.8.2 Rol del Asistente Social:**

Trabajo Social en la institución cumple diversos roles dependiendo de las exigencias de la Unidad donde se inserte como profesional, lo que deriva en una versatilidad de funciones a desarrollar producto de la complejidad de las tareas que deben asumir, ya que se trabaja con pacientes que son afectados por una “situación total”. Estas funciones son de suma importancia para el desarrollo y cumplimiento del Objetivo del Hospital del Salvador, “Otorgar tratamiento integral a personas con trastornos psíquicos, con el fin de alcanzar un nivel óptimo en el tratamiento, que beneficie al paciente en su recuperación y con ello logre desenvolverse en su medio familiar y social.

1.8.2.1 *Educador Social no Formak*: Este rol se cumple a través de acciones de orientación e información que se proporciona tanto a las familias como al paciente en relación a las patologías psiquiátricas y posibilitar una mejor reinserción social, con el objeto de prevenir y evitar la discriminación.

1.8.2.2 *Implementador de políticas sociales*: consiste en la articulación de las políticas de atención al paciente en el área, la realización de acciones en beneficio del paciente y la implementación de redes de apoyo.

1.8.2.3 *Investigativo*: Pesquisa de información del paciente y su medio familiar, laboral y social en el contexto de la institución. Se coordina con el medio externo donde existen otras instituciones con las que se vinculan.

1.8.2.4 *Planificador*: Existe una programación de los distintas actividades que se llevarán a cabo para lograr el cumplimiento del objetivo propuesto.

1.8.2.5 *Terapéutico*: Se trabaja en la creación de una conciencia de enfermedad del paciente y de su núcleo familiar más directo que le acompaña o con el cual vive, educándolos en el conocimiento, en la comprensión y en el tratamiento de la patología, a través de terapias psicoeducativas de pareja, familiares y grupales.

1.8.2.6 *Coordinador*: Se coordina y se deriva con las diversas instituciones y servicios tanto a nivel interno como externo con las que se vincula.

### **1.8.3 Funciones Generales del Asistente Social:**

Las funciones derivan directamente de los roles, como anteriormente se dijo se caracterizan por su diversidad, lo que deriva en funciones diversas, además varían dependiendo de la unidad de atención donde se inserta el trabajador Social.

#### *1.8.3.1 Funciones Generales del Asistente Social en un Consultorio:*

- Atención Profesional a pacientes por Demanda Espontánea y derivados por otros profesionales, tales como: Médico tratante, enfermería, psicología u otros.
- Exploración de Aspectos Básicos de la Situación del Paciente: Motivaciones, intereses, necesidades, expectativas, dificultades, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento.
- Estudio de Problemas y Necesidades del Paciente y/o Familiar Consultante: identificación, variables intervinientes, causas, consecuencias.
- Intervención y Manejo Ambiental: identificación del problema, buscar alternativas de solución, educación respecto de la enfermedad.
- Gestionar contacto con redes y Coordinación con las distintas instancias de la Red.
- Participación como Asistente Social en los Equipos Interconsultores.

- Atención conjunta en algunos casos con médico tratante de los pacientes de dichos consultorios.
- Conocer la Realidad Social y Económica de algún paciente en su medio familiar, en caso que así lo ameriten (visitas domiciliarias).
- Orientación telefónica permanente con usuarios, familiares, Asistentes Sociales de otras instituciones, Juzgado, respecto a respuestas de consultas en materia psiquiátrica.
- Participación en reunión bimensual de Servicio Social realizada en la dirección del SSVSA.
- Mantener diariamente los registros de atención y anotaciones, fichas clínicas, destacándose que se trata de consultas espontáneas en su mayoría y no responden a citas registradas (búsqueda de fichas clínicas).

#### 1.8.3.2 *Funciones Generales del Asistente Social en: la Unidad Clínica de Agudos, Unidad de Mediana Estadía, Hospitales Diurnos:*

- Efectuar Diagnóstico y Evaluación del Usuario y su Grupo Familiar.
- Efectuar Diagnóstico y Evaluación al entorno del Usuario, su Familia y las Redes Sociales de Apoyo.
- Efectuar Evaluación Funcional en conjunto con el Equipo Multidisciplinario.
- Promover la Participación Activa de Usuarios y Familiares en el Proceso de Rehabilitación y en la Conformación de Asociaciones de Usuarios y Familiares.
- Participar en Reuniones Clínicas- Técnicas.
- Derivar a Otros Profesionales del Equipo Multidisciplinario y de la Red.
- Derivar a los distintos Dispositivos de la Red.
- Efectuar Visitas Domiciliarias.
- Entrenar en Habilidades Sociales y Psico-Sociales.
- Efectuar Psico-Educación.
- Coordinar Actividades de Apoyo a la Integración Social.
- Desarrollar Actividades de Coordinación para la Rehabilitación y la Reinserción Laboral.
- Asesoría y Coordinación con Personas, Organizaciones de Usuarios, Familiares, Comunitarias, Institucionales y Otros.

No obstante a las funciones diferenciadas por Unidad de atención del Hospital existen actividades realizadas por Trabajo Social en un ámbito general, las que se presentan a continuación:

#### **1.8.4 Actividades Realizadas:**

- Visitas Domiciliarias.
- Consultaría.
- Salida a terreno.

- Elaboración de Informes Sociales.
- Entrevistas individuales y familiares.
- Trabajo en el Nivel de Caso y Grupo.
- Coordinación Intra y Extra Hospitalaria.
- Reuniones de Grupo
- Reuniones de Equipo Interdisciplinarias
- Talleres; Entre otras

#### **1.8.5 Sistema de registros.**

Las actividades realizadas son debidamente registradas en los instrumentos mencionados a continuación:

- Cuadernos de acta.
- Hojas de Estadística.
- Cuaderno de Ruta.
- Cuaderno de consultaría.
- Fichas Sociales.
- Acta de PASIS. (Pensiones Asistenciales)

#### **1.8.6 Estructura organizacional del Trabajo Social:**

Está compuesto por 6 Asistentes Sociales universitarios, quienes de acuerdo al ordenamiento administrativo vigente no poseen una jerarquización marcada, vale decir están todos en la misma posición, adecuando el Liderazgo a la contingencia.

Trabajo Social, es una profesión que requiere estar en contacto con todos los actores involucrados en el desarrollo de su labor profesional, en este contexto se presenta la relación del Trabajo Social con las necesidades institucionales y con la comunidad.

#### **1.8.7 Relación de Trabajo Social con las necesidades Institucionales y con la Comunidad:**

Trabajo Social en el Hospital Del Salvador, se relaciona con la comunidad a través del Consejo de Desarrollo Local, la cual forma una red que tiene como objetivo la reintegración Social del Paciente.

El Hospital Del Salvador, establece relaciones y coordina con otras instituciones tanto Públicas como Privada, como Hospitales, Municipalidades, consultorios, centros de Acogida, Hogares Protegidos, etc. ,con el propósito de contribuir al Bienestar Social y la integración de los pacientes y sus familias en los distintos dispositivos institucionales y comunitarios del Radio de Acción del centro Hospitalario.

Este trabajo ha contribuido a acercar la realidad de la patología mental al entorno social del Hospital, Hogares protegidos y otras instituciones antes mencionadas, lo que aporta a llevar el tema a un ámbito de discusión más amplio propendiendo al levantamiento de barreras en cuanto a la desmistificación de las enfermedades mentales, con lo que se espera que la estigmatización que este grupo sufre, debido al temor de la población, frente a lo “diferente”, disminuya.

El Trabajador Social, es un profesional que permanentemente atiende público, convirtiéndose en uno de los principales nexos entre el Hospital y la comunidad en tratamiento, por lo que las atenciones deben estar marcadas por la cordialidad y eficiencia.

#### **1.8.8 Requisitos de atención:**

Se accede a los Asistentes Sociales por Demanda Espontánea. En algunos casos sólo se atiende a los pacientes y familiares de pacientes que estén hospitalizadas, como es el caso de la Sala UME, y AGUDOS.

#### **1. 8.9 Problemáticas más frecuentes**

Las problemáticas que se presentan al profesional Asistente Social, dependen de la línea de acción y de la unidad en que este de desempeñe. Por lo que no existe un patrón común de problemáticas ni un estilo único de atención e intervención casuística o grupal.

##### *1.8.9.1 Problemáticas más frecuentes en el Consultorio:*

- Previsión Social.
- Pensiones Asistenciales.
- Vivienda – Residencia.
- Problemas Laborales.

##### *1.8.9.2 Unidad Clínica Agudos, Unidad de Mediana Estadía y Hospitales Diurnos:*

- Paciente abandonado por su familia o sin familiares presentes.
- Violencia Intrafamiliar y Maltrato.
- Disfunción Familiar.
- Problemas Conductuales.
- Problemas Socio- Económicos.
- Problemas Laborales.
- Problemas Judiciales.
- Ausencia de Conciencia de Enfermedad por parte del Paciente y su Familia.
- Falta de Adherencia al Tratamiento.
- Limitados Cupos para la Derivación a Hogares Protegidos.

## **CAPITULO II DIAGNOSTICO SOCIAL**

## PRESENTACIÓN:

En la presente etapa metodológica, correspondiente a la fase de Diagnóstico de la investigación, se dará a conocer el problema a investigar en la Tesis, identificada como la “Necesidad de conocer los significados construidos en torno a la experiencia de vivir con un paciente Psiquiátrico Severo”.

A través de las páginas de este capítulo, se presenta la fundamentación de la necesidad de abordar la referida temática. Además, Se definirán los Objetivos de investigación y dos hipótesis de investigación, las que guiarán el proceso investigativo, una de tipo descriptiva y otra de tipo explicativa. Finalmente se operacionalizarán los conceptos claves que se deben tener presentes en la investigación.

Tras definir los aspectos anteriormente señalados, se procederá a presentar el Marco teórico de la Tesis el que servirá para entender el fenómeno que estamos investigando y entregar respuestas orientadoras a la realidad observada.

En esta etapa ,se definirá el Diseño de investigación, donde quedarán plasmadas las Estrategias de Recolección de datos que serán utilizadas en la tesis, destacándose entre ellas técnicas de tipo cuantitativas y cualitativas, debido a la necesidad de un Enfoque Mixto que permita visualizar la complejidad de la realidad estudiada.

Posteriormente se presentarán los datos mediante un análisis de datos de tipo Estadístico Descriptivo y de análisis de contenido con categorías mixtas (inductivo-deductivo). Lo que finalmente se encontrará en forma sistematizada en la Síntesis Diagnóstica, la que dará paso a la Prognosis, donde se señala la proyección de intervención que sugiere la alumna seminarista, y proyecta la situación actual, haciendo presente lo que ocurriría sino se interviniera.

## 2.1.- PLANTEAMIENTO Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA:

Para hablar de salud mental es importante aclarar, que es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: *«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS; 2004)*

El tema de la salud mental, es sumamente complejo, debido a que en el convergen aspectos biosicosociales que afectan al paciente y al entorno familiar. Además, hay una perspectiva histórica cultural, en relación a la salud mental, que es parte de la sociedad Chilena, debido a que por muchos siglos, a través de la historia los problemas de Salud Mental en general y las patologías Psiquiátricas Severas en particular, han sido, tratada con estigmatizaciones, y mitos, atribuyéndosele causas demoníacas, lo que provocaba temor en el entorno social inmediato del individuo, y vergüenza en sus familias de origen, siendo los hospitales, centros de olvido y alivio para las familias; Sin embargo en la actualidad, el trabajo terapéutico, en el área de la salud mental, promueve la presencia de la familia a lo largo del tratamiento, lo que suma a la familia el sufrimiento de asumir la carga de un paciente psiquiátrico, en los costos económico y emocionales. Es por esto, que se hace necesaria la investigación en este campo.

La alumna seminarista, basada en su experiencia en el área psiquiátrica, sustentada en dos experiencias de práctica profesional en el nivel de caso en el Hospital del Salvador y el nivel de grupo en el Hospital Naval de Viña del Mar, a llegado a evidenciar el rol fundamental que corresponde a las familias, en relación al apoyo emocional y económico que prestan estas al miembro que se le diagnostica una enfermedad mental.

Las familias, en la temática de la salud mental, tienen una función muy importante, ya que son los encargados, de acoger al miembro del sistema familiar que sufre una enfermedad siquiátrica, siendo así un pilar fundamental en el tratamiento de la persona, tarea que a veces las familias logran asumir y desarrollar con éxito, aunque a veces la gran demanda de la enfermedad hacia la familia termina por agotar la voluntad de apoyar, dejando en el desamparo al paciente. Esto se debe a que una enfermedad mental provoca inevitablemente un impacto en todos los miembros de la familia; Esto se entiende mejor al entender la familia desde la mirada sistémica, en conformidad con el concepto de “totalidad”, el que va más allá de las características individuales de los integrantes del núcleo familiar. Es más que la suma de sus componentes, por lo que es única en forma, dinámica y estructura, lo que la hace diferente a todas. Pero como una telaraña cualquier modificación o cambio en una de las partes afecta a todas las otras

partes del sistema, influyendo sobre ellas y modificando el sistema, en conjunto de modo que se transforma en otro diferente en algún aspecto respecto al anterior.

Por eso cualquier afección en la salud de uno de los miembros de ese hogar, tiene algún tipo de efecto en los otros integrantes de la familia, la familia es una unidad, y cada integrante forma parte del conjunto del total; en ella cualquier circunstancia de modificación de carácter interna o externa influye en la conducta y en el comportamiento de todos sus integrantes.

Además, la familia experimenta un estrés grave y crónico asociado a la convivencia con un enfermo psiquiátrico; mencionando que no es raro ver surgir conflictos conyugales entre los padres, entre hermanos y depresión o síntomas físicos en casi todos los miembros de dicha familia. No obstante, se ha demostrado que es posible mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de enfermedades mentales, ya que su deterioro no depende sólo de la enfermedad, sino también de las condiciones y comportamiento social de la familia y de la comunidad en que viven.

Las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral forman parte de la atención integral y requieren en forma especial el protagonismo de las familias, los pacientes y las organizaciones sociales, con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales. (Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, año 2000: 9)

A nivel mundial el problema se hace especialmente importante, en cuanto a sus magnitudes, lo que se presenta a continuación:

- ❖ La magnitud y la carga del problema a nivel mundial: (OMS: 2004)
  - 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta en el mundo, y de esta cifra, alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año.
  - Cuatro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar).
  - *Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de medir, y por eso es frecuentemente ignorada.*

En Chile, las patologías mentales también afectan en forma importante a la sociedad, esto queda de manifiesto en las cifras y proporciones que a continuación se señalan:

- ❖ La magnitud y la carga del problema en Chile: (MINSAL: 1996)
  - Al sumar los casos de suicidio con los atribuidos a otras causas de defunción por enfermedad mental se llega a un total de muertes por año superior a 2.700

personas, lo que representa el 3.4 % del total de fallecimientos en mayores de 15 años ocurridos en el país en 1996 .

- El 15 % de las pensiones de invalidez en las Administradoras de Fondos de Pensión son indicadas por una enfermedad mental.
- En Chile se perdieron 267.457 años de vida saludable, lo que equivale al 15 % de los años saludables de vida, pérdida por muerte o discapacidad se deben directamente a patología psiquiátrica. (Chile 1993). (Estudio de carga de enfermedad, MINSAL, 1998)
- Finalmente, no debe olvidarse el peso que juegan en la mortalidad y discapacidad la Esquizofrenia y el Alzheimer, condiciones clínicas que en los últimos años han mejorado su pronóstico, gracias al desarrollo de nuevos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, y a la incorporación de programas de rehabilitación para los pacientes y de psicoeducación y apoyo para sus familiares. Quedando con esto de manifiesto la importancia de la incorporación de un trabajo con las familias de los pacientes que son quienes asumen la carga emocional de tener un miembro de la familia con una enfermedad mental, siendo responsables de su mejoría y de la mantención del funcionamiento del resto de la familia, logrando así adaptarse a las nuevas condiciones de uno de sus miembros.

Chile en relación al resto de países en los que se han realizado estudios sistemáticos, tiene una de las más altas frecuencias de trastornos mentales: baste imaginar que, de cada 10 personas con las que nos relacionamos, probablemente cuatro presenten un trastorno mental a lo largo de su vida y tres de ellas lo han presentado en los seis últimos meses. Todo indica, además, que esta prevalencia es creciente.

En cuanto a las cifras vistas anteriormente a nivel mundial y nacional, queda de manifiesto la importancia de las patologías psiquiátricas, ya que la discapacidad mental, es una limitación grave en la vida de las personas, lo que muchas veces los lleva al suicidio, lo que torna a la enfermedad psiquiátrica en una patología de carácter mortal, transformándola en responsabilidad de todos, es decir, no solo, es un tema de las familias que se ven afectadas directamente, sino que además, concierne y afecta a la sociedad, y al país, dentro de esto se puede señalar que los Trastornos Mentales provocan que cada año un 15 % de las pensiones por invalidez en la AFP corresponde a enfermedades mentales.

En relación a lo anterior es necesario presentar dos conceptos que guiarán la presentación de cifras a nivel nacional del INE.

- Deficiencia: Es aquello que falta o funciona mal.
- Discapacidad: Es un término genérico que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y

restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una “condición de salud” y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). En conclusión es la dificultad o consecuencia de una deficiencia en las actividades diarias, y en la participación o integración social.

Según la Ley de integración Social de personas con discapacidad N° 19.284, hay tres tipos de Deficiencias: Físicas, Sensorial y Psíquica.

Tabla 2.1. Tipo de deficiencia de salud en Chile y su porcentaje.

Tipo de deficiencia	Tipo específico de deficiencia	%
Mental	Intelectual 8,8%	16,5%
	Psiquiátrica 7,8%	
Sensorial	Visual	27%
	Auditiva	
Física	Física	43%

El cuadro anterior presenta el porcentaje de enfermedades mentales en Chile, el que corresponde a un 16,5% en relación a otras deficiencias. Según el Instituto nacional de estadísticas (INE.:2.004) un 1,6% de la población total Chilena padece una deficiencia psiquiátrica.

A nivel regional Valparaíso tiene 17.462 (34,43% hombres y 65,57% mujeres) personas que padecen de alguna deficiencia psiquiátrica., lo que corresponde al 7,9% de la población, encontrándose levemente sobre la prevalencia nacional que corresponde al 7,86% y a un 1,1% de la población que tienen algún tipo de discapacidad en la región. En cuanto a los hogares que presentan a alguna persona con una discapacidad en la región corresponde a uno de cada cuatro años. (INE; 2004)

En relación a la edad de las personas que padecen una deficiencia psiquiátrica se concentran entre los 30 y 64 años con un 57,16% de los afectados. (INE; 2004)

Cuando relacionamos deficiencia con discapacidad asociada, según la encuesta realizada por el I.N.E. se puede apreciar que lo que más se afecta es la recreación en un 1,8%, la participación en un 1,7%, auto-cuidado 1,0%, actividades domésticas 0,7%,

trabajo remunerado 0,3%. Estas cifras representan las repuestas de los propios afectados en torno al tema.

Aún cuando las cifras en relación a la cantidad de personas afectadas con una deficiencia psiquiátrica no es muy elevada, la realidad tras los números es mucho mayor, ya que tras cada paciente hay una familia que se afecta por los padecimientos del miembro de la familia no sano, afectándose por ende la calidad de vida de todos los miembros del grupo familiar.

En relación a lo anterior, el Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población a la que sirve ha desarrollado acciones dirigidas a la Salud mental, las que se traducen en el Plan Nacional de Salud mental y Psiquiatría, cuyo propósito es “Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible”.

En este sentido, Chile ha dado una respuesta responsable en este tema, al incluir en sus políticas de salud, un Plan Nacional De Salud Mental, el que dentro de su acción reconoce a la comunidad y especialmente a la familia como clave en la recuperación del paciente psiquiátrico.

Lo anterior se traduce en trabajo con las familias, en psico-educación dentro de los hospitales; Este tipo de trabajo se evidencia en la práctica en el Hospital del Salvador de Valparaíso, sin embargo, estos talleres se dedican a informar sobre las enfermedades y tratar diversos temas al respecto, pero carece de una respuesta a los significados que las familias atribuyen a la enfermedad mental, ya que estas familias se afectan de forma considerable debido a los significados que construyen en torno a la enfermedad, ya que a veces no reconocen los tratamientos médicos como apoyo para manejar los síntomas de la enfermedad o se atribuyen la culpa en cuanto a la causa de la presencia de la patología, lo que acrecienta aún más la carga y el estrés dentro de ellas.

La enfermedad mental como acontecimiento inesperado y novedoso, plantea desafíos al proceso de acomodación del sistema familiar; poniendo en juego la capacidad del sistema para satisfacer las mayores demandas de cercanía emocional (cohesión) y su flexibilidad como sistema, en orden a equilibrar los requerimientos de la enfermedad con las tareas propias de la etapa del ciclo vital en que se encuentran.

En este sentido, los miembros de la familia, son con frecuencia, los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales en un 68,71% quién le presta apoyo a las personas con discapacidad es un familiar el 30,73% restante no recibe apoyo de “nadie” (INE; 2004).

Las familias proveen apoyo emocional e instrumental, y con no menor frecuencia también deben afrontar los costos financieros asociados con el tratamiento y la atención. Se estima que una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental o conductual. Amén de la infelicidad de ver a un miembro afectado, la familia está asimismo expuesta al estigma y a la discriminación. El rechazo por parte

de los amigos, parientes, vecinos y la comunidad puede acrecentar el sentimiento de aislamiento de la familia, resultando en una restricción de actividades sociales, y la imposibilidad de participar en las redes sociales normales.

El fracaso de la sociedad en cuanto no reconoce la carga de los trastornos mentales en las familias implica que poco es el apoyo que éstas reciben. Los gastos acarreados por el tratamiento de los trastornos mentales son frecuentemente solventados por las familias, ya que en Chile el Plan Auge ha incorporado solo la Depresión dentro de su oferta, dejando un gran número de patologías mentales sin cubrir. La familia también necesita invertir una cantidad significativa de tiempo para la atención del miembro afectado.

Esta es la realidad de los pacientes de la U.M.E., ya que sus familias están sobre exigidas en tiempo diario de cuidado a los pacientes; Además que estos pacientes tienen una larga evolución de la enfermedad, debido a su carácter refractario al tratamiento integral entregado por el Hospital Psiquiátrico del Salvador, enmarcado en la Rehabilitación Biopsicosocial, convirtiéndose por tanto en pacientes “puerta giratoria”, es decir con períodos de hospitalización – egresos y reingreso habituales.

La relación que se construye entre familia y enfermedad es particular a cada grupo familiar y constituye una variable especialmente relevante en el entendimiento de fenómenos como la mantención o agravamiento del síntoma, la presencia de crisis, la adaptación del miembro enfermo y de la familia a la enfermedad, la recuperación del paciente y la adherencia al tratamiento.

Es por esto que, los objetivos de la investigación consideran importante estudiar algunas de las dimensiones de esta relación, como es la estructura familiar y la construcción de significados compartidos, ya que, según señalan algunos autores Minuchin (1984) son aspectos que se ven afectados y modificados frente a una situación estresante, como es el caso de una enfermedad psiquiátrica en un sistema familiar.

Desde una perspectiva constructivista social *“la vida es vida con el lenguaje que comparto con mis semejantes y por medio de él”*. Berger y Luckmann, (1968:55), es decir el lenguaje construye realidad, es por esto que la forma en que nos expresamos sobre los hechos o la manera en que categorizamos, dando significados a distintas situaciones, acontecimientos o incluso a ciertas personas determinan la manera en que entendemos la vida transformándose esto en la “realidad” conocida y vivida por nosotros”.

Los sistemas humanos, entre ellos la familia, constituyen sistemas constructores de significantes; Asimismo, Maturana y Varela (1987), postulan que la realidad en que se vive es definida a través de las descripciones que se hacen a través de la propia experiencia. En este contexto, la realidad familiar se construye a partir de actos colectivos de diferenciación y descripción de sus miembros frente a determinados eventos, situaciones o temas.

La enfermedad puede interrumpir el funcionamiento cotidiano de una familia y perturbarla en forma variable dependiendo de la gravedad y/o significado que le atribuyan a la enfermedad.

Es por esto, que tener en consideración la construcción de significados en torno a la enfermedad psiquiátrica, es de suma importancia, ya que este acontecimiento, en la vida de una familia debido a todos los aspectos que afecta de ella la torna en una "situación total". Los Trabajadores Sociales no podemos quedar al margen de la temática, sin hacer un aporte desde el área profesional, por lo que se considera que esta investigación será una contribución para ampliar los conocimientos en el área de Salud Mental, ya que esta información quedará plasmada en un documento público, esperando aportar a la innovación en los tratamientos dirigidos a los pacientes, ya que si bien es cierto actualmente se trabaja con las familias, pero no se conocen los cambios que ocurren al interior de ella y específicamente en los significados que estas construyen en torno a la enfermedad, información que será de gran ayuda para incorporar nuevos elementos en los tratamientos apuntando a trabajar los significados de las familias, de la unidad de mediana estadía, del Hospital Psiquiátrico de Valparaíso, apostando a lograr una mayor adherencia a los tratamientos. En consecuencia, el problema a diagnosticar se presenta a continuación:

***Necesidad de describir la Estructura familiar y significados acerca de la enfermedad psiquiátrica que tiene una familia con un integrante con esta enfermedad.***

En relación al problema a diagnosticar, surgen las siguientes interrogantes, que a través de la investigación se develarán:

- La presencia de la enfermedad psiquiátrica en uno de los miembros de la familia ¿Cómo afecta la estructura, el que uno de sus miembros padezca una enfermedad psiquiátrica severa?
- ¿Existen diferencias en los significados que le atribuyen a la enfermedad el "familiar responsable"<sup>1</sup> de las diferentes familias en estudio?

---

<sup>1</sup> El "familiar responsable", es aquel que asume la responsabilidad del paciente en la vida familiar y en relación a la institución de la que recibe la atención en Salud Mental.

Se considera que las construcciones sociales de este familiar son importantes en cuanto a su calidad, dado que en la mayoría de los casos este familiar, es también quién asume el rol de cuidador del paciente. Es generalmente la madre quién asume este rol. Por lo tanto, la referida, ha modificado sus construcciones a lo largo de la evolución de la enfermedad, ciclo vital familiar y su ciclo vital personal, todo lo cual se espera rescatar a través de las entrevistas focalizadas que se realizarán en el estudio.

## 2.2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

### 2.2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Describir y analizar la estructura de las familias de los pacientes psiquiátricos y los significados que los familiares significativos, atribuyen a la enfermedad psiquiátrica severa.

### 2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar socio demográficamente a los pacientes de la unidad de psiquiatría del Hospital del Salvador.

Este objetivo busca, conocer aspectos como edad, sexo, previsión, lugar de residencia, número de integrantes de la familia etc. Datos como estos, nos sitúan en la etapa del ciclo vital que viven las personas en estudio, además de aportarnos una idea pre eliminar de la situación socio económica que viven. Información que es de suma importancia, para contextualizar al grupo de estudio, al momento de analizar la información recolectada para la construcción del Diagnóstico.

2. Describir la estructura familiar (subsistemas familiares, límites familiares, intereses y recreación, liderazgo, control y disciplina, roles y reglas, tiempo y amigos, apoyo) que se dan al interior de una familia que presenta un paciente con una patología siquiátrica.

De acuerdo al objetivo precedente resulta necesario, que entendamos por Estructura Familiar, al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Al conocer la Estructura Familiar, esta deriva en topologías de familia según su adaptabilidad, y Cohesión. Lo que se espera es identificar frente a que tipos de familias estamos según el Modelo Circunflejo de Olson, permitiéndonos ver que ventajas y desventajas tienen, para adaptarse con las menores dificultades posibles a vivir con un miembro de su familia paciente psiquiátrico severo.

3. Describir los significados que tiene el miembro responsable para el paciente, con respecto a la enfermedad siquiátrica y sus consecuencias dentro de la familia.

En relación al objetivo precedente resulta necesario, que entendamos por significados, los constructos lingüísticamente organizados que se dan en la

interacción social (sociedad, comunidad, interior de la familia), basadas en la experiencia de vivir con un miembro de la familia diagnosticado con una enfermedad psiquiátrica. Los significados no siempre son reales, a veces se basan en mitos, o prejuicios, lo que distorsiona las experiencias que significamos. En este contexto, podría suceder que las personas basadas en los significados que han construido en torno a la enfermedad, no consideren necesario adherir al tratamiento, lo que podría afectar negativamente en la evolución de la enfermedad, este es uno de los motivos ejemplificadores, que dejan de manifiesto la importancia de cumplir este objetivo.

### **Hipótesis<sup>2</sup> :**

- La presencia de la enfermedad psiquiátrica en uno de los miembros de la familia está asociada a la estructura familiar. (hipótesis explicativa).
  
- Existen diferencias en los significados que le atribuyen a la enfermedad las diferentes familias en estudio. (hipótesis descriptiva).

---

<sup>2</sup> El concepto de hipótesis que se plantea en esta investigación corresponde a “*explicaciones tentativas del fenómeno investigativo que se formulan como proposiciones*”, Según Hernández, S. (2003).

### 2.2.3 CONCEPTOS CLAVES:

**1.- Situación Sociodemográfica:** Corresponde a la identificación de datos relacionados con sexo, edad, previsión, lugar de residencia, composición familiar.

Cuadro 2.1 Situación Sociodemográfica.

Concepto y su definición	Dimensiones en estudio	indicadores
<b>1. Situación Socio demográficamente:</b> Corresponde a la identificación de datos relacionados con sexo, edad, previsión, lugar de residencia, composición familiar.	<b>1.1. Sexo</b>	1.1.1. Femenino 1.1.2 Masculino
	<b>1.2. Edad</b>	1.2.1. 18-24 1.2.2. 24-30 1.2.3. 30-36 1.2.4. 36-42 1.2.5. 42-48
	<b>1.3. Estado Civil</b>	1.3.1. Casado 1.3.2. Soltero 1.3.3. Viudo
	<b>1.4. Previsión</b>	1.4.1. ISAPRE 1.4.2. FONASA
	<b>1.5 Lugar de residencia</b>	1.5.1. Rural 1.5.2. Urbano
	<b>1.6. Composición</b>	1.6.1. Familia Nuclear sin hijos 1.6.2. Familia Nuclear Biparental 1.6.3. Familia Nuclear Monoparental. 1.6.4. Familia Extensa simple 1.6.5 Familia extensa compuesta.

**2.- Estructura familiar:** conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia.

Cuadro 2.2. Estructura familiar.

Concepto y su definición	Dimensiones en estudio	Indicadores
<b>1. Estructura familiar:</b> Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia.	<b>1.1 Tipo de familia según su Cohesión.</b>	1.1.1 vinculación emocional. 1.1.2 apoyo. 1.1.3 límites familiares. 1.1.4 tiempo y amigos. 1.1.5 intereses y recreación.
	<b>1.2 Tipo de familia según su adaptabilidad:</b>	1.2.1 liderazgo. 1.2.2 Control y disciplina. 1.2.3 Roles y reglas.

**3.- Significados:** Para efectos de esta investigación, los significados son constructos lingüísticamente organizados que se dan en la interacción social (sociedad, comunidad, interior de la familia).

Cuadro 2.3. Significados.

Conceptos y su definición	Dimensiones
<b>2. Significados:</b> Son constructos lingüísticamente organizados que se dan en la interacción social (sociedad, comunidad, interior de la familia).	<b>Significados al respecto de la enfermedad psiquiátrica que padece un miembro de su familia.</b> 2.1 Causa atribuidas a la aparición de la enfermedad psiquiátrica. 2.2 búsqueda de responsables en la aparición de la enfermedad psiquiátrica. 2.3 Expectativas en relación a la evolución de la enfermedad psiquiátrica. 2.4 Miedos en relación a la enfermedad psiquiátrica. 2.5 Efectos en la familia 2.6 Repercusiones en las relaciones sociales 2.7 Presencia de Estigmatización.

## 2.3. Marco teórico.

### 2.3.1.- Antecedentes generales:

La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por las Naciones Unidas en 1948, en su artículo 1, dice que «*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos*», reconociendo así los derechos humanos de las personas con discapacidad mental en virtud de su condición humana. Sin embargo, las Naciones Unidas no tiene una convención especial sobre los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales; No obstante, el departamento de salud mental de la OMS, emitió un documento en el cual plantea la necesidad de establecer una legislación nacional que permita a los gobiernos adoptar medidas en esta esfera.

El documento que incluye las principales normas de D.D.H.H. de las Naciones Unidas, precisa que el organismo internacional ve con preocupación la situación vulnerable en la que se encuentran 450 millones de personas con discapacidad en el mundo, quienes sufren las condiciones de vida más adversas en cualquier sociedad: Marginación económica , discriminación, ausencia de protección jurídica, tratos indebidos o abusivos. Y la importancia de estos al momento de redactar una legislación de salud o discapacidad mental; los principios para la protección de las personas con enfermedad mental, su acceso a servicios apropiados y profesionales, el derecho a un tratamiento individualizado, a la rehabilitación y su inclusión plena a la sociedad (Rosenthal y Sundram, 2004) la que muchas veces se ve obstaculizada por la estigmatización social que rodea a las enfermedades siquiátrica.

La Salud mental es un componente fundamental dentro del concepto establecido por la OMS, puesto que pese a las mejoras que se han producido en la salud física en la mayoría de los países, las enfermedades mentales constituyen actualmente una de las principales causas de enfermedad y discapacidad. Trasladando el concepto de riesgo individual a vulnerabilidad social e individual. Al centrar la atención en la cuestión de la vulnerabilidad social podemos comprender las consecuencias del estigma social y la discriminación que frecuentemente enfrentan los pacientes psiquiátricos.

Desde esta perspectiva la inclusión de Trabajo Social en el Hospital Psiquiátrico, es un aporte debido a que posee la ventaja de articular los intereses compartidos por los usuarios con los requerimientos, problemas o necesidades evidenciados en la sociedad.

La intervención en Trabajo Social, desde el ámbito de la Salud, se puede sustentar en diversos enfoques, los cuales aluden al tipo de relación diádica que se establece entre el profesional de la salud y el usuario del sistema de salud.

En la historia se han identificado diversos enfoques, siendo el enfoque biopsicosocial el actualmente, utilizado como referente en las políticas de Salud en general y Salud Mental, en particular, sin embargo se observa en la práctica que los programas de

intervención diseñados en las diversas instituciones de salud, no logran incorporar realmente el modelo en sus acciones.

En relación al enfoque Biopsicosocial, fue propuesto por primera vez por Ángel, en 1977, refiriéndose a un paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad. Este enfoque deriva de la teoría general de los sistemas, el cual parte de la biología y corresponde a los cambios que la ciencia contemporánea ha hecho en su cuerpo teórico. Ángel postuló la necesidad de un módulo médico holístico como respuesta al modelo biomédico, dominante en las sociedades industrializadas de mediados de siglo XIX. Su propuesta tuvo una buena acogida por parte de los sectores deseosos de incorporar la empatía y la composición en la práctica médica. Él creía que todos los fenómenos relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social.

El enfoque biopsicosocial tiene las siguientes características:

1.- Reconoce al usuario como sujeto activo del proceso asistencial, y se adapta a sus requerimientos personales y culturales para darle la mejor atención posible, y

2.- Se adapta sin prejuicios a la medicina basada en pruebas, sabedora de que el valor del enfoque biosicosocial no estaba en descubrir nuevas leyes en la ciencia médica, sino en colocar dicho conocimiento médico como conocimiento útil para cada persona.

Acorde a lo señalado, las Políticas en Salud Mental en general y la Unidad de Mediana Estadía en particular, promueven una visión integral respecto a la patología psiquiátrica severa, reconociéndola como un fenómeno que afecta a la sociedad y no a grupos o individuos aislados, y que por lo tanto requiere una respuesta social. En este sentido el enfoque postula que los conocimientos médicos no sirven sino se relacionan con la autonomía, sabiduría, sentimientos, prioridades y vivencias que conforman los significados de los individuos. Por consiguiente, se realiza una alianza estrecha entre el sector salud y el respeto de la dignidad y libertad del otro, en armonía con un destino comunitario.

### **2.3.2.-Concepto de Salud Mental:**

La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: «*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades* » (OMS, “*interviniendo en salud mental*”, Ginebra 2004). Definición que fue firmemente ratificada en la conferencia de Alma-Ata, atención primaria de salud, celebrada en 1978 por la OMS, donde además, se proclama como un derecho fundamental y que el logro de el grado mas alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo.

Esta definición deja de manifiesto la visión biosicosocial en la que se basa, la Organización Mundial de la Salud, para tratar las temáticas que le competen, lo que

transmite la integralidad del concepto, ya que trata a la persona como un todo y no lo divide en diferentes aspectos a tratar.

Dentro de la salud mental, se incluyen los trastornos mentales y conductuales, los cuales, se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizada por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. (OMS: 2001)

En los últimos años ha aumentado el número de prestaciones para enfermedades mentales que se efectúan en el sistema público de salud chileno - probablemente, también el número de personas que acceden a ellos - tanto en la atención primaria como en la atención psiquiátrica especializada. Además, el desarrollo de las áreas Prioritarias de Salud Mental definidas para la década del 90 - Salud y Violencia, Alcohol y Drogas, y Discapacidad Psíquica - ha permitido el acceso creciente de personas a la atención que requerían.

### **2.3.3.- Chile y la Salud Mental**

En Chile ha aumentado la demanda a servicios de salud mental y psiquiatría en el sistema público lo que se correlaciona con la alta prevalencia poblacional de los trastornos mentales y su probable incremento en los últimos años. En la medida que se produzca una mayor oferta de servicios es esperable que crezca la demanda a cifras cercanas a las descritas en países con un nivel mayor de desarrollo en este ámbito. A pesar de la discriminación negativa de los planes de atención de enfermedades mentales en el sistema de ISAPRES, la tasa de consultas psiquiátricas es superior a la del sistema público.

El Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población a la que sirve, ha venido desarrollando acciones dirigidas a la salud mental, especialmente a partir de 1990, durante el gobierno democrático que sucede al Gobierno militar. A punto de finalizar este decenio, el ministerio asume la responsabilidad de iniciar un cambio significativo en este campo de la acción sanitaria, de la forma más participativa y consensuada posible. Lo que se traduce en la conformación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría aporta al desarrollo humano del país, cuyo propósito es "Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común."

Este plan requiere grandes esfuerzos políticos y económicos para su realización, se trata, por lo tanto, de financiar el Plan mediante un aumento sostenido de los recursos que se destinan a salud mental. En la actualidad, los recursos públicos que se invierten en

salud mental en el país alcanzan al 1,2 % del presupuesto total de salud, lo que es muchísimo menor que en otros países (en Norteamérica y Europa oscilan entre el 8% y el 16%).

Deben aumentarse los recursos para salud mental del 1,39 al 5% del presupuesto total de salud del país. Para alcanzar esa cifra, el presupuesto actual de salud mental deberá incrementarse, cada año, en un 0,5 a 1 % del presupuesto de salud. Esto significa que una proporción importante de la expansión de recursos para salud debiera estar destinada a salud mental durante los próximos 10 años.

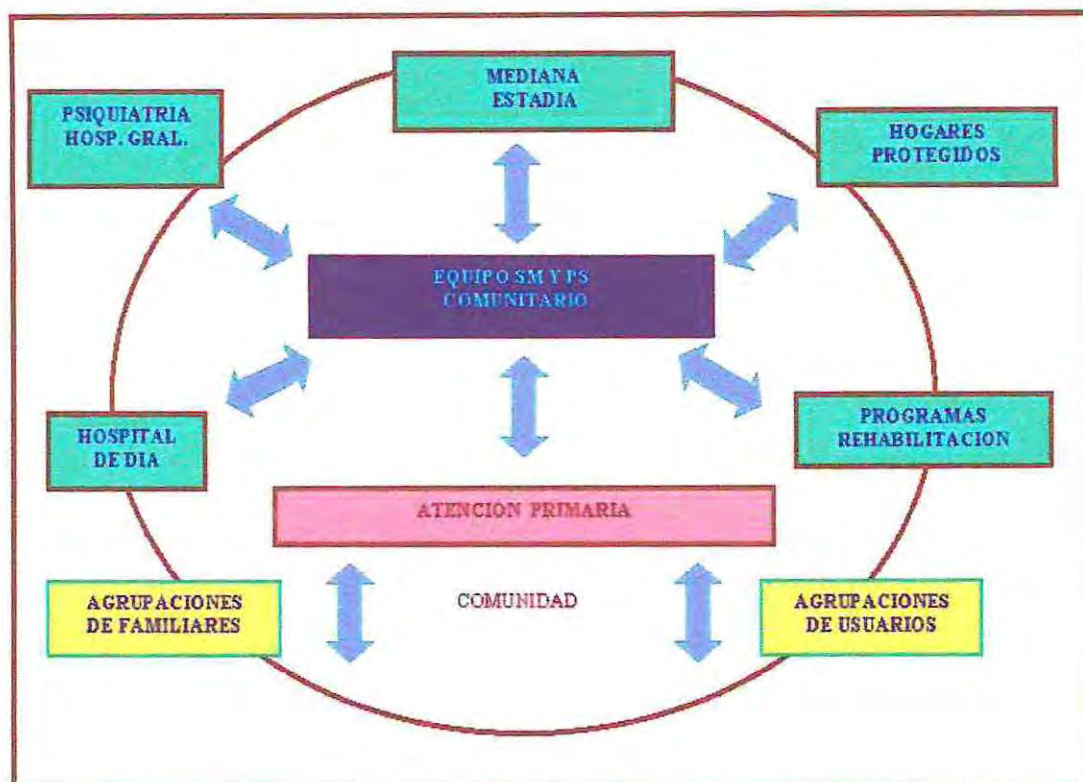
Estos esfuerzos políticos y económicos contribuirán a que la Unidad de Salud Mental, (instancia técnica dependiente del Departamento de Salud de la Personas y de la División de Rectoría y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud) cumpla la misión de “contribuir al bienestar de las personas aportando desde el ámbito de la Salud Mental a la satisfacción de sus necesidades de salud y a una convivencia social solidaria y favorecedora del desarrollo humano integral”.

En la actualidad la Unidad de Salud Mental se encuentra desarrollando el Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría, basado en la atención de las personas en las comunidades que viven y trabajan, o en dispositivos cercanos, con una participación creciente de las organizaciones de usuarios y familiares. Este nuevo modelo está definido en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y se viene implementando en el país en forma gradual desde el año 2000. Las prioridades que establece el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría son:

1. *Promoción y prevención en Salud Mental.*
2. *Trastornos de salud mental asociados a la violencia: Maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política 1973-1990.*
3. *Trastorno de hiperactividad/ de la atención en niños y adolescentes.*
4. *Depresión.*
5. *Trastornos psiquiátricos severos: Esquizofrenia.*
6. *Alzheimer y otras demencias.*
7. *Abuso y dependencia del alcohol y drogas.*

La actual forma de trabajo en Salud Mental en Chile, se basa en el nuevo modelo de atención en salud mental, denominado modelo de integración comunitaria (Figura 2.1), en contraste con el antiguo modelo Asilar, que privilegiaba las hospitalizaciones del paciente sacándolo de su entorno, recluyéndolo en centros hospitalarios de larga estadía.

Figura 2.1: Modelo de integración comunitaria.



La Figura N° 2.1 grafica la forma de trabajo del Hospital Psiquiátrico del Salvador, encontrándose en la parte superior el cuadro que señala Mediana Estadía, siendo este el espacio donde se inserta el trabajo de tesis de Trabajo Social a realizarse en la institución.

El esquema muestra que el hospital trabaja en una dimensión abierta a través de los Hogares protegidos y Hospital de día, y una dimensión cerrada en el Hospital General y la Mediana Estadía, además del trabajo especializado por necesidad específica de los pacientes y la fuerte integración de la comunidad y familia en el trabajo de salud mental, a través de las agrupaciones de Familiares y Usuarios, esto es efectivo ya que actualmente existen estas agrupaciones y son de gran aporte para la institución, en cuanto a la manifestación de necesidades, ideas y nivel de satisfacción con el servicio lo que aporta a la mejora permanente del servicio que brinda el Hospital.

#### 2.3.4. La Salud Mental en la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico Del Salvador:

En el caso de las enfermedades Mentales tratadas en el Hospital Psiquiátrico, en la Unidad de Mediana Estadía las patologías tratadas corresponden a Esquizofrenia resistente, Trastorno bipolar inestable y Psicosis atípicas, las que se enmarcan dentro del gran grupo de las patologías psiquiátricas severas:

2.3.4.1. Patologías Psiquiátricas Severas: Es el conjunto de enfermedades mentales que provocan discapacidad, estas patologías psiquiátricas tienen un carácter grave. Actualmente son tratadas mediante la atención de salud de integración comunitaria. Sin embargo en los casos refractarios, se tratan con un periodo de Hospitalización de mediana estadía que puede extenderse hasta por un año, las salas U.M.E. (unidades de mediana estadía) son las encargadas de dar tratamiento a estos pacientes.

A continuación se presentan aquellas enfermedades identificadas como patologías psiquiátricas severas, que son atendidas en la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador, de la ciudad de Valparaíso.

2.3.4.2. *Esquizofrenia*: Enfermedad mental del grupo de la psicosis, de carácter grave, caracterizada por la escisión de la personalidad, trastornos del pensamiento (delirios, alucinaciones) y pérdida de contacto con la realidad. Otras características son la negación de la enfermedad, alteración del sentido de sí mismo, cambio en las emociones, aislamiento, falta de motivación, angustia y depresión. Afecta al 1% de la población y aún no se conocen las causas que la desencadenan. Entre los factores que se apuntan como responsables están las alteraciones en la química del cerebro y la predisposición genética. El tratamiento se realiza combinando la toma de fármacos neurolépticos con medidas de rehabilitación socio-laboral, psicoterapias y apoyo familiar. Extraído de FONADIS.

2.3.4.3. *Trastorno bipolar*: La depresión bipolar, que anteriormente se conocía como enfermedad maniaco-depresiva, es un trastorno que cursa con fases de manía o euforia y depresión. La fase maníaca se caracteriza por la aparición de un período de elevación del estado de ánimo, anormal, expansivo e irritable, de al menos una semana de duración. La fase depresiva es en muchos sentidos el polo opuesto de la manía. Se caracteriza por la aparición de un estado de ánimo depresivo, de una duración de al menos dos semanas, durante el cual hay una pérdida de interés o placer en todas las actividades. Durante el episodio depresivo se experimentan abatimiento, inhibición de la actividad intelectual, cambios del apetito, peso y de la actividad sicomotora, falta de energía; sentimientos de subvaloración o de culpa; dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. También se observan alteraciones físicas en el curso de la fase depresiva: la musculatura parece lacia,

la expresión del rostro se paraliza y los movimientos se hacen más lentos. Extraído de FONADIS.

**2.3.4.4 Psicosis:** Síndrome clínico producido por una lesión que afecta al funcionamiento cerebral y que cursa con acusado deterioro de la orientación, la memoria, la comprensión, la habilidad para el cálculo, la capacidad de aprendizaje y el juicio. Extraído de: FONADIS.

Las enfermedades psiquiátricas deben su estabilidad al tratamiento de medicamentos no obstante, sin el apoyo familiar el tratamiento provee de momentos de estabilidad acompañados por una fuerte tendencia a la descompensación o simplemente no se sigue el tratamiento, ya que en las enfermedades tratadas en la UME la conciencia de enfermedad es muy escasa y es necesario el acompañamiento de las familias en esta tarea.

En situaciones de crisis como es la aparición de una enfermedad mental severa, la familia se pone a prueba en toda su estructura y en la capacidad de darle “significados” a los hechos que viven, lo que puede llevar a que la familia se adapte a la nueva situación cumpliendo su función de apoyo y asumiendo el nuevo rol de cuidador o ser superada por las exigencias de la patología llegando a la destrucción, provocándose serias disfunciones familiares.

#### **2.3.5.- Concepto de familia.**

El informe de la Comisión Nacional de la familia, considera a la familia como un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables. Es por ello que se es miembro de una familia en la medida en que se es padre o madre, esposo o esposa, hijo o hija, abuela o abuelo, tío o tía, etc.

Esta definición nos permite entender quien o como formamos parte de una familia pero no explica el funcionamiento interior de ella, debido a que esto pertenece a un tema más complejo que escapa a las aspiraciones de una definición, es por esto que se presentará a la familia desde una perspectiva Sistémica y Estructural, con el ánimo de cumplir con las pretensiones del estudio en cuanto a demostrar la complejidad de una patología psiquiátrica y como esto afecta la complejidad familiar estructuralmente llegando incluso al ámbito de los significados.

#### **2.3.6. La familia desde una perspectiva sistémica.**

La perspectiva sistémica cambia el entendimiento de los problemas humanos, desde los aspectos individuales hacia los aspectos interaccionales, relacionales y contextuales Bertalanfy (1976).

En palabras de Preister Steven (1980; 12) la familia como sistema social es una complejidad organizada un “holón” compuesto de subsistemas en mutua interacción, por lo que el sistema familiar es más que la suma de sus partes individuales. Por lo tanto, la familia como sistema será vitalmente afectada por cada unidad del sistema. Tan integral es esta relación entre las partes del sistema y el sistema total que si un individuo o subsistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se ve afectada.

En el caso de una persona que padece una enfermedad mental, y vive con su familia o esta mantiene responsabilidad a dicho nivel, en el aspecto de proporcionarle apoyo, afectos, cuidados y ayuda para seguir las recomendaciones médicas, esto puede ser grave, ya que el descuido de una de estas funciones puede poner en riesgo vital al paciente psiquiátrico o por el contrario la sobre protección también podría afectarlo en forma negativa.

Para que el sistema familiar sea funcional, su foco no debe estar solamente en su propio sistema interno. El sistema familiar existe de un supra sistema – espacio vital o ambiente- que a su vez puede ser subdividido en ambiente próximo de la familia más extensa, la vecindad y la comunidad, y un ambiente más remoto de la región, la nación y el mundo. Así, en primer lugar y fundamental, el límite de la familia con su espacio vital es crucial. Una familia debe poder distinguir entre sí misma y los de “afuera” o de lo contrario su identidad y por lo tanto, su existencia como sistema, se ve amenazada.

Sin embargo, el sistema familiar debe ser semipermeable, permitiendo que se comprometa en intercambio vital con su ambiente. Si el límite del sistema familiar es demasiado tenso, es decir, si se ha vuelto demasiado aislado del intercambio con su espacio vital, tiende a volverse entrópico y por tanto se mueve hacia la desintegración. A la inversa, si el intercambio de la familia con su espacio vital es demasiado abierto, esto es, su sentido de identidad se ve amenazado, y el ambiente puede abatirlo.

En el caso de familias con pacientes psiquiátricos se tiende a ver una marginación y/o automarginación dada en el medio social inmediato de la familia, compuesto por familiares, amigos, vecinos, etc., lo que limita las posibilidades de la familia de adaptarse a la nueva realidad, afectándose así por la carga de la “estigmatización”, acrecentándose la intensidad del impacto de tener un miembro de la familia con una enfermedad mental.

Como hemos visto la familia es compleja en su composición sistémica, pero aún nos queda entender sus interacciones, es decir la “forma de ser familias”, para esto en el siguiente apartado veremos a la familia desde la mirada Estructural, basándonos principalmente en las ideas de Minunchin.

### **2.3.7 La familia desde una perspectiva Estructural**

Minunchin (1977), principal exponente del enfoque estructural, define la estructura familiar como el “conjunto invisible de demandas funcionales que organizan

los modos que interactúan los miembros de la familia”. Estas pautas o reglas establecen como, cuándo y con quién cada miembro de la familia se relaciona regulando recíprocamente la conducta de los miembros de ella. Por lo tanto, la estructura está dada por los miembros que componen a la familia y las pautas de interacción recurrente, es decir, la estructura le da “la forma” a la organización, constituyendo los arreglos de los componentes internos y su regulación con el ecosistema.

Este autor ha establecido que los aspectos estructurales de la familia son aquellas variables que dicen relación con cuántos miembros pertenecen a la familia, los subsistemas existentes, los roles que cumple cada miembro, los límites internos y externos de la familia, la manera en que forman alineamientos y el manejo del poder.

Sostiene que la estructura del sistema familiar es relativamente fija y estable lo que da sustento a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dándoles sentido de pertenencia a sus miembros. Al mismo tiempo, la familia debe ser flexible para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida, en el caso de una situación estresante como es la presencia de una enfermedad psiquiátrica severa en unos de los miembros del sistema familiar esta característica de la estructura familiar se pone a prueba, ya que exige diversos cambios en ella para poder adaptarse a la nueva situación, en relación al cuidado del paciente, tratamientos médicos y aceptación de la enfermedad.

Como se ha expuesto el sistema familiar es un todo que es más que la suma de sus partes, como un conjunto de elementos que se relacionan entre ellos y con el medio y cualquier cambio que tenga ocurrencia en uno de los elementos del sistema provoca cambio en todos los demás. A su vez, el Sistema se subdivide en subsistemas, que son parte integrante del sistema total familiar al que pertenecen, entre ellos se reconoce en la familia: el subsistema conyugal, subsistema paterno, subsistema fraterno.

Estos Subsistemas son elementos del sistema familiar y como antes se explicó están interconectados entre sí, la manera en que estos están interconectados corresponde a la Estructura del sistema, la cual se mantiene unida y se manifiesta a través de procesos de los sistemas sociales: roles, límites y la comunicación, a través de la cual se da la interacción de sus elementos.

#### **2.3.7.1. Subsistemas familiares:**

Son las identidades menores del sistema a través de las cuales este cumple sus funciones, siendo los principales el subsistema conyugal, el subsistema parental y el fraterno.

En palabras de Ángela Quintero V, “Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas...”. Cada uno de estos subsistemas tiene roles, funciones y tareas específicas que varían de una familia a otra.

2.3.7.1.1.- *Subsistema Conyugal*: se compone por una pareja adulta de sexo diferente que se unen para formar una familia. Poseen tareas o funciones específicas para su funcionamiento. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación.

2.3.7.1.2. *Subsistema Fraternal*: Es el principal laboratorio social en que los niños aprenden a experimentar relaciones con sus iguales. En el marco de este contexto, los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente.

2.3.7.1.3 *Subsistema Parental* : Relación de paternidad, requiere la capacidad de alimentación, guía y control. Las proporciones de estos elementos dependen de las necesidades de desarrollo del niño y de las capacidades de los padres. Pero la relación requiere el uso de la autoridad, los padres no pueden desempeñar sus funciones ejecutivas a menos que dispongan del poder necesario para hacerlo.

**2.3.7.2 Comunicación:** Cada familia tiene un modelo único de comunicarse lo que determina la interacción de cada uno de sus miembros.

### **2.3.7.3 Roles:**

Dentro de la estructura familiar se encuentran como dimensiones centrales las “normas” que guían a la familia, los roles y las expectativas de roles de cada miembro, los límites, los alinamientos y la jerarquía de poder (Minuchi, 1977).

Respecto de las normas, hay algunas universales y explícitas y otras implícitas e idiosincrásicas, que definen las relaciones entre los miembros. Los roles definen las tareas que se espera que cada uno cumpla dentro de la organización familiar, éstos a su vez están en parte definidos por la cultura y por la historia particular de cada familia.

En el caso de las familias con pacientes psiquiátricos los roles se acomodan a la nueva situación, para cumplir con las nuevas tareas que se hacen parte de la realidad familiar.

En lo que respecta al rol del paciente, es posible encontrar que se espera poco de él, no se valoran sus logros. Por un lado, no se lo incluye en la distribución de responsabilidades familiares, por pensar que no tiene capacidad para ello, pero al mismo tiempo se critica todo lo que no hace. En situaciones, se observa incluso más exigencias con el familiar enfermo que con los otros miembros de la familia. Existe un doble vínculo de “no pedir al paciente lo que sí puede hacer”, deteriorando aún más sus capacidades, incapacitándolo por tratar de protegerlo, todo se justifica por su enfermedad. Y a la vez criticarlo y descalificarlo por su conducta dejada e insolidaria con la familia” Martínez Lesus (2002: 27).

#### 2.3.7.4 Límites familiares:

Los límites de un sistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera en una transacción interpersonal cualquiera. Su función es proteger la diferenciación del sistema y subsistemas. Para que se pueda cumplir la adaptación del sistema familiar, los límites deben ser claros y con un cierto grado de flexibilidad, de modo que le permita a los subsistemas adecuarse a las demandas funcionales que acarrearán distintos eventos, como podría ser la enfermedad de uno de sus miembros (Minuchin, 1977; Minuchin & Fishman, 1984).

La claridad de los límites al interior de la familia es un parámetro útil para evaluar su funcionamiento. Cuando la familia se vuelca sobre sí misma aumentando en forma excesiva su comunicación y la preocupación de unos sobre los otros, se pierde la distancia entre sus miembros, los límites se diluyen y la diferenciación de los subsistemas se hace difusa. Estas son las familias que Minuchin denomina “aglutinadas”. Estas estructuras familiares frente al estrés (como es el caso de una enfermedad) rápida e intensamente, muchas veces sobrecargándose y no pudiendo adecuarse a las demandas.

En estas familias se observa una pérdida de la autonomía e inhibición del desarrollo afectivo y cognitivo de sus miembros. Por ejemplo, si en una familia se diagnosticase en uno de los miembros una enfermedad psiquiátrica, la familia podría reaccionar de forma sobre protectora, aprehensiva, no respetando los espacios individuales, afectando el desarrollo normal de la persona que sufre el trastorno psiquiátrico.

En el otro extremo del continuo están las familias cuyos límites son muy rígidos, con una comunicación muy difícil y escasa entre los subsistemas haciéndose difícil la función protectora de la familia. Estas estructuras se denominan “desligadas”, donde cada miembro se relaciona con los demás como si tuviera poco que ver con ellos, con un mínimo de dependencia hacia los otros, con límites firmemente delimitados, impermeables y que sólo activa los sistemas de apoyo cuando algún miembro de la familia tiene un muy alto nivel de estrés (Minuchin & Fishman, 1984; Haley, 1967).

Un mismo sistema familiar puede tener subsistemas aglutinados y desligados y éstos pueden ir variando según la etapa del ciclo familiar, en todo caso las estructuras dominantes extremas señalan áreas de posibles patologías o disfunciones familiares (Minuchin, 1977).

Es así, posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado en un continuo cuyos polos son los dos extremos de límites difusos, por un lado, y de límites sumamente rígidos por el otro, incluyendo un espectro de límites claros o normales.

En el caso de familias con grandes conflictos y alta vulnerabilidad, las coaliciones suelen ser rígidas y durar años y repetirse a través de las generaciones (Minuchin, 1977). Contrariamente, las alianzas dentro de un subsistema pueden ser muy funcionales e

incluso necesarias para un adecuado cumplimiento de las funciones, como podría ser el caso de una enfermedad, la alianza entre madre- hijo en torno a la adherencia al tratamiento.

Hasta el momento hemos aclarado la complejidad sistémica de las familias y como funcionan desde sus Estructura, es por esto que ahora se presenta un Modelo que nos permite diferenciar entre familias “con y sin problemas”, lo que será de mucha ayuda al momento de construir el Diagnostico, debido a la necesidad de conocer la estructura familiar y los significados que se construyeron en torno a la enfermedad, esperando encontrar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿La presencia de la enfermedad psiquiátrica en uno de los miembros de la familia afecta la estructura familiar?.

#### **2.3.7.5 Estructura familiar y Modelo circunflejo de Olson**

El Modelo Circunflejo de Sistemas Maritales y Familiares formulado en la década del 70 por Olson y colaboradores, ha sido uno de los modelos reconocidos por su coherencia en promover la integración entre la teoría, la investigación y la práctica clínicas en familias, y ha probado ser exitoso en discriminar familias “con y sin problemas”, tomando en cuenta las dimensiones señaladas por Minuchin y otros autores.

Este modelo considera dos dimensiones de conducta familiar que emergen de la revisión y fusión conceptual de más de cincuenta conceptos desarrollados para describir dinámicas de parejas y familias. Estas dimensiones corresponden a: Cohesión Familiar y Adaptación Familiar.

En relación a lo anterior a continuación se presenta el cuadro 2.4, el que presenta sub dimensiones de la Dimensión, Cohesión Familiar, e indicadores de ella.

**Cuadro 2.4: Cohesión Familiar (Olson: 1.976)**

	<b>DESLIGADA (MUY BAJO)</b>	<b>SEPARADA (BAJO-MODERADO)</b>	<b>CONECTADA (MODERADO-ALTO)</b>	<b>AGLUTINADO (MUY ALTO)</b>
<b>APEGO EMOCIONAL</b>	Extremo desapego emocional. Carencia de lealtad	Predomina separación emocional. Ocasional lealtad familiar	Cercanía emocional, Lealtad familiar por descontado	Extrema cercanía emocional. Lealtad exigida.
<b>COMPROMISO EMOCIONAL</b>	Mínimo compromiso e interacción. Muy escaso contacto afectivo.	Compromiso aceptable pero distancia preferida. Bajo contacto afectivo.	Énfasis en compromiso; distancia permitida. Contacto afectivo preferido y estimulado.	Muy alto compromiso simbiótico; Alta dependencia mutua. Dependencia afectiva explicita.
<b>RELACIÓN MARITAL</b>	Desvinculación emocional externa	Separación emocional	Cercanía emocional	Extrema relatividad emocional.
<b>COALICIÓN PADRE HIJO</b>	Ausencia de cercanía entre padres e hijos	Límites claros; baja cercanía entre padre e hijos.	Límites claros con cercanía entre padres e hijos.	Coalición entre padres e hijos. Falta de límites generacionales.
<b>LÍMITES INTERNOS</b>	Predomina separación personal	Cierta separación estimulada	Separación respetada pero no valorada	Falta de separación personal
<b>Tiempo</b>	Énfasis en tiempo aparte	Soledad importante. Escaso tiempo juntos.	Tiempo juntos importante (soledad permitida)	Máximo de tiempo juntos (soledad no permitida)
<b>Espacio</b>	Necesidad y preferencia por separación	Preferencia por separación	Espacios compartidos y privacidad respetada	Espacios individuales o permitidos
<b>Decisiones</b>	Independencia. Individualismo	Predomina individual. Conjunto es posible.	Preferencia por decisiones conjuntas	Decisiones basadas en deseos grupales
<b>LÍMITES EXTERNOS</b>	Foco predominante fuera de la familia.	Predomina foco (temas) fuera.	Foco principal dentro de la familia.	Foco principal dentro de la familia.
<b>Amistad</b>	Contacto individual y excesivo	Rara vez compartidas con la familia.	Individuales compartidas con la familia.	Preferencia por amigos comunes.
<b>Intereses</b>	Discapacidad. Diferenciación.	Intereses separados	Preferencia por intereses conjuntos.	Intereses comunes mandatarios.
<b>Recreación</b>	Individual.	A menudo separados.	Predomina recreación compartida.	No hay.

En el cuadro 2.4., se presentó la Dimensión *Cohesión*, la que corresponde al nivel de vinculación emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía que experimenta cada miembro al interior de su sistema familiar.

Algunas variables específicas que pueden ser utilizadas para evaluar el grado de cohesión son las siguientes. Lazos emocionales, independencia, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación.

Existen 4 niveles de cohesión: Desligado (muy bajo), Separado (bajo a moderado), Conectado (moderado alto), Aglutinado (alto).

A continuación se presenta el cuadro 2.5, que presenta sub dimensiones de la Dimensión, Adaptabilidad Familiar, e indicadores de ella.

**Cuadro 2.5: Adaptabilidad Familiar (Olson: 1976)**

	<b>RÍGIDA (MUY BAJO)</b>	<b>ESTRUCTURA (BAJO MODERADO)</b>	<b>FLEXIBLE (MODERADO- ALTO)</b>	<b>Caótica (MUY ALTO)</b>
<b>LIDERAZGO (CONTROL)</b>	Liderazgo autoritario. Padres con alto control.	Predomina autoritario, con momentos igualitarios.	Liderazgo igualitario. Cambios fluidos.	Errático e inefectivo. Fracasa control parental.
<b>DISCIPLINA</b>	Autocrática, estricta. Consecuencias rígidas.	Semi democrática. Consecuencias predecibles. Exigente	Generalmente democrática. Consecuencias negociables.	Laissez Faire. Consecuencias inconsistentes.
<b>NEGOCIACIÓN</b>	Escasa negociación. Decisiones impuestas por padres.	Negociaciones estructuradas. Padres deciden.	Negociaciones flexibles. Decisiones por acuerdo.	Negociaciones impulsivas.
<b>ROLES</b>	Repertorio limitado. Definiciones estrictas.	Roles estables escaso intercambio	Roles compartidos. Intercambio fluido de roles.	Falta de claridad; cambios y reversiones de roles.
<b>REGLAS</b>	Reglas inmutables. Activa imposición de reglas.	Resistencia a cambiar. Mantenido con firmeza	Reglas modificables. Mantenido con flexibilidad	Cambios frecuentes. Inconsistencia en mantención.

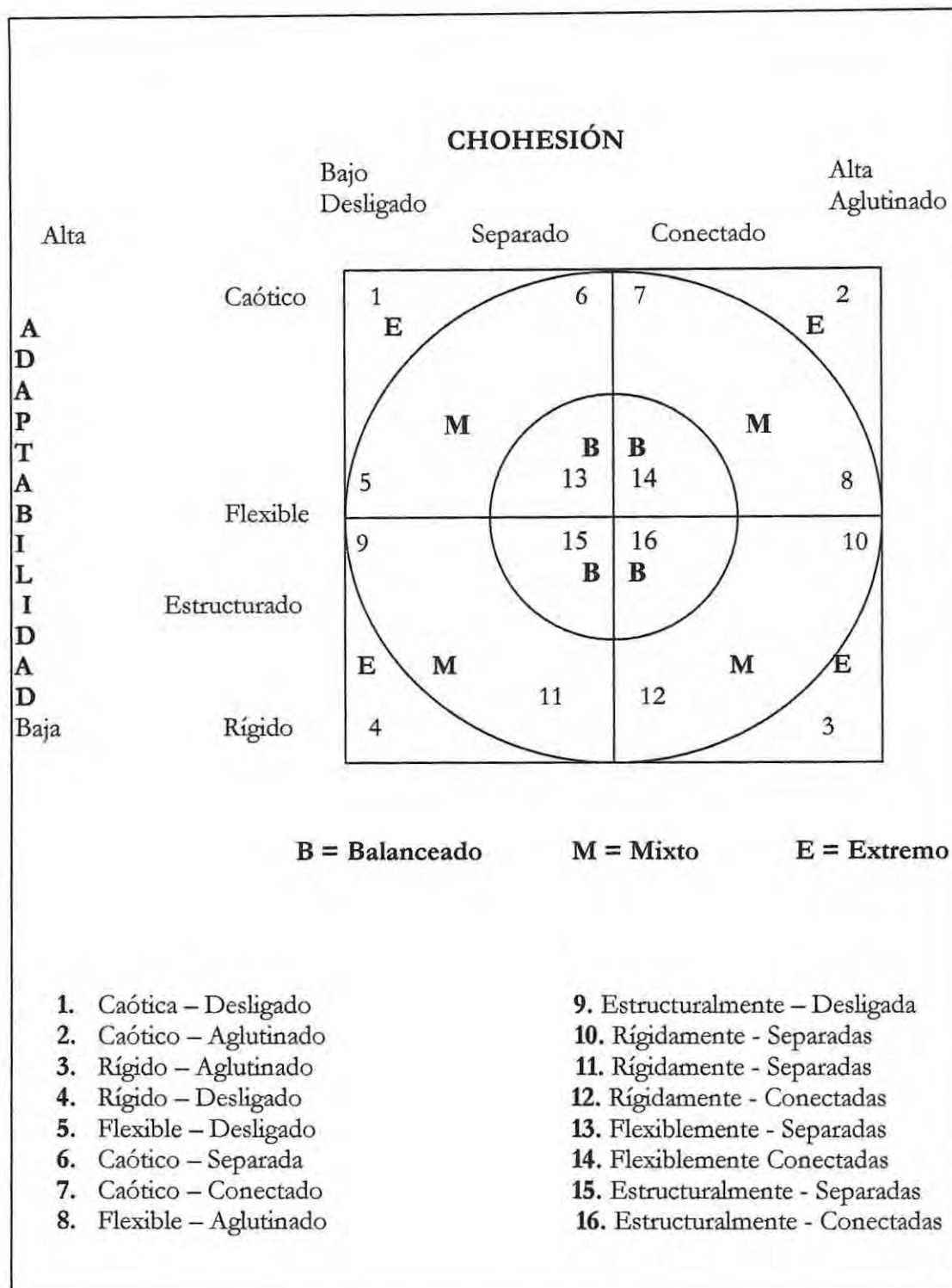
En el cuadro 2.5, se presentó la dimensión de Adaptabilidad familiar, la que corresponde al Nivel de flexibilidad (capacidad de cambio) del sistema, y se refiere específicamente a variables de: estructura de poder familiar (afirmación, control y disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación. Se consideran cuatro niveles de adaptabilidad que son: Rígido (muy bajo), Estructurado (bajo a moderado), Flexible (moderado a alto), Caótico (muy alto)

Olson a través de su modelo Circunflejo, evalúa las relaciones familiares en las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, operacionalizándolo a través del instrumento diseñado por él mismo F.A.C.E.S III (Family Adaptability Cohesión Evaluación Scale; en español: Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar).

Este cuestionario permite tipificar las familias en un espectro de rigidez/flexibilidad y cercanía/separación obteniéndose así 16 tipos de familia o tres grupos más generales, los que corresponden a:

- Familias Balanceadas (aquellas que son balanceadas en ambas dimensiones: flexiblemente separadas, flexiblemente conectadas, estructuradamente separadas, y estructuradamente conectadas)
- Familias de Rango Medio o Familias de tipo Mixta, que corresponden aquellas familias que son extremos en una dimensión y balanceadas en la otra. Dentro de esta categoría existen 8 tipos: caóticamente separadas, flexiblemente desligadas, caóticamente conectadas, flexiblemente aglutinada, estructuradamente desligadas, estructuradamente aglutinadas, rígidamente separadas, rígidamente conectadas.
- Familias Extremas, aquellas que son extremas en ambas dimensiones (caóticamente desligadas, caóticamente aglutinadas, rígidamente aglutinadas, rígidamente desligadas).

Figura 2.2: Modelo Circunflejo.



Este instrumento permite determinar entre familias “problemáticas” y “no problemáticas” en las dimensiones predichas. La hipótesis central derivada de este modelo es que las familias balanceadas funcionarán de manera más adecuada que las familias extremas. Esta hipótesis está construida sobre la base de que las familias extremas, en ambas dimensiones, tenderán a tener más dificultades para enfrentar el estrés situacional y de desarrollo, que genera, por ejemplo, una enfermedad crónica. Esto implica que muy poca o excesiva cohesión o adaptabilidad, es vista como disfuncional

para el sistema familiar. Sin embargo, las familias capaces de equilibrar estos dos extremos, presentarán un mejor funcionamiento.

Estas características, sumadas al énfasis que este modelo da a la forma en que los integrantes de la familia regulan sus interacciones, convierten a este instrumento en una herramienta útil en el estudio de familias con algún miembro enfermo, ya que conocer las características estructurales de una familia, como es la forma en que se manejan los límites, las reglas y roles, etc., permite lograr una mejor comprensión del comportamiento que presenta la familia como un todo frente a una situación estresante, como es la aparición de una enfermedad crónica.

No obstante, a la crisis que puede provocar una enfermedad mental severa en uno de los miembros de una familia, todas las familias vivirán crisis propias a sus procesos evolutivos, esta idea surge bajo diversas tendencias entre ellas La Teoría General de Sistemas, y se materializa en un **modelo de desarrollo familiar**.

En tal sentido se plantea que las personas crecen y evolucionan a través del Ciclo Vital Familiar, referente a todo el grupo, en su interrelación generacional entre los miembros consanguíneos y los de afinidad.

#### **2.3.7.6. Ciclo Vital de la familia:**

Cada etapa de vida familiar es caracterizada por un grado de crisis ocasionada por los procesos bio-sico-sociales que generan tareas familiares específicas para cada fase, las que deben ser entendidas y realizadas. El supuesto es que las tareas individuales tienen influencia en la naturaleza de la vida familiar en un período dado y representan temas familiares que atañen a los miembros como individuos y como grupos.

De esta manera el proceso evolutivo familiar oscila alrededor de la contracción (formación de la pareja, período terminal) y la expansión (llegada de los hijos, ingreso de yernos, nueras, etc). Basado en estos lineamientos generales, los investigadores han creado clasificaciones del modelo que van desde 4 a 13 etapas. Por lo que para este estudio se utilizará la clasificación aportada por Angela M. Quintero, aún cuando la investigadora de la presente excluirá la etapa que la autora denomina *Noviazgo*, por no ser de interés para el estudio.

A continuación se presentan las Etapas del Ciclo Vital, que servirán para entender a las familias desde sus procesos evolutivos, entendiendo así las preocupaciones de la etapa, considerando la carga que le atribuye a esto la realidad estudiada.

### 2.3.7.7 Etapas del ciclo vital

#### 2.3.7.7.1 Familia etapa inicial: hijo 0 a 5 años:

Cubre desde el primogénito hasta el menor, aún con las diferencias generacionales tan frecuentes en las familias simultáneas, y finaliza al ingresar éste al sistema educativo formal. La pareja o díada se convierte en triada que, de acuerdo con las influencias culturales, puede generar interacciones particulares.

Las mayores dificultades tocan con crear espacios erótico afectivo de intimidad y desarrollo de la pareja, pero al mismo tiempo recibir al nuevo hijo, a la vez que no se descuidan las otras áreas: laboral, filial, socia, personal, doméstica.

Se resalta que los hijos llegan a una pareja por diversos caminos: biológicamente, adopción y procreación asistida, independientemente del tipo de vínculo conyugal.

#### 2.3.7.7.2 Familia con hijos de 6 a 12 años:

Coincide con todo el proceso de socialización secundaria. Implica cambios en las relaciones familiares en tanto las normas y reglas ya no provienen sólo del sistema familiar; hay que buscar una cierta autonomía en la que se equilibren las relaciones intrafamiliares con las nuevas de otros grupos de pares (vecinos, condiscípulos, deportes, recreación), aprendiendo a reconocer las diferencias con los sistemas externos.

Compromete no sólo al hijo que inicia su salida parcial de la familia, sino a esta en su totalidad, y confronta el proceso de socialización primaria llevado hasta el momento. Coincide con replantearse en la vida de pareja, acerca de la necesidad de compartir el tiempo que dejan libre los hijos que ya empiezan a independizarse y a redefinir los intereses recíprocos

#### 2.3.7.7.3 Familia intermedia tardía (hijo entre 13 y 19 años):

Periodo de máxima confrontación en las relaciones parentofiliares, en tanto se requiere que dejen de ser complementarias, para constituirse en simétricas, donde la autoridad paterna evite el choque generacional tan frecuente y acceda a la <autonomía y naciente genitalidad del hijo adolescente. Siendo también básico el grupo de pares, sea el fraterno, el escolar o el social, a igual que para las relaciones heterosexuales.

Es frecuente el replanteamiento de la pareja como tal, y de cada uno de sus miembros, en la recuperación de su espacio psico-afectivo y en asumir los cambios de la edad madura.

Este momento evolutivo es reseñado como uno de los más críticos, dado los cambios en el ejercicio de la autoridad por parte de los padres y la asunción de la autonomía en los hijos. Hay que propender a que la familia permita un desarrollo progresivo de la independencia de todos sus miembros: la pareja debe propiciar un

reencuentros como tal, libre de las funciones de crianza y atención permanente y directa a los niños; comentando el compañerismo y revitalizando la relación.

El subsistema fraterno está en la capacidad de asumir funciones y responsabilidades específicas, a través del proceso de separación- individualización, negociándose las diferencias en el subsistema Parental, pues los progenitores empiezan a perder su investidura paterna y son confrontados como adultos.

#### 2.3.7.7.4 *Familia en Etapa filial (hijos de 20 o más años):*

Señalada como la etapa donde se presentan más rupturas conyugales, en razón de que la pareja que todavía subsiste, tiende a descuidar sus funciones maritales, para atender los compromisos parento – filiales de las etapas precedentes; coincidiendo también con una confrontación en lo laboral, lo individual, lo ocupacional. Las relaciones deben convertirse en adulto- adulto, renegociando las funciones de cada subsistema.

Los hijos abandonan el hogar, se independizan afectiva y/o económicamente y propugnan por la creación de nuevos sistemas familiares. Dicha partida debe ser aceptada por los padres redefiniendo sus funciones: si hay una relación sólida entre ellos, la crisis normal se supera; si no, aparece la separación o divorcio como lo más frecuente.

El sistema se abre a otros miembros, nueras, yernos, nietos, sobrinos, cuñados, lo que amplía la red nacional, pero al tiempo conlleva dificultades que pueden obstaculizar el desarrollo natural de todos los subsistemas. Se destaca como lo más frecuente la interferencia en la nueva familia del hijo (a) y la no asunción de los cambios propios de la jubilación o retiro laboral.

La pareja busca alternativas de convivencia donde existían otras preocupaciones extra familiares e intereses para compartir en el uso del tiempo libre.

Aunque todavía alguno de los hijos vivan con uno o ambos padres, en caso de muerte o rompimiento, manejan una relativa autonomía y se proyectan fundamentalmente a los sistemas externos. En este sentido es una etapa pos Parental.

#### 2.3.7.7.5 *Familia Anciana. Periodo Terminal de la familia:*

La proyección multigeneracional cumple su ciclo: los padres, creadores de la familia se vuelven dependientes y generalmente un miembro de la pareja ya ha muerto y en este sentido, cambia la estructura familiar con dificultades para la totalidad. En la crisis de desvalimiento o incapacidad del progenitor anciano, los reajustes funcionales van desde atender las demandas físicas y emocionales, hasta los crecientes gastos.

En su devenir, la familia se entrecruza con los ciclos individuales de cada uno de sus miembros y con el ciclo que originó el sistema. La circularidad de su dinámica asume el crecimiento, individual, familiar y social.

La familia no muere: se transmite y se transforma multigeneracionalmente.

En cada etapa de la vida familiar revisada anteriormente la familia debe seguir cumpliendo sus funciones las que la hacen una institución social desde la mirada sociológica, por ende tiene una estructura relativamente estable y una organización que permite responder a determinadas necesidades, las que se extiende a lo largo del ciclo vital familiar cuando uno de sus miembros es una persona vulnerable, debido a la enfermedad psiquiátrica que los aqueja.

Según el Servicio Nacional Mujer (1994), estas necesidades se satisfacen a través de las diversas funciones que desempeña la familia, para este estudio consideraremos 3 de las 5 funciones, debido a su relación con la temática abordada:

**Función económica:** La familia es vista como una unidad de consumo, la cual satisface las necesidades básicas como de alimento, vestimenta, vivienda, educación, etc. Además, de lo anterior es considerada como prestadora de servicios, también promueve el ahorro y la inversión del desarrollo económico del país.

**Función Socializadora:** En esta función la familia está encargada de transmitir valores, normas y conductas apropiadas para adaptarse adecuadamente a los parámetros de comportamiento que mantienen la estabilidad de las sociedades.

**Función Formadora de identidad:** A través de esta función la persona es individualizada como un ser único e irrepetible, lo que le permite tomar conciencia de sus potencialidades y desarrollar un sentido de pertenencia.

Hasta el momento podemos entender la etapa de vida familiar en que se encuentra el sujeto en estudio, también gracias al modelo estructural y al enfoque sistémico sabemos como se afecta la familia. Sin embargo las aspiraciones del estudio van más allá esperando además encontrar el significado que el “miembro significativo” a dado a la enfermedad psiquiátrica, para ello tomaremos como referente teórico la construcción social. Lo precedente se presenta a continuación.

#### **2.3.7.8. Construcción de significados**

Los significados son constructos lingüísticamente organizados que se dan en la interacción social (sociedad, comunidad, interior de la familia), basadas en la experiencia de vivir con un miembro de la familia diagnosticado con una enfermedad psiquiátrica.

La familia como sistema significante no sólo tiene estructura, sino un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar.

En el mismo sentido, Hidalgo Florenzano (1994), señala que la enfermedad puede interrumpir el funcionamiento cotidiano de una familia y perturbarla en forma

variable dependiendo del significado que le atribuyen a la enfermedad, es así como un mismo síntoma puede repercutir de modo disímil en una familia y otra, en un paciente y otro, o en un momento u otro.

La enfermedad psiquiátrica en los casos severos se materializa como una discapacidad<sup>3</sup>, la que a su vez es fuertemente estigmatizada por el medio.

*“La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar. El intercambio social rutinario en medios preestablecidos nos permite tratar con “otros” previstos sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial. Por consiguiente, es probable que al encontrarnos frente a un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en que categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir su “identidad social” Goffman E. (1970).*

En este encuentro con el otro (en este caso) “diferente”, es que comenzamos a atribuir características desacreditadoras que desembocan en la consideración de la persona en su totalidad como “negativa”. Estas atribuciones que clasifican y muchas veces estigmatizan, no siempre tienen que ver con la realidad, es decir son construcciones de significados poco reales, por falta de conocimiento, o ideas míticas sobre las personas que las poseen. El entorno social basado en estos significados, tendría una actitud de rechazo y evitaría el contacto, manteniendo la estigma y negando las posibilidades de hacerlo desaparecer, obligando así a la persona estigmatizada a luchar contra la sociedad para destruir la “imagen” que tienen de él que lo discapacita.

En nuestra sociedad la discapacidad es vista como un elemento desacreditador según lo expuesto, el estigma está cruzado por prejuicios en torno a la incapacidad y a la invalidez, las acciones tendientes a la integración surgen desde la noción de lo normal, dejando fuera los síntomas típicos de ciertas patologías psiquiátricas las cuales los hacen escapar de estos márgenes. Esto nos lleva a reflexionar, sobre la importancia de los significados que se construyen en torno a este tema, ya que estos necesitan conocimiento informado y apertura en la tolerancia hacia lo desconocido o “anormal”, ya que aún cuando no estamos acostumbrados a estos parámetros más amplios para ver la realidad, hay que aceptarlos como parte de ella.

En relación a esto surge desde el Estado una respuesta a la integración a través de la norma técnica número 90, sobre Rehabilitación Psicosocial para personas mayores de 15 años con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad”, la que presenta la “Rehabilitación Psicosocial” como fuerte en la tarea de integración por ello se contempla un trabajo con el paciente, familia y comunidad; Este instrumento también señala que el entorno debe dar las oportunidades para la rehabilitación, así la exigencia de adaptarse a la “normalidad”, deja de ser un obstáculo a la Rehabilitación.

---

<sup>3</sup> El concepto de Discapacidad que se plantea en esta investigación corresponde a “Dificultad en las actividades diarias y en la participación o integración social”, según Ley de Integración social de personas con discapacidad, Ley N° 19.284 (1994).

No obstante, no podemos pedirle a un entorno familiar acostumbrado a lo “normal” que de oportunidades a lo diferente de un momento a otro, ya que debemos conocer primero como este “entorno familiar significa la enfermedad”, por esto la presente investigación se orienta a estudiar los “significados” del familiar “responsable”, ya que son de mucha importancia, al tener presente que estos pacientes son refractarios al tratamiento integral, entrapándose en procesos de rehabilitación infructuosos, donde el apoyo familiar es escaso ; debido a los largos años de evolución de la Patología Psiquiátrica Severa, que debido a la frecuencia en sus descompensaciones, estos pacientes integran la llamada “puerta giratoria”; Es por esto que encontrar los “significados de las familias” podrían ayudar a entender el fenómeno para posteriormente darle una respuesta profesional a través de un proceso de intervención.

## **2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

### **2.4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

La investigación que abordará el seminario de título es de tipo descriptivo – explicativo, ya que busca caracterizar y explicar con sus causas y consecuencias la Estructura familiar y Significados acerca de la enfermedad Psiquiátrica Severa que tiene una familia con un integrante con esta enfermedad.

Esto permite la elaboración de un planteamiento hipotético, el cual se traduce en la formulación de dos hipótesis centrales de estudio, anteriormente señalada.

### **2.4.2. DELIMITACIÓN DEL UNIVERSO:**

El estudio, trabajará con los “familiares responsables” de los pacientes psiquiátricos, de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador, que en Septiembre del año 2.006 se encuentran hospitalizados, esto corresponde a quince pacientes y sus familias lo que corresponde al total del Universo.

### **2.4.3. UNIDAD DE ANALISIS:**

Para la realización de la investigación diagnóstica se utilizará como unidad de análisis: “familiares responsables” de los pacientes psiquiátricos, de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

A continuación se presenta un cuadro que presenta los objetivos, fuentes, técnicas y / o instrumentos de recolección de datos que se utilizarán.

Puede apreciarse el uso de técnicas cualitativas y cuantitativas, las que contribuyen a dar cuenta de la compleja realidad en estudio, además de aportar a enriquecer el posterior análisis que pueda efectuarse.

**Cuadro 2.6:** Explica la relación que se establece entre los objetivos de investigación y las técnicas que se utilizarán para la realización del diagnóstico:

OBJETIVO	FUENTE	TÉCNICA Y / O INSTRUMENTO
<p><b>General 1:</b> Describir y analizar la estructura familiar de los pacientes psiquiátricos y el significado de un integrante más significativo de esta, respecto de la enfermedad psiquiátrica.</p> <p><b>Específico:</b></p> <p>1. Caracterizar socio demográficamente a los pacientes de la unidad de psiquiatría del Hospital del Salvador.</p>	Ficha Clínica.	<p>Análisis de documentación de la institución.</p> <p>Encuesta.</p>
<p><b>General 1</b></p> <p><b>Específico:</b></p> <p>2. Describir los significados que tiene el miembro más significativo para el paciente, con respecto a la enfermedad siquiátrica y sus consecuencias dentro de la familia</p>	Familiar significativo	Entrevista Focalizada
<p><b>General 1</b></p> <p><b>Específico:</b></p> <p>3. Describir la estructura familiar (subsistemas familiares, límites familiares, intereses y recreación, liderazgo, control y disciplina, roles y reglas, tiempo y amigos, apoyo) que se dan al interior de una familia que presenta un paciente con una patología siquiátrica</p>	Familiar significativo	Encuesta.
	Familiar significativo	Entrevista Focalizada. Observación

## 2.5- ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la obtención de la información necesaria para concretar el presente estudio se utilizarán fuentes primarias y secundarias, las primarias estarán dadas por la realización de “Entrevistas” al familiar significativo de cada uno de los quince pacientes de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

En cuanto a las fuentes secundarias, se utilizaran aquellas que permitan dar cuenta de la realidad sociodemográfica de los pacientes psiquiátricos de la U.M.E., básicamente éstas provendrán de las fichas clínicas de los pacientes.

Para la realización del diagnóstico se utilizará una estrategia de complementariedad entre técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación, debido a la naturaleza diferenciada de las variables a estudiar, ya que permitirá analizar diferentes aspectos de la realidad y conducirá a resultados que sumados aumentarán el conocimiento de la realidad estudiada.

### 2.5.1.- Técnicas Cuantitativas:

La técnica cuantitativa permitirá conocer la estructura de las familias.

2.5.1.1. *Cuestionario*: Un cuestionario corresponde a un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir.

El cuestionario, es un procedimiento de recolección de datos, que inscriben en la técnica de la Encuesta.

Este procedimiento aporta en la traducción de los Objetivos en preguntas específicas cuyas repuestas proporcionarán los datos necesarios para comprobar las hipótesis o indagar el área determinada por los objetivos.

En relación a lo anterior, el Cuestionario que se aplicará al familiar significativo del paciente psiquiátrico de la U.M.E., se dividirá en dos partes, la Parte I corresponde al *Faces III* (Family Adaptability Cohesión Evaluación Scale)<sup>4</sup>; en español: Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Este instrumento corresponde a una operacionalización directa del Modelo Circunflejo de (Olson, 1976). La Parte II<sup>5</sup>, esta dirigida a indagar aspectos específicos de los significados del familiar responsable.

El Cuestionario posee las siguientes características: “Es un Cuestionario cerrado, de autoaplicación censal, (debido a que se aplicará a todo el Universo de los pacientes de la U.M.E.) y su aplicación será individual”.

Este instrumento aportará información para conocer la Estructura de las familias y algunos aspectos específicos de los significados construidos por el “familiar responsable”, en torno a la experiencia de vivir con un paciente psiquiátrico severo.

<sup>4</sup> Ver Anexo 1.2: Cuestionario Parte I.

<sup>5</sup> Ver Anexo 1.3: Cuestionario Parte II.

La información recolectada por medio de los Cuestionarios será codificada y tabulada para ser presentada en tablas y / o gráficos que permitan un mayor análisis e interpretación.

### 2.5.2 Técnicas cualitativas:

Las técnicas cualitativas permitirán incorporar descripciones y explicaciones detalladas de lo que los sujetos de investigación dicen, sus experiencias actitudes o creencias, pensamientos, reflexiones tal y como son expresadas por ellos mismos, utilizando los siguientes instrumentos:

2.5.2.1. *Entrevista focalizada*<sup>6</sup>: Es un estilo de entrevista cualitativa dirigida a la obtención de las fuentes cognitivas y emocionales de las reacciones de los sujetos ante algún suceso. Trata a los entrevistados como sujetos cuya respuesta al suceso es el material a estudio, más que como informante del suceso mismo. Es decir, lo que se busca es conocer la reacción del familiar significativo frente a la “enfermedad psiquiátrica” y la construcción de significados en torno a la enfermedad.

La Entrevista Focalizada asume los siguientes supuestos:

1. El trabajo se está realizando con un grupo que ha estado envuelto en una situación social particular, o sea, que no se entrevista en general a cualquier población, se entrevista en particular a un grupo que ha sufrido o experimentado alguna situación social que conocemos.
2. Que poseemos alguna información acerca de la situación que ha experimentado el o los sujetos e, incluso, se han desarrollado algunas hipótesis acerca de esa situación.

En este contexto, la utilización de este tipo de entrevista se considera pertinente, a los objetivos de la presente investigación diagnóstica, en la medida que permite obtener los conocimientos, experiencias y significados que poseen los individuos frente a la situación que se investiga.

Por lo tanto, este instrumento se utilizará para describir los significados que tiene el miembro más significativo para el paciente, con respecto a la enfermedad psiquiátrica y sus consecuencias dentro de la familia cumpliendo así con las pretenciones del objetivo específico número dos, además se espera complementar la información en cuanto a la Estructura familiar que se pesquisará principalmente a través de la aplicación de un Cuestionario.

2.5.2.2. *Observación*: Es toda percepción de la realidad organizada en función de una búsqueda (Pastén 1998). En este estudio la Observación es Simple (espontánea).

---

<sup>6</sup> Ver anexo 1.4: Entrevista Focalizada a “familiares responsables” de pacientes psiquiátricos severos.

Esta se llevará a cabo en las “Visitas Domiciliarias”, para profundizar aún más el análisis de los Datos obtenidos a través de las “Entrevistas” y “Encuestas”.

Los propósitos de esta técnica son:

2.5.2.2.1 *explorar*: ambientes, contextos, subculturas y la mayoría de los aspectos de la vida social de las personas que serán estudiadas por su particular realidad.

2.5.2.2.2 *describir*: comunidades, contextos o ambientes, y las actividades que se desarrollan en éstos (as), las personas que participan en tales actividades y los significados de las actividades.

2.5.2.2.3 *comprender* procesos, interrelaciones entre personas y sus situaciones o circunstancias, y eventos que suceden a través del tiempo, así como los patrones que se desarrollan y los contextos sociales y culturales en los cuales ocurren las experiencias humanas.

Esta técnica de recolección de datos, se utilizará en las visitas domiciliarias, para complementar la información obtenida por Encuestas y Entrevistas.

Se registrará en Pautas de Observación<sup>7</sup> lo que sea de importancia para el posterior análisis.

#### 2.5.2.3. *Análisis de documento*:

Consiste en basarse en la búsqueda de información en registros que existen en la institución, u otras entidades, incluso información censal, este procedimiento sirve para estudiar variables específicas, de interés para cada estudio en cuestión.

En el caso específico del presente estudio, se analizarán los indicadores de la variable caracterización sociodemográfica, en su parte cualitativa, la que corresponde a las siguientes características: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, estado de salud, tipo de patología, comuna en la que vive y número de personas del grupo familiar.

Esta información se obtendrá de las fichas clínicas<sup>8</sup> de cada paciente, y del Cuestionario Social que se le aplica a los “familiares responsables” por la U.M.E del Hospital Psiquiátrico del Salvador, información que será utilizada con el debido tratamiento ético<sup>9</sup> que amerita por lo que se omitirán los nombres y Run de cada persona evitando así la individualización de casos particulares, rescatando solamente las dimensiones de carácter general, que son pertinentes a los intereses de la investigación.

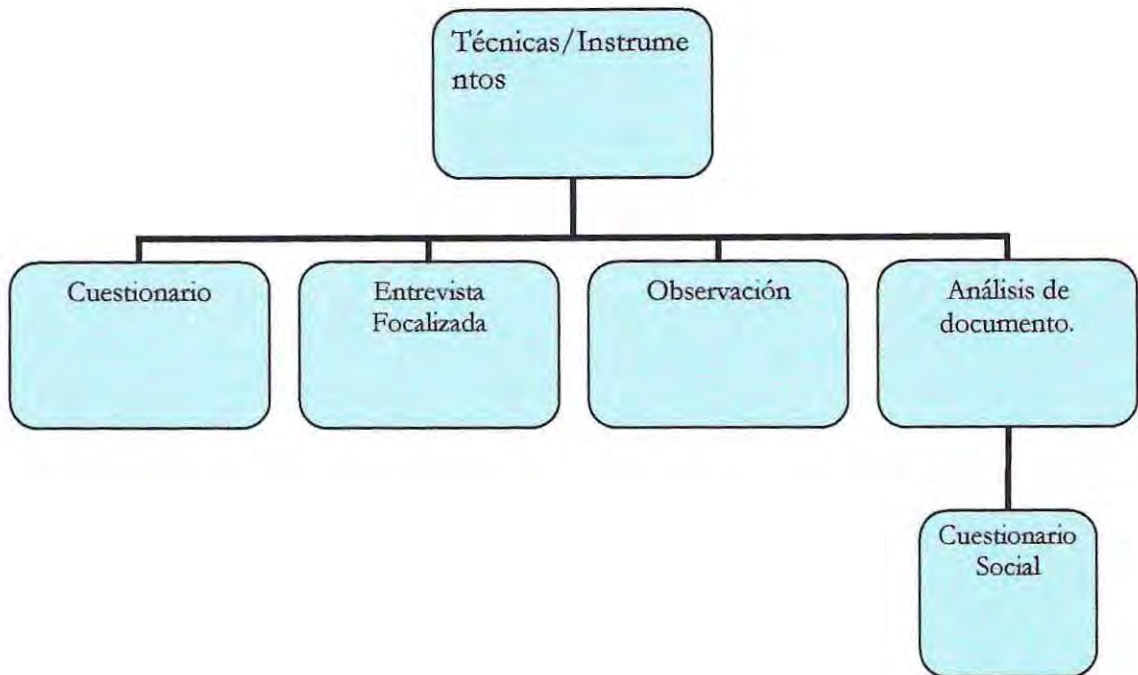
<sup>7</sup> Ver Anexo 1.5: Pauta de Observación Visita Domiciliaria.

<sup>8</sup> Ver Anexo 1.7: Cuestionario Social.

<sup>9</sup> Ver Anexo 1.1: Consentimiento Informado.

**Figura 2.3:** Técnicas e instrumentos para recolección de información.

La figura 2.3 Técnicas y/o Instrumentos utilizados en el Diagnostico Social.



La figura precedente, expone las técnicas que se utilizarán para la realización del Diagnóstico Social, dándose una complementariedad entre técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación, debido a la naturaleza diferenciada de las variables a estudiar.

En relación, a lo anterior en cuanto a las **técnicas cuantitativas** utilizadas se encuentra el **Cuestionario**, el que se aplicara mediante el instrumento del Cuestionario, el que se dividirá en dos partes. La primera parte del Cuestionario corresponde al FACES III, cuyo objetivo conocer la variable Estructura Familiar de los pacientes. La segunda parte del cuestionario, pretende conocer aspectos específicos de la variable Significados de los “familiares responsables”.

En cuanto a las **técnicas cualitativas**, se encuentra la **Entrevista Focalizada**, la que se llevo a la práctica mediante una Pauta de Entrevista Focalizada. La **Observación Simple**, se realizo a través de una pauta de observación, y el **Análisis de Documento**, mediante los instrumentos del Cuestionario Social, de las Ficha Clínica de los pacientes.

## 2.6.- ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

### Presentación:

En el presente capítulo se exponen los resultados surgidos en el desarrollo de la investigación, identificando la estructura familiar de los pacientes psiquiátricos severos y los significados de un integrante más significativo de esta, respecto de la enfermedad psiquiátrica; Se realiza una categorización de las familias en base a la construcción de significados en torno a la enfermedad que estas realizaron. Y se definen aquellas necesidades de psicoeducación, de acuerdo a la brecha existente entre los significados basados en la realidad dada por el modelo biospiciosocial como en mitos, contruidos por las familias en torno a la enfermedad.

2.6.1.- Análisis e interpretación de los datos referentes a la Caracterización socio demográfica de los pacientes de la unidad de psiquiatría del Hospital del Salvador, según su edad, sexo, previsión y lugar de residencia

2.6.1.1.- Distribución de los pacientes, según su Edad.

A continuación se presenta una tabla, que incluye el rango de edad de los pacientes, la frecuencia, y la frecuencia relativa del dato.

**Tabla 2.2:** Rango de edad de los pacientes que están o han estado hospitalizados en la UME.

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
18-24	4	4/15
24-30	0	0/15
30-36	2	2/15
36-42	4	4/15
42-48	5	5/15
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>15/15</b>

Esta información servirá para analizar, la etapa del ciclo vital individual y la etapa del ciclo vital familiar, identificando de este modo la brecha que existe entre la realidad observada y la teoría.

**Figura 2.4:** Distribución según la edad de los pacientes, que están o han estado hospitalizados en la UME.



La mayoría de los pacientes tienen 36 años o más (9/15), a nivel regional la tendencia se repite con un 49,6% de las personas con discapacidad concentrada entre los 30 y más años. Información que nos ubica en la etapa adulta de la vida de una persona, se espera para esta etapa de la vida que las personas tengan sus propias familias a partir del matrimonio o de uniones de tipo estables, sin embargo los pacientes de la unidad de mediana estadía, en un 93,3% se encuentran solteros viviendo con la madre, uno de los hermanos, el padre o han ingresado a un hogar protegido, con permanencia del vínculo familiar. Por lo anteriormente expuesto podemos observar que 14/15 de los pacientes son solteros y solo uno de ellos se encuentra casado.

Esta situación se repite en la mayoría de los pacientes con patología psiquiátrica severa; Sin embargo algunos pacientes logran establecer relaciones, las que llegan en muchos casos a la separación, cuando la enfermedad aparece.

**Tabla 2.3:** Estado civil de los pacientes de la UME.

La tabla presenta la frecuencia y frecuencia relativa, según el Estado Civil de los pacientes que están o han estado hospitalizados en la UME.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	Frecuencia relativa
Casado	1	1/15
Soltero	14	14/15
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>15/15</b>

En relación al Estado civil de los pacientes, la mayoría de ellos son soltero y además no tienen relaciones amorosas estables, esta información se hace más comprensible al cruzar esta información con la edad de inicio de la enfermedad de los pacientes psiquiátricos de la UME, lo cual arroja un alto nivel de asociación, por lo que se infiere que esto se debe a lo temprano que se les presenta la patología psiquiátrica,

entre los 17 y 22 años de edad, en su mayoría. Siendo esta la etapa de la vida, en que las personas comienzan a entablar sus primeras relaciones amorosas de tipo estable, por lo que este aspecto de sus vidas no pudieron desarrollarlo.

#### 2.6.1.2.- Distribución de los pacientes, según Sexo.

En la figura 2.6 se puede observar la frecuencia y frecuencia relativa, según el sexo de los pacientes que están o han estado hospitalizados en la UME.

**Figura 2.5:** Distribución de los pacientes de sexo Femenino y Masculino que están o han estado hospitalizados en la UME.



La mayoría de los pacientes son hombres con una mínima diferencia de un caso, a nivel nacional en cambio la tendencia es a la superioridad de las mujeres con un 58,2%, a nivel regional las mujeres con discapacidad representan un 59,6% en relación a los hombres.

Tener un miembro de la familia con un trastorno psiquiátrico severo, es un grave problema en diversos aspectos, dependiendo también del sexo del paciente.

En los hombres, los problemas son los siguientes: bajo cumplimiento con las expectativas sociales, en cuanto a la obtención de un trabajo remunerado y formación de familia.

En las mujeres se repite la problemática en cuanto a la formación de la familia, aun cuando algunas de ellas son madres, obtención de un trabajo remunerado. Sin embargo las mujeres cumplen con las expectativas mínimas de la sociedad chilena, que se relacionan con el desarrollo de trabajo doméstico.

En relación a lo anterior, a nivel nacional, la mayoría de las personas con discapacidad, representado por un 59,5% realiza solo trabajos domésticos, tendencia que se repite a nivel regional con un 45% de la población con discapacidad.

### 2.6.1.3 Distribución de los pacientes, según su temporalidad en la vivienda de su familia.

En la tabla 2.5 se puede observar que algunos pacientes viven esporádicamente en su casa, esto se debe fundamentalmente a su característica de pacientes puerta giratoria, lo que incide en que pasen largos periodos en el Hospital, de alrededor de un año, con idas al hogar en calidad de visitas algunos días a la semana.

**Tabla 2.4.** Tipo de permanencia en la vivienda familiar de los pacientes psiquiátricos de la UME.

<b>El paciente vive en la vivienda familiar.</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>
Permanentemente	11	11/15
Esporádicamente	4	4/15
<b>Total.</b>	<b>15</b>	<b>15/15</b>

La investigación demostró que los pacientes no viven permanentemente en su vivienda familiar, por dos motivos principales, el primero debido a la frecuencia en los periodos de Hospitalización, que en algunos casos se extiende por un periodo de un año, el segundo motivo es el ingreso del paciente a un Hogar protegido, en los casos en que la familia se encuentra con dificultades para tenerlo en la casa. Esto puede extenderse por un periodo de un día e incluso perdurar en el tiempo, convirtiéndose en su nuevo Hogar. En esta situación el Hospital a través de los Trabajadores Sociales, realiza grandes esfuerzos para mantener el vinculo familiar del paciente evitando de este modo la institucionalización del referido, pero debe mencionarse que en muchos casos esto no se logra, por lo extenso de esta temática, en este trabajo de tesis no se abordará, debido a que escapa los objetivos del mismo. Sin embargo, se insta al lector a profundizar en esa materia ya que corresponde a un problema social, que requiere ser abordado profesionalmente.

### 2.6.1.4.- Distribución de los pacientes, según sistema de previsión público o privado.

A continuación se presenta la tabla 2.6, que expone la frecuencia y frecuencia relativa, según la identificación del sistema de previsión publico (FONASA) o privado (ISAPRE), de los pacientes que están o han estado hospitalizados en la UME.

**Tabla 2.5:** Sistema de Previsión de los pacientes.

<b>PREVISIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>
FONASA	15	15/15
ISAPRE	0	0/15
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>15/15</b>

Los pacientes se concentran mayoritariamente en el sistema público de atención FONASA, cabe destacar que tiene atención de salud en el sistema público, gracias tener la tarjeta A de FONASA, correspondiente a una calificación de indigencia, a esto se suma la condición de salud mental que poseen, lo que los hace acreedores de la PASIS (pensión asistencial por invalidez), esta corresponde a un pago mensual y permanente que se otorga a los inválidos de 18 años y a los deficientes mentales de cualquier edad, que pertenecen a familias de escasos recursos. En el caso de los inválidos, deben haber sido declarados como tales por la Comisión de Medicina Preventiva e invalidez (COMPIN).

En relación a lo anterior cabe destacar que un 93% de los pacientes, se sitúa en un tramo de atención A, el que está destinado a satisfacer la demanda de atención en salud, de aquellas personas que sin cotizar requieren ser atendidas, la situación económica que les acontece, es por tanto precaria<sup>10</sup>, debido a que la mayoría de los pacientes de la U.M.E., del Hospital Psiquiátrico del Salvador, no trabajan. A nivel regional un 20% de la población sin discapacidad presenta una situación socioeconómica baja, a diferencia de las personas con discapacidad que en un 38,1% tienen esta situación, en la región (1/10) personas presenta situación socioeconómica media alta, en cambio en cambio de las personas con discapacidad solo (1/45) presenta esta situación, por ende es una de las áreas que debe ser potenciada en esta población, para apoyar su condición de vulnerabilidad económica, psicológica y social, lo que aumenta la carga que sienten las familias al convivir con estos pacientes.

En relación a las atenciones en salud, a nivel regional la tendencia se repite con solo un 18% de las atenciones por discapacidad en el sector privado y un 82% en el sector público de salud.

El costo económico de los gastos en Salud Mental de los pacientes psiquiátricos de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador, son asumidos por el Estado y en algunos aspectos específicos, de sus necesidades como pacientes, son costeados por ellos, con dineros que en la mayoría de los casos son obtenidos por la Pensión Asistencial de invalidez, que son otorgadas por el Estado, es decir se cae en un círculo, en el que siempre el que asume el costo económico de una enfermedad mental es el Estado a través de diversos mecanismos de entrega de recursos.

Esto se debe, a que a pesar de que las familias perciban algún tipo de recurso económico por la vía del trabajo remunerado, estos no son destinados al miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica severa, debido a que vive de allegado en la casa de la familia o porque simplemente se le considera un miembro de “entrada y salida” al que ya no se le considera como gasto, en el presupuesto familiar, Sin embargo,

---

<sup>10</sup> Se considera que carecen de recursos quienes no tienen recursos propio, o bien, que su ingreso no supere el 50% de la Pensión mínima

es el referido quién a veces aporta indirectamente a la familia, ya que son ellos quienes le administran la pensión.

#### 2.6.1.5.- Distribución de los pacientes, según lugar de residencia.

A continuación se presenta el lugar de residencia de los pacientes, los que corresponden a los sectores que atiende el Hospital según la circunscripción correspondiente al Servicio de Salud de Valparaíso San Antonio; Sin embargo como se puede apreciar, también da atención a personas que provienen de comunas que pertenecen al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota. Obedeciendo a las necesidades de la población que en ocasiones superan la oferta de la circunscripción de salud que les corresponde.

**Tabla 2.8:** Presenta la frecuencia y frecuencia relativas, según el lugar de residencia de los pacientes que están o han estado hospitalizados en la U.M.E.

RESIDENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
Valparaíso	8	8/15
Viña del Mar	6	6/15
Casablanca	1	8/15
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>15/15</b>

Los datos expuestos en la tabla, son importantes de tener en cuenta, al pensar en la capacidad de las familias de visitar al paciente, para mantener el vínculo y apoyo familiar que ellos requieren para su rehabilitación psicosocial.

**Figura 2.6:** Distribución de los pacientes según su lugar de residencia.



Las familias se concentran mayoritariamente en las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar, en sectores urbanos, con fácil acceso a la vivienda en la mayoría de los casos, contando con servicios básicos, y un barrio bien equipado.

La mayoría de las familias tienen servicio de transporte de pasajeros muy cerca de su casa.

Esto debería favorecer la integración de los pacientes a su medio social, y el acceso de estos al Hospital Psiquiátrico del Salvador, favoreciendo así la constancia en el cumplimiento del tratamiento de parte del miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica severa. No obstante, esto no se da en la realidad del Hospital, lo cual se explica por la situación económica que tienen las familias, o específicamente el familiar responsable, ya que es también él, quién asume el costo de la enfermedad. Además la mayoría de los familiares responsables son de sexo femenino, lo que habla de mujeres sin trabajo o con trabajos de baja remuneración o madres ancianas con pensiones mínimas.

Aún cuando en la casa viven varias personas que trabajan, es el familiar responsable en todos los casos quién asume todos los gastos, que involucra la enfermedad del paciente.

A continuación se expone un mapa en el que se presentan las ciudades en las que residen los pacientes de la U.M.E., del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

**Figura 2.7:** Mapa de residencia de usuarios de la Unidad de Mediana Estadía.



2.6.2.- Análisis e interpretación de los datos referentes a la estructura familiar que se da al interior de una familia que presenta un paciente con una patología siquiátrica.

2.6.2.1.- Tipos de Familias, según composición.

Figura 2.8: Familias según su composición.



La mayoría de las familias son de tipo Extensas según su composición, por lo que por lo general hay más de dos generaciones viviendo en el Hogar de los abuelos. Cabe destacar que en la mayoría de las familias, es la abuela quién está presente, ya sea viviendo en su casa como jefa de Hogar o como allegada a la casa de algún hijo, debido a que el abuelo ha fallecido.

Es importante señalar que el miembro de la familia que padece una enfermedad mental psiquiátrica severa es el hijo, de la primera generación que compone la familia en el caso de ser extensa.

El segundo tipo de familia de mayor representatividad son las monoparentales, donde es la madre el miembro de la pareja que esta presente, debiendo la ausencia del padre a su fallecimiento. Estas familias se componen por una madre anciana y un hijo o hija que padece una patología psiquiátrica severa, por ende la madre debido a las exigencias propias de su edad ya no puede asumir la responsabilidad del cuidado de su hijo a cabalidad, lo cual suma mucho estrés e incertidumbre a su vida.

El tipo de familia, afecta la dinámica que se da en su interior, debido a la presencia de los diferentes ciclos vitales personales, que agregan las crisis que cada persona vive en sus diferentes etapas de vida, además de los ciclos vitales familiares, que se cruzan en las familias que debe entender, respetar y acomodarse a la presencia de las variables antes referidas, y sumarle además el estrés de la presencia de la enfermedad mental en ella. Indudablemente son familias sobre exigidas, las que ven sus recursos agotados ante tanta presión, no obstante logran seguir existiendo, aún cuando llegan a sus metas por vías que no son siempre las aceptadas socialmente, pero para ellas han resultado. Es por esto que no se puede tratar de imponer una visión de lo “normal”, en

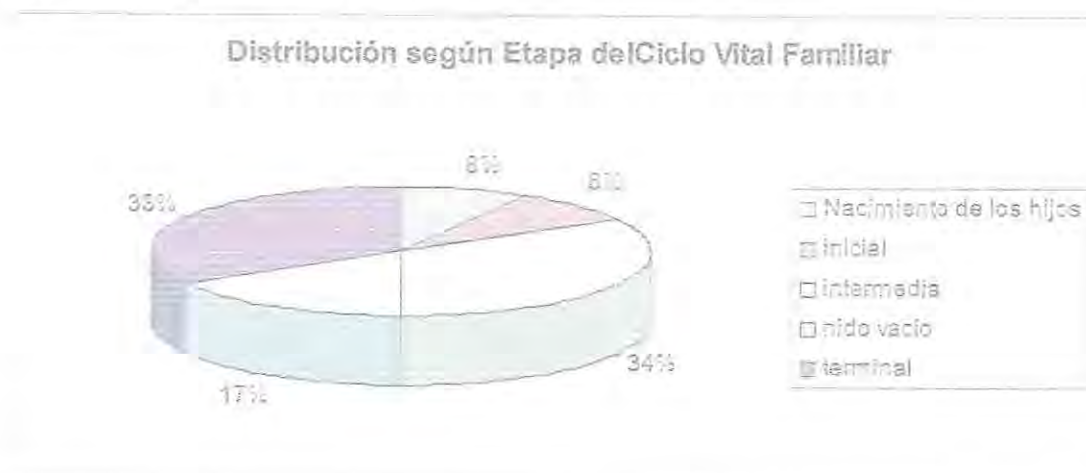
ellas, debido a que las familias “normales” no se enfrentan a lo diferente, como si lo hacen estas familias, por lo tanto, son familias que aceptan lo diferente y lo integran en su modo de vivir, logrando aceptar la enfermedad. Cabe destacar, que al revisar estudios con patologías psiquiátricas severas, en estratos socioeconómicos diferentes (nivel socioeconómicos medio) el caos familiar es mayor, posiblemente esto puede deberse a las diferentes expectativas que como familias tenían hacia el futuro del hijo que presenta la enfermedad, y a la mayor persistencia en estos grupos familiares por apearse a los patrones de “normalidad”, esperando con esto ser aceptados en su entorno social.

Se observó una diferencia significativa, entre las familias analizadas en otro estudio realizado en el Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, (Universidad de Valparaíso, 2002) en el que la situación económica de las familias correspondía a un nivel medio, en contraste a la situación económica de las familias del estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico del Salvador, quienes pertenecían a un nivel económico bajo.

La diferencia consistía en la permanencia del padre en la familia, cuando se presenta la enfermedad, en el primer estudio, la mayoría de las familias tendieron a la separación, con abandono del padre del Hogar familiar. En las familias del Hospital Psiquiátrico del Salvador, el padre permaneció junto a su familia. La ausencia de él en el tiempo actual del estudio, se debió solo a su fallecimiento. En relación, al apoyo que estos proporcionaron a la familia, según refirieron los familiares responsables, la mayoría declaró que fue positivo, en los casos en que esto no sucedió, según la información recabada en las entrevistas focalizadas, se debió a patrones de relación de la pareja establecidos antes a la aparición de la enfermedad del hijo, remontándose a los inicios de la conformación de la pareja.

#### 2.6.2.2.-Tipo de familia según etapas del ciclo vital:

Figura 2.9: Etapas del ciclo vital.



Las familias se distribuyen en cantidades iguales entre las familias que se encuentran en una etapa del ciclo vital **Intermedia y Terminal**.

Debido a esta distribución tan equitativa es que deben ser analizadas ambos tipos de familias y ver las características principales de cada una de ellas.

**Familias en etapa intermedia e intermedia tardía:** Tienen hijos entre 6 y 19 años, las preocupaciones en este momento están dadas por los cambios en la autoridad que deben darse dentro de la familia. Propendiendo así a la independencia de sus miembros, la pareja debe propiciar un reencuentro, libre de funciones de crianza y atención permanente y directa a los hijos, revitalizando así la relación o en el caso de las familias monoparentales es cuando el progenitor descansa de sus tareas estrictas de formador. Sin embargo, en estas familias donde se convive con un miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica severa, la pareja o uno de los miembros de ella, siendo este el caso más recurrente en las familias de pacientes psiquiátricos severos, es quién debe asumir nuevamente la responsabilidad del hijo (a), continuando así en una etapa de permanente preocupación por cumplir funciones de cuidado físico, psicológico, sustento económico y asumir responsabilidades con instituciones externas que son coparticipes en el tratamiento del paciente como es el caso del Hospital del Salvador.

#### **Familias en etapa Terminal:**

En esta etapa la familia cumple su proyección multigeneracional, los padres creadores de la familia se hacen dependientes; generalmente ya uno de los miembros de la pareja ha muerto.

No obstante, en el caso de estas familias la madre aún cuando su edad ya es avanzada sigue asumiendo la responsabilidad de su hijo (a) que padece una enfermedad psiquiátrica severa, aún cuando vive de allegada en la casa de algún hijo (a).

Cabe destacar que los otros hijos de la familia, que no padecen del trastorno psiquiátrico severo, también ayudan a la madre, (que a su vez es quién ha asumido como “familiar responsable”), a mantener el lazo con el paciente, pero ellos asumen una distancia mayor en relación a la responsabilidad que dicen tener con el paciente

Por lo tanto, es la madre quién teme por el futuro del hijo que padece un trastorno psiquiátrico severo, este miedo lo basa en las actitudes de rechazo de sus familias hacia el paciente, por lo cual ellas creen en la siguiente afirmación: “nadie lo acogerá una vez que yo falte”, con excepción del 33% de las familias, en que las hermanas sanas se han interiorizado en el tratamiento del miembro de la familia que padece el trastorno psiquiátrico, sintiéndose también responsables.

2.6.2.3.- Tipos de Familias, según Cohesión y Adaptabilidad, basado en los tres tipos de la caracterización más general del Modelo de Olson. (Extremas, Mixtas y Balanceadas).

A continuación se presentan los puntajes obtenidos por las familias, según su Cohesión y Adaptabilidad, y las Tipologías de familias en las que deriva cada puntaje.

La columna 6 presenta el tipo de familia, según la caracterización general de los tipos de familias del Modelo Circunflejo de Olson, la que se resume en Balanceadas, Mixtas y Extremas.

Tabla 2.9: Categorización familiar según el modelo de Olson.

Familias	Cohesión	Adaptabilidad	Tipología familiar		tipo
Familia 1	47	20	Aglutinada	Estructurada	mixtas
Familia 2	34	18	Desligada	Rígida	Extrema
Familia 3	46	24	Aglutinada	Estructurada	mixtas
Familia 4	44	28	Aglutinada	Flexible	mixtas
Familia 5	42	24	Conectada	Estructurada	Balanceada
Familia 6	22	20	Desligado	Estructurada	mixtas
Familia 7	31	30	Desligada	Caótica	Extrema
Familia 8	34	16	Desligada	Rígida	Extrema
Familia 9	46	20	Aglutinada	Estructurada	mixtas
Familia 10	50	27	Aglutinada	Flexible	mixtas
Familia 11	26	27	Desligado	Flexible	mixtas
Familia 12	37	30	Separado	Caótica	mixtas
Familia 13	37	16	Separado	Rígida	mixtas
Familia 14	42	12	Conectada	Rígida	mixtas
Familia 15	40	30	Desligada	Caótica	Extrema

### Hipótesis general I:

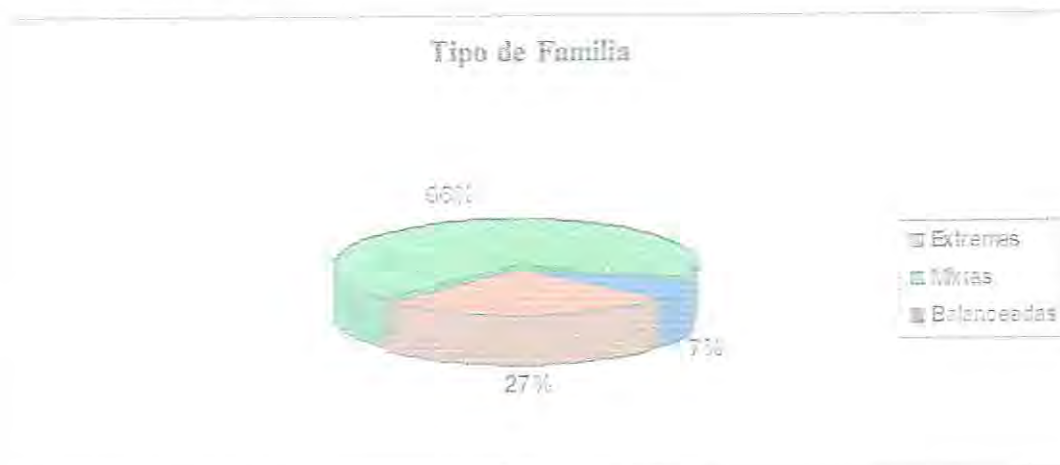
La presencia de la enfermedad psiquiátrica en uno de los miembros de la familia está asociada a la estructura familiar.

La hipótesis se comprueba positivamente debido a que 10/15 familias, es decir la mayoría de ellas son **Mixtas** o de rango medio, por lo que tienen una dimensión balanceada y otra extrema, este tipo de Estructura familiar puede ser originada por momentos de estrés, como es el caso de una enfermedad mental severa que afecte a uno de los miembros de la familia. Según Minuchin, las estructuras dominantes extremas, señalan áreas de posibles patologías o disfunciones familiares.

Cada uno de estos extremos tiene sus características propias, sin embargo se caracterizan por interferir en los procesos de acomodamiento frente a situaciones de estrés, como es el caso de la convivencia con un miembro de la familia que padece una enfermedad psiquiátrica severa.

En la Figura 2.12 se presenta la distribución de las familias según los tres tipos más generales del Modelo Circunflejo de Olson, en los que encontramos las familias Extremas, Balanceadas y Mixtas.

**Figura 2.12:** Topología familiar, según los tres tipos de la caracterización más general del Modelo de Olson.



La mayoría de las familias son **extremas en Cohesión**, y **balanceadas en Adaptabilidad**.

Según la Cohesión a continuación se presenta una tabla que presenta la distribución, según las tipologías posibles según el modelo de Olson en esta Dimensión.

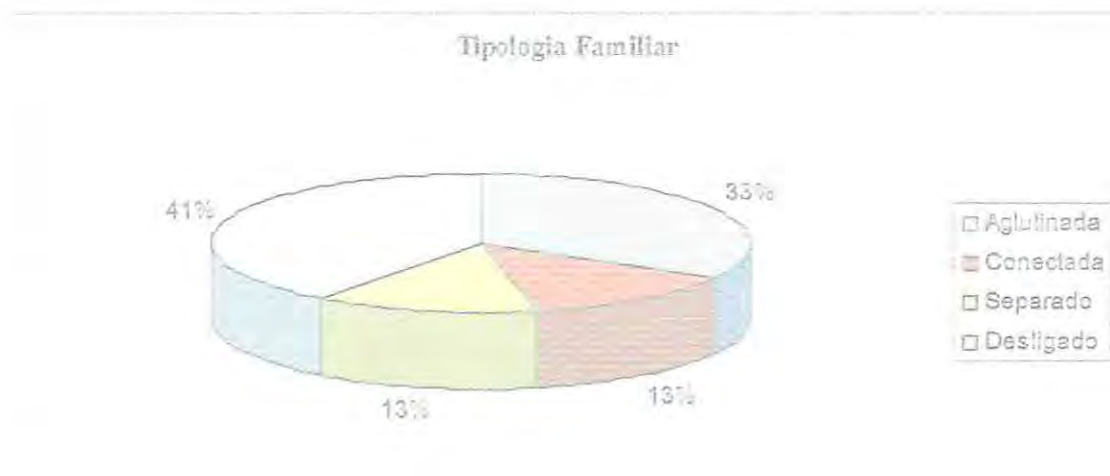
En estas ilustraciones se puede apreciar que las familias se distribuyen casi en cantidades iguales entre los extremos de la Cohesión, encontrándose 5 familias Aglutinadas y 6 Desligadas, por lo que analizaremos ambos tipos de familias y sus consecuencias en la Estructura familiar. Lo precedente se expone a continuación en la tabla 2.10:

Tabla 2.10: Tipos de familias según cohesión.

Topología Familiar	Nº de Familias	FRECUENCIA RELATIVA
Aglutinada	5	5/15
Conectada	2	2/15
Separado	2	2/15
Desligado	6	6/15
TOTAL	15	15/15

La tabla 2.10 muestra una gran concentración de familias en extremos opuestos del continuo de la Dimensión de Cohesión. Por ello, según el Modelo de Olson, los extremos en ambas dimensiones, tenderán a tener más dificultades para enfrentar el estrés situacional, que genera, por ejemplo una enfermedad crónica. Lo anterior se ilustra en la figura 2.13.

Figura 2.13: Tipos de familias según cohesión.

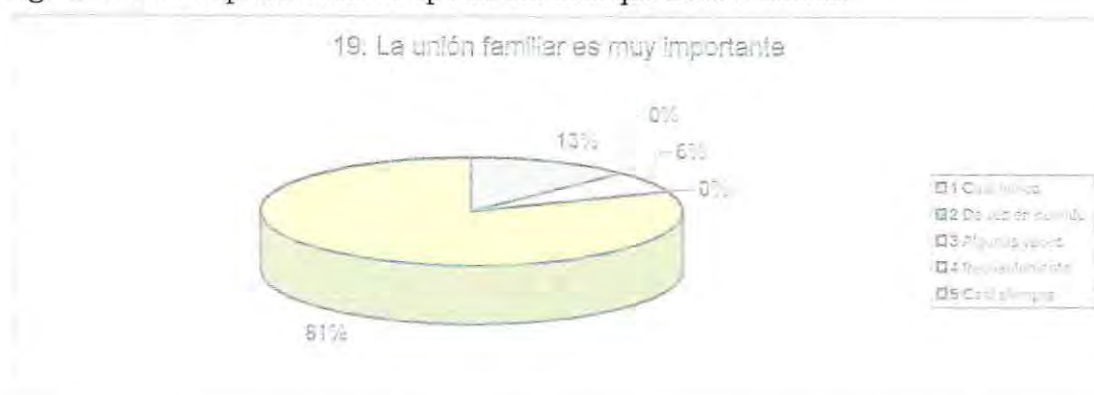


2.6.2.3.1.- Nivel de Cohesión Muy Bajo, según su distribución son en su mayoría Desligadas

La mayoría de las familias (6/15) son Desligadas, no obstante, paradójicamente, la mayoría contesta a la afirmación “La unión familiar es muy importante” en forma positiva. Lo cual deja de manifiesto que aún cuando esta característica, en su familia no está presente, si se encuentra en los anhelos de al menos uno de sus miembros.

Esto se corresponde con la visión de lo “ideal”, transformándose para las familias en lo deseable, para situarse dentro de los rangos de normalidad esperados en la sociedad chilena logrando así, la aceptación del medio social y la cultura en que se encuentran inmersos.

Figura 2.14. Percepción sobre el tipo de cercanía que tiene la familia.



Estas familias se caracterizan por ser familias “puertas cerradas”, entre sus miembros suele desarrollarse límites rígidos y la Comunicación se hace extremadamente difícil.

Se caracteriza por estar sus miembros “cada uno por su lado” solo una catástrofe los hace reaccionar como grupo pero a veces eso tampoco sucede.

Se infiere, que este tipo de familia en situaciones de gran estrés familiar, como es la convivencia con un miembro de la familia que padece una enfermedad crónica, como es el caso de las patologías psiquiátricas severas, no suelen reaccionar dando el apoyo que

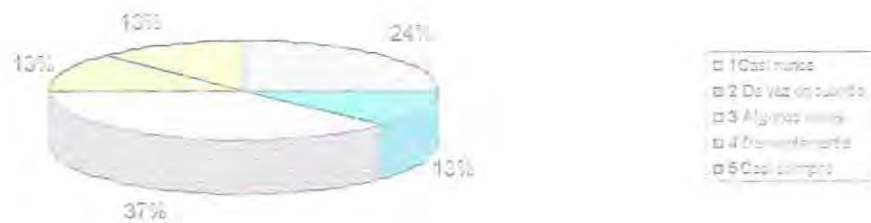
el paciente requiere, al contrario tienden al abandono, debido a que hay escaso contacto afectivo por lo que los miembros de la familia se sienten poco comprometidos entre sí. Esto incide en que la familia active los sistemas de apoyo sólo cuando algún miembro de la ella tiene un muy alto nivel de estrés.

Lo anterior podría incidir en la detección tardía de síntomas productivos del paciente que requieran ser tratados por un especialista, lo cual al ser detectado a tiempo evitaría largos periodos de hospitalización.

La Baja Cohesión puede apreciarse en la Figura 2.15, en la que se ve que la mayoría de los miembros de la familia pide ayuda algunas veces, y el 24% que sigue a esta mayoría no lo hace nunca.

Figura: 2.15: Relaciones de ayuda existentes en la familia.

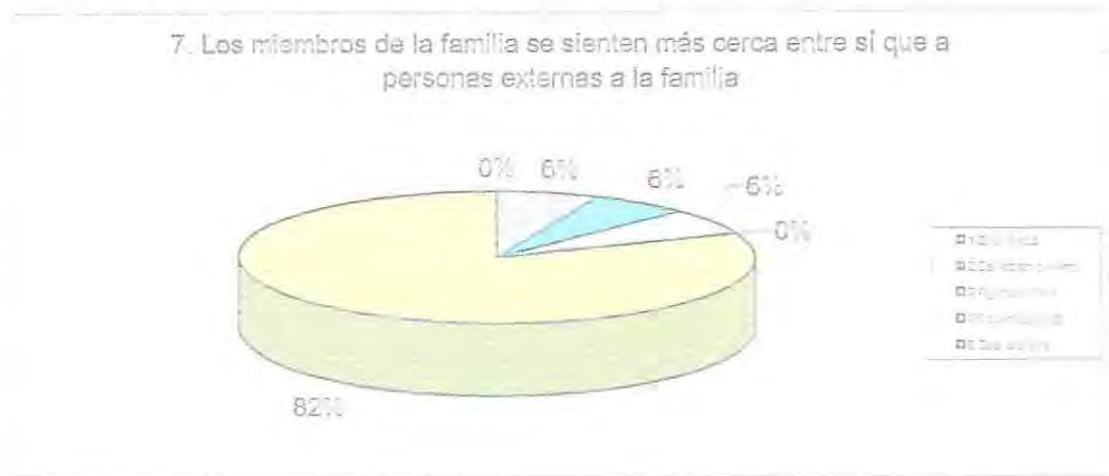
1. Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.



El porcentaje que sigue en representatividad es un 33%, aquí se representan las familias con **un nivel muy alto de Cohesión que corresponde a las familias Aglutinadas:**

Estas familias se encierran en si mismas, desconectándose del exterior con límites difusos entre sus miembros, fijando su atención y los intercambios comunicativos casi exclusivamente entre ellos, estas familias se caracterizan por el lema “Familia unida jamás será vencida” llevándolo a su máxima expresión lo que las lleva a perder recursos y capacidad de reacción ante situaciones de estrés, como es la experiencia de vivir con un miembro de la familia con una patología psiquiátrica severa. En estas familias se observa una pérdida de autonomía e inhibición del desarrollo afectivo y cognitivo de sus miembros, apareciendo actitudes hacia el paciente sobre protectoras, no respetando los espacios individuales, afectando el desarrollo normal de la persona que sufre el trastorno psiquiátrico. Lo precedente se ilustra en la figura 2.16.

Figura 2.16. Percepción de cercanía entre los miembros de la familia.



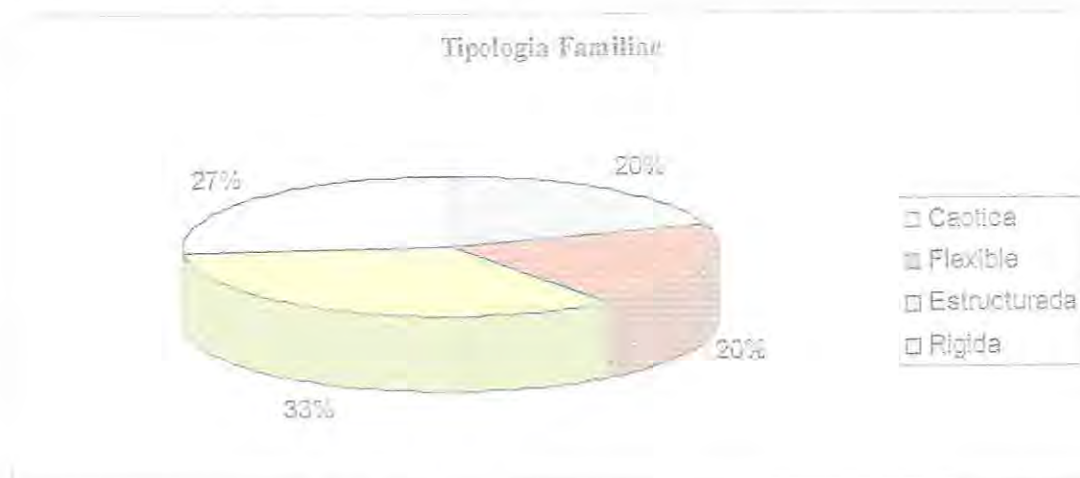
Las familias en cuanto al nivel de Cohesión que presentan, se ubican en los extremos, por lo que en su mayoría son Desligadas y con una diferencia de solo un caso son Aglutinadas. Según Minuchin, las estructuras dominantes extremas, señalan áreas de posibles patologías o disfunciones familiares.

Cada uno de estos extremos tienen sus características propias, sin embargo ambos se caracterizan por interferir en los procesos de acomodamiento frente a situaciones de estrés, como es el caso de la convivencia con un miembro de la familia que padece una enfermedad psiquiátrica severa. En estas familias puede presentarse el abandono del paciente o el sobre involucramiento en la vida y tratamiento del referido, por parte de su familia, lo que podría llevar al desgaste de los recursos y fortalezas de la familia, llevándolas también al abandono del paciente por el desgaste producido en ellas. Lo anterior se ilustra en las siguientes citas:

*... "hace poco tuvimos un problema... nunca lo habíamos tenido de los trece años que llevamos casados jamás había tenido un problema, crea problema porque tú tienes que tener un fin de semana para él, entonces que pasa que peleamos, fue una tremenda pelea, como es la cosa, esta es tu familia, no te pido que lo dejes al lado, pero la familia es la familia, entonces te afecta". (hermana)*

2.6.2.3.2.- Nivel de adaptabilidad bajo a moderado, según su distribución son en su mayoría Estructuradas:

Figura 2.17: Tipos de familia, según su adaptabilidad.



La mayoría de las familias son Estructuradas, lo que corresponde a una adaptabilidad baja a moderada, lo que incide en que la habilidad del sistema familiar para modificar sus estructuras, roles y normas en respuesta a las demandas que se les presenten, como consecuencia de la enfermedad psiquiátrica severa que sufre un miembro del sistema familiar., sea de un nivel bajo a moderado. Por lo tanto, las familias Estructuradas en su adaptabilidad se caracterizan por tener un liderazgo autoritario con momentos igualitarios, disciplina semi democrática, en las negociaciones son los padres quiénes deciden. Los roles son primordialmente estables, rara vez se cambian y las reglas son mantenidas con firmeza.

A continuación se presenta la tabla 2.11, que ilustra lo precedente en cuanto a roles y reglas familiares.

Tabla 2. 11. Labores del Hogar.

20. Flexibilidad en la realización de las Labores del Hogar	Frecuencia
1 Casi nunca	13
2 De vez en cuando	0
3 Algunas veces	1
4 frecuentemente	0
5 Casi siempre	1

En las familias con un miembro que padece de una enfermedad psiquiátrica severa, los roles tienen poca flexibilidad. En relación a las tareas del hogar, lugar donde más tiempo pasa la familia y los pacientes, es el familiar significativo quién se encarga de realizarlas.

En cuanto al paciente, aún cuando es de sexo femenino en relación a este tema, se espera poco de ellos. Por un lado, no se lo incluye en la distribución de

responsabilidades familiares, por pensar que no tiene capacidad para ello, pero al mismo tiempo se critica lo que no hacen. Al paciente “no se le pide lo que sí puede hacer”, deteriorando aún más sus capacidades, incapacitándolo por tratar de protegerlo, todo se justifica por su enfermedad. Esta situación se repite en diferentes aspectos analizados, como la agresión presentada por el paciente, lo que nos pone frente a un tipo especial de familias, que han mantenido sus visiones por falta de un trabajo psicoeducativo, que aporte en la construcción de nuevos significados en torno a la enfermedad, construidos en torno a información con base biosicosocial.

Lo anteriormente expuesto, aportaría a una mejor contención familiar hacia el paciente, mayor valoración de las reales capacidades del referido y menos ansiedad frente a la evolución de la enfermedad.

2.6.2.3.2.1.- Subsistemas familiares después de la aparición de la enfermedad psiquiátrica severa en uno de los miembros de la familia.

2.6.2.3.2.1.1.- Alteración del Subsistema Conyugal, en familias con un miembro que padece una enfermedad psiquiátrica severa.

Los sistemas conyugales se ven afectados en su relación conyugal, transformándose en los “eternos padres”, perpetuando las funciones de sustento económico, alimento, vestuario etc. que las familias deben cumplir en sus primeras etapas, lo que en estas familias que tienen un miembro que padece de una enfermedad psiquiátrica severa se extiende hasta las etapas intermedias y Terminales de las familias, aún cuando sólo uno de los miembros de la familia permanece vivo. Esta información, toma aún más relevancia al tener presente que en la región de Valparaíso hay 464.632 hogares de los que 110.676 hogares presentan un familiar con discapacidad, es decir uno de cada cuatro hogares, correspondiendo al 23,8% de los hogares de la región, a nivel nacional son 34,6% de los hogares los que presentan esta realidad.

Lo anteriormente expuesto es de suma importancia, porque aquellas familias que actualmente son monoparentales en fase terminal o algunas extensas en las que vive de allegada la Madre a alguno de sus hijos, en etapas anteriores, se componían por los dos miembros de la pareja quiénes en todos los casos asumieron juntos la responsabilidad del paciente.

Al interior de los subsistemas conyugales se encuentra cercanía emocional, considerando por esto al subsistema conyugal, como un núcleo de apoyo y sustento frente a la adversidad, sin embargo cabe destacar que la relación marital en algunos se pierde transformándose en una relación fraternal. Lo precedente se ilustra en la siguiente cita.

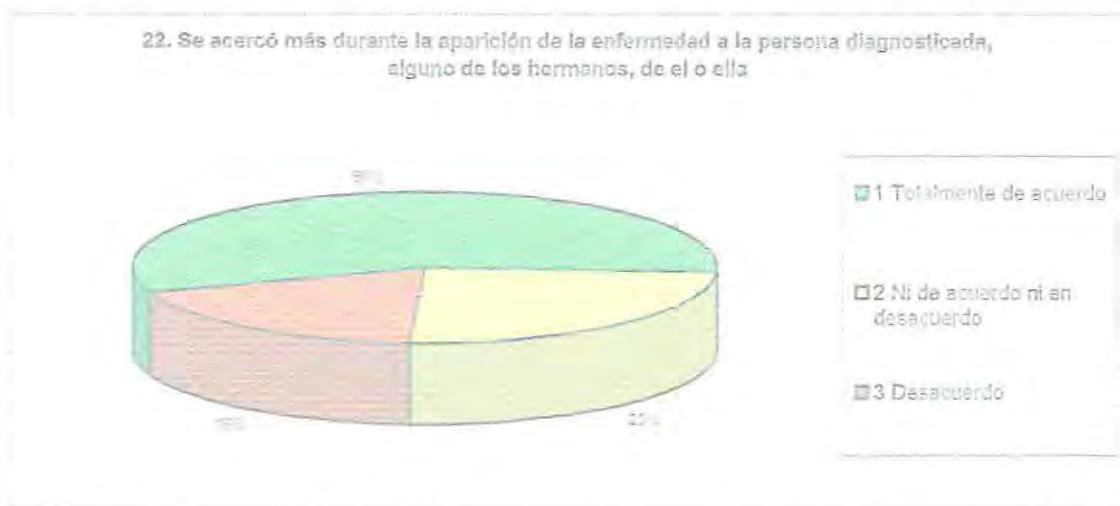
*“no, al contrario éramos como dos hermanos nos unimos tanto, el matrimonio como que se fue a las pailas” (madre)*

2.6.2.3.2.2.- Subsistema fraterno, con uno de sus miembros, que padece una enfermedad psiquiátrica.

2.6.2.3.2.1.2.- Alteración del Subsistema fraterno al momento de aparecer la enfermedad.

La Figura 2.18 que se presenta a continuación, expone la distancia que se dio desde los hermanos del paciente, al inicio de la patología psiquiátrica.

**Figura 2.18:** Distancia de los hermanos al inicio de la patología.



En las familias un 56% de las relaciones fraternas tendieron a acercarse, el 25% de los casos donde no se produjo se debió a que los hermanos eran muy pequeños en el momento en que aparece la enfermedad y en el 19% de los casos no lo hizo.

2.6.2.3.2.3- Subsistema fraterno, de las familias que tienen un miembro de ella con un paciente psiquiátrico, después de aproximadamente 20 años de evolución de la enfermedad psiquiátrica.

La tabla que se presenta a continuación, expone la distancia que se dio desde los hermanos del paciente, después de 20 años de evolución de la patología psiquiátrica.

**Tabla 2.12:** Distancia de los hermanos

Actualmente, al menos alguno de los hermanos del paciente se encuentra cercano a él.	Frecuencia
1 Totalmente de acuerdo	8
2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1
3 Desacuerdo	6

En relación a la tabla 2.12 se observa que se mantuvieron las relaciones de cercanía de al menos uno de los hermanos del paciente, Sin embargo, 7 familias presentaron lejanía de todos los hermanos hacia el paciente quedando sin la cercanía del resto del sistema.

Cabe destacar que los hermanos que mantienen mayor cercanía con el miembro no sano de la familia son de sexo femenino, y es generalmente aquella hermana que ayuda a la madre como co - responsable, o que ha asumido la responsabilidad al haber fallecido la madre.

Figura 2.19: Distancia de los hermanos.



Actualmente un 53% de los hermanos se mantiene cercano al paciente, un 47% no se acercó al paciente.

En relación al 47% que se alejó del paciente se debe a miedo al Estigma social. Lo precedente se ilustra en las siguientes citas.

*...”Mis hijos están casados tienen sus hijos y decidieron ellos irse porque ya no pudieron más por eso yo no los condeno, no los condeno porque ellos están haciendo su vida y no quieren que sufran lo mismo que ellos, y yo les digo está bien, está bien, para que otra generación que sufra”. (madre)*

Otra causa de alejamiento de al menos uno de los hermanos del paciente es la agresividad del paciente.

*...”lo que pasa es que uno no es sola y yo decía si voy a verlo y se pone sumamente agresivo, y me pasa algo detrás de mí tengo más gente se empieza a formar todo un vínculo”... (hermana).*

2.6.2.3.2.4.- Subsistema Parental, con uno de sus miembros, que padece una enfermedad psiquiátrica.

2.6.2.3.2.1.3.- Alteración del Subsistema Parental, en familias con un miembro que padece una enfermedad psiquiátrica severa, al momento de aparecer la patología.

El Subsistema Parental, se ve fuertemente afectado debido a las exigencias realizadas por parte del miembro de la familia que padece una enfermedad psiquiátrica severa.

Esto provocó en los inicios de la patología que los padres se centraran en el paciente y dejaran desprotegidos a los otros hijos, sobre todo aquel que asume el rol de cuidador del paciente, lo que genera sentimiento de culpa en el familiar “responsable”. Esto provoca un distanciamiento entre los padres y los demás hijos que no padecen una patología psiquiátrica severa, con el transcurso del tiempo los hijos forman sus propias familias alejándose del paciente en algunos casos, en otros casos uno de los hermanos siendo generalmente de sexo femenino asume una corresponsabilidad hacia el paciente que comparte con la madre que en algunas ocasiones vive en la casa de la referida. Lo anterior se refleja en la siguiente cita:

*...”pasaba en los consultorios no más, si por eso las niñas sufrieron mucho... los niños llegaban del colegio y no tenían almuerzo porque no habían podido hacer el almuerzo y los niños ahí lloraban sufriendo ”(Madre)*

En síntesis, la enfermedad mental psiquiátrica severa, es una realidad que demanda muchos recursos a los subsistemas familiares, por lo que las familias deben lograr adaptarse a la nueva situación, organizando una nueva forma de vida incluyendo al miembro que padece la patología psiquiátrica de la forma más fluida posible, sin embargo esta tarea depende de la forma en que comprendan la nueva situación que les acontece, es decir los significados que la familia construya en torno a la enfermedad, estos serán de vital importancia en la acomodación que realicen para modificar la Estructura, con el fin de mantener el funcionamiento de la misma.

En este estudio la mayoría de las familias en sus niveles de cohesión son extremas, siendo Desligadas o Aglutinadas, lo que provoca que en uno de los extremos los miembros de la familia no sean muy solidarios entre sí, no se piden ayuda, mínimo compromiso, escaso apego emocional, lejanía entre padres e hijos, etc. Y en el otro extremo, los miembros de la familia se exigen lealtad, existe un muy alto compromiso simbiótico, falta de separación generacional. Ambos extremos son negativos al momento

de enfrentar una crisis como una enfermedad psiquiátrica severa, ya que en el primer caso no hay recursos disponibles para apoyar al paciente, y en el segundo es tanta la exigencia entre los miembros de la familia que terminan por agotar sus recursos, existiendo en los dos polos el peligro del abandono del paciente.

En cuanto a la adaptabilidad su nivel es bajo a moderado, lo que habla de una familia con una baja capacidad de adaptarse a las nuevas situaciones. Todo lo anterior refleja que las familias se apegan fuertemente a sus creencias y estructuras, es por esto que es difícil que incorporen la nuevas exigencias causadas por la nueva realidad que implica convivir con un paciente con una enfermedad psiquiátrica severa, llevándolos como familia en los inicios de la enfermedad a abocarse de lleno en el paciente para reestablecer su situación de salud mental, afectando a todos los subsistemas de la familia para lograr este objetivo, aunque con el tiempo logran aceptar la enfermedad, pero ya se han afectado provocándose quiebres permanentes en algunos casos.

2.6.2.3.2.1.4.-Alteración del Subsistema Parental al momento de aparecer la enfermedad psiquiátrica.

2.6.2.3.2.1.4.1- *Alteración de la Relación Padre- hijo (a) durante los primeros brotes de la enfermedad.*

La Tabla 2.13, presenta la distancia que se dio entre el padre y el paciente al inicio de la enfermedad, centrando la atención en la incidencia que tuvo el padre en lo sucedido.

Tabla 2.13: Distancia del padre al paciente en el inicio de la enfermedad.

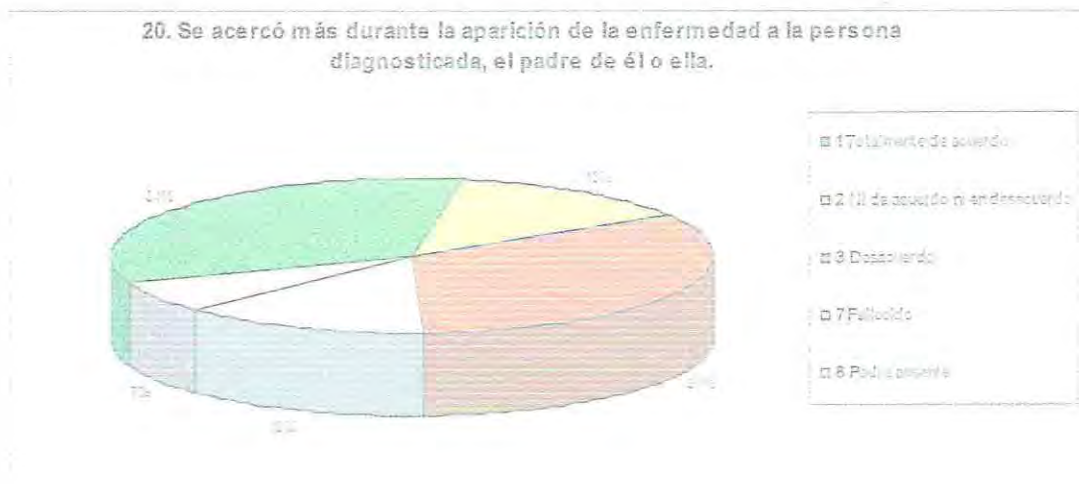
Presencia de acercamiento del padre al paciente, durante la aparición de la enfermedad.	Frecuencia
1 Totalmente de acuerdo	5
2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2
3 Desacuerdo	5
7 Fallecido	2
8 Padre ausente	1

En las familias el padre no tendió a acercarse al inicio de la enfermedad, la tendencia fue a no hacerlo o mantenerse en la misma distancia que tenía antes de la aparición de la enfermedad. No obstante, a la distancia es la permanencia en el hogar lo importante, debido a que en todos los casos, esta se mantuvo.

2.6.2.3.2.1.4.2- Alteración de la Relación Madre- Hijo (a), durante lo primeros brotes de la enfermedad:

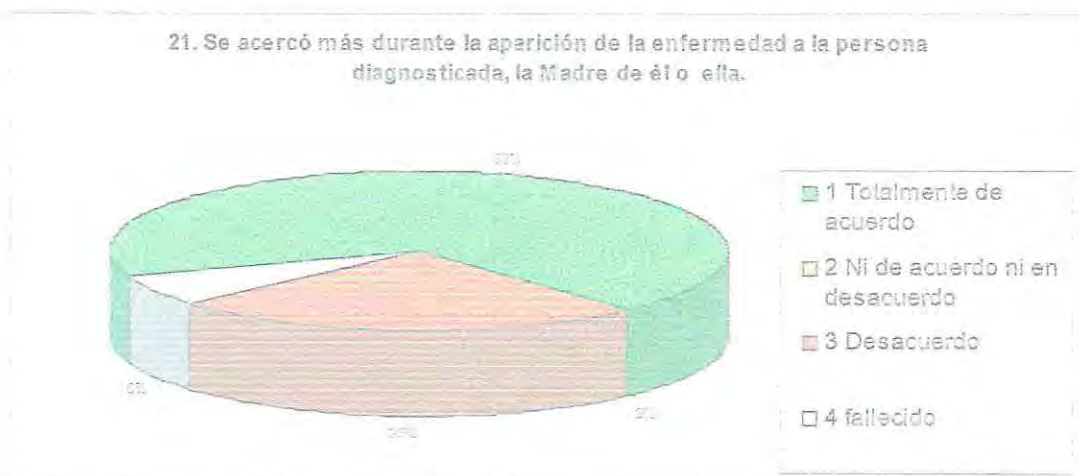
La Figura 2.20, presenta la distancia de la madre hacia el paciente en el inicio de la patología.

Figura 2.20: Distancia del padre al paciente en el inicio de la enfermedad.



En las familias el padre no tendió a acercarse al inicio de la enfermedad, la tendencia fue a no hacerlo o mantenerse en la misma distancia que tenía antes de la aparición de la enfermedad. No obstante, a la distancia es la permanencia en el hogar lo importante, debido a que en todos los casos, esta se mantuvo.

Figura 2.21: Distancia de la madre hacia el paciente en el inicio de la patología.



En el 69% de las familias la tendencia es al acercamiento de parte de la madre al hijo diagnosticado con una patología psiquiátrica severa. En esta pregunta no presentan posturas medias, la mayoría de las madres se acercó y sólo un 25% de ellas no lo hizo y fue principalmente por miedo frente a la sintomatología del paciente que en los primeros brotes de la enfermedad o durante las descompensaciones, debido a las características particulares de estos pacientes eran frecuentes, presentaban comportamientos agresivos,

que tendían a producir miedo en la madre lo que incidía en que no se acercaran estas madres a sus hijos. Lo anterior se ilustra en la siguiente cita.

...” mi mamá estaba haciendo el almuerzo, y mi hermano le pide mil pesos, porque él iba a salir y ella le dijo que no tenía y le dijo que si no le daba le pegaba, entonces a ella le dió miedo..., entonces ella se vino a vivir a mi casa”...  
(Hermana).

2.6.2.3.2.5.- Subsistema Parental actualmente:

2.6.2.3.2.5.1.- Alteración de la Relación Padre- hijo (a), en familias que tienen un miembro de ella, que padece de una enfermedad psiquiátrica severa, después de veinte años de evolución de la enfermedad.

A continuación, la tabla 2.20 expone la distancia actual, luego de 20 años de evolución de la patología, que presenta el padre al miembro de la familia no sano.

Tabla 2.14: Distancia actual del padre al paciente.

El padre actualmente es considerado cercano al paciente por el familiar responsable.	Frecuencia
1 Totalmente de acuerdo	1
2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
3 Desacuerdo	5
4 Fallecido	6

La mayoría de los padres al momento de la realización del estudio ya había fallecido, lo que se explica por las características demográficas de la población de Chile.

Solo (1/15) de los padres se acercó al miembro no sano de la familia, (3/15) consideran que no lo hicieron, (5/15) no se acercaron al paciente, por ende dentro de las familias, las personas que menos se acercaron al miembro no sano, fueron los de sexo masculino, incluyéndose el padre en este grupo.

Figura 2.22.: Distancia actual del padre al paciente.



En el 46% de las familias el padre ha fallecido, del 54% restante, el 27% de los padres no tienen una relación cercana al paciente, un 20% considera que no es tan cercana manifestándose ni de acuerdo ni en desacuerdo, son casos donde el padre está presente, pero no hay comunicación ni verdaderos lazos entre ellos.

Solo un 7% se mantiene cercano al paciente lo que corresponde a una de las 15 familias.

2.6.2.3.2.5.2.-*Alteración de la Relación Madre – Hijo, en familias que tienen un miembro de ella que padece de una enfermedad psiquiátrica, después de veinte años de evolución:*

Tabla 2.15: Distancia actual de la madre al paciente.

Se mantiene cercana actualmente la Madre al paciente.	Frecuencia
1 Totalmente de acuerdo	10
2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2
3 Desacuerdo	1
7 Fallecido	2

Las madres son quienes se mantienen cercanas al paciente logrando superar incluso los miedos provocados en ellas por la violencia verbal o física que los referidos ejercían en sus madres.

Las madres atribuyen las agresiones a las consecuencias de la enfermedad, por lo que ven en el paciente una persona buena, evocando el recuerdo de la personalidad anterior a la presencia del trastorno psiquiátrico severo en el paciente.

*... "además el me quebraba todo, los vidrios, todo, una vez también tomó una silla y me la tiró si no le hago erquite me mata pero como él estaba con ese estado no es que él lo haya querido hacer de mala intención, sino que el era un hombre tranquilo ordenado, nunca dijo un garabato nunca, nunca, nunca... (Madre).*

2.6.2.4.- Distribución según el parentesco del familiar que asume el rol de responsable del paciente.

La tabla presenta el parentesco que existe entre el paciente y el familiar responsable, que es también quien asume el rol de cuidador del paciente.

Tabla 2.16: Representa la frecuencia y porcentaje, según el parentesco del familiar responsable del paciente psiquiátrico.

RELACIÓN DE PARENTECO, DEL PACIENTE, CON EL FAMILIAR RESPONSABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
Madre	9	9/15
Hermana	5	5/15
Padre	1	1/15
Total	15	15/15

En la mayoría de las familias es la madre quién asume la responsabilidad del miembro de la familia que padece una patología psiquiátrica severa.

Cabe destacar que la ausencia del padre como responsable, en un 46% se debe a que no está presente en la familia debido a su fallecimiento.

Paralelamente a la madre o en ausencia de ella por fallecimiento, es la hija quién asume la responsabilidad.

#### 2.6.2.4.1.- Distribución según el sexo del familiar responsable.

A continuación se presenta la tabla 2.23, que expone el sexo del familiar responsable, mostrando una clara tendencia que vale la pena analizar.

Tabla 2.17: Sexo del familiar responsable.

SEXO DEL FAMILIAR RESPONSABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
Femenino	14	14/15
Masculino	1	1/15
Total	15	15/15

De las 15 familias en 14 de ellas las personas que asumen la responsabilidad del miembro de la familia que padece una patología psiquiátrica son mujeres, aunque cabe señalar que esto se debe principalmente al fallecimiento del miembro varón de la pareja, o porque desde su inicio la familia ya sea la de la madre en su inicio o la de las hijas que asumieron la responsabilidad, constituyeron familias monoparentales, o sufrieron una separación de los miembros de la pareja.

2.6.3.- Análisis e interpretación de los datos referente a los significados que tiene el miembro más significativo para el paciente, con respecto a la enfermedad psiquiátrica y sus consecuencias dentro de la familia.

La importancia de la construcción de significados radica en la relación que se construye entre familia y enfermedad, haciéndola particular a cada grupo familiar, constituyéndose así, en una variable especialmente relevante, en el entendimiento de fenómenos como la mantención o agravamiento del síntoma, presencia de crisis, la adaptación del miembro enfermo y de la familia a la enfermedad, la recuperación del paciente, presencia o ausencia de estigmatización social o familiar y la adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, la enfermedad puede interrumpir el funcionamiento de una familia y perturbarla en forma variable dependiendo del significado que le atribuyan a la enfermedad.

#### **Hipótesis general II:**

Existen diferencias en los significados que le atribuyen a la enfermedad las diferentes familias en estudio.

La Hipótesis General 2 se comprueba Negativamente debido a que 8 de las 9 dimensiones de la variable significado, medidas a través del Cuestionario y la Entrevista se comprobaron negativamente, demostrando que existe una tendencia hacia ciertos significados que se repiten en la construcción de significados, que han realizado los familiares responsables en torno a la enfermedad psiquiátrica severa.

#### 2.6.3.1.- Causas atribuidas a la aparición de la enfermedad psiquiátrica.

##### 2.6.3.1.2.- Causas Exógenas a lo Psíquico, perteneciente al mundo de los Mitos:

##### 2.6.3.1.2.1.- Las maldiciones, como causa de la enfermedad:

La tabla que se expone a continuación, representa la distribución de las familias en torno a las creencias acerca de las “maldiciones” como origen de la enfermedad.

Tabla 2.18. Causas míticas

Las maldiciones como causa de la enfermedad	Frecuencia
1 Totalmente de acuerdo	2
2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2
3 Desacuerdo	11

En cuanto a la creencias populares que atribuyen la causa de la enfermedad a las “maldiciones”, 12/16 se manifiestan escépticas y sólo 2/15 se manifiestan totalmente de acuerdo, y otros dos casos refieren no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, refiriendo en ambos casos que podría ser, pero no estaban tan seguros.

#### 2.6.3.1.2.2.- Una prueba de Dios, como causa de la enfermedad:

La tabla que se expone a continuación, representa la distribución de las familias en torno a las creencias acerca de una prueba de Dios como origen de la enfermedad.

Tabla 2.19: Causas míticas

Una prueba de Dios, como causa de la enfermedad.	Frecuencia
1 Totalmente de acuerdo	4
2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2
3 Desacuerdo	9

En cuanto a las creencias populares sobre los “Castigos de Dios”, 10/15 refiere estar en desacuerdo, 4/15 señalan estar de acuerdo y 2 dicen no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

#### 2.6.3.1.2.3.- La mala suerte, como causa de la enfermedad:

La tabla que se expone a continuación, representa la distribución de las familias en torno a las creencias acerca de la “mala suerte” como origen de la enfermedad.

Tabla 2.20: Causas míticas

8. La mala suerte, como causa de la enfermedad	Frecuencia
1 Totalmente de acuerdo	2
2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1
3 Desacuerdo	12

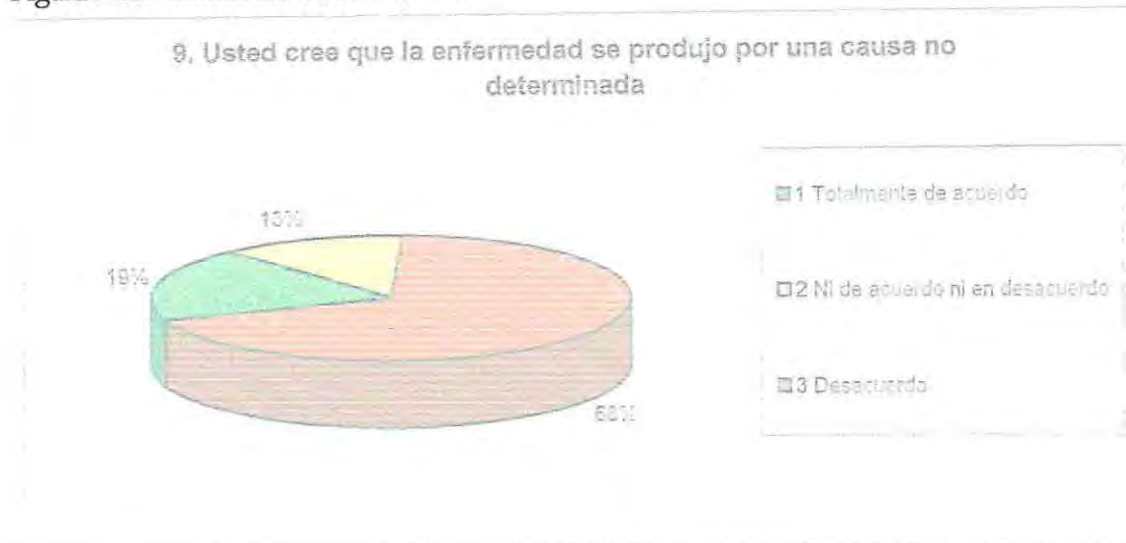
En la tabla 2.27 se aprecia que la mayoría de las familias 13/15 no atribuyen como causa de la enfermedad la “mala suerte”, solo 2/15 familias lo atribuyen a la mala suerte, es decir ven a la enfermedad como azar, por lo tanto consideran que a cualquiera le podría pasar, no atribuyéndose características peculiares que los hicieran propensos a presentar la enfermedad.

La mayoría de los individuos se encuentran en la misma categoría de respuesta rechazando las posibilidades de causas externas a lo psíquico proveniente del mundo de los Mitos.

#### 2.6.3.1.2.3.- Causas no determinadas, de la enfermedad:

A continuación se presenta la Figura 2.27, que expone la distribución de las creencias de los “familiares responsables” en torno a la identificación concreta de una causa como originaria de la patología psiquiátrica severa. Lo anterior se ilustra en la figura 2.27.

Figura 2.23: Causas no determinadas.

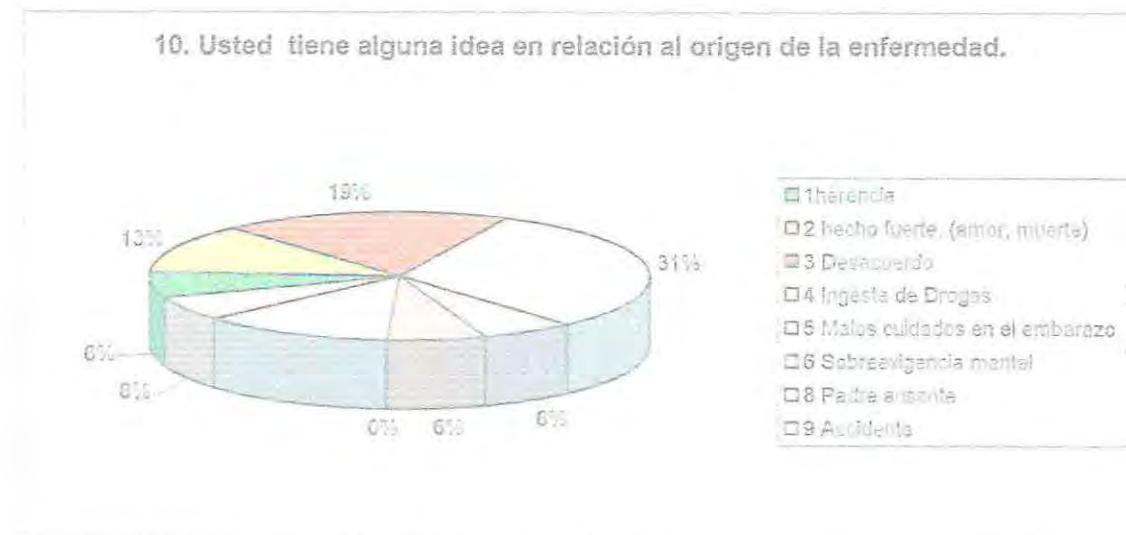


La mayoría de las familias expresadas en un 68% (13 de 16) consideran que la enfermedad se produjo por una causa determinada, un 19% considera que la causa no está determinada, por lo que no han generado significados para la aparición de la enfermedad en uno de los miembros de la familia, y un 13% considera que no está “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, ellos tienen algunas ideas, pero no están convencidos de ello, por ello prefieren manifestarse neutros frente a la afirmación.

2.6.3.1.2.4.- Causas identificadas en la entrevista, en torno al origen de la enfermedad:

A continuación se presenta la Figura 2.24, que expone la distribución de las creencias de los “familiares responsables” en torno a la identificación concreta de una causa como originaria de la patología psiquiátrica severa. Lo anterior se ilustra en la figura a continuación.

Figura 2.24: Causas identificadas en las Entrevistas.



En cuanto al origen específico de la enfermedad un 31% (5/15), siendo el porcentaje mayor en la distribución, identifican la ingesta de drogas como

causa de la enfermedad, es decir las familias identifican un origen de la enfermedad distinto al mundo psíquico. Sin embargo, el familiar responsable considera la ingesta de drogas del paciente como un acto involuntario, en el que terceros participaron de “mala fe” para hacerle daño.

El 19% representado por 3 de las 15 familias, refieren no tener ninguna idea en cuanto al origen de la enfermedad, 2/15 atribuyen como causa de la enfermedad un hecho fuerte en la vida identificándose por ello; fallecimiento de un ser querido o una fuerte decepción amorosa, además el 6% (2:15) refiere la falta de los padres en los primeros años de vida de una persona como causa del desarrollo de una enfermedad mental, luego se distribuye en malos cuidados en el embarazo (ingesta de drogas y alcohol), sobre exigencia mental, causa hereditaria o por un accidente. Debido a la baja representatividad del porcentaje más alto, se consideran todas las causas posibles de la enfermedad atribuidas por los “familiares responsables”.

En síntesis, podemos concluir que los significados construidos por el familiar responsable, en torno a las causas de la enfermedad, son distintos entre las diferentes familias, no encontrándose coincidencias representativas del grupo, Sin embargo, se pueden señalar que las causas son atribuidas a los siguientes factores externos al mundo psíquico y de origen monofactorial.

a) Exógena por alteración biológica: (ingesta de drogas a cualquier edad y durante la gestación en el caso de la mujer lo que sería transmisible al hijo, accidente).

*...” Le dieron drogas, el día de su graduación salió con unas amigas y la intoxicaron, estuvo tres días en coma y nunca volvió a ser la misma”...*

b) Exógena por un evento traumático: (fallecimiento de un ser querido, amor, falta de los padres en el desarrollo)

*...”Mi hija antes de esta guagua tuvo otra a los diecisiete, con el mismo hombre.... X empezó a encerrarse y yo la hablaba y la hablaba y ahí la veía que se iba decayendo, cada día más delgada y ahí la llevamos a médico y ya tenía Esquizofrenia.”*

c) Endógenas: (Hereditario, debilidad mental).

Esta información deja de manifiesto la falta de comprensión en torno al origen de la enfermedad, sin embargo cabe destacar que esto se debe a que en la literatura científica

tampoco hay acuerdos en torno al tema. Lo anteriormente expuesto se puede apreciar en la siguiente cita:

*... "Como él esta estudiando comía apurado y yo creo  
Que también puede ser que le afectó, porque le encontraron  
que tenían células muertas, y ahí se le produjo".*

2.6.3.2.- Describir los significados que tiene el miembro más significativo para el paciente, con respecto a la búsqueda de responsables en la aparición de la enfermedad psiquiátrica severa de uno de los miembros de la familia.

Se aprecia una tendencia a buscar una explicación a la causa del trastorno psiquiátrico severo, en el exterior del mundo psíquico del paciente, atribuyendo casi siempre el origen de la enfermedad a un "culpable". Además hay una tendencia a considerar que la enfermedad era evitable. Lo anteriormente expuesto se puede apreciar en las siguientes citas:

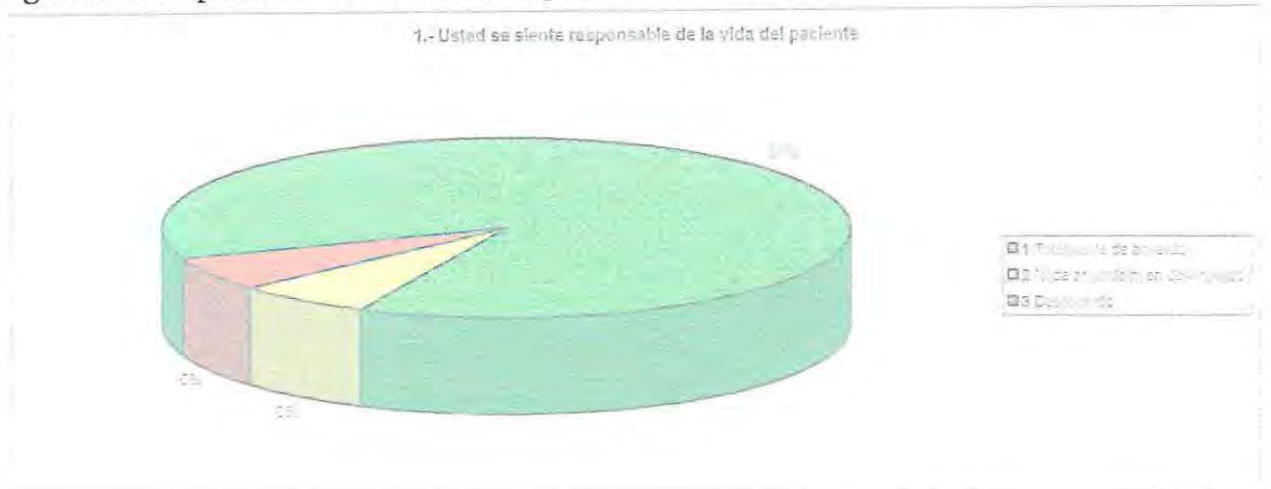
*... "yo pienso como que algo se me metió en la cabeza que  
le dieron algo, porque si él hubiera tomado pisco eso no lo  
iba a dejarlo mal, vino tampoco lo iba a dejar así y pito  
tampoco... a él como que algo le dieron como pa burlarse  
de el le dieron algo, algo como que me avisa a mi algo de  
madre, como yo lo conocía como era él". (Madre).*

2.6.3.3.- Describir los significados que tiene el miembro más significativo para el paciente, con respecto a los efectos producidos en la familia por la enfermedad psiquiátrica severa de uno de los miembros de la familia.

2.6.3.3.1.- Rol del "familiar responsable".

A continuación se presenta (Figura 2.29) la responsabilidad del "familiar responsable" en torno a la vida del paciente.

Figura 2.25: Responsabilidad del familiar responsable en la vida del paciente



El 88% de los familiares identificados como “responsables” del paciente en la institución, refiere a su vez sentirse responsable de la vida del paciente en todas sus dimensiones. En dos casos de los 15 se encuentran diferencias ya que refieren estar ni de acuerdo ni en desacuerdo y el otro señala no tener responsabilidades en la vida del paciente.

La responsabilidad de los “familiares responsables”, es una tarea que asumen hasta el final de la vida del paciente, debido a que una enfermedad psiquiátrica severa, en muchos casos invalida al paciente para trabajar e independizarse, lo que genera una relación de dependencia absoluta a la familia.

Los “familiares responsables” asumen que esta condición deberá perdurar por mucho tiempo, sin embargo no tienen claro si esta condición es permanente. Lo precedente, se ilustra en la siguiente cita:

*... “Es una prueba de amor más, así como el nacimiento de un hijo, una alegría y una gran responsabilidad el nacimiento de Bernarda nuevamente a su nueva vida, para mi eso es como una nueva vida para ella, una nueva oportunidad para ella que quiero que ella se dé cuenta como nosotros como familia la queremos ayudar”. (Hermana)*

### 2.6.3.3.2.- Percepción de la vida familiar antes de la aparición de la patología.

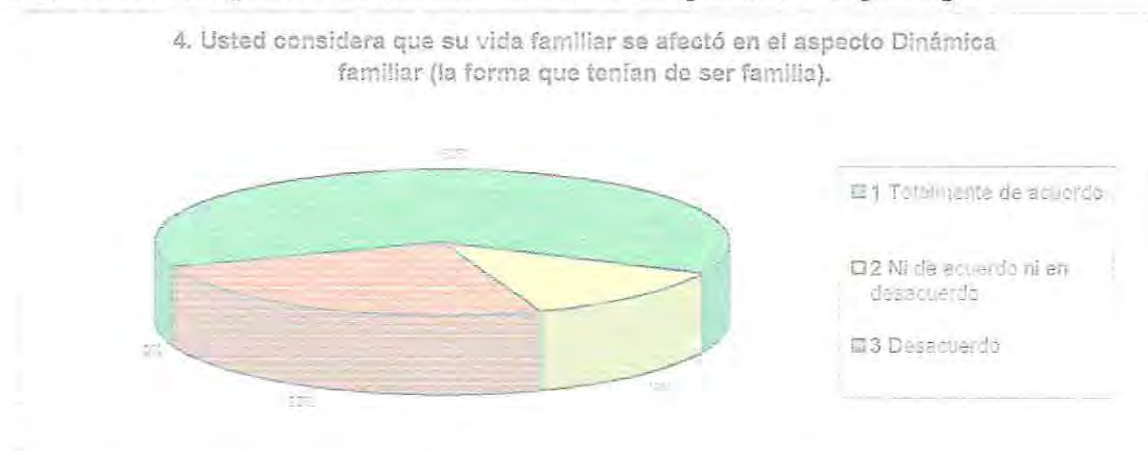
A continuación se presenta la distribución familiar en torno a la percepción de la vida familiar antes de la aparición de la patología, y la asociación de presencia de alteración de la dinámica familiar luego de la aparición de la enfermedad.

Tabla 2.21. Alteración de la Dinámica Familiar producto de la aparición de la enfermedad.

Percepción de Alteración de la Dinámica familiar, que tiene el “familiar responsable”, con respecto a su familia.	Frecuencia
1 Totalmente de acuerdo	9
2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2
3 Desacuerdo	4

En la tabla se puede observar que 9/15 familias consideran que la dinámica familiar en sus hogares se vio modificada, en las otras 6 familias encontramos 4 que consideran que no se afectaron y 2 que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo. Lo precedente se ilustra a continuación.

Figura 2.26: Percepción de la vida familiar antes de la aparición de la patología.



El 62% señalan que se afectó la forma que tenían de ser familia antes de la aparición de la enfermedad.

Anteriormente a la enfermedad del paciente, estas familias compartían socialmente con otros familiares o amigos en fechas importantes, lo que como consecuencia de la enfermedad psiquiátrica severa de uno de los miembros de la familia, ocasionó un aislamiento de esta, por temor a las descompensaciones (crisis) en las que se provocan escándalos por el paciente, lo que incide en que los miembros de la familia realicen actividades separados, procurando que siempre alguno de los miembros de la familia esté al cuidado del paciente.

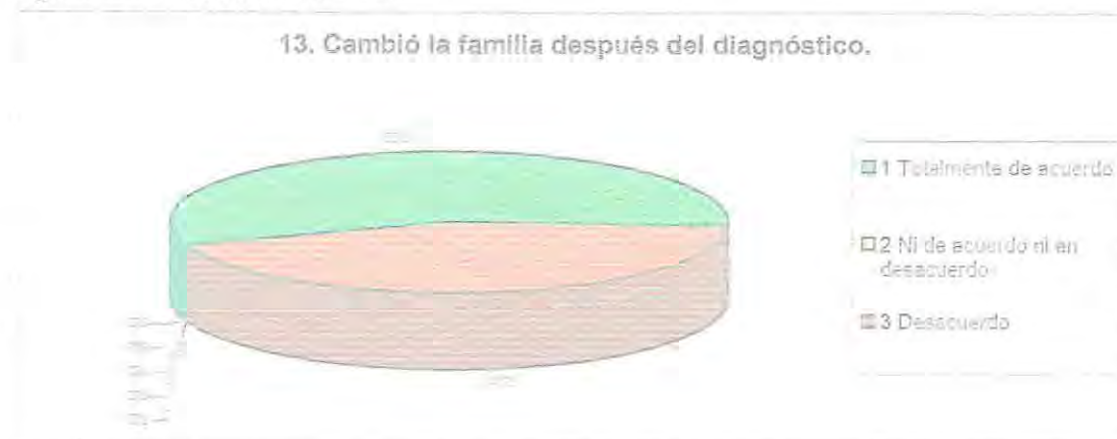
...“Afectó mucho fue una tragedia después ya todo para nosotros, desde entonces ya no ha habido pascua ni Año Nuevo se acabó todo eso”, de aquel entonces fue una cosa

*de no más fiestas nada, lo único que hacía en la Pascua era ir a la Misa del Gallo, iba sola porque mi marido se quedaba aquí, porque este niño podía hacer algún escándalo...” (Madre).*

#### 2.6.3.3.3.- Alteración Familiar.

A continuación la Figura presenta la alteración aparecida en la vida familiar, producto de la aparición de la enfermedad.

Figura 2.27: Alteración familiar.



El 56% de los familiares responsables consideran que cambió la familia después del diagnóstico de la enfermedad y un 44% consideran que no cambió.

Las familias consideran haber sido afectadas en lo económico, uso del tiempo libre, roles y vida de cada miembro de la familia.

Las familias pusieron a prueba su capacidad de adaptarse, en diversos aspectos, como el uso del tiempo libre. Las familias reconocen, que la frecuencia en que salían de su hogar disminuyó, debido a la enfermedad del miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica severa, lo que incidió en un aumento del tiempo que la familia está en el hogar, siendo este un factor de riesgo, en relación al estrés que se provoca dentro de ella, debido a la monotonía de la rutina diaria, el número de horas que pasan juntos, y las demandas propias de una patología psiquiátrica severa. Lo anterior se ilustra en la siguiente cita:

*...”Y la vida familiar antes era una vida de poder salir y compartir como familia un fin de semana... ahora por su enfermedad poco puede salir”.(hermana).*

Los roles en la familia también fueron trastocados, esto se evidenció al estudiar las estructuras familiares, ya que se pudo observar que hubo un cambio en los roles, motivado por el cambio en la forma de ver al paciente, ya que pasó de ser una persona independiente a un miembro de la familia que requería total atención, y dependencia, incluso los familiares responsables reconocen que es como volver a

educarlos, viéndolos vulnerables, por lo que asumen una responsabilidad total con la vida del paciente, y asumen que son ellos los responsables del futuro del paciente, lo que obliga a que la familia planifique su vida en torno a las necesidades del paciente. Lo anterior se refleja en la siguiente cita:

*...“no al principio se le dijo que iba a ser como una hermanita para él, yo así se lo planteaba a X que pensara que era una nueva vida y para la tía una nueva oportunidad y yo la consideraba ya no iba a ser mi hermana mayor sino que iba a ser como mi hija mayorcita que tenía que considerarla como una hermanita”.*  
(Hermana).

En las familias de los pacientes psiquiátricos severos se vieron afectados todos los miembros de ella, sin embargo los familiares responsables, son quienes vieron mayormente afectadas sus vidas, en el aspecto emocional, esto se produjo debido al miedo que experimentaban cuando el paciente se descompensaba y presentaba conductas agresivas, también debido a la desilusión por las expectativas no cumplidas en torno al futuro del paciente y finalmente por lo difícil que les resultó aceptar la enfermedad que afectaba al paciente. En la siguiente cita se presenta lo anteriormente mencionado:

*...” ¿y al saber que su hijo padecía de una enfermedad mental? Ay Dios, me levantaba llorando, me acostaba llorando, yo no sé como estoy viva o como no estoy en el psiquiátrico, Dios me ha de querer mucho digo yo, como no estoy en esas condiciones...”*(Madre).

2.6.3.4.- Describir los significados que tiene el miembro más significativo para el paciente, con respecto a las repercusiones en las relaciones sociales producidas en la familia por la enfermedad psiquiátrica severa de uno de los miembros de la familia.

2.6.3.4.1.- Alteración del aspecto sociofamiliar.

Las familias vieron afectado el aspecto social de la familia, en cuanto a sus relaciones sociales con el entorno de la familia (vecinos, amigos, etc). Lo precedente se ilustra a continuación.

Figura 2.28: Alteración del aspecto social de la familia.



El 62% de las familias considera que se afectó que su vida familiar en el aspecto social. , un 38% refieren estar en desacuerdo con la afirmación.

*... "Y la vida familiar antes era una vida de poder salir y compartir como familia un fin de semana... ahora por su enfermedad poco puede salir".*

#### 2.6.3.4.2. Alteración en el aspecto económico familiar.

A continuación, se presenta el aspecto económico de la familia, al inicio de la patología psiquiátrica y luego de aproximadamente 20 años de evolución.

Figura 2.29: Alteración en el aspecto económico familiar.



Las familias se vieron afectadas en un 36% de ellas, en el aspecto económico debido a los altos costos de los tratamientos y consultas médicas, que se hicieron al inicio de la enfermedad del paciente.

Cabe destacar que actualmente la mayoría de los pacientes tienen calificación de indigencia en el sistema de FONASA (tarjeta A), sin embargo cuando se presentó la enfermedad, la mayoría se encontraba entre los 16 y 21 años, y no tenía trabajo por lo que aún era carga de los padres, lo que incidió en que las atenciones tuvieran un mayor costo, debido a que los padres cotizaban por salud.

...” *Que nos cortó las alas como familia, teníamos proyectos, prosperar, vivíamos a préstamos, al principio como la queríamos tanto la pusimos en una clínica pero nos salía un ojo de la cara*”. (Madre).

2.6.3.5.- Describir los significados que tiene el miembro más significativo para el paciente, con respecto a la presencia de Estigmatización hacia el paciente por el entorno que rodea a la familia, compuesto por la familia extendida, vecinos y amigos.

2.6.3.5.1.- Apoyo percibido por las familias al inicio de la enfermedad.

A continuación la Figura 2.34, presenta el apoyo percibido por las familias al inicio de la enfermedad.

Figura 2.30: Apoyo percibido por las familias al inicio de la enfermedad.



Un 50% de las familias creen no haber recibido apoyo necesario, un 25% consideran haberlo recibido pero solo de parte de la institución de salud que los atendió no así de su familia “extendida”, y el 25% restante no se sintió apoyado como lo necesitaron.

La familia considera que no fue apoyada al comienzo de la enfermedad del paciente, situación que se mantiene hasta la actualidad, lo que incide en un agotamiento de los recursos económicos y humanos de la familia, lo que afecta la regularidad de las visitas que los pacientes reciben cuando se encuentran en el Hospital tiempo que se puede extender hasta un año, provocándose así un distanciamiento entre la familia y el paciente. Lo anteriormente expuesto se ilustra en la siguiente cita:

...”*Es difícil integrar a mi hermano porque la gente se queda con recuerdos y no lo aceptan, y uno se ve solo, solo con mi hermano y marido, o sea tú sí, pero él no,*

*ellos te dicen ven tú, pero al final uno dice no".  
(hermana).*

#### 2.6.3.5.2.- Familias que ocultaron la enfermedad a familiares.

La Figura 2.31 expone las familias que ocultaron la enfermedad a familiares.

Figura 2.31: Familias que ocultaron la enfermedad a familiares.



Un 84% señalan no haber ocultado nunca la enfermedad a los familiares, del 12% restante: un 6% señala haberlo hecho y el otro 6% refiere no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

*... "Que ninguno de mi familia de atrás se la puede llevar ni se la quiere llevar, porque cuando ella está con crisis ella es insoportable entonces que sería de ella si yo no sostuviera este hogar si nadie la quizo recibir... en la calle botá por ahí estaría". (Madre).*

#### 2.6.3.5.3.- Familias que ocultaron la enfermedad a amigos de la familia.

La Figura 2.32, presenta las familias que ocultaron la enfermedad a amigos.

Figura 2.32: Familias que ocultaron la enfermedad a amigos.



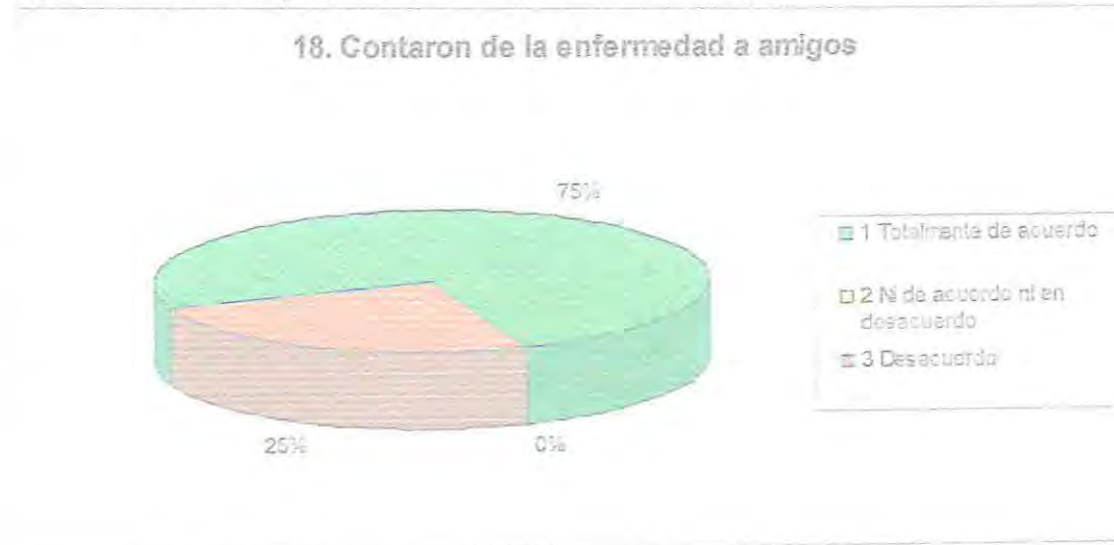
Un 62% de las familias nunca ocultaron la enfermedad de su familiar a los amigos, un 19% lo hicieron y un 19% se manifiesta ni de acuerdo ni en desacuerdo. Por

lo tanto un 38% no habló de la enfermedad, los amigos se dieron cuenta de la situación al observar las conductas del paciente.

#### 2.6.3.5.4.- Familias que contaron de la enfermedad a amigos

La Figura 2.37, expone la distribución de familias según si contaron o no a los amigos de la patología psiquiátrica severa que padece un miembro de la familia.

Figura 2.33: Familias que contaron de la enfermedad a amigos



Un 25% de los familiares responsables señalan no haber contado a los amigos sobre la patología psiquiátrica severa que padece uno de los miembros de su familia. El 75% restante, señalan haber contado a sus amigos sobre la enfermedad que padecía su familiar. Lo anterior se ilustra en la siguiente cita.

*... "yo no tengo problemas si me invitan porque puedo ir con ella a muchas partes a la casa de mi suegra porque ellas la conocen así que no hay problemas, pero hay lugares donde no puedo obviamente... pero cuando está agresiva claro que no se puede, pero tratamos de incorporarla".(hermana).*

#### 2.6.3.5.5.- Familias que ocultaron la enfermedad a vecinos.

Las Figura 2.34, expone la distribución de familias, según si contaron de la patología psiquiátrica severa que afecta a uno de los miembros de la familia.

**Figura 2.34:** Familias que ocultaron la enfermedad a vecinos



Un 81% refiere no haber ocultado la enfermedad a los vecinos, de este porcentaje un 67% contó a los vecinos sobre la enfermedad que afectaba a uno de los miembros de la familia. Sin embargo, en las entrevistas realizadas los familiares señalan que la acción de contar a los vecinos de la patología sufrida por el paciente, fue motivada por las conductas que hacían evidente la situación. Por lo tanto, se limitaron a señalar el nombre de la enfermedad, sin dar mayor información sobre los síntomas productivos de la enfermedad, que son originadores de las actitudes discriminatorias del entorno.

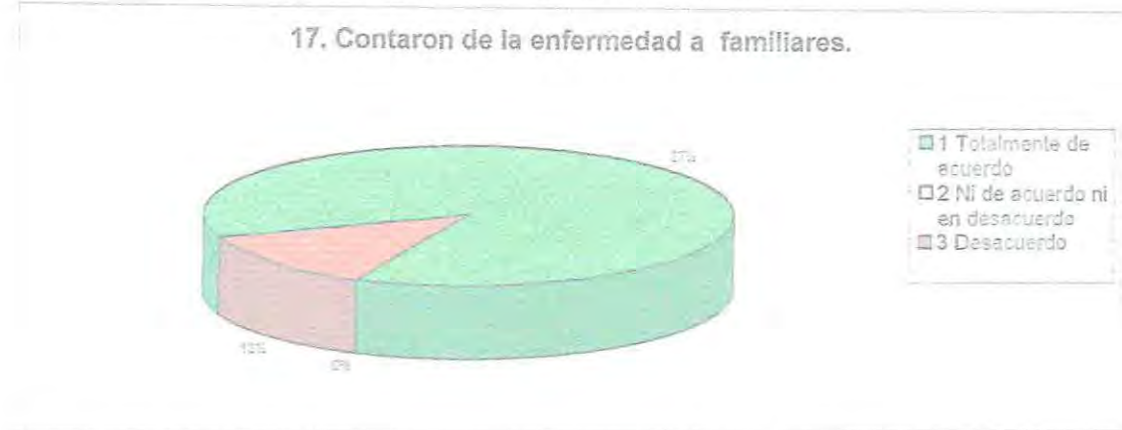
El “loco”, es una persona a la que se le atribuyen cualidades descalificadoras, caracterizado por ser agresivo, hablar incoherencia, no ser capaz de realizar actividades ni de tener un rol en su familia, y además ser motivo de burlas para su entorno.

*...”Los vecinos le dicen el Loco, algunos se han reído tanto de él, yo me sentía dolida, uno quiere lo mejor para sus hijos, me hacía la fuerte porque sino me hubiera puesto a llorar ahí mismo, para que no vieran que me afectaba”... (Madre)*

2.6.3.5.6.- Familias que contaron de la enfermedad a familiares.

La Figura 2.35, presenta las familias que contaron de la patología psiquiátrica severa a otros familiares.

Figura 2.35: Familias que contaron de la enfermedad a familiares

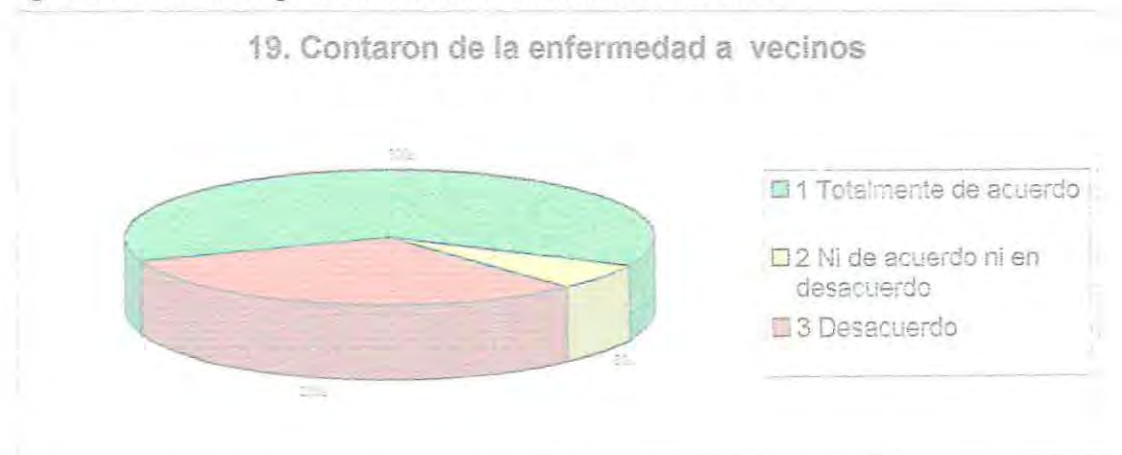


El 87% de los familiares responsables señalan haber contado de la enfermedad mental que padecía un miembro de la familia a la familia extensa, un 13% señalan no haberlo hecho.

2.6.3.5.7.- Familias que contaron de la enfermedad a vecinos

La Figura 2.36 presenta las familias que contaron de la patología psiquiátrica severa, que padece un miembro de la familia, a vecinos.

Figura 2.36: Familias que contaron de la enfermedad a vecinos.



El 63% señalan haber contado a los vecinos, un 31% refieren no haberlo hecho y un 6% se presenta ni de acuerdo ni en desacuerdo.

#### 2.6.3.5.8.-: Familias que lograron nuevos vínculos.

La figura 2.37, presenta las familias que lograron crear nuevos vínculos con personas externas al sistema familiar, gracias a la aparición de la patología psiquiátrica en uno de los miembros de la familia.

Figura 2.37: Familias que lograron nuevos vínculos.



Un 56% de los “familiares responsables” señalan no haber obtenido nuevos vínculos externos a la familia debido a la enfermedad del paciente, un 38% consideran haber obtenido nuevos vínculos y el 6% restante se manifiesta ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Las familias consideran no haber obtenido nuevos vínculos debido a la aparición de la enfermedad en su hijo, al contrario los familiares responsables consideran que personas cercanas a ellos, se alejaron al enterarse de enfermedad que padecía uno de los miembros de la familia.

Lo anterior refleja el estigma que tiene la enfermedad mental en nuestra cultura. Analizaremos lo anterior refiriendo a categorías conceptuales desarrolladas por Erving Goffman, en cuanto al “desacreditado” y al “desacreditable”.

El primero se representa en el paciente y el segundo en la familia del paciente, el autor nos señala, que el desacreditado es Estigmatizado por las características observables, en este caso esto correspondería a los síntomas de la enfermedad psiquiátrica severa, lo que incide en su aislamiento, debido a la atribución de características desacreditadoras que desembocan en la consideración de la persona en su talidad como negativa, aún cuando muchas veces, estas atribuciones no tienen que ver con la realidad, en el segundo caso que corresponde a la familia personificada en el “desacreditable”, por lo que también son potenciales estigmatizados aún cuando no son ellos quienes padecen la enfermedad, pero según la visión externa son parte de ello y se hacen desacreditados cuando el medio conoce su convivencia con un miembros de la familia que padece una enfermedad psiquiátrica severa, basándose en una construcción

de significados en torno al tema, basada muchas veces en mitos y temores producto de la desinformación.

Es por esto que en aquellas familias que tenían buenas relaciones, con sus familiares, amigos, vecinos y además les informaron de la enfermedad realizando de esta manera una tarea educadora, construyeron una nueva realidad en torno a la enfermedad en estas personas, lograron, mantener las relaciones que tenían previo a la aparición de la enfermedad. En las familias en que esta tarea no se realizó se produjeron pérdidas de vínculos impactando las relaciones sociales que el familiar “responsable” tenía y por ende la familia se comenzó a aislar. Lo precedente se ilustra en la siguiente cita:

*...” tuve amigas pero, me hicieron a un lado cuando vieron que este niño estaba en estas condiciones tan malas”.*

2..6.3.6.-Describir los significados que tiene el miembro más significativo para el paciente, con respecto a los miedos en relación a los síntomas de la enfermedad psiquiátrica severa de uno de los miembros de la familia.

Los familiares responsables refieren tener miedo al paciente, lo que se acrecienta en los episodios de crisis que estos presentan, que se debe muchas veces según ellos refieren, a la ingesta de una mayor cantidad de medicamentos por parte del paciente que obtienen fuera del hogar o porque no se toman los medicamentos, engañando a sus familias.

Los episodios de crisis, provocan que se le atribuyan características desacreditadoras al paciente, que desembocan en la consideración de la persona en su totalidad como “negativa”, cosificándolo como “El Loco”, “Agresivo”, “Peligroso”, estas clasificaciones estigmatizantes no siempre tienen que ver con la realidad, es decir son construcciones de significados poco reales, por falta de conocimiento o ideas míticas sobre las personas que las poseen. En consecuencia el entorno social basado en estos significados, tendría una actitud de rechazo evitando el contacto, manteniendo así el Estigma.

En nuestra sociedad la discapacidad específicamente originada por causa psíquica es un elemento desacreditador, esto debido a que ya no es “normal”, en el referido libro de Goffman encontramos la siguiente cita “creemos, por definición desde luego, que la persona que tienen un Estigma no es totalmente humana”, hace alusión a la pérdida de status y la atribución de nuevas características que lo subyugan a una condición, de la cual las personas se alejan, pero no por una mala intención de los normales, sino por la incomodidad o miedo que en este caso les provoca la persona Estigmatizada por padecer una patología psiquiátrica por causa psíquica. Lo anteriormente analizado se puede apreciar en la siguiente cita:

*... "Una enfermedad mental no tiene vuelta una mental ya es lo último, son capaces de matar, de todo, son agresivos"... (Madre)*

El miedo en las familias traspasa todas las generaciones que viven en el hogar. En el caso de las familias extensas, esto se debe a que los hijos escuchan los comentarios de los padres en torno al tema, lo que incide en que los significados en torno a la enfermedad consideren la agresividad como parte de las enfermedades mentales severas, provocando temor a la convivencia con estos pacientes.

*... "¿Sus hijos comparten con su hermano? Si se acercan, pero tienen un poco de rechazo porque le tienen un poco miedo, por que en las familias se conversa y ellos escuchan".  
(Hermana)*

3.6.3.7.-Expectativas en relación al futuro del miembro de la familia que padece de una patología psiquiátrica severa.

Los familiares ven un futuro incierto, ya que conocen la falta de independencia de los paciente debido a la enfermedad y la alteración en los compromisos que asumen en torno a su enfermedad esto se debe a que los pacientes con una enfermedad psiquiátrica severa no tienen conciencia de enfermedad por lo que necesitan de una persona que supervise la ingesta de medicamento y la mantención del tratamiento en todas sus dimensiones, al conocer esto, los familiares responsables sienten miedo en torno al futuro del paciente. A continuación se presenta lo anterior en palabras de una hermana.

*... "Yo creo que el miedo más fuerte que podría expresarlo es que alomejor Bernarda dejara de hacerse el tratamiento ... el compromiso de ella es el que un poco yo le he tratado de conversar, que ella tiene que ser sincera y leal con lo que uno le está dando y con lo que ella va a entregar el día de mañana, porque lo está haciendo muy bien en el Hospital"... (Hermana).*

En el análisis anterior vimos una de las preocupaciones recurrentes de los familiares de este tipo de pacientes, Sin embargo no es el único, debido a que dependiendo de la etapa del ciclo vital familiar y personal del familiar significativo,

aparecen nuevos temores. En el caso de las madres de edad avanzada, el temor radica en la incertidumbre del futuro del paciente en el momento de su muerte, surgiendo preguntas en torno a quién asumirá su cuidado, frente a la posibilidad de que el paciente quede en el abandono.

Estas madres presentan como constante este temor, lo que incide en su tranquilidad emocional, llevándolas a realizar acciones tendientes a la obtención de la pensión de invalidez, la cual muchos logran obtener, pero para aquellos que no la obtienen se les transforma en un anhelo constante, que representa para ellas una tranquilidad en cuanto al futuro del hijo que padece de una enfermedad psiquiátrica severa. Lo precedente se ilustra en las citas que presentan a continuación:

*... "pedía con mucho dolor, no con rabia, pensando también en el día en que nosotros faltáramos y todavía pienso que va a ser de él, no le he podido conseguir ni una pequeña pensión, no me resultó nada"... .. "pero al saber que se va a quedar sola prefiero que se vaya antes". (Madre).*

#### 2.6.3.8.-Expectativas con el Hospital Psiquiátrico del Salvador, de parte de los familiares de pacientes psiquiátricos.

El Hospital Psiquiátrico del Salvador, es un Servicio de Salud Mental, que ofrece estadias transitorias de los pacientes cuyo objetivos son rehabilitar y compensar a los pacientes para luego incorporarlos a su medio social, o a un Hogar protegido si el referido no tuviese familia para acogerlo, sin embargo las familias ven el Hospital como un lugar donde enviar al miembro de la familia que padece una enfermedad mental, con el fin de descansar de la carga psicológica que esto genera.

Esto puede incidir en un exceso de hospitalizaciones que muchas veces no son necesarias, pero debido al agotamiento de la familia solicitan la hospitalización, modificando así el fin del servicio de salud.

*... "mis únicos descansos son los días que está Hospitalizada, porque yo siento el cerebro cansado, y ese es mi escape, ya que cuando el cansancio es mucho ya veo rayos"... (Madre)*

En definitiva los familiares responsables esperan el desarrollo de las siguientes funciones de parte del Hospital Psiquiátrico del Salvador:

**- Hospitalización:**

Las familias ven al Hospital como un lugar que facilita el descanso de las familias cuando el familiar que padece un trastorno psiquiátrico ha agotado sus fuerzas.

De los análisis de contenido realizados en las entrevistas se infiere que los “familiares responsables”, consideran que el Hospital cumple los siguientes roles:

**- Rol Informativo:**

El Hospital Psiquiátrico del Salvador es visto como informante sobre las características de la patología.

**- Rol Rehabilitador:**

El Hospital es visto como una institución rehabilitadora.

**- Rol de Gestión:**

El Hospital Psiquiátrico del Salvador es visto como un ente vinculador con la red de servicios estatales, aún cuando la oferta de los referidos servicios supere las competencias de un Hospital de salud mental de nivel terciario

Pensión Asistencial de invalidez, solución habitacional (SERVIU, hogares protegidos).

## SINTESIS DIAGNOSTICA

En la primera etapa de la investigación denominada Diagnóstico, se pudo constatar que el trastorno psiquiátrico severo, es una enfermedad crónica, lo que implica una carga importante en la familia del paciente, debido a la larga data de la enfermedad, esta información toma relevancia debido a que solo en la región de Valparaíso un 23,8% de los hogares (1/4) presentan un miembro con alguna discapacidad, a nivel nacional esta tendencia aumenta a un 34,6%.

En las familias en estudio la evolución de la patología tiene en promedio 20 años, lo que incide en las actuales tipologías familiares, según su nivel de adaptabilidad y cohesión, reflejándose esto también en los significados construidos en torno a la enfermedad psiquiátrica severa.

El miembro de la familia que padece de un trastorno psiquiátrico severo, es el hijo o hija de esta. La patología en el referido tiene, en promedio, 20 años de evolución presentándose la enfermedad a temprana edad, entre los 17 y 22 años en su mayoría, etapa de la vida en que las personas comienzan a entablar sus primeras relaciones amorosas de tipo estable, por lo que este aspecto de sus vidas no pudieron desarrollarlo. Un 93,3% de los pacientes de la Unidad de Mediana Estadía, se encuentran solteros viviendo con la madre, uno de los hermanos, el padre o han ingresado a un hogar protegido, con permanencia del vínculo familiar, a nivel nacional esto se repite ya que las personas que tienen alguna discapacidad reciben apoyo familiar en un 68% y los que no lo tienen están solos, quedando en el abandono.

Lo anterior incide en una sobrecarga en su familia de origen, debido a que no se cumple el ciclo esperado, en relación a la independencia que debe lograr el hijo de la familia, impidiendo que los padres dejen sus tareas de crianza y mantención de la familia, obligándolos a mantener sus tareas de crianza hasta la etapa intermedia y Tardía del ciclo vital familiar, esta información acentúa su relevancia al tener presente que en la región de Valparaíso el 23,8% de los hogares correspondiente a 1/4 familias tienen un miembro de ella con alguna discapacidad. A nivel nacional esta cifra asciende a 34,6% de los hogares.

Se ha encontrado en la información obtenida, asociaciones que reflejan que un paciente con trastorno psiquiátrico severo, al vivir con su familia, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, lo que se traduce en cambios en la Estructura familiar. No por esto se considera que el cambio es negativo, al contrario, las situaciones adversas se presentan cuando en las familias hay resistencia a la acomodación a la nueva situación que enfrentan como familia, al convivir con un miembro de ella que padece de un trastorno psiquiátrico severo.

En los hallazgos específicos, se puede señalar la alteración que se provoca en el subsistema conyugal, debido a que enfrentan cuestionamientos en torno a la tarea

realizada como padres, por considerar que algo pudo fallar provocando la aparición de la enfermedad, este estrés emocional provoca un “enfoque” de las energías de los padres en el hijo o hija, dedicándose completamente al referido, lo cual, incide en la disgregación en la familia, provocando un distanciamiento de los otros hijos, impactando así la labor de crianza de los padres, que se ven absorbidos por las exigencias de la enfermedad psiquiátrica severa. Esta situación se agudiza en la primera etapa de la enfermedad, cuando la familia debe realizar las primeras acomodaciones internas en la Estructura familiar y externas con el medio, cuando han logrado esta primera tarea, la disgregación familiar se acentúa o decrece. En el estudio la tendencia fue a la disgregación del subsistema fraterno al que pertenecía el paciente quedando bajo la protección de los padres, exigiendo de estos la perpetuidad de las funciones de sustento económico, alimento, vestuario, etc. Las cuales pertenecen a las primeras etapas de la familia, sin embargo en estas familias se mantienen hasta las Etapas Intermedias, y Terminales.

No obstante, esta situación decrece con el pasar del tiempo, si embargo la madre se mantiene junto al hijo durante todo el proceso de la enfermedad, con algunos distanciamientos emocionales y físicos. El primero, debido al temor a las conductas agresivas presentadas por el hijo o hija que padece de un trastorno psiquiátrico severo, las cuales se presentan durante los episodios de descompensación del paciente. El distanciamiento físico se presenta cuando el miembro de la familia queda hospitalizado por largo tiempo en el Hospital, lo que exige recursos económicos de parte del familiar responsable para acudir a las visitas, recursos que según manifiestan los referidos no poseen.

Otro aspecto, que se altera son los roles que se dan dentro de la familia, debido a que la tendencia fue dar al hijo o hija, que padece de una enfermedad mental psiquiátrica severa, un rol de dependencia hacia los padres en una primera etapa de la enfermedad y al avanzar la enfermedad y fallecer el padre es la madre y/o uno de los hijos, que generalmente es de sexo femenino, quién asume el rol protector, puesto que estos pacientes no pueden mantenerse económicamente por lo difícil que les resulta mantener un trabajo, debido a lo severo de la patología.

“Dentro de las familias con un paciente con trastorno psiquiátrico severo, se tiende a esperar poco de él pensar que no tiene capacidad para ello, presentándose de esta forma un doble vínculo *no pedir al paciente lo que sí puede hacer*, deteriorando aún más sus capacidades, incapacitándolo por tratar de protegerlo, justificando todo en su enfermedad”.(Martinez Lesus 2002,27), por ello se puede observar que los pacientes de sexo femenino ven limitada su posibilidad de desarrollar actividades domésticas en el hogar, en contraste con la tendencia a nivel nacional que en un 59,5% las realizan, cifra que en la región de Valparaíso decrece a un 45%.

Las familias además ven afectadas sus actividades, que implican juntarse con personas ajenas al núcleo familiar, debido a que tienen temor a que el paciente que

padece de un trastorno psiquiátrico severo, se descompense presentando conductas agresivas, lo cual incide en un aislamiento de la familia, que se traduce en la reducción de eventos como: salidas a lugares públicos, reuniones familiares, celebraciones de festividades religiosas, cumpleaños, etc. En las familias en que esta tendencia no se presentó, se recogió información muy importante, la cual habla de dos aspectos esenciales, la primera y no por ser esta la más importante, dice relación con la calidad de las relaciones extra familiares que la familia mantenía con el medio social (vecinos, amigos, otros familiares) antes de la aparición de la enfermedad, ya que se observó que en aquellas familias en que había una relación cercana con los vecinos no se presentó Estigmatización.

El segundo aspecto dice relación con la forma en que el “familiar responsable” construyó significados con conocimiento y sin Estigmatización, debido a que procuraron informarse en la institución de salud que los atendía (Hospital Psiquiátrico del Salvador) acerca de todos los aspectos que afectaría la enfermedad en la vida del paciente, y a su vez fueron capaces de hablar de la enfermedad con los vecinos, amigos, otros familiares y compañeros de trabajo en un sentido educativo, lo cual contribuyó a una construcción positiva de los significados que la familia y el medio social construyó en torno a la enfermedad. Eliminándose así del lenguaje palabras como el “loco”, el enfermo mental, cambiándose por el nombre del miembro de la familia que padece de un trastorno psiquiátrico, dándole así la posibilidad de validarse otros aspectos de las personas, ya que la enfermedad se ve como una condición de salud y no un Estado permanente que anula a la persona bajo el Estigma de la locura.

En síntesis, en las familias que conviven con un miembro de la familia que padece de una enfermedad mental psiquiátrica severa y sumado a esto su larga data de origen, incide en el funcionamiento familiar, las consecuencias de esta alteración dependen de la forma en que la familia se acomode a la nueva situación. Sin embargo esta relación depende de una tercera variable que corresponde a la construcción de significados que se construyen en torno a la enfermedad por parte del familiar responsable que asume los cuidados del paciente, debido a que esto incide, en la forma en que la Estructura familiar, cambia con el fin de adaptarse a la nueva situación, poniendo a prueba la capacidad de funcionalidad de la familia.

En relación a la construcción de significados en torno a la enfermedad los familiares responsables generalmente se basan en información con base en el conocimiento popular o místico para significar, por lo tanto muchas de sus construcciones difieren de la realidad. El estudio buscó conocer diversos aspectos de la patología, los que se presentan a continuación:

La génesis de la enfermedad, para los familiares responsables, escapa a construcciones basadas en información con base científica, amparándose en causas construidas en base al conocimiento popular, socialmente aprendido, sustentados en tres

formas de ver el origen de la enfermedad, según su formación exógena del mundo psíquico, endógena al mundo psíquico, endógena por hecho traumático, los que se presentan a continuación:

La primera causa de la enfermedad mental identificada por los familiares responsables, dice relación a causas de tipo exógenas provocadas por una alteración biológica. Dentro de sus causas específicas se encuentran: ingesta única de drogas, por el paciente, también se incluyen los traumas cerebrales.

El segundo tipo de causas son exógenas provocadas por un evento traumático. Entre ellos se identifica el fallecimiento de una persona querida, penas de amor, falta de los padres en la etapa de desarrollo de los niños.

La tercera causa dice relación con una génesis endógena, provocada por el factor hereditario, debilidad mental provocada por mala alimentación, como secuela de una peste infantil, o por fiebres altas.

Otro aspecto propio del conocimiento que algunos de los “familiares responsables” tienen de la patología, es en cuanto a su pronóstico y evolución de la enfermedad del paciente. En relación al pronóstico de la patología, lo que más cuesta aceptar es la cronicidad de esta, albergando muchas veces la esperanza de que la enfermedad se “mejore”, “estaque” o “se le quite”, todos estos términos son utilizados frecuentemente por los familiares responsables del paciente, la cual manifiesta que consideran que la enfermedad es transitoria, la que se ve sustentada en los largos períodos de estabilidad que estos pacientes presentan, sin reconocer la importancia que el seguimiento del tratamiento en forma concreta es lo que provoca estas aparentes “mejorías”. Este desconocimiento sumado a la poca conciencia de enfermedad del paciente pone en riesgo la administración correcta de los fármacos.

Además se pudo constatar que algunos de los pacientes consumen estupefacientes, lo que interfería con el tratamiento, incidiendo en lo refractario de la patología. En los casos en que se dio la presencia de la Patología Dual, las familias están conscientes de que esto ha afectado en que la patología sea más resistente en sus manifestaciones productivas, sin embargo, señalan “si no fuese por la droga ya se hubiese mejorado”, haciendo alusión a un desconocimiento de los reales alcances de la patología, en relación a su cronicidad, como se analizó anteriormente.

En relación a la valoración de la patología esta tendió a ser negativa, debido a las alteraciones que provocó en la familia en general y en sus subsistemas en particular, también se afectó la Estructura familiar. Dentro de este ámbito en la significación de los “familiares responsables”, son los roles los que sufrieron mayor variación, generándose una relación de dependencia entre el referido y el miembro de la familia que padece de un trastorno psiquiátrico severo.

Según se pudo constatar son los síntomas productivos los que generan alteración en la convivencia familiar, entre ellos siendo los más nombrados por las familias, los

gritos, debido a que interrumpen las actividades de los demás miembros de la familia afectando a los vecinos.

En relación a la Estigmatización, se puede observar que proviene de diferentes agentes; entre ellos la familia, y la sociedad. La familia es uno de los principales agentes de estigmatización, pero muchas veces no se dan cuenta. Un ejemplo de lo anterior, es cuando las familias no le dan roles o funciones dentro de la familia al miembro no sano, comunicándole “tu no eres capaz”. Además se considera que cualquier arrebato es síntoma de su enfermedad, marcándolo como agresivos y peligrosos, debido a la patología psiquiátrica que el paciente padece. Otra forma de discriminación es cuando son visto con como niños, es decir como seres vulnerables incapaces de desenvolverse solos en la vida.

La sociedad (familia extendida, amigos, vecinos), les teme debido a que le atribuyen cualidades de “violencia”, lo que provoca que el entorno se aleje de ellos. Esta estigmatización mediante diversas formas, siendo la mas común los apodos, también afectan la familia, la que a veces se hace conocida por la condición de salud del miembro no sano de la familia.

Estas estigmatizaciones, se asocian en algunas ocasiones con el abandono del paciente, por su entorno social, compuesto por vecinos, amigos y familiares.

Aún cuando lo anterior, se supera de forma positiva, logrando mantener la funcionalidad de la familia, y reduciendo los Mitos y la Estigmatización en torno a la enfermedad, hay una situación de dependencia que se presenta entre el paciente y la madre y/o hija que asume la tarea de co - responsable en relación a los cuidados y mantenimiento del familiar que padece de una patología psiquiátrica severa. Esta Díada basada en la dependencia, es uno de los elementos que inciden en la carga emotiva del “familiar responsable”, entre otros motivos, por la incertidumbre que le genera el futuro del paciente, sin su presencia, esto se acentúa cuando las madres son ancianas.

Esta parece ser la dificultad más difícil de sortear debido a que es la familia la que debe asumir la responsabilidad de darle un Hogar al paciente, sin embargo, al ser la madre quien lo acoge en el seno familiar, el paciente está condicionado a enfrentarse al desamparo al momento del fallecimiento de la referida, inquietud que las madres manifestaron, lo cual les suma un gran estrés y preocupación a sus vidas debido a que consideran que cuando ya no estén presentes en la vida del paciente estos quedarán al desprotegidos.

El Hospital Psiquiátrico del Salvador, cumple una tarea de rehabilitador, sin embargo para los familiares es un espacio en el que se aprende de la enfermedad, y se descansa de ella en los periodos en que el familiar responsable, se siente incapaz de atender al paciente, esto también sucede frente a las descompensaciones, convirtiendo al Hospital en un lugar que “debería” cumplir múltiples funciones.

Este punto es clave, ya que la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador, atiende a los llamados “pacientes de puerta giratoria”, es decir, personas que reingresan al hospital con una frecuencia elevada, por ende es de mucha importancia, tener en consideración la “Necesidad de Hospitalización” que se logra inferir de la significación de los “familiares responsables”. Por tanto los “familiares responsables” tiene una valoración positiva de los periodos de hospitalización, no solo por los aportes al bienestar del paciente, sino también y en muchas ocasiones con el único objeto de brindar un descanso a la familia en general y al “familiar responsable” en particular.

Como se puede apreciar el Hospital Psiquiátrico, es para sus usuarios un lugar que “debería” cumplir múltiples funciones, que muchas veces no le corresponde, entres estas funciones, se encuentran las siguientes: soluciones habitacionales, tramitaciones de pensión y apoyo psicológico para la persona que asume el rol de responsable del paciente.

Lo anterior evidencia como las familias significan la experiencia vivida construyendo una realidad paralela a lo esperado desde el Modelo Biopsicosocial. Sin embargo Cabe señalar, que se observó que las familias pueden variar sus significados en los inicios de la enfermedad, es por esto que se requiere de apoyo psicoeducativo, en los inicios de la aparición de la Patología, para instalar en la familia significados basados en información fidedigna para lograr desmitificar aquellas representaciones que ellos construyeron mucho antes de enfrentarse con la enfermedad en su seno familiar.

En el estudio se pudo constatar que los primeros significados construidos en torno a la enfermedad fue durante la infancia, dejando una imagen negativa y atemorizante en sus representaciones, que recobran vida en el minuto que se enteran de que un miembro de su familia padece de un trastorno psiquiátrico severo.

*“yo vi a una señora sin calzones... en la calle gritando..., tenía esa imagen aún tan niña...entonces cuando X tuvo esa enfermedad y cuando yo la ví sin sostenes y calzones vino eso a mi mente... dije: que terrible esta enfermedad, recordé lo que había visto a los nueve años y dije: “Señor que me espera con esta enfermedad tan terrible”. (Madre).*

En conclusión, las familias pueden variar sus significados, para lo que necesitan nueva información que los retroalimente y aporte en la construcción de una nueva realidad en torno a la enfermedad, apoyando de esta forma el tratamiento integral entregado por el Hospital a los pacientes, es por esto que se hace necesario disminuir la

brecha existente entre los “significados reales” contruidos por los “familiares responsables” y los “significados ideales”, basados en información proveniente del modelo biosicosocial.

A continuación se presenta un cuadro esquemático que clasifica los significados de los “Familiares Responsable” estableciendo tres ejes principales: Los “significados reales” contruidos por los “familiares responsables”, los significados ideales según el Modelo Biosicosocial, y la necesidad de intervención profesional desde la mirada de Trabajo Social, frente a la brecha de los significados, que afecta la intervención integral, que reciben los pacientes del Hospital Psiquiátrico del Salvador. Lo precedente se expone en el Cuadro N° 2.7

Cuadro: 2. 7: Sistematización de los Significados Construidos en torno a la enfermedad

Significados Construidos en torno a la enfermedad			
Dimensiones	Significados ideales	Significados reales	Brecha/necesidad Psicoeducativa
<b>Causa de la enfermedad.</b>	-La enfermedad es Multifactorial, es decir aparece en la persona por diversos motivos entre ellos: Disposición hereditaria (alteraciones de la estructura cerebral, trastornos bioquímicas) y factores ambientales.	La enfermedad es Monocausal, es decir aparece en la persona por un solo motivo. <b>1.- Causas de tipo exógenas:</b> 1.1.-Causas exógenas por alteración biológica: Aquí se incluyen la ingesta de drogas por el paciente, o por la madre del referido durante el período gestacional. También se incluyera en esta categoría, los traumas cerebrales ocasionados por un golpe fuerte producto de un accidente. 1.2.- Causas exógenas por un evento traumático: En esta categoría podemos encontrar hechos fuertes en el ciclo vital de una persona, que en la presunción de estas familias serían tan impactantes que los pacientes no logran superarlo, provocándose la aparición de la enfermedad. En el presente estudio se pudo identificar los siguientes hechos: Fallecimiento de un ser querido, penas de amor y falta de los padres en la etapa de desarrollo de los niños. 2.- Causas de tipo endógenas: Aquí se incluye el factor hereditario como causa de la enfermedad. Además las familias consideran que la "debilidad mental" provocada por una mala alimentación o por secuelas de otra enfermedad, influye en la aparición de la enfermedad. Superarlo, provocándose la aparición de la enfermedad. En el presente estudio se pudo identificar los siguientes hechos: Fallecimiento de un ser querido, penas de amor y falta de los padres en la etapa de desarrollo de los niños.	Realizar talleres Psicoeducativos dirigidos a explicar la génesis de la enfermedad.

Dimensiones	Significados ideales	Significados reales	Brecha/necesidad Psicoeducativa
<p><b>Pronóstico evolutivo y diagnóstico de la Patología Psiquiátrica Severa</b></p>	<p><b>Pronóstico:</b> La Patología Psiquiátrica Severa es una enfermedad crónica, que requiere un tratamiento de por vida.</p> <p><b>Evolución y sintomatología:</b> La persona con una Patología Psiquiátrica severa no es forzosamente violenta ni daña a otros, mas bien podría llegar a causar daño así misma.</p>	<p><b>Pronóstico:</b> 1.- Dificultad de las familias para aceptar cronicidad de la patología (albergan la esperanza de la recuperación, considerando una patología temporal)</p> <p><b>Evolución y sintomatología:</b> Confusión de los familiares responsables en relación a los síntomas de la enfermedad y aquellos aspectos de la enfermedad del paciente o reacciones que surgen como respuesta a los "delirios" o "alucinaciones" del paciente</p> <p>2.- Laos familias significan la enfermedad con causante directa de agresividad de los pacientes.</p>	<p><b>Realizar:</b> talleres Psicoeducativos para explicar los síntomas de la enfermedad y enseñar a los familiares responsables a detectar tempranamente posibles apariciones de descompensaciones</p>
<p><b>Manejo de los medicamentos</b></p>	<p>Los medicamentos deben ser suministrados con rigurosidad en cantidad y horas establecida por el médico</p> <p>- Los medicamentos se orientan a 2 grandes ámbitos: 1.- controlar la enfermedad (síntomas positivos y negativos). 2.- controlar los efectos colaterales de los medicamentos encargados de la sintomatología de la enfermedad.</p> <p>Con su correcta administración se puede lograr lo siguiente: 1.- Estabilizar síntomas agudos de las psicosis 2.- Disminuir recaídas o ingresos al hospital. 3.- Disminuir riesgo suicida.</p>	<p>- Dificultades para suministrar lo medicamentos al paciente</p> <p>- Desconocimiento de la utilidad de los medicamentos</p> <p>- Bajo nivel de valoración a la efectividad de los medicamentos</p>	<p>Realizar cursos para enseñarles estrategias a los familiares para el suministro de los medicamentos a los pacientes enfatizando en la importancia de la continuidad del tratamiento, haciendo presente las consecuencias de su suspensión o suministro en forma intermitente.</p>

Dimensiones	Significados ideales	Significados reales	Brecha/necesidad Psicoeducativa
<p><b>Estigmatización</b></p> <p>La Patología Psiquiátrica Severa es una enfermedad crónica que padece una persona, pero no es su condición, es decir el paciente es una persona que padece una enfermedad mental pero no un "Enfermo Mental"</p> <p>La primera mirada permite ver otros aspectos a potenciar en la vida de la persona en cambio en la segunda no hay mas que su Estado de salud por ende lo elimina como persona bajo una clasificación.</p>	<p><b>Presencia de Estigmatización:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de apodos hacia el paciente producto de su Patología Psiquiátrica Severa o algún familiar basándose en lo antes señalado:</li> </ul> <p>Lo anterior incide en que el paciente sea abandonado por su entorno entendiéndose por tal; familia, amigos, vecinos.</p> <p>Lo anterior puede presentarse de 3 formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- <b>Aislamiento Social:</b> Acto voluntario de parte del entorno del familiar responsable del paciente tendiente a alejarse de la referida y/o de la familia completa, producto de la aparición de la patología psiquiátrica severa.</li> <li>2.- <b>Abandono:</b> Alejamiento de personas del entorno familiar y/o de la propia familia, situación producida por el estigma de tener un miembro de la familia que padece un trastorno psiquiátrico severo.</li> <li>3.- <b>Autoexclusión:</b> Acción tendiente a alejarse del entorno social o familiar.</li> </ol> <p>Las fuentes de Estigmatización son: Entorno social, familiar y el propio paciente.</p>	<p>Realizar Psicoeducación dirigida a aportar en torno a la Patología Psiquiátrica Severa que contribuya a eliminar el estigma que acompaña a los pacientes y sus familias</p>	

<sup>1</sup> Estigmatización: para los efectos de esta investigación se define desde la psicología y una perspectiva histórica, según lo anterior estigmatización es una "actitud", que se refiere a la suma de lo que pienso, siento y de cómo reaccionaría frente a hechos, personas o cosas. Según la mirada histórica en la antigua Grecia, se utilizaba el término Estigma para marcar a los inferiores, con una señal física visibles. En la actualidad la patología psiquiátrica severa son una de esas marcas.

Dimensiones	Significados ideales	Significados reales	Brecha/necesidad Psicoeducativa
<p><b>Rol del paciente</b> (desde la capacidad/deficiencia y oportunidades).</p>	<p>Los pacientes que padecen una patología Psiquiátrica Severa tienen una deficiencia mental y su nivel de "Discapacidad" es diferenciado por ende hay personas que se afectan más o menos en distintas áreas (Ocupación laboral, recreación, social, auto cuidado etc.).</p> <p>No obstante es posible y necesario que al paciente se le "ocupe" mientras esta en su hogar, ya que ellos pueden realizar tareas, siguiendo instrucciones claras teniendo una rutina y siendo potenciado cada refuerzo positivo.</p>	<p><b>Rol del paciente:</b></p> <p><b>-Alteración de roles en el sistema familiar:</b> Motivada por el cambio en la forma de ver al paciente, ya que paso de ser una persona independiente a un miembro de la familia que requería total atención y dependencia, incluso los familiares responsables reconocen que es como volver a educarlos viéndolos vulnerables por lo que asumen una responsabilidad total con la vida del paciente, tendiendo a la sobreprotección, esto se refuerza ya que los "familiares responsable" identifican en ellos actitudes infantiles.</p> <p><b>Actitudes infantiles:</b> Actitudes realizadas por el paciente que ya no son separadas para la etapa del ciclo vital en que se encuentra.</p> <p><b>-Rol de incapacidad:</b> Los pacientes son vistos como vulnerables considerando que los pacientes no son capaces de realizar labores por simples que estas parezcan. Los "familiares responsables" consideran que los pacientes son incapaces de ser autónomos en los siguientes ámbitos; económicos, autocuidado, tareas del hogar</p>	<p>Explicar las reales capacidades de los pacientes, contribuyendo de esta forma a una valoración positiva del aporte que pueden hacer a sus familias dentro o fuera del hogar.-</p>

Dimensiones	Significados ideales	Significados reales	Brecha/necesidad psicoeducativa
<p><b>Repercusiones en el familiar responsable.</b></p>	<p>Los “familiares responsable” deben ser realistas, en relación a sus expectativas con los logros del paciente. Además deben ser capaces de tomar descansos, y reconocer cuando ya no pueden más.</p> <p>Se aconseja que los “familiares responsables” se acerquen a profesionales psicólogos cuando lo necesiten y/ o se incorporen a grupos de familiares en la misma situación.</p>	<p><b>Efecto en el familiar responsable al convivir con un miembro de la familia que padece de una patología psiquiátrica severa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La patología psiquiátrica genera una gran carga emotiva en los familiares responsables, debido al excesivo tiempo de cuidado que deben dedicar al paciente entre otras causas.</li> <li>-Los familiares responsables, generan un gran sentido de responsabilidad, asumiendo que esta condición deberá perdurar por mucho tiempo; Sin embargo no tienen claro si esta condición mejora o es permanente.</li> <li>- Dependencia de parte del paciente hacia el “familiar responsable”, según la percepción del referido.</li> <li>- Frustración provocada por todos aquellos sueños que el “familiar responsable” albergaba en torno al futuro del paciente que no se realizarán por causa de la patología psiquiátrica severa.</li> </ul>	<p>Realizar talleres psicoeducativos en el que se trabaje el estrés que viven los “familiares responsables” debido a la convivencia con un miembro de la familia que padece de un trastorno psiquiátrico severo.</p>

Dimensiones	Significados ideales	Significados reales	Brecha/necesidad Psicoeducativa
<p><b>Repercusiones en la familia.</b></p>	<p>La patología psiquiátrica severa cambia la vida de la familia entera; Sin embargo la medida en que se afecta la familia depende de en parte de cómo esta signifique la enfermedad.</p>	<p>Efecto en la familia, al convivir con un miembro de ella que padece de un trastorno psiquiátrico severo:</p> <p>Alteración de los subsistemas de la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración del subsistema conyugal: se presenta un cambio en la relación conyugal al tornarse más fraternal, ya que los temas de pareja quedan en segundo plano privilegiándose los temas familiares específicamente los relacionados con la patología psiquiátrica severa.</li> <li>- Distanciamiento: debido al desvío de atención de los temas de pareja, ya que no son importantes, frente a los cambios que sufre la familia en su totalidad producto de la patología psiquiátrica severa, que padece uno de los miembros de la familia.</li> </ul> <p>Alteración del subsistema parental:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distanciamiento: se provoca por dos motivos principales: 1.- Miedo al Estigma Social. 2.- Miedo a la Agresividad del paciente.(Miedo a violencia física y psicológica).</li> </ul>	<p>Realizar talleres psicoeducativos en el que se trabaje el estrés que viven las familias debido a la responsabilidad que significa la convivencia con un paciente psiquiátrico severo.</p> <p><b>Nombre de la sesión:</b> Mi familia cambió.</p>

Dimensiones	Significados ideales	Significados reales	Brecha/necesidad psicoeducativa
<p><b>Expectativas hacia el Hospital</b></p>	<p>El Hospital es la última instancia de atención para las personas que sufren una Patología psiquiátrica severa, antes está el nivel de atención primario (consultorio). Los consultorios se encargan de la promoción y prevención de salud, trabajo que consiste en informar y educar sobre salud-enfermedad. Sin perjuicio de lo anterior el nivel secundario y terciario de atención también se encarga de informar y educar.</p> <p>Las hospitalizaciones deben ocurrir solo en caso de crisis y deben ser preferentemente cortas, debido a que los objetivos del Hospital son compensar y rehabilitar para que el paciente se integre a su red sociofamiliar en el nivel más óptimo posible.</p>	<p><b>El Hospital debe encargarse de los siguientes aspectos, para satisfacer mis necesidades de usuario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Necesidad de Hospitalización:</b> Las familias ven al Hospital como un lugar que facilita el descanso de las familias cuando sienten que han colapsado por las exigencias de la convivencia con un paciente psiquiátrico severo.</li> <li>- <b>Informativa:</b> El Hospital Psiquiátrico del Salvador es visto como una fuente de información en relación a los temas de salud.</li> <li>- <b>Gestión de recursos:</b> El Hospital Psiquiátrico del Salvador es visto como un ente vinculador con la red de servicios estatales, aún cuando la oferta de los referidos servicios supere las competencias de un Hospital de salud mental de nivel terciario.</li> <li>- <b>Rehabilitadora:</b> Es visto como una institución encargada de rehabilitar al paciente.</li> </ul>	<p>Presentar la red de Rehabilitación Psicosocial, en sus dispositivos intra y extra hospitalario.</p> <p>Explicar los objetivos de la atención del Hospital, para no crear falsas expectativas en los usuarios, y puedan dirigirse a los dispositivos encargados de cubrir aquellas necesidades que superan las materias de salud en el nivel terciario de atención.</p>

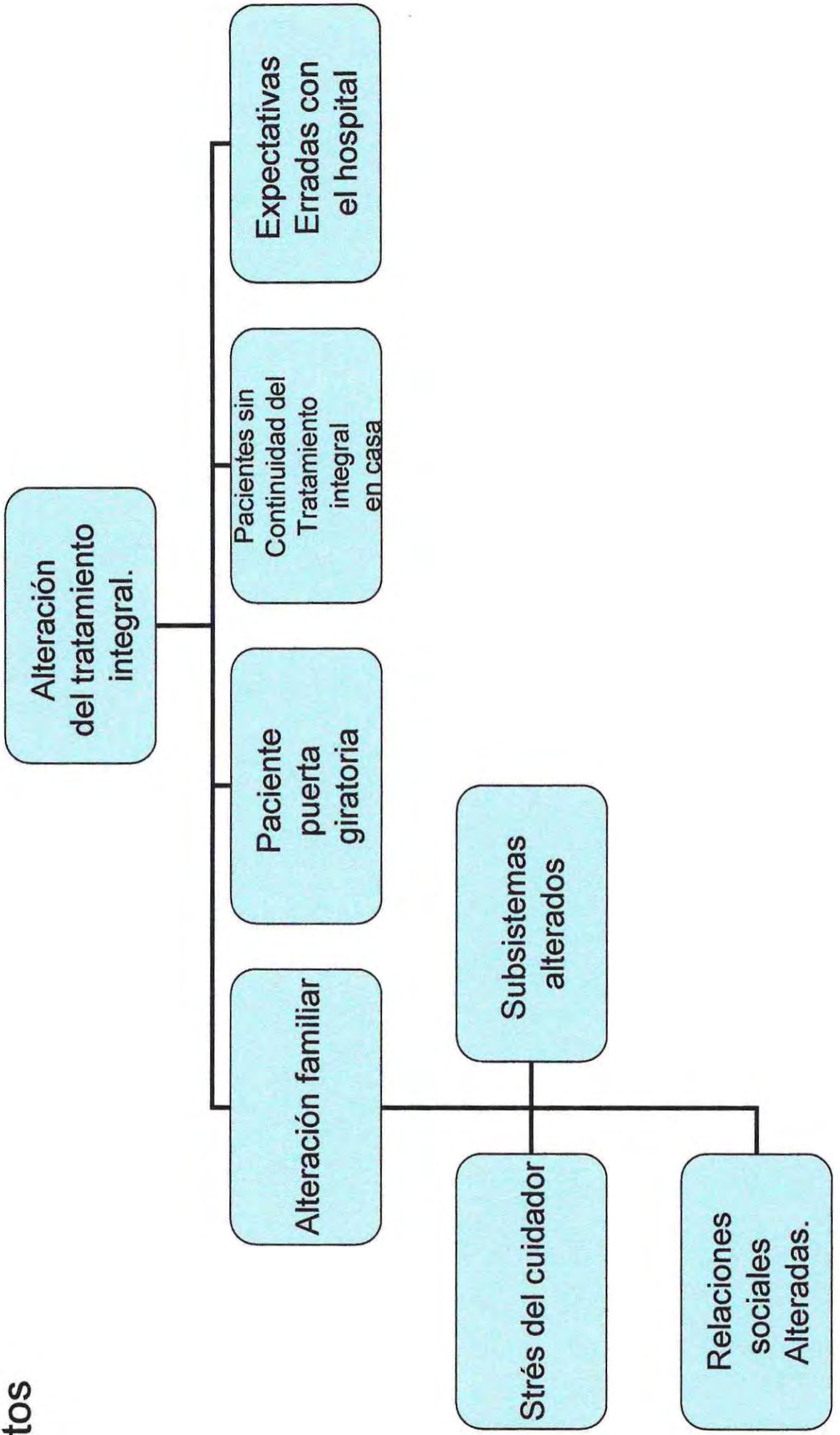
## PROGNOSIS

En relación a los datos obtenidos y análisis realizados en el estudio, se afirma que el significado que construyen los “familiares responsables” de los Pacientes Psiquiátricos Severos afecta la intervención que se hace de esa problemática.

Por lo tanto, de no mediar una intervención profesional en la modificación de los significados construidos por las familias que conviven con un miembro que padece de una enfermedad psiquiátrica severa, se va a continuar afectando el tratamiento integral de la problemática del paciente. Lo precedente se ilustra en la Figura N° 2.38.

Figura: 2.38: Esquema de Tesis.

## Efectos



## Problema central

Alteración de significados  
construidos en torno a la  
Experiencia de vivir con un  
Paciente Psiquiátrico severo

## Causas

Información basada en  
conocimiento popular

Información carente de base  
Biopsicosocial

Desconocimiento del  
Origen de la enfermedad

Estigma en torno a la  
enfermedad

Desconocimiento de las  
Características de la  
enfermedad

Desconocimiento de la  
Importancia del uso  
De los medicamentos

## **CAPÍTULO III PROGRAMACION SOCIAL**

## PRESENTACION

La presente etapa metodológica surge tras la configuración diagnóstica. Es oportuno dar paso a la Programación Social, momento metodológico en el cual se trazarán los lineamientos que darán sustentabilidad a la intervención Social.

El quehacer profesional de Trabajo Social tiene como referente transversal la realidad social, realidad que en la presente oportunidad se relaciona con el fenómeno de las Patologías Psiquiátricas, suceso que actualmente esta afectando a las familias debido al cambio del modelo de atención de salud mental, que pasó desde un modelo asilar a un modelo de atención abierto conocido como la desmanicomialización, por lo que hoy en día la necesidad está centrada en preparar a las familias para poder asumir la tarea del cuidado de estos pacientes que por mucho años formaron parte de la responsabilidad de los Hospitales Psiquiátricos, de los cuales actualmente solo existen cuatro en el país, debido a que la apuesta actualmente es la integración comunitaria, para lo que se necesita el apoyo y la presencia familiar en todo el proceso de rehabilitación del paciente. Sin embargo, se reconoce una carencia en las familias para asumir esta labor, por ello se considera muy necesario apoyarlas en esta tarea, que afecta a una de cuatro familias.

Dadas las implicancias de los significados construidos por las familias en torno a la enfermedad, y su vinculación con el seguimiento correcto del tratamiento integral de los pacientes, el presente Seminario de Título abordará la temática desde el modelo biopsicosocial, emergiendo la siguiente propuesta de Intervención Psicoeducativa, mediante una experiencia de Taller, con un prisma de Educación, Apoyo y reflexión para los "Familiares Responsables" de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador.

## PROGRAMA:

### “Psicoeducación para familiares de Pacientes Psiquiátricos Severos”

#### 1.- Fundamentación:

La conceptualización de los significados nos habla de constructos lingüísticamente organizados en torno a la experiencia de vivir con un Paciente Psiquiátrico Severo (P.S.S). Estas ideas construyen realidad, lo cual afecta el tratamiento integral que recibe el paciente, cuando estas construcciones se alejan del enfoque Biosicosocial, que guía las acciones de los profesionales de la Salud Mental, visión incorporada formalmente desde la entrada en vigencia del Plan Nacional de Salud Mental.

En los significados de las familias en las que se convive con un miembro de la familia que padece una patología psiquiátrica severa - P.S.S los “familiares responsables”, tienen una serie de mitos en sus significados, los cuales los llevan a construir una realidad, en torno a la enfermedad alterada. Es así como se afecta la forma en que se “ve” y “trata” al paciente, provocándose una serie de diferencias entre el tratamiento que se da en la casa al paciente y el entregado en el Hospital.

La génesis de la enfermedad, para los familiares responsables, escapa a construcciones basadas en información con base científica, amparándose en causas construidas en base al conocimiento popular, socialmente aprendido, sustentados en tres formas de ver el origen de la enfermedad, según su formación, pudiendo ser exógena al mundo psíquico, endógena al mundo psíquico, o endógena por un evento traumático, siendo la constante el origen de la enfermedad monocausal, es decir se identifica el origen de la enfermedad en un hecho único, los que se presentan a continuación:

La primera causa de la enfermedad mental identificada por los familiares responsables, dice relación con causas de tipo exógenas, provocadas por una alteración biológica. Dentro de sus causas específicas se encuentran: ingesta única de drogas, por el paciente y los traumas cerebrales.

El segundo tipo de causas son exógenas provocadas por un evento traumático. Entre ellos se identifica el fallecimiento de una persona querida, penas de amor, falta de los padres en la etapa de desarrollo de los niños.

La tercera causa dice relación con una génesis endógena, provocada por el factor hereditario, debilidad mental provocada por mala alimentación, como secuela de una peste infantil, o por fiebres altas.

Otro aspecto propio del conocimiento que algunos de los “familiares responsables” tienen de la patología, es en cuanto al pronóstico y evolución de la enfermedad del paciente. En relación al pronóstico de la patología, lo que más cuesta aceptar es la cronicidad de esta, albergando muchas veces la esperanza de que la

enfermedad se “mejore”, “estanque” o “se le quite”, todos estos términos son utilizados frecuentemente por los familiares responsables del paciente, lo cual manifiesta que consideran que la enfermedad es transitoria, la que se ve sustentada en largos períodos de estabilidad que estos pacientes presentan, llevando a los familiares a basarse en estas aparentes “mejorías” para restarle importancia al seguimiento del tratamiento en forma correcta.

Esta significación de una patología que es transitoria, que no requiere tratamiento farmacológico permanente, sumado a la poca conciencia de enfermedad del paciente pone en riesgo la administración correcta de los fármacos.

Además se pudo constatar que algunos de los pacientes consumen estupefacientes, lo que interfiere con el tratamiento, incidiendo en lo refractario de la patología. En los casos en que se dio la presencia de la Patología Dual (presencia de trastorno mental y consumo de estupefacientes), las familias están conscientes de que esto ha afectado en que la patología sea más resistente en sus manifestaciones productivas, sin embargo, señalan “si no fuese por la droga ya se hubiese mejorado”, haciendo alusión a un desconocimiento de los reales alcances de la patología psiquiátrica, en relación a su cronicidad, como se analizó anteriormente.

Uno de los principales factores en esta problemática es la desinformación que existe en torno al tema de la enfermedad del miembro de la familia no “sano”.

Los motivos de esta desinformación están dados por significados basados en mitos y conocimiento común, los cuales se fundamentan en lo histórico- cultural, bajo lo cual los pacientes han sido visto como personas que pierden todas sus capacidades, convirtiéndose en un peligro incluso para la sociedad. Por mucho tiempo los “enfermos mentales”, fueron separados de los “normales” encerrándolos en “manicomios”, esta tendencia perduro por muchos siglos, permaneciendo hasta la actualidad en los llamados “pacientes institucionalizados”; Sin embargo desde el año 2002 la nueva lógica es acercar la familia a los pacientes, evitando que los referidos se queden en centros hospitalarios desvinculándose de su núcleo familiar, el trabajo ahora es mayor, debido a que la tarea no es solo rehabilitar al paciente para que vuelva a su red sociofamiliar, sino que hay que ayudar a las familias a que se familiaricen con la enfermedad entendiéndola y conociéndola, para derribar aquellos significados contruidos en base a las ideas antes mencionados, que además de afectar el tratamiento inciden en el reingreso reiterado del paciente al Hospital, convirtiéndolo en pacientes “puerta giratoria”, es decir con períodos de hospitalización – egresos y reingreso habituales.

Es así como los significados que construyen los familiares de los P.S.S. afecta la intervención que se hace de esa problemática.

Otro aspecto que se pudo identificar es en cuanto al rol del paciente en la familia. “Dentro de las familias con un paciente con trastorno psiquiátrico severo, se tiende a

esperar poco de él al pensar que no tiene capacidad para ello, presentándose de esta forma un doble vínculo *no pedir al paciente lo que sí puede hacer*, deteriorando aún más sus capacidades, incapacitándolo por tratar de protegerlo, justificando todo con su enfermedad".(Martínez Lesus 2002,27).

Las familias además ven afectadas sus actividades, que implican juntarse con personas ajenas al núcleo familiar, debido a que tienen temor a que el paciente que padece de un trastorno psiquiátrico severo, se descompense presentando conductas agresivas, lo cual incide en un aislamiento de la familia, que se traduce en la reducción de eventos como: salidas a lugares públicos, reuniones familiares, celebraciones de festividades religiosas, cumpleaños, etc.

Tomando en consideración los antecedentes expuestos, es que se considera necesario psicoeducar a los "familiares responsables" de los P.S.S, contribuyendo así a construir nuevos significados en torno a la enfermedad los que aporten en forma positiva a reforzar el tratamiento integral entregado por el Hospital a los pacientes.

En relación a lo anterior, la estrategia que se utilizará es psicoeducativa la que es parte de la intervención psicosocial, la cual corresponde a una intervención social. Bajo esta lógica la intervención, es una intervención o acción social de efectos psicológicos, desde un modelo teórico específico, el que se realiza mediante estrategias o técnicas fundamentalmente psicosociales (dinámica grupal o cambio de actitudes) y/o que se aplican sobre variables o procesos del nivel social relacional (interinfluencia, interacción o comunicación) o grupal. (J. Francisco Morales y Miguel Olza; 1996).

En la intervención psicosocial se identifican a su vez, dos tipos de intervenciones:

1.- Intervención psicosocial generalista (primaria): inspirada en la Psicología Social y en el Trabajo Social Comunitario.

2.- Intervención psicosocial plural: "Inspirada en las características de cada sector, entre ellas tercera edad, minusvalía, familia, minorías, y *un largo etcétera*", dentro de este etcétera se integra a las familias de pacientes psiquiátricos severos cuyas características han sido identificadas claramente en el estudio diagnóstico realizado en la primera etapa de la tesis.

En conclusión la Psicoeducación es una intervención psicosocial, la cual corresponde a una intervención social.

Esta intervención usa técnicas pedagógicas cuya meta es impartir información acerca de la enfermedad mental, teniendo presente que el "familiar responsable", es un ser social con conductas simbólicas, lo que implica considerar sus construcciones de significados las cuales fueron estudiadas en la primera etapa del seminario, las que en este momento metodológico que corresponde a la programación de la intervención se toman como base para su diseño. Por lo tanto, la entrega de conocimiento en el Taller, parte desde los significados de las familias aportando a desmitificarlos y acercarlos al

conocimiento de las ciencias naturales y sociales, que sustentan el modelo biosicosocial que rige el Plan Nacional de Salud Mental de Chile.

En relación a lo anterior los valores que sustentan la intervención, son los siguientes:

- 1.- Respeto a la persona.
- 2.- Derecho a la información

La intervención parte por respetar a la familia del paciente, ya que se consideran sus características particulares para planear el Taller, posibilitando con esto una mayor utilidad del taller para los beneficiarios.

Además se reconoce el derecho a informarse acerca de lo que se sabe hoy de la P.S.S. que afecta a un miembro de su familia. En relación a esto lo clave es que la entrega de información está pensada en las características particulares de los “familiares responsables”, en el aspecto sociodemográfico, y desde los significados construidos en torno a la enfermedad, además que se tiene presente que estas familias llevan años relacionados con la enfermedad, por esto no se puede pensar en el “típico” taller de entrega de información para familias que recién se relacionan con el tema. Lo anterior es lo que fundamenta las particularidades de este Taller, ya que apunta a sus reales necesidades y está construido con ellos, ya que se basa en su necesidad de información rastreada en el análisis realizado a sus significados en torno a la enfermedad.

## **2.- Objetivos del programa:**

### **2.1- Objetivo general del programa:**

2.1.2.- Promover e implementar una estrategia de psicoeducación para los familiares responsables de los pacientes.

El Objetivo General, pretende sensibilizar a los profesionales de la U.M.E, en torno a la necesidad de psicoeducar a los P.S.S, para construir un taller con este fin.

El Taller psicoeducativo estará dirigida a los “familiares responsables” de los P.S.S., la cual se implementará como un taller que acoja a los familiares que llegan a la Unidad de Mediana Estadía por primera vez. El cual servirá como pilar fundamental en el apoyo brindado a las familias para que sirvan de refuerzo positivo en la continuidad que se debe dar en la casa, del tratamiento integral que se da a los pacientes en el centro Hospitalario.

### **2.2.- Objetivo Específico del programa:**

2.2.1.- Sensibilizar a los profesionales de la U.M.E, en torno a la psicoeducación de modo de que lo incorporen a su forma de trabajo.

2.2.2.- Psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrico severa.

### **3.- CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA:**

#### **3.1.- Dependencia legal y administrativa:**

El presente programa depende legal y administrativamente del Hospital Psiquiátrico del Salvador, específicamente de la Unidad de Mediana Estadía.

#### **3.2.- Población Beneficiada:**

La población beneficiaria corresponde a:

- Profesionales pertenecientes a la U.M.E :

Los profesionales que componen el Equipo de la Unidad de Mediana Estadía, son seis de los cuales cuatro tienen jornada completa y dos de ellos trabajan por hora en el Hospital Psiquiátrico Del Salvador.

El equipo de profesionales de la U.M.E. se compone por un Médico Psiquiatra, un Psicólogo, un Asistente Social, dos Terapeutas Ocupacionales. Todos los profesionales mencionados pertenecen a la población beneficiaria del proyecto.

- Familiares responsables, de los pacientes de la U.M.E.

Los “familiares responsables”, llevan en promedio 15 años familiarizados con la enfermedad por ende ellos han construido significados basados en la experiencia de convivir con un paciente psiquiátrico severo.

Los “familiares responsables”, son en su totalidad de sexo femenino (9/9), en cuanto al parentesco con el paciente 6/8 son madres del paciente y 2/8 son Hermanas del paciente.

En cuanto a la edad las madres en su mayoría superan los 50 años, las hermanas tienen 35 y más años.

En relación al estado civil 7/8 están casadas y 1/8 es viuda.

#### **3.3.- Responsables del programa:**

La responsable directa de la planificación, implementación, ejecución y evaluación del programa será la Alumna Seminarista de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

### **3.4.- Recursos:**

En relación a los recursos los que se presentan como facilitadores para la implementación del programa son los recursos Humanos y Materiales, ya que estos son provistos por la institución, a continuación se hace referencia a esto especificando si es un facilitador o un obstáculo a la intervención.

#### **3.4.1.-Recursos Humanos:**

En cuanto a los recursos humanos lo positivo es que todos los profesionales se muestran dispuestos a trabajar en equipo<sup>11</sup> en función de la propuesta de intervención que surja de la fase diagnóstica de la Tesis, ya que desde el inicio del seminario de título, han manifestado interés y confianza en que el producto de ella sirva realmente a la institución.

Basada en este compromiso y confianza la alumna levanta la programación, ya que para que la intervención cumpla con los objetivos programados se necesita del compromiso y participación de todo el equipo de profesionales de la institución.

A continuación se presentan los profesionales que forman el equipo de la U.M.E. Además se integran en esta lista a dos alumnos en práctica de diferentes áreas que se han comprometido con la intervención y la han hecho parte de sus actividades en un ánimo de colaboración, finalmente se integra la alumna seminarista debido a que todos estos recursos humanos participan en los proyectos.

##### **3.4.1.1. Equipo de Profesionales U.M.E. :**

Sr. Raúl Cárdenas; Médico Psiquiatra

Señora Alicia Utillano; Psicóloga

Señor Antonio Lazo; Asistente Social

Señor Héctor Vargas; Enfermero

Señora Verónica y Señorita Marcela : Terapeutas Ocupacionales.

Señorita Paola; Alumna en práctica de terapia ocupacional.

Señor Rodrigo Rojas; Alumno en práctica de antropología

Señorita Carolina Godoy; Alumna seminarista de Trabajo Social.

#### **3.4.2.- Recursos Materiales:**

Los materiales a utilizarse en el Taller se componen por material fungible, fotocopias y costos de impresión.

En relación a este ítem será provisto por la institución en la medida que la alumna los vaya requiriendo para las sesiones.

---

<sup>11</sup> Ver Anexo 2.1 Carta Compromiso.

### 3.4.3.- Recursos Financieros:

Este ítem especifica los costos económicos que requiere el proyecto en relación a los Recursos Humanos, materiales, movilización de la alumna y comestibles.

Tabla 3.1. Costos especificados por tipos de recursos.

RECURSO	COSTO
Humanos	Sin costo
Materiales:	\$10.000
Financieros:	
Comestibles:	\$6.400
Costos Totales	\$16.400

## 4.- ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA:

El programa denominado Psicoeducación para familiares de Pacientes Psiquiátricos Severos, se realizará bajo la óptica del Modelo Compensatorio (Brickman y Cols 1982) el que busca “equipar a los “familiares responsables” entregándole facilidades para enfrentarse al problema”, es decir no se les culpa por las dificultades que presentan en mantener el tratamiento del paciente, pero se considera que darle solución a ello es de su entera responsabilidad, por ello se realizarán sesiones psicoeducativas, con técnicas expositivas, reflexivas, apoyo, educación, guía y discusión grupal, con lo cual se pretende que los conocimientos sean internalizados por ellos a través de la reflexión y mediante la discusión logren incorporar lo aprendido como parte de sus decisiones.

El referido modelo proporciona un “marco psicosocial conveniente por su coherencia con la intervención profesional en Salud” (J. Francisco Morales y Miguel Olza; 1996), la que se orienta a la rehabilitación psicosocial del paciente, concretizando así el deseo de la política de salud de integrar a la familia como una dimensión a intervenir en los procesos de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos severos, cuyas especificaciones se declaran en la Norma General Técnica número 90 sobre “Rehabilitación Psicosocial para personas mayores de 15 años con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad”, lo cual inscribe la intervención en los lineamientos de la política de salud actuales emanados de la reforma de salud.

En lo particular esta intervención tiene como objeto lograr que el tratamiento sea realmente efectivo, con lo que se contribuirá a disminuir la “puerta giratoria”, que se da en la U.M.E, la cual consiste en el reingreso reiterado al proceso de hospitalización de los pacientes.

Para que lo anterior se pueda desarrollar se requiere la participación social, la cual se consigue mediante una adecuada labor de educación que permita a las familias enfrentarse en la forma más conveniente con sus problemas reales (A. Quintero 1999:87)

La educación entendida en este contexto supera la concepción de la educación a nivel académico formal, debido a que basa su punto de partida en las experiencias de las personas con que trabaja, recogiendo para ello los significados construidos en torno a la enfermedad mental, recogiendo lo que para otro contexto sería el saber popular.

En conclusión se trabajará con una intervención psicoeducativa, la cual pretende enfatizar la fortaleza de la familia, conduciendo a detectar y potenciar sus elementos positivos con el fin de promocionar la salud y el bienestar familiar.

El programa se expresa en un trabajo a nivel grupal, en el que se involucra a los "familiares responsables" de los pacientes psiquiátricos severos, para proporcionarle información sobre la enfermedad, desmitificar la enfermedad dando una visión histórica-cultural, pronóstico y evolución de la enfermedad, tratamiento integral, ventajas y desventajas del paciente, mostrar alternativas de rehabilitación, y propiciar el medio para desarrollar habilidades de manejo de la enfermedad y a la vez, brindar el apoyo que dichas familias requieren para hacer frente a la experiencia de convivir con un miembro de la familia que padece una P.S.S. La novedad de la intervención consiste en que la creación del programa de intervención se construye sobre los significados construidos por los "familiares responsables" sobre la enfermedad, lo que la hace al Taller sensible a las necesidades de los usuarios cumpliendo, logrando por ende una "intervención construida con sus necesidades y para ellos en particular".

El programa, en definitiva, busca involucrar a las familias en el tratamiento integral de su paciente, y hacerlas partícipes y protagonistas en la rehabilitación, siendo parte de un equipo compuesto por tres elementos: El equipo de profesionales, la familia y el paciente.

## 5.- PRESENTACIÓN DE LOS PROYECTOS:

La programación contempla la implementación de dos proyectos, los cuales se basan en una perspectiva Biosicosocial, puesto que por un lado considera los conocimientos desde el área médica, y conocimientos de los profesionales del área social, y además integra a la familia del paciente como un elemento esencial para el logro de los objetivos del tratamiento integral que se brinda desde el Hospital; También pretende promover la importancia de una visión integral a través del trabajo en equipo que se desarrollará durante la planificación del segundo proyecto, mediante una mesa técnica, para su elaboración.

Este enfoque postula que los conocimientos médicos se relacionan con la sabiduría, sentimientos y vivencias de los individuos.

Desde esta perspectiva se pretende lograr un cambio en la falta de refuerzo positivo, al proceso integral de rehabilitación que reciben los pacientes desde el Hospital Psiquiátrico del Salvador.

La utilización de este enfoque permitirá dar una respuesta efectiva a lo que postula el objetivo de la institución de Salud, el cual pretende que el paciente luego de un proceso de internación pueda “alcanzar un nivel óptimo en el tratamiento, que lo beneficie en su resuperación y con ello logre desenvolverse en su medio familiar y social”. En relación a lo anterior es que se trabajará con la familia, debido a que no podemos olvidar el medio, al cual regresa el paciente, aún más cuando este entorno, mediante los significados construidos por los “familiares responsables” de los pacientes, afecta la continuidad del tratamiento integral que se brinda en el Hospital.

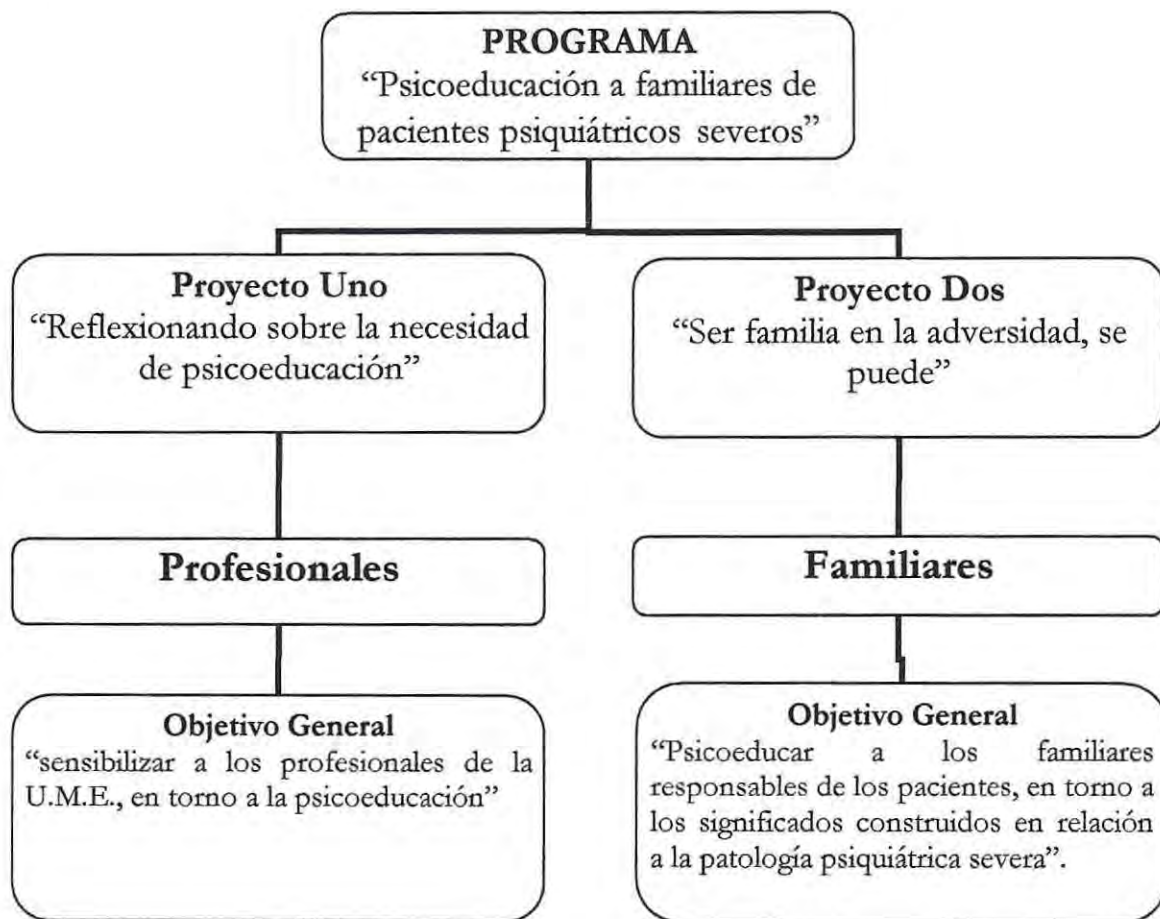
El proyecto denominado “Reflexionando sobre la necesidad de psicoeducar”, estará dirigido a los profesionales de la U.M.E del Hospital Psiquiátrico del Salvador, institución donde se realizó la investigación diagnóstica. Este proyecto será la antesala del segundo proyecto, “Ser familia en la adversidad: se puede” el cual estará dirigido a los familiares responsables de los pacientes. Ambos proyectos se desarrollarán en las dependencias del Hospital Psiquiátrico del Salvador, específicamente en una sala perteneciente a la Unidad de Mediana Estadía de dicho recinto.

En relación a las actividades que se desarrollarán en cada proyecto, se realizarán según el cronograma acordado en el Equipo U.M.E, para el primero, el cronograma será flexible debido a las necesidades de la institución extendiéndose desde Marzo a Abril. Tendrá un carácter reflexivo, se utilizarán técnicas de discusión grupal, para lograr “tomar dediciones” que permitan la implementación del segundo proyecto.

Para el segundo proyecto el cronograma es más estructurado, con sesiones todas las semanas, los días Martes entre las 15:00 y las 17:30, entre los meses de Marzo, Abril, Mayo y Junio. Tendrá un carácter psicoeducativo.

De este modo la figura siguiente ilustra la relación entre el programa y los proyectos señalados:

**Figura 3.1:** Esquema del programa.



## **5.1.- PROYECTO NÚMERO UNO**

### **“REFLEXIONANDO SOBRE LA NECESIDAD DE PSICOEDUCAR”**

#### **5.1.1.- Estrategia de intervención:**

El proyecto se realizará bajo la estrategia de jornadas reflexivas y sensibilizadoras. Los temas a tratar en relación a la importancia de los significados construidos en torno a la enfermedad por los “familiares responsables” del paciente serán abordados a través de técnicas expositivas, discusión grupal y reflexiva.

El proyecto se implementará según el cronograma acordado con el Equipo U.M.E, el cual tendrá un carácter flexible debido a las necesidades de la institución extendiéndose desde Marzo a Abril.

En base a lo anterior se presentará al equipo de la U.M.E. una propuesta para abordar la temática, mediante la constitución de una mesa de trabajo, para elaborar un proyecto de intervención que concluya en la construcción de un Taller psicoeducativo para los familiares responsables de los paciente psiquiátricos.

#### **5.1.1.1.- Objetivos del Proyecto:**

##### **1.- Objetivo General:**

1.- “Sensibilizar a los profesionales de la U.M.E, en torno a la psicoeducación de modo de que lo incorporen a su forma de trabajo”.

##### **2.- Objetivos Específicos:**

###### **Fase uno: Sensibilización**

2.1.- Presentar los resultados de la investigación correspondiente a la fase de Diagnóstico.

2.2.- Reflexionar sobre la necesidad psicoeducativa.

2.3.- Comprometer a los profesionales para formar mesa de trabajo, para revisar e incluir mejoras a la propuesta de trabajo.

###### **Fase dos: ejecución:**

2.4.- Reformular el proyecto y comprometer a los profesionales a participar en su implementación.

###### **Fase tres: Evaluación:**

2.5. Evaluar la intervención llevada a cabo.

## 5.2.-PROYECTO NÚMERO DOS

### “SER FAMILIA EN LA ADVERSIDAD, SE PUEDE”

#### 5.2.1.- Estrategia de intervención:

El proyecto se realizará bajo la estrategia de intervención grupal. Los temas a tratar serán abordados a través de técnicas grupales de conocimiento, expositivas, audiovisuales, discusión, educación, apoyo y guía. Desarrolladas en sesiones psicoeducativas.

El proyecto se implementará en 8 sesiones realizadas durante el período de Abril a Junio de 2007, las cuales se llevarán a cabo una vez por semana con una duración de 2 horas cada una.

#### 5.2.1.1.-

##### 1.- Objetivo General:

“Psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrica severa”.

##### 2.- Objetivos Específicos:

###### Fase uno Sensibilización:

2.1.- Sensibilizar en torno a la necesidad de realizar el taller.

2.2.- Difundir el proyecto<sup>12</sup>

###### Fase dos Ejecución:

2.3.- Incorporar nuevo conocimiento a los “familiares responsables” de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa, que favorezcan la construcción de nuevos significados en torno a la patología psiquiátrica severa que aporten positivamente al refuerzo que se debe hacer por la familia en el tratamiento integral de ella.

2.4.- Concientizar a las familias que presentan un miembro de ella con trastorno psiquiátrico severo, en proveer un rol al paciente en la familia.

2.5.- Generar una instancia de reflexión respecto a la carga que implica el cuidar a un paciente psiquiátrico severo.

###### Fase tres Evaluación:

2.6.- Evaluar Antes y Durante el proceso de intervención.

2.7.- Evaluar con los beneficiarios del proyecto el producto de la intervención llevado a cabo en las sesiones, después de la intervención.

---

<sup>12</sup> Ver Anexo 3.1: Invitación al Taller

## **MATRIZ DE PROGRAMACION PROYECTO UNO**

Matriz de programación proyecto Uno								
Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterio	Instrumentos
Sensibilizar a los profesionales de la U.M.E., en torno a la psicoeducación de modo de que lo incorporen a su forma de trabajo.	-Presentar los resultados de la investigación correspondiente a la fase de Diagnóstico.	1.- Presentar el análisis e interpretación de los datos de la investigación. 2.- Presentar la Prognosis de la investigación. 3.- Presentar la necesidad de una intervención.	<b>Actividad uno del proyecto.</b> Nombre de sesión: "la necesidad de intervenir" Actividad número 1: Momento 1: Presentación de resultados. Momento 2: Espacio para resolver dudas en relación al desarrollo de la investigación. Actividad 3: Prognosis: Se presenta la necesidad de intervenir. Se deja espacio para que los profesionales deliberen sobre el tema.	- Dinámica de presentación. - Expositiva - Reflexiva	<b>Humanos:</b> Beneficiarios del proyecto Alumna Seminarista de Trabajo social.  <b>Materiales:</b> -Data Show Computador -Parlantes -Una Sala - 10 sillas.	40 minutos.	1.- Logro de Objetivos:  2.- Tiempo.  3.- Participación  4.-Asistencia	1.- carta de acuerdo en construir el Taller psicoeducativo.  2.- Cronograma.  3.- Pauta de observación 4.- Registro de Asistencia.

Matriz de programación proyecto Uno								
Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterio	Instrumentos
Sensibilizar a los profesionales de la U.M.E, en torno a la psicoeducación de modo que lo incorporen a su forma de trabajo.	- Reflexionar sobre la necesidad de psicoeducativa	1.- Lograr que los profesionales consideren necesaria la psicoeducación. 2.-Comprometer a los profesionales para formar mesa de trabajo, para revisar e incluir mejoras a la propuesta de trabajo.	<b>Actividad dos del proyecto.</b> 1.- "porqué psicoeducar": 1.1.- Se utilizará el modelo de Rehabilitación Psicosocial, basado en la estrategia de educación para la salud familiar, para entender la necesidad de psicoeducativa. (Norma técnica N° 90). 2.- La alumna expuso sobre la importancia de trabajar los significados de los "familiares responsables" construidos en torno a la enfermedad, para que la familia pueda contribuir como refuerzo positivo en el tratamiento integral que se brinda al paciente. 3.- Plenario: para consultas y conversación grupal.	- Dinámica de presentación n. - Expositiva - Reflexiva	<b>Humanos:</b> Beneficiarios del proyecto Alumna Seminarista de Trabajo social.  <b>Materiales:</b> -Data Show -Computador -Parlantes -Una Sala -10 sillas.	40 minutos.	1.- Logro de Objetivos:  2.- Tiempo.  3.Participación  4.Asistencia	1.- carta de acuerdo en construir el Taller psicoeducativo.  2.- Cronograma.  3.- Pauta de observación 4.- Registro de Asistencia.

Matriz de programación proyecto Uno								
Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterios	Instrumentos
Sensibilizar a los profesionales de la U.M.E, en torno a la psicoeducación de modo que lo incorporen a su forma de trabajo.	1.- Reformular el proyecto y comprometer a los profesionales a participar en su implementación.	1.- Presentar la propuesta de intervención psicoeducativa. 2.- Definir fecha de inicio y recursos para su desarrollo.	<b>Actividad tres del proyecto:</b> 1.- Actividad 1: <i>“trabajando en equipo en la planificación del proyecto”</i> . Revisar el proyecto, para trabajar en los objetivos específicos del proyecto , objetivos de la sesión y las Actividades planificadas para desarrollar cada sesión del Taller.	-Expositiva -Discusión grupal.	<b>Humanos:</b> -Alumna Seminarista -Beneficiarios del Proyecto <b>Materiales:</b> Hojas e impresión (20) Data Show Sala Sillas	40 minutos.	1.- Logro de Objetivos:  2.- Tiempo.  3.Participación  4.Asistencia	1.- carta de acuerdo en construir el Taller psicoeducativo    2.- Cronograma.  3.- Pauta de observación 4.- Registro de Asistencia.

Matriz de programación proyecto Uno

Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterio	Instrumento
Sensibilizar a los profesionales de la U.M.E, en torno a la psicoeducación de modo de que lo incorporen a su forma de trabajo.	2.4.- Reformular el proyecto y comprometer a los profesionales a participar en su implementación..	1.-Presentar la propuesta de intervención psicoeducativa.  2.-Definir fecha de inicio y recursos para su desarrollo.	<b>Actividad cuatro del proyecto.</b> 1.-Actividad 1: <i>“Trabajando en equipo en la planificación del proyecto”.</i> Revisar el proyecto, para trabajar en las Actividades planificadas para desarrollar los contenidos que se trabajar en cada sesión del Taller, y como se abordarán, revisando incluso las dinámicas más apropiadas para tal fin.	-Expositiva. -Discusión grupal.	<b>Humanos:</b> -Alumna -Seminarista -Psicóloga -Asistente Social -Terapeuta -Ocupacional -Alumna en práctica -Terapia Ocupacional. -Alumno en práctica de Antropología. -Alumna -Seminarista. <b>Materiales:</b> Hojas e impresión (20) Sala Sillas	40 minutos	1.- Logro de Objetivos:  2.- Tiempo.  3.Participación  4.Asistencia	1.- carta de acuerdo en construir el Taller psicoeducativo.  2.- Cronograma.  3.- Pauta de observación 4.- Registro de Asistencia.

## **MATRIZ DE PROGRAMACION PROYECTO DOS**

Matriz de programación proyecto dos								
Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterio	Instrumento
Psicoeducar a los "familiares responsables" de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa, basados en ideas míticas.	Difundir el proyecto	1.- Presentar el proyecto a ejecutar.	<p>Sesión numero 1: <i>"Tú puedes haber escuchado sobre las enfermedades mentales, pero te invito a conocerlas, desde tu experiencia"</i>.</p> <p>1.- Se pegaron afiches en toda la U.M.E, donde se especifica, el nombre y expositor de cada sesión.</p> <p>2.- "En busca del compromiso"</p> <p>Se realizaron llamados telefónicos a los "familiares responsables" de los pacientes para hacerle una invitación más personalizada.</p>	<p>1.- Informativa.</p> <p>2.- Captación</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alumna en práctica de Terapia ocupacional.</li> <li>-Alumna seminarista.</li> </ul> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 cartulina.</li> <li>10 hojas de oficio</li> <li>10 impresione color</li> <li>10 lápices</li> <li>1 scotch grande</li> </ul>	Una Mañana de trabajo 4 horas.	<p>1- Participación</p> <p>2.- Asistencia, Registro de asistencia</p> <p>3.- Ajuste Cronológico</p> <p>Contenido</p>	<p>1.-Pauta de Obs.</p> <p>2.- Evaluativa.</p> <p>2.- Cronograma.</p>

Matriz de programación proyecto dos								
Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterio	Instrumento
Psicoeducar a los "familiares responsables" de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa, basados en ideas míticas.	Incorporar nuevo conocimiento a los "Familiares responsables" de los pacientes, en relación a la Patología Psiquiátrica Severa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentar el proyecto a ejecutar.</li> <li>2.- Generar una instancia de conocimiento entre los beneficiarios del proyecto.</li> <li>3.- Que entendemos por salud mental.</li> <li>4.- Abordar la temática del concepto de la enfermedad mental centrándose en sus causas.</li> </ol>	Sesión numero 2: <i>"Descubriendo la enfermedad mental"</i> . Expositor: Enfermero Contenidos: - Causas de la enfermedad mental. Actividades: 1.- Presentación del proyecto. 2.- recordando el inicio. 3.- Conociendo a otras familias responsables. 4.- Presentación del familiar entrevistado. 5.- Plenario. 6.- Ideas importantes. 7.- Cierre.	-Dinámicas de Presentación y Conocimiento -Discusión grupal. - Expositiva.	Humanos: -Beneficiarios del proyecto. -Enfermero jefe del UME. -Alumna seminarista. Materiales: 1 cartulina. 10 hojas de oficio 10 impresione color 10 lápices 1 scotch grande	1 Hr.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Participación</li> <li>2.-Asistencia</li> <li>3.-Ajuste Cronológico</li> <li>4.- Tiempo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Pauta de Observación.</li> <li>2- Registro de asistencia.</li> <li>3.- Carta Gantt</li> </ol>

Matriz de programación proyecto dos.								
Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterios	Instrumento
Psicoeducar a los "familiares responsables" de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa, basados en ideas míticas.	1.- Incorporar nuevo conocimiento a los "Familiares responsables" de los pacientes, en relación a la Patología Psiquiátrica Severa	1. Repensar la enfermedad desde una perspectiva histórica cultural.	<p>Sesión numero 3: "Mitos y estigmas de la enfermedad mental".</p> <p>Expositor: Alumno en práctica de antropología.</p> <p>Contenidos:</p> <p>1.- Presentación: se presenta el expositor de la sesión y se recuerda el tema que será abordado.</p> <p>2.- "La Marca", se entrega contenidos, sobre el estigma integrados a la experiencia desde 3 ejes:</p> <p>a) Persona (paciente)</p> <p>b) Familia</p> <p>c) Sociedad</p> <p>Se dio una perspectiva histórica, cultural del estigma, para luego "aterizarlo" a los 3 ejes señalados.</p> <p>3.- "Reflejo" se genera discusión en torno al tema.</p> <p>4.- Conclusión</p>	<p>-Dinámicas de Presentación y Conocimiento</p> <p>- Reflexiva</p> <p>-Discusión grupal.</p> <p>- Expositiva.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Beneficiarios del proyecto.</p> <p>-Alumno seminarista.</p> <p>Antropología</p> <p>-Alumna seminarista.</p> <p><u>Materiales:</u></p> <p>1 Plumón</p> <p>1 cartulina.</p> <p>10 hojas de oficio</p> <p>10 impresione color</p> <p>10 lápices</p> <p>1 scotch grande</p> <p><u>Fungible:</u></p> <p>1 Sala</p> <p>8 Sillas</p> <p>1 Mesa</p> <p>1 Mantel</p> <p>1 Pizarra</p>	2 Hrs.	<p>1. Participación</p> <p>2.-Asistencia</p> <p>3.- Ajuste Cronológico</p> <p>4.- Contenido</p>	<p>1.- Pauta de Observación.</p> <p>2.- Pautas de observación Evaluativa</p> <p>3.- Carta Gantt</p>

Matriz de programación proyecto dos

Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterios	Instrumento
Psicoeducar a los "familiares responsables" de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa, basados en ideas míticas.	1.- Incorporar nuevo conocimiento a los "Familiares responsables" de los pacientes, en relación a la Patología Psiquiátrica Severa	1. Entregar información acerca del diagnóstico personal de los pacientes. 2.-Entregar información acerca de la evolución de la enfermedad 3.-Entregar información acerca del pronóstico de la enfermedad	<p>Sesión numero 4 "conociendo la enfermedad de mi familiar" Expositor: Psicóloga. Actividad 1: "Recordando para continuar" -Se entrega resumen de la sesión anterior -Se presenta el expositor de la sesión y se recuerda el tema que será abordado. Actividad 2: "Mapeo conductual" Primer momento: - Se les pedirá a los participantes que piensen en las conductas observadas a lo largo del tiempo que son anormales del paciente. Segundo momento: Foro. - "Pronóstico y evolución de la enfermedad en torno a las conductas identificadas" Actividad 3: "Hasta que punto enganchar", exposición del psicólogo Contenido: - Diagnóstico - Pronóstico y evaluación de la patología Para esto la profesional se basara en la discusión de la actividad numero 2; Aportando con esto a la desmitificación de los significados de las familias</p>	<p>- Reflexiva - Discusión grupal. - Expositiva. - Apoyo discusión y guía.</p>	<p><u>Humanos:</u> -Beneficiarios del proyecto. -Psicólogo de la U.M.E -Alumna seminarista.  <u>Materiales:</u> 1 Plumón 1 cartulina. 1 scotch grande</p>	2 Hrs	<p>1. Participación 2.-Asistencia 3.- Ajuste Cronológico 4.- Contenido</p>	<p>1.- Pauta de Observación. Evaluativa 2- Registro de asistencia. 3.- Carta Gantt</p>

Matriz de programación proyecto dos								
Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterio	Instrumento
Psicoeducar a los "familiares responsables" de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa, basados en ideas míticas.	1.- Concientizar a las familias que presentan un miembro de ella con trastorno Psiquiátrico Severo, en proveer un rol al paciente en la familia	1.- Entregar información acerca de las capacidades de los pacientes ( se utilizaran diagnósticos médicos de cada paciente, entregar información de cada caso) 2.- Informar sobre las actividades que los pacientes realizan en la U.M.E. 3.- Lograr que los participantes reconozcan la capacidad de realizar tareas de los pacientes y valoren la necesidad de tener un rol en el hogar	Sesión numero 5: "La doble incapacidad". Expositor: Terapeuta ocupacional. Actividades1 "Presentación": - Entrega resumen de la sesión anterior 2.- "Lluvia de ideas", ¿de que es capaz su familiar? ¿Qué rol tiene el paciente en el hogar? 3.- Expositiva: Contenido: - Capacidades del paciente Psiquiátrico - Capacidad específica de cada paciente 4.- "En acción" Audiovisual Video donde se muestran las actividades que desarrollan los pacientes en la U.M.E 5.- "Con el abanico mas amplio" - Conversación en torno al tema y resolución de dudas. - Exposición de las estrategias de la U.M.E para lograr la funcionalidad de los pacientes. 6.- Importancia de la familia en afirmar lo aprendido, dándole roles en la familia.	-Dinámicas de Presentación. -Audiovisual - Reflexiva -Discusión grupal. - Expositiva. - Apoyo y discusión y guía.	Humanos: -Beneficiarios del proyecto. -Alumna de terapia ocupacional. -Alumno de Antropología. -Terapeuta ocupacional -Alumna seminarista. <u>Materiales:</u> Sillas 10 hojas de oficio 1 plumón. 1 pizarra 1 sala 1 mesa 1 mantel  <u>Financieros:</u> Café, galletas...etc	2 Hrs.	1.- Participación 2.-Asistencia 3.- Ajuste Cronológico 4.- Contenido	1.- Pauta de Observación. Evaluativa 2- Registro de asistencia. 3.- Carta Gannt

**Matriz de programación proyecto dos**

Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterio	Instrumento
Psicoeducar a los "familiares responsables" de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa, basados en ideas míticas.	Incorporar nuevo conocimiento a los "familiares Responsables" de los pacientes en relación a la Patología Psiquiátrica Severa.	1.- Lograr que los "F.R.", conozcan la utilidad de cada medicamento que consumen los pacientes 2.-Lograr que los "Familiares Responsables" comprendan que los medicamentos no son los mismos para todos	Sesión número 6: Nombre de la sesión: ¿Por qué tantos medicamentos?... a veces siento que no sirven de nada. Actividades: 1.- "Conociendo la Utilidad del medicamento". Exposición del Enfermero de la U.M.E. 2.- Plenario: ¿Qué reconoce ud. En los pacientes que pudiese ser un efecto colateral? 3.- "El equilibrio perfecto" 4.- "Mi papel como familiar responsable frente a los medicamentos" 5.- "Como dar los medicamentos sin que sea un dolor de cabeza"	1.- Expositiva 2.- Discusión Grupal 3.- Reflexion	Humanos: -Beneficiarios del proyecto. -Alumna de terapia ocupacional. -Alumno de Antropología. -Terapeuta ocupacional -Alumna seminarista. Materiales: Sillas 10 hojas de oficio 1 plumón. 1 pizarra 1 sala 1 mesa 1 mantel  Financieros: Café, galletas...etc	2 Hrs.	1. Participación  2.-Asistencia  3.- Ajuste Cronológico  4.- Contenido	1.- Pauta de Observación. Evaluativa  2- Registro de asistencia.  3.- Carta Gantt

Matriz de programación proyecto dos								
Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterio	Instrumento
Psicoeducar a los "familiares responsables" de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa, basados en ideas míticas.	1.- Genera una instancia de reflexión respecto a la carga que implica el cuidar un paciente Psiquiátrico Severo.	1. Identificar la vivencia personal de tener un paciente Psiquiátrico. 2.- Identificar el impacto de la vivencia en la relación.	Sesión número 7: <i>"La carga emotiva del familiar responsable"</i> . Expositor: Psicóloga Contenidos: Se entrega resumen de la sesión anterior 1.- Presentación: se presenta el expositor de la sesión y se recuerda el tema que será abordado. 2.- ¿Que es la emoción? Exposición de la Psicóloga en cuanto a las emociones. 3.- ¿Qué sienten cuando ven al paciente? La pregunta esta centrada en el presente) 4.- ¿Cómo ha influido en mi relación con el paciente positivamente o negativamente? 5.- "Radiografía" La Psicóloga sistematizará lo dicho por los familiares responsables y trabajara sobre eso.	-Dinámicas de Presentación y Conocimiento  - Reflexiva  - Discusión grupal.  - Expositiva.	Humanos: -Beneficiarios del proyecto. -Psicólogo de la U.M.E -Alumna seminarista. <u>Materiales:</u> 1 cartulina 1 pegamento 10 Hojas de oficio <u>Fungible:</u> 1 Sala 10 Sillas 1 Mesa 1 Mantel 1 Pizarra 1 Tarro de café 1 Paquete de galleta 10 Vasos 10 Cucharas	2 Hrs.	1. Participación  2.-Asistencia  3.- Ajuste Cronológico	1.- Pauta de Observación. Evaluativa  2- Registro de asistencia.  3.- Carta Gantt

Matriz de programación proyecto dos

Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterio	Instrumento
Psicoeducar a los "familiares responsables" de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa, basados en ideas míticas.	1.- Genera una instancia de reflexión respecto a la carga que implica el cuidar un paciente Psiquiátrico Severo.	1.- Lograr que los "familiares responsables" identifiquen que los cambios que provocan en la familia. 2.- Generar un espacio de reflexión entre los participantes, en relación a los significados construidos en torno a la patología Psiquiátrica Severa, compartiendo experiencias para identificar las buenas y malas prácticas.	Sesión numero 8: "Mi familia cambia" Expositor: Asistente Social. Contenidos: Se entrega resumen de la sesión anterior 1.- Presentación: Se recuerda el tema que será abordado. 2.- "Epitafio": se pegaran afiches con los resultados de la investigación en relación a los cambios que se dan en la familia. 3.- "Reconociéndome": Los familiares responsables recorrerán la habitación leyendo los epitafios y elegirán el que mas los identifique. 4.- Cada participante contara su experiencia y concluirá señalando que "Significo" para el la enfermedad 5.- El Asistente social hablará de la importancia de la familia, crisis del ciclo vital y la capacidad de superarlas. 6.-Plenario: Conversación del grupo en tomo al tema tratado.	-Dinámicas de Presentación y Conocimiento - Reflexiva -Expositiva. -Conversación grupal. - Apoyo, ecuación Y guía.	Humanos: -Beneficiarios del proyecto. -Asistente Social de la U.M.E -Alumna seminarista. Materiales: 1 Plumón 1 Papelógrafo 10 Hojas de oficio  Fungible: 1 Sala 10 Sillas 1 Mesa 1 Mantel 1 Pizarra 1 Tarro de café 1 Paquete de galleta 10 Vasos 10 Cucharas Azúcar	2 Hrs.	1. Participación 2.-Asistencia 3.- Ajuste Cronológico	1.- Pauta de Observación. Evaluativa 2- Registro de asistencia. 3.- Carta Gantt

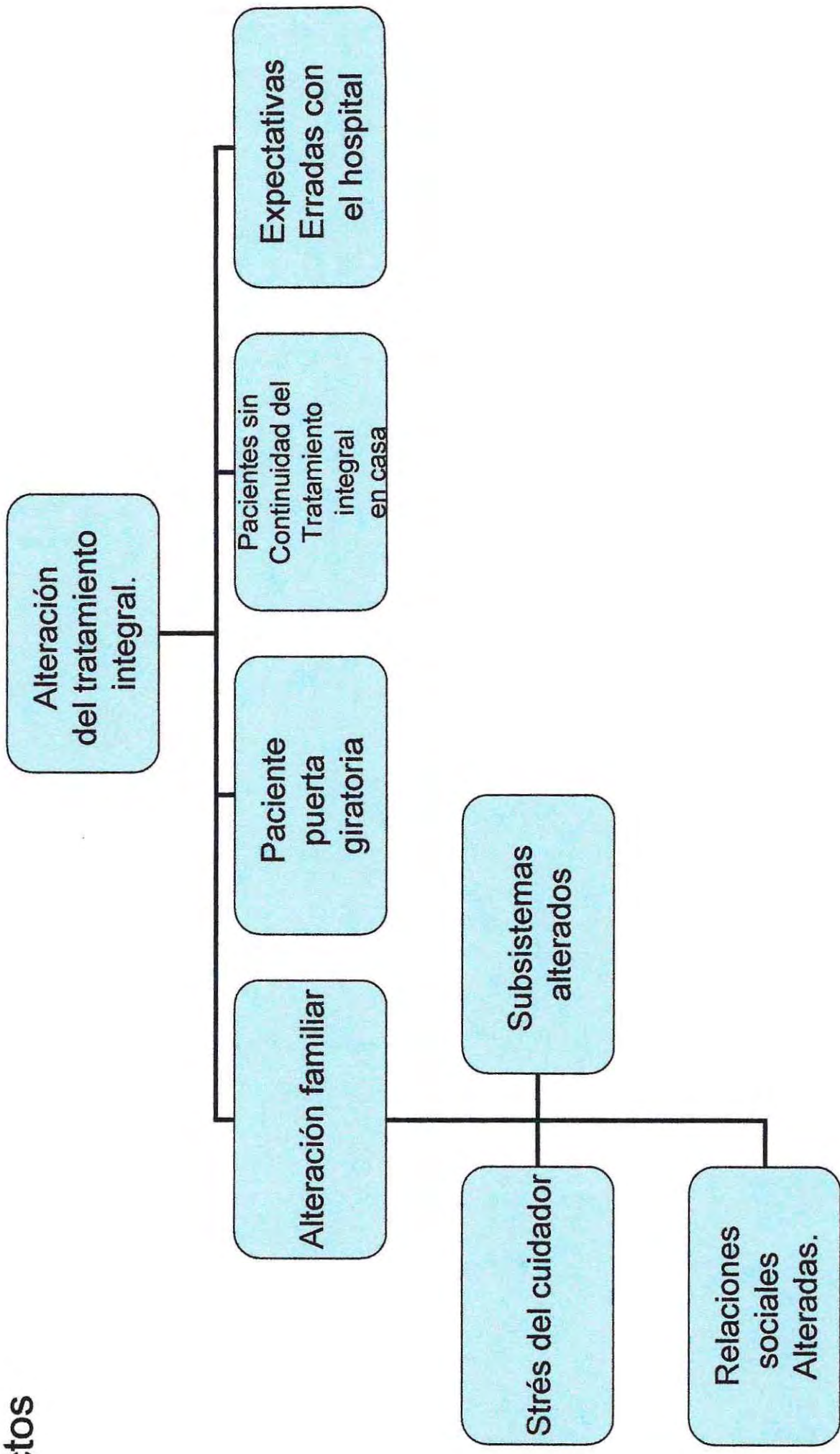
Matriz de programación proyecto dos								
Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterio	Instrumento
Psicoeducar a los "familiares responsables" de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa, basados en ideas míticas.	1.- Exponer redes a los familiares responsables 2.- Entregar un compendio de las redes que pueden ser utilizadas por el paciente	1 .Lograr que los pacientes conozcan la red extra hospitalaria. 2.- Lograr que los familiares responsables identifiquen un espacio para su familiar en la red. Extra hospitalaria.	Sesión numero 9: "Retomando nuestras vidas". Expositor: -Terapeuta ocupacional -Asistente Social. Contenidos: Se entrega resumen de la sesión anterior 1.- "Yo y mi red de salud mental": El terapeuta ocupacional y el Asistente social expondrán sobre las redes extra e Intra Hospitalarias que dispone el paciente y que se ofrece en cada una de ellas 2.Plenario: Los familiares reflexionaron sobre los perfiles de los dispositivos y la posibilidad de que sus pacientes pudiesen ingresar a ellos. 3.- ronda de preguntas: Se responden preguntas de las familias en torno al tema.	-Dinámicas de Presentación y Conocimiento  - Reflexiva  -Discusión grupal.  - Expositiva.	Humanos: -Beneficiarios del proyecto. -Asistente Social de la U.M.E Terapeuta ocupacional. -Alumna seminarista.  Materiales: 1 Plumón 1 Papelógrafo 10 Hojas de oficio Fungible: 1 Sala 10 Sillas 1 Mesa 1 Mantel 1 Pizarra 1 Tarro de café 1 Paquete de galleta 10 Vasos 10 Cucharas Azúcar	2 Hrs.	1. Participación  2.-Asistencia  3.- Ajuste Cronológico  4.- Contenido	1.- Pauta de Observación. Evaluativa  2- Registro de asistencia.  3.- Carta Gantt  4.- Test antes-después

Matriz de programación proyecto dos								
Objetivo General	Objetivo específico	Objetivo de la sesión	Actividad	Técnicas	Recursos	Tiempo	Criterio	Instrumento
Psicoeducar a los "familiares responsables" de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa, basados en ideas míticas.	1.- Evaluación de los beneficiarios del proyecto, el proceso de intervención llevado a cabo en las sesiones	1. Aplicar de instrumento de evaluación: Medición de contenidos 2.- Cada participante, evaluará el proyecto 3.- Finalizar el taller	Sesión numero 10: "Se hizo camino al andar". Expositor: Alumna Seminarista. Contenidos: -Entrega resumen de la sesión anterior 2.- Aplicación de Test después - Evaluación, pauta de observación aplicada o conversación grupal. - Discusión en torno a la utilidad del proyecto. 3.- Cierre de la sesión, se realizara una exposición de cierre basada en las conclusiones de las sesiones: b) Se entregaran diplomas por participación c) Se entregará una guía de orientación familiar la cual es un compilado de las sesiones. d) Alumna, discurso de cierre e) Convivencia	-Focus Group - Reflexiva.	Humanos: Beneficiarios del proyecto. -Equipo de profesionales U.M.E. - Alumna seminarista. Antropología -Alumna seminarista. Materiales: 1 Plumón 1 Papelógrafo 10 Hojas de oficio <u>Fungible:</u> 1 Sala 10 Sillas 1 Mesa 1 Mantel 1 Tarro de café 1 Paquete de galleta 10 Vasos 10 Cucharas Azúcar Comestibles	2 Hrs.	1. Participación 2.-Asistencia 3.- Ajuste Cronológico 4.- Logro de Objetivos	1.- Pauta de Observación. Evaluativa 2- Registro de asistencia. 3.- Carta Gantt 4.- Pauta de entrevista Semi Estructurado con preguntas abiertas

**ESQUEMA TESIS:** Presenta el área de la realidad social estudiada, que será intervenida, por la Programación Social.

Figura: 2.38: Esquema de Tesis.

## Efectos



## Problema central

Alteración de significados  
construidos en torno a la  
Experiencia de vivir con un  
Paciente Psiquiátrico severo

Información basada en  
conocimiento popular

Información carente de base  
Biopsicosocial

## Causas

Desconocimiento del  
Origen de la enfermedad

Estigma en torno a la  
enfermedad

Desconocimiento de las  
Características de la  
enfermedad

Desconocimiento de la  
Importancia del uso  
De los medicamentos



Área de intervención del proyecto Uno: (construcción de intervención social con base biopsicosocial).

Área de intervención del Proyecto Dos: (Dar nueva base a la construcción de significados de los familiares responsables, en torno a la experiencia de vivir con un miembro que padece una patología psiquiátrica severa).

## 6.- PLANIFICACION DE LA EVALUACIÓN.

El diseño de evaluación involucrará diferentes técnicas cuantitativas y cualitativas para el análisis de cada proyecto, con el objeto de brindar una visión integral de la intervención efectuada, por lo cual, la evaluación de cada uno de los proyectos y la evaluación final del programa se realizará mediante el **Modelo de Evaluación C.I.P.P.** de Daniel Stufflebeam (contexto, insumo, proceso, producto), el que permitirá evaluaciones parciales, es decir, de sólo alguna de las partes o procesos que se desarrollan en los proyectos, proporcionando de esta manera informaciones útiles para tomas de decisiones en el camino, las que facilitarán y mejorarán la implementación del trabajo profesional; Además se utilizará el **Modelo de Evaluación Iluminativa** de Malcolm Pret y D. Hamilton el cual se basa fundamentalmente en métodos subjetivos, enfatizando el uso del paradigma fenomenológico representando un enfoque cultural, etnográfico de naturaleza holística, el que es idóneo para ser aplicado en grupos pequeños, como es el caso del Taller psicoeducativo para los familiares responsables.

La utilización del Modelo Iluminativo proporcionará información sobre la opinión que poseen los beneficiarios directos del programa, específicamente los “familiares responsables”, de este modo se abordarán en profundidad aquellas áreas consideradas relevantes de cada proyecto, y será muy útil para evaluar el programa en general según la visión de los beneficiarios. El modelo es cualitativo, por ende las técnicas utilizadas serán cualitativas.

En relación al Modelo C.I.P.P. proporcionará información en todo momento, es decir antes, durante y después, lo que permitirá identificar desviaciones que puedan estar teniendo los proyectos, para tomar decisiones apropiadas. Además se caracteriza por ser cuantitativo, por lo que las técnicas utilizadas serán cuantitativas.

**6.1.-Modelo C.I.P.P:** Según este modelo el programa se evaluará mediante los siguientes criterios establecidos por el modelo:

Contexto: referida a la evaluación de los factores del entorno que sustentaron cada uno de los proyectos y que pueden proporcionar perdurabilidad en el desarrollo de éstos. En éste sentido, se determinarán aquellos factores que facilitaron u obstaculizaron la implementación del proyecto.

❖ Ajuste cronológico<sup>13</sup>: Correspondencia entre tiempo utilizado en el desarrollo de las actividades de los proyectos y lo programado en la Carta Gantt. Para evaluar el contexto, se considerará como uno de los criterios el tiempo, utilizando como instrumento la Carta Gantt, la que permitirá realizar una evaluación periódica de manera que se puedan introducir cambios necesarios, en caso de producirse alguna eventualidad. También se utilizará una pauta de observación para ver este aspecto.

---

<sup>13</sup> Ver Anexo 2.6: Carta Gantt.

Insumo: Referida a la evaluación de los recursos, la cual se basará en los registros de ejecución.

❖ Suficiencia: El grado de correspondencia entre lo requerido y lo disponible para la ejecución del proyecto.

Proceso: dirigida por una parte, a establecer si la estrategia definida en la fase anterior resulta adecuada, y por otra parte, a ubicar los factores que puedan dificultar y facilitar el desarrollo de los procesos de los proyectos.

Para evaluar el proceso de intervención se considerarán los siguientes criterios:

❖ Contenidos<sup>14</sup>: Se evaluará la internalización de contenidos de parte de los beneficiarios del proyecto, específicamente el proyecto dos mediante una Pauta de Observación evaluativa (Proceso) y un Test Antes- Después (Contenido). El proyecto uno se entenderá como logrado si se logra la implementación del proyecto dos.

❖ Participación de los beneficiarios<sup>15</sup>: Se evaluará en base a pautas de observación estructurada, las cuales serán aplicadas por la alumna seminarista durante todo el proceso de intervención, a fin de evaluar la dinámica del grupo en términos de participación.

❖ Asistencia<sup>16</sup>: Se entiende como la presencia de más de un 60% de los participantes convocados a cada una de las actividades. Su medición se desarrolló mediante un Registro de Asistencia.

❖ Idoneidad: Es la concordancia o adecuación entre técnicas utilizadas y las características de los beneficiarios del Proyecto.

Producto: en este aspecto se evaluará la efectividad del programa en los beneficiarios, utilizando como criterio el “logro de los objetivos”, dentro de éstos se evaluará el cumplimiento en términos de lo que el programa se proponía alcanzar. Para ello se utilizará el Test Antes Después.

❖ Logro de los objetivos de programación: se refiere a los efectos producidos, considerándose logrado el objetivo general al implementarse los objetivos específicos.

**Cuadro 3.1.** Criterios de evaluación, indicadores e instrumentos a utilizar, según el Modelo C.I.P.P.

<sup>14</sup> Ver Anexo 2.4: Test Antes - Después.

<sup>15</sup> Ver Anexo 2.3: Pauta de Observación Evaluativa.

<sup>16</sup> Ver Anexo 2.2: Registro de Asistencia.

Según modelo C.I.P.P	Criterios de evaluación, según el modelo C.I.P.P.	Indicadores y/o instrumentos
Contexto	Ajuste cronológico	- Carta Gant. - Presupuesto
Insumo	Suficiencia	-Pauta de Observación.
Proceso	Idoneidad Contenidos Participación Asistencia	-Pauta de Observación. -Registro de Asistencia.
Producto	Logro de objetivos	-Test Antes Después. -Cumplimiento de objetivos específicos del programa.

**6.2.- Modelo Iluminativo:** Este Modelo se implementará en el proceso final de los proyectos, esperando así evaluar el producto, pero desde la mirada de los beneficiarios.

Para su implementación se utilizará la técnica de “Focus Group”, en la que se espera recabar una evaluación general del programa desde la mirada y lenguaje de los beneficiarios, a través de una pauta de entrevista semi estructurada, la cual se aplicará a los beneficiarios del proyecto (Ver anexo: “Pauta de evaluación de la percepción del programa”).

En relación al modelo Iluminativo, el programa se evaluará mediante los siguientes criterios:

❖ Logro de los objetivos de programación: se refiere a los efectos producidos, según la perspectiva de los beneficiarios del proyecto.

Los indicadores de logro de los objetivos específicos están centrados en los siguientes aspectos:

- Evaluación Positiva o negativa de los participantes del proyecto, respecto al taller en general y las temáticas abordadas en particular.

**Cuadro 3.2:** Criterio de evaluación, según Modelo Iluminativo.

Criterio de evaluación, según el modelo Iluminativo.	Indicadores y/o Instrumentos.
Logro de Objetivos	Focus Group <sup>17</sup> .

<sup>17</sup> Ver Anexo 2.5: Pauta Focus Group.

## **CAPITULO IV EJECUCION**

## **Presentación.**

La presente etapa metodológica da cuenta de la ejecución de las acciones proyectadas en la fase que la precede; así mismo, está sustentada en el ordenamiento y en la operacionalización que esta permite al Trabajador Social para el enfrentamiento de problemáticas y realidades sociales globales y específicas atinentes a la dinámica cultural, política, económica y social.

De acuerdo a la Programación elaborada para el proceso de intervención Social, centrada en el desarrollo de un Taller Psicoeducativo para familiares responsables de pacientes psiquiátricos severos, ésta se despliega mediante dos proyectos, los que tienen como beneficiarios a los profesionales de la Unidad de Mediana Estadía y a los “familiares responsables” de los pacientes de dicha Unidad.

En relación al tiempo de duración de la ejecución, esta se extendió en 14 semanas.

En el presente documento se muestran los principales registros que dan cuenta del proceso de intervención social, los cuales han surgido de las actividades y sesiones realizadas en cada uno de los dos proyectos que conforman el presente programa de intervención social.

## REGISTRO DE EJECUCIÓN<sup>18</sup>.

### PROYECTO NÚMERO UNO:

#### “REFLEXIONANDO SOBRE LA NECESIDAD DE PSICOEDUCACIÓN”

**Objetivo General:** Sensibilizar a los profesionales de la U.M.F, en torno a la psicoeducación de modo de que lo incorporen a su forma de trabajo.

Fase uno: Sensibilización	
Nombre de la sesión	<i>“La necesidad de intervenir”</i>
Nº de la sesión	Sesión uno
Lugar	Dependencias del Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Fecha	06 de Marzo 2007
Tiempo	40 minutos
Responsables	Alumna Seminarista
Objetivo Específico	1.-Presentar los resultados de la investigación correspondiente a la fase de Diagnóstico.
Objetivo de la sesión	1.- Presentar el análisis e interpretación de los datos de la investigación. 2.- Presentar la Prognosis de la investigación. 3.- Presentar la necesidad de una intervención.
Actividades	Actividad número 1: presentación de resultados. Momento 1: La alumna presentó los resultados de la investigación relacionándolos con los significados, mediante una clasificación de los significados en “ideales y “reales”, la cual se presentó en una presentación en Power Point, lo que permitió que todos los profesionales vayan siguiendo la exposición. Momento 2: La alumna dejó un espacio para que los profesionales realizaran preguntas, en cuanto a la metodología de trabajo, y la forma de crear la clasificación. La alumna explicó la metodología utilizada en ambos casos. Actividad número 2: Momento 1: La alumna presentó la prognósis, dejando un tiempo

<sup>18</sup> Ver Anexo 4.1: Registro Fotográfico, Ejecución Proyecto uno.

	<p>para reflexionar, sobre la necesidad de intervenir.</p> <p>Momento 2:</p> <p>Luego se les pregunta que opinan ellos como equipo de profesionales en torno al tema.</p> <p>Finalmente todos concluyen que es necesario intervenir, pero sin perder el enfoque multidisciplinario.</p> <p>Basada en estas conclusiones la alumna crea el programa de intervención que presentará más adelante.</p>
<b>Técnicas</b>	<p>Dinámica de presentación</p> <p>Expositiva</p> <p>Reflexiva</p>
<b>Evaluación de contexto</b>	<p><b>Ajuste Cronológico:</b></p> <p>La sesión se inicio de acuerdo a lo planificado en la Carta Gantt, en cuanto a la fecha y hora programada.</p>
<b>Evaluación de Insumos</b>	<p><b>Suficiencia:</b></p> <p>Se considera que el criterio de suficiencia se cumplió a cabalidad, debido a que se contó con todos los recursos incorporados en la programación, los cuales aportaron positivamente al cumplimiento de los objetivos de la sesión.</p>
<b>Evaluación del proceso</b>	<p><b>Participación:</b></p> <p>Todos los participantes escucharon atentamente y se mostraron participativos en cada una de las actividades, exponiendo sus creencias, dando opiniones, y compartiendo con los demás.</p> <p><b>Asistencia:</b></p> <p>Todo el equipo de la U.M.F., compuesto por los profesionales y funcionarios.</p> <p><u>Decisión de implementación:</u></p> <p>Se decidió que las próximas sesiones se realizarán solo con los beneficiarios del proyecto, con el objeto de aprovechar mejor el tiempo.</p>

## REGISTRO DE EJECUCIÓN.

### PROYECTO NÚMERO UNO:

#### “REFLEXIONANDO SOBRE LA NECESIDAD DE PSICOEDUCACION”

**Objetivo General:** Sensibilizar a los profesionales de la U.M.E, en torno a la psicoeducación de modo de que lo incorporen a su forma de trabajo.

Fase uno: Sensibilización	
Nombre de la sesión	<i>“Reflexionando sobre la necesidad de psicoeducar ”</i>
Nº de sesión	Sesión dos
Lugar	Dependencia del Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Fecha	9 de Marzo
Tiempo	30 minutos
Responsables	Alumna seminarista
Objetivo Específico	Reflexionar sobre la necesidad psicoeducativa
Objetivo de la sesión	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Lograr que los profesionales consideren necesaria la psicoeducación.</li><li>2- Comprometer a los profesionales para formar mesa de trabajo, para revisar e incluir mejoras a la propuesta de trabajo.</li></ol>
Actividades	<p>Actividad 1: “Porqué psicoeducar”.</p> <p>Momento1: Se utilizará el modelo preventivo-promocional a través de la educación para la salud familiar, para entender la necesidad psicoeducativa. (Bibliografía: Angela Quintero, Trabajo Social y Procesos Familiares).</p> <p>Actividad 2: La alumna expuso sobre la importancia de trabajar los significados de los “familiares responsables” contruidos en torno a la enfermedad, para que la familia pueda contribuir como refuerzo positivo en el tratamiento integral que se brinda al paciente.</p> <p>Actividad 3: Plenario para contestar dudas.</p> <p>Los profesionales piden ver una propuesta de intervención y trabajar sobre ella. Se acuerda conformar mesa de trabajo, para cumplir con el objetivo de trabajo antes mencionado, a partir de la próxima reunión.</p>

<b>Técnicas</b>	Expositiva
<b>Evaluación del contexto</b>	<p><b>Ajuste Cronológica:</b></p> <p>La sesión se inicio de acuerdo a lo planificado en la Carta Gantt, en cuanto a la fecha y hora programada.</p>
<b>Evaluación de Insumos</b>	<p><b>Suficiencia:</b></p> <p>La sesión contó con todos los recursos necesarios para cumplir con los objetivos programados para la sesión.</p> <p><b>Recursos Humanos:</b></p> <p>Se contó con todas las personas consideradas para el desarrollo de la sesión.</p> <p><b>Recursos Materiales:</b></p> <p>Se contó con todos los recursos materiales necesarios para la sesión, entre ellos una sala, 7 sillas y hojas.</p>
<b>Evaluación del proceso</b>	<p><b>Participación:</b></p> <p>Los beneficiarios del proyecto, se mostraron muy participativos, mediante la expresión de experiencias profesionales y opiniones en torno a los contenidos expuestos.</p> <p><b>Asistencia:</b></p> <p>La sesión contó con las 7 personas que conforman el equipo de la Unidad de Mediana Estadía que conformarán el grupo de profesionales, alumnos en práctica y alumna seminarista, que realizarán el proyecto de psicoeducación.</p> <p><i>Decisión de implementación:</i></p> <p>La alumna seminarista decidió construir el proyecto de intervención con ayuda del equipo de la Unidad de Mediana Estadía, para lo se presentará un proyecto que el equipo podrá revisar y mejorar, lográndose así la necesaria interdisciplinariedad de las intervenciones profesionales.</p> <p>En relación a lo anterior, la alumna decidió que se trabajara en grupos pequeños<sup>19</sup> las temáticas de cada sesión.</p>

<sup>19</sup> Ver Anexo 4.2: Registro Fotográfico, Grupos pequeños.

## REGISTRO DE EJECUCIÓN.

### PROYECTO NÚMERO UNO:

#### “REFLEXIONANDO SOBRE LA NECESIDAD DE PSICOEDUCACION”

**Objetivo General:** Sensibilizar a los profesionales de la U.M.E, en torno a la psicoeducación de modo de que lo incorporen a su forma de trabajo.

Fase dos: Ejecución	
Nombre de la sesión	<i>“Proponiendo una intervención”</i>
N de la sesión	Sesión tres
Lugar	Dependencia del Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Fecha	16 de Marzo
Tiempo	40 minutos
Responsables	Alumna seminarista
Objetivo Específico	2.4.- Reformular el proyecto y comprometer a los profesionales a participar en su implementación.
Objetivo de la sesión	1- Presentar la propuesta de intervención psicoeducativa. 2- Definir fecha de inicio y recursos para su desarrollo.
Actividades	Actividad 1: Momento 1: Revisar el proyecto: Se presentó la matriz de programación Por tiempo solo se pudo trabajar sobre los Objetivos Específicos del proyecto y los Objetivos de la sesión. Luego se trabajará en su reformulación. En relación a los cambios que se realizaron a los objetivos, la alumna considera que son muy pertinentes, debido a que genera mayor correspondencia entre el objetivo general del proyecto y sus objetivos específicos. Además se organizó nuevamente el orden en el que se realizaran las sesiones, para darle mayor coherencia al Taller. La alumna valora positivamente la jornada realizada, ya que contribuye a mejorar el producto final, que se grafica en el taller psicoeducativo para familiares

	responsables de pacientes de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador.
<b>Técnicas</b>	Expositiva
<b>Evaluación del contexto</b>	<b>Ajuste Cronológico:</b> La sesión se inicio de acuerdo a lo planificado en la Carta Gantt, en cuanto a la fecha y hora programada.
<b>Evaluación del proceso</b>	<b>Participación:</b> Los profesionales se mostraron muy participativos y colaboradores en la revisión del proyecto de intervención. <b>Asistencia:</b> Se contó con la participación de 6 personas de las 7 que estaban comprometidos para trabajar en reformulación del proyecto, ausentándose el Asistente Social de la Unidad de Mediana Estadía.
<b>Evaluación de Insumos</b>	<b>Suficiencia:</b> La sesión contó con todos los recursos necesarios para cumplir con los objetivos programados para la sesión. <b>Recursos Humanos:</b> Se contó con la mayoría de las personas consideradas para el desarrollo de la sesión. <b>Recursos Materiales:</b> Se contó con todos los recursos materiales necesarios para la sesión, entre ellos una sala, 6 sillas y hojas.

# REGISTRO DE EJECUCIÓN

## PROYECTO NUMERO UNO

### “REFLEXIONANDO SOBRE LA NECESIDAD DE PSICOEDUCAR”

**Objetivo General:** Sensibilizar a los profesionales de la U.M.E, en torno a la psicoeducación de modo de que lo incorporen a su forma de trabajo.

<b>Fase dos: Ejecución</b>	
<b>Nombre de la sesión</b>	<b><i>“Construyendo la intervención”</i></b>
<b>N de la sesión</b>	Sesión cuatro
<b>Lugar</b>	Dependencia del Hospital Psiquiátrico del Salvador.
<b>Fecha</b>	19 de Marzo
<b>Tiempo</b>	40 minutos
<b>Responsables</b>	Alumna seminarista
<b>Objetivo Específico</b>	2.4.- Reformular el proyecto y comprometer a los profesionales a participar en su implementación.
<b>Objetivo de la sesión</b>	3- Presentar la propuesta de intervención psicoeducativa. 4- Definir fecha de inicio y recursos para su desarrollo.
<b>Actividades</b>	1.-Actividad 1: Momento 1: Revisando el proyecto: Presentándose la matriz de programación del proyecto. Se trabajó en las Actividades, para incorporar los aportes de cada profesional que guiará los contenidos de las sesiones. Además se especificaron los contenidos que trabajará cada profesional en las sesiones, con el fin de no perder: <ul style="list-style-type: none"><li>- La orientación de los resultados de la investigación en su fase Diagnóstica.</li><li>- Los objetivos del proyecto.</li></ul> Momento 2: Fijando los recursos: En relación a los recursos el Hospital colaborará con café, azúcar, vasos, agua, hervidor, una sala, 10 sillas, 1 mesa, 1 mantel, impresión, fotocopia, hojas y recursos Humanos:

	<p>Equipo U.M.E. y 2 alumnos en práctica.</p> <p>En cuanto al inicio del programa se acordó empezar el Martes 3 de Abril y continuar todos los Martes hasta el 29 de Mayo, entre las 15:00 y 17:00 horas.</p> <p>Momento 3: “El Compromiso”<sup>20</sup>; Los profesionales firmaron un acuerdo, que se archivó en las tareas de la U.M.E, en relación al compromiso de participar en las actividades del proyecto número dos. Asegurando de este modo el recurso humano necesario para la implementación del Taller.</p>
<b>Técnicas</b>	Expositiva
<b>Evaluación de contexto</b>	<p><b>Ajuste Cronológico:</b></p> <p>La sesión se inicio de acuerdo a lo planificado en el la Carta Gantt, en cuanto a la fecha y hora programada.</p>
<b>Evaluación del proceso</b>	<p><b>Participación:</b></p> <p>Los profesionales se mostraron muy participativos y colaboradores en la revisión del proyecto de intervención.</p> <p><b>Asistencia:</b></p> <p>Se contó con la participación de 5 de las personas que estaban comprometidos para trabajar en la reformulación del proyecto.</p>
<b>Evaluación de Insumos</b>	<p><b>Suficiencia:</b></p> <p>La sesión contó con todos los recursos necesarios para cumplir con los objetivos programados para la sesión.</p> <p><b>Recursos Humanos:</b></p> <p>Se contó con las personas necesarias para las sesiones que se trabajaron.</p> <p><b>Recursos Materiales:</b></p> <p>Se contó con todos los recursos materiales necesarios para la sesión, entre ellos una sala, 5 sillas y hojas.</p>

<sup>20</sup> Ver Anexo 3.1: Compromiso.

## 1.- Evaluación proyecto uno:

### “Reflexionando sobre la necesidad de psicoeducar”

#### 1.1.- Evaluación de los objetivos:

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Logro de objetivos:</b> Se entenderá como el Cumplimiento de los objetivos planteados Previamente.
--------------------------------	---

Objetivo general: “Sensibilizar a los profesionales de la U.M.E, en torno a la psicoeducación de modo de que lo incorporen a su forma de trabajo”.

#### Objetivos Específicos:

- Objetivo específico N° uno:

“Presentar los resultados de la investigación correspondiente a la fase de Diagnóstico”.

Este objetivo se logró en la primera sesión en la que los profesionales pudieron ver los resultados de la investigación, además de que se les presentó la necesidad de otros encuentros los que debían ser de poca duración, por lo que la alumna decidió realizar 4 sesiones con este objeto.

- Objetivo específico N° dos:

“Reflexionar sobre la necesidad psicoeducativa”.

Se dedicó una sesión para lograr este objetivo, el cual fue logrado positivamente, gracias a la disposición de los profesionales, reflejada en el buen nivel de participación de los participantes y de la confianza en el seminario de título realizado en la Unidad de Mediana Estadía.

- Objetivo específico N° tres:

“Comprometer a los profesionales para formar mesa de trabajo, para revisar e incluir mejoras a la propuesta de trabajo”.

Este objetivo se logro positivamente, gracias al desarrollo satisfactorio de las sesiones anteriores, el compromiso quedó expresado en la firma de un documento que lo avala.

De este modo se pudieron establecer horarios de trabajo, para revisar y complementar el proyecto con la visión interdisciplinaria de los profesionales, lo que permitirá fortalecer el proyecto, además de que la construcción del mismo en conjunto con el equipo profesional de la Unidad de Mediana Estadía, permitirá potenciar en ellos

la valoración, apoyo y compromiso con la intervención, lo cual será muy positivo para la determinación de la durabilidad del proyecto, ya que por sus características e importancia por el impacto que provocaría en la intervención integral que reciben los pacientes, debiera tener continuidad.

- Objetivo específico N° cuatro:

“Reformular el proyecto y comprometer a los profesionales a participar en su implementación”.

Este objetivo se logró mediante dos sesiones, en las que participaron los profesionales requeridos según las sesiones que serían revisadas, ya que por tiempo de los profesionales, no era posible hacer reuniones con todo el equipo, debido a la necesidad de sus funciones, como la atención de pacientes, familiares u otro requerimiento institucional. Sin embargo la estrategia utilizada de trabajar en equipos pequeños resultó ser muy efectiva.

- Objetivo específico N° cinco:

“Evaluar el producto de la intervención mediante el logro de objetivos”.

Con respecto a este objetivo es posible sostener que fue logrado, debido a que su cumplimiento dependía de que cada uno de los objetivos específicos anteriores se logaran.

A través del transcurso de estas sesiones se instaló la necesidad de intervenir los significados de las familias. Sobre esta base se trabajó en equipo con los profesionales de la U.M.E, para trabajar la propuesta de intervención sugerida por la alumna, la cual fue revisada y mejorada por los profesionales, lo que permitió construir una intervención sólida y que contó con todo el respaldo de la institución.

Es así que los profesionales creyeron en la intervención, la respaldaron y trabajaron en su construcción, comprometiéndose además a participar en su implementación como expositores de aquellas temáticas que se relacionaran con su área profesional.

En relación a los antecedentes expuestos, se considera que el objetivo del proyecto número se logro satisfactoriamente.

## 1.2.- Evaluación del Ajuste Cronológico:

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Ajuste Cronológico:</b> El tiempo se evalúa en función de la comparación de los plazos establecidos en la etapa de programación y los realmente utilizados en la etapa de ejecución
--------------------------------	--

El número de asistentes esperados era de 7 personas, lo cual corresponde al equipo de profesionales de la U.M.E, más los dos alumnos en práctica, en cada sesión se contó con la presencia de más de 5 personas, es decir sobre el 70%, considerando que lo deseable era un 60% de asistencia, el criterio de asistencia fue ampliamente logrado.

#### 1.5.- Evaluación de la Suficiencia:

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Suficiencia:</b> Dice relación con la optimización de los recursos humanos, materiales y financiero Implicados en el programa de Psicoeducación
--------------------------------	--

##### 1.5.1.- Recursos Humanos:

Para el cumplimiento del criterio de suficiencia, en relación al recurso humano, se consideró su asistencia y participación, por lo tanto al haberse obtenido sobre un 60% de asistencia y un nivel muy bueno de participación, se considera que hubo suficiencia entre el recurso necesitado y el realmente obtenido.

##### 1.5.2.- Recursos Materiales:

Los recursos materiales se obtuvieron totalmente de parte del Hospital, lo cual fue muy positivo para la intervención. Entre ellos podemos nombrar: 8 sillas, 1sala, 1 oficina, data show y lápices.

##### 1.5.3.- Recursos Fungibles:

No se necesitaron este tipo de recursos para esta intervención.

##### 1.5.4.- Recursos Financieros:

La alumna aportó con el dinero necesario para imprimir el material necesario para que los profesionales trabajaran sobre la revisión y mejora del proyecto número dos.

#### 1.6.- Evaluación de las técnicas:








<b>Criterio de evaluación:</b>	<b>Idoneidad:</b> Se entiende como la concordancia o adecuación entre las técnicas utilizadas y las características. de los beneficiarios del proyecto.
--------------------------------	---

Las técnicas utilizadas fueron idóneas, ya que permitieron el cumplimiento de los objetivos del proyecto en cada sesión.

La Técnicas audiovisuales aportaron claridad a la entrega de información.

Las sesiones se cumplieron en las fechas planificadas en la carta Gantt, sin embargo, la hora de inicio de las sesiones sufrió variaciones en minutos, obedeciendo a la necesidad institucional, con el objeto de cumplir con la planificación. Por lo tanto toda variación realizada fue positiva para la intervención.

Tabla 4.1: Carta Gantt.

Proyecto Uno	Semanas					
	1	2	3	4	5	6
<b>Actividades asociadas al Proyecto Uno: "Reflexionando sobre la necesidad de psicoeducar".</b>						
1.La necesidad de intervenir						
2.Porqué psicoeducar						
3.Trabajando en equipo en la planificación del proyecto						
4.Trabajando en equipo en la planificación del proyecto						
5.Evaluación del proyecto						
<b>Leyenda</b>						
 Tiempo Ideal						
 Tiempo de Holgura						
 Tiempo Real						

### 1.3.- Evaluación de la Participación:

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Participación:</b> Se evalúa en función de la participación activa de los beneficiarios del proyecto. Su medición se desarrolló a través de una pauta de observación.
--------------------------------	--

Todos los participantes escucharon atentamente cada una de las sesiones y se mostraron participativos en cada una de las actividades, exponiendo sus creencias, dando opiniones, compartiendo con los demás. Además fueron muy colaboradores en la revisión del proyecto de intervención.

### 1.4.- Evaluación de la Asistencia:

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Asistencia:</b> Se entiende como la presencia de más de un 60% de los participantes convocados a cada una de las actividades. Su medición se desarrolló mediante un Registro de Asistencia.
--------------------------------	--

En cuanto a las técnicas grupales, permitieron la generación de fluidez y potenciaron la participación de los beneficiarios del proyecto, lo que se potenció por su ser integrativas lo que incidió positivamente en el trabajo realizado.

### **1.7.- Síntesis Evaluativa del proyecto:**

Al finalizar el proceso evaluativo del proyecto “Reflexionando sobre la necesidad de psicoeducar”, se considera necesario señalar aquellos factores que posibilitaron y obstaculizaron la implementación del proyecto.

#### **1.7.1.- Factores facilitadores:**

- Disposición del Hospital Del Salvador, en facilitar una sala equipada completamente para la realización de las sesiones.
- Disposición de la U.M.E, en facilitar una oficina adecuada a las necesidades de trabajo de los “grupos pequeños”.
- Participación del equipo profesional de la U.M.E., en la revisión y mejora del proyecto de intervención numero dos.
- La confianza y validación que depositó el equipo de profesionales de la U.M.E, en la alumna seminarista.
- Motivación y coordinación de la alumna seminarista.
- Capacidad de trabajar en equipo de la alumna.
- Capacidad de trabajar en equipo de los profesionales de U.M.E.

#### **1.7.2.- Factores Obstaculizadores:**

- Falta de tiempo de los profesionales de la U.M.E, debido a las exigencias de sus funciones, lo que afectó la asignación del tiempo en relación al desarrollo de ciertas actividades.

# REGISTRO DE EJECUCIÓN<sup>21</sup>

## PROYECTO NÚMERO DOS.

### “SER FAMILIA EN LA ADVERSIDAD, SE PUEDE”.

#### Objetivo general:

“Psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrico severa”.

Fase uno: sensibilización.	
Nombres de la sesión	<i>“Tú puedes haber escuchado sobre las enfermedades mentales, pero te invito a conocerlas, desde tu experiencia”.</i>
Nº de sesión	Sesión Uno
Lugar	Dependencias Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Fecha	27 de Marzo de 2007
Tiempo	Una mañana (4 horas)
Responsables	Alumna Seminarista
Objetivo Específico	Difundir el proyecto.
Objetivo de la Sesión	1.- Dar a conocer el proyecto. 2.- Invitar a participar en el proyecto <sup>22</sup> .
Actividades	<p>Actividad 1: Pegando afiches.</p> <p>Se pegaron los afiches en toda la U.M.E., en lugares visibles para los familiares y profesionales.</p> <p>Actividad 2.- “Invitando”. Se Dejaron invitaciones para los familiares en la oficina de Don Antonio, que es la persona que está en contacto permanente con los pacientes.</p> <p>Se dejaron invitaciones para los familiares, las que serían entregadas durante la semana, a los familiares que fuesen a visitar al paciente.</p> <p>Actividad 3: “El teléfono”. Se Llamo por teléfono a los potenciales participantes del Taller, para invitarlos personalmente, infirmándoles de su objetivo y duración.</p> <p>La alumna seminarista se dedicó a revisar la lista de pacientes que estaban actualmente hospitalizados en la U.M.E., los que llevaban a un número de 12 personas, de los que solamente 8 figuraban con “familiar responsable”, por encontrarse los demás viviendo en un Hogar Protegido o no tener familia presente.</p> <p>La alumna se comunicó con las 8 personas, de las cuales todas</p>

<sup>21</sup> Ver Anexo 4.3 Ejecución Proyecto Dos.

<sup>22</sup> Ver Anexo 3.1. Invitación al Taller “Ser familia en la adversidad, se puede”.

	demonstraron interés por participar.
<b>Técnicas</b>	Informativa Captación
<b>Evaluación del Contexto</b>	<b>Ajuste Cronológico:</b> En relación al tiempo de duración de la actividad se logró ya que estaba pensada para una mañana de trabajo, lográndose ejecutar en el tiempo estimado. En cuanto al cronograma, la actividad comenzó en el tiempo estimado de acuerdo al programa.
<b>Evaluación de Insumos</b>	<b>Suficiencia:</b> <u>Humanos:</u> Alumna Seminarista <u>Materiales:</u> Acceso a un teléfono. 20 hojas de oficio 20 impresiones de color 1 scocht grande Tener acceso a un teléfono para realizar las invitaciones personalmente fue un gran aporte al desarrollo de la sesión. El Teléfono fue prestado por la institución. Las hojas, la impresión y el scotch fue provisto por la alumna. Se acordó que futuras impresiones serían emitidas en la institución, debido a que es muy necesario el aporte de hojas e impresiones. Sin embargo, otros gastos como los comestibles, y fungibles, no tienen aporte económico desde la institución.  <u>Decisión de Estructuración:</u> Se realizaron conversaciones con el Asistente Social de la U.M.E., y el decidió aportar con la mitad de los gastos del taller, no obstante la otra mitad seguiría de costo para la alumna, por ello se acordó, seguir en conversaciones con niveles jerárquicos, relacionados con las finanzas de la institución, para recibir la otra mitad del aporte. La alumna considera seguir costeando el proyecto bajo las condiciones actuales, debido a lo importante que considera la presencia de todos y cada uno de los recursos para lograr cumplir los objetivos de las sesiones y en consecuencia con los del programa.  <u>Decisión de implementación:</u> Al principio de la intervención, se pensaba trabajar con todos las

	demonstraron interés por participar.
<b>Técnicas</b>	Informativa Captación
<b>Evaluación del Contexto</b>	<b>Ajuste Cronológico:</b> En relación al tiempo de duración de la actividad se logró ya que estaba pensada para una mañana de trabajo, lográndose ejecutar en el tiempo estimado. En cuanto al cronograma, la actividad comenzó en el tiempo estimado de acuerdo al programa.
<b>Evaluación de Insumos</b>	<b>Suficiencia:</b> <u>Humanos:</u> Alumna Seminarista <u>Materiales:</u> Acceso a un teléfono. 20 hojas de oficio 20 impresiones de color 1 scotch grande Tener acceso a un teléfono para realizar las invitaciones personalmente fue un gran aporte al desarrollo de la sesión. El Teléfono fue prestado por la institución. Las hojas, la impresión y el scotch fue provisto por la alumna. Se acordó que futuras impresiones serían emitidas en la institución, debido a que es muy necesario el aporte de hojas e impresiones. Sin embargo, otros gastos como los comestibles, y fungibles, no tienen aporte económico desde la institución.  <u>Decisión de Estructuración:</u> Se realizaron conversaciones con el Asistente Social de la U.M.E., y el decidió aportar con la mitad de los gastos del taller, no obstante la otra mitad seguiría de costo para la alumna, por ello se acordó, seguir en conversaciones con niveles jerárquicos, relacionados con las finanzas de la institución, para recibir la otra mitad del aporte. La alumna considera seguir costeando el proyecto bajo las condiciones actuales, debido a lo importante que considera la presencia de todos y cada uno de los recursos para lograr cumplir los objetivos de las sesiones y en consecuencia con los del programa.  <u>Decisión de implementación:</u> Al principio de la intervención, se pensaba trabajar con todos las

	<p>familias presentes de los pacientes, las que ascendían a un número de 8 familias; Sin embargo al darme cuenta que 1 de los potenciales beneficiarios era de avanzada edad y la otra persona no se podía ubicar mediante comunicación telefónica, se consideró que el número de familias con las que se trabajaría en el taller, serían 6, en base a lo que se medirá la posterior asistencia.</p> <p>En conclusión, para implementar el proyecto se trabajará sólo con 6 familias que están en condiciones de asistir y los estándares de medición del criterio Asistencia, deberán relacionarse con el nuevo número de integrantes.</p>
<p><b>Evaluación del proceso</b></p>	<p><b>Objetivo específico:</b></p> <p>Se logró difundir el proyecto, pegando los afiches en lugares visibles para que fuesen fácilmente vistos por las familias que visitan a los pacientes.</p> <p>En cuanto a la invitación personalizada, mediante llamados telefónicos, fue una estrategia muy buena de acercamiento, ya que los potenciales participantes se sintieron más comprometidos a participar al sentir que el taller fue creado pensando en sus necesidades.</p> <p><b>Contenidos:</b> Debido a que aún no se comienza a entregar contenidos, ya que se está en la fase de difusión del proyecto, este criterio no es medido.</p> <p><b>Participación:</b></p> <p>En esta fase de difusión, la participación se entenderá, como la intención manifiesta de participar en el Taller. En relación a lo anterior el objetivo se considera logrado, ya que de los 12 pacientes que actualmente se encuentran hospitalizados en la U.M.E. 8 cumplen con el criterio de selección de tener un "familiar responsable". Por lo que al manifestarse 6 personas con la intención de participar, se considera logrado.</p> <p>De los dos que no manifestaron intención de participar se debió a dos motivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- No se pudo comunicar con ellos.</li> <li>2.- Por edad avanzada del familiar responsable (sobre 80 años).</li> </ol>

## REGISTRO DE EJECUCIÓN

### PROYECTO DOS.

#### “SER FAMILIA EN LA ADVERSIDAD, SE PUEDE”.

##### Objetivo general:

“Psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrico severa”.

Fase dos: Ejecución	
Nombre de la sesión	<i>“Descubriendo la enfermedad mental”.</i>
Número de sesión	Sesión Dos
Lugar	Dependencias Hospital Psiquiátrico del Salvador
Fecha	3 de Abril
Tiempo	15:00 – 17:00
Responsables	Alumna Seminarista
Objetivo	Incorporar nuevo conocimiento a los “familiares responsables” de los pacientes.
Objetivo de la sesión	1.- Presentar el proyecto a ejecutar. 2.- Generar una instancia de conocimiento entre los beneficiarios del proyecto. 3.-Conocer el diagnóstico del paciente. 4.- Abordar la temática de las causas de la patología psiquiátrica severa.
Actividades	Actividad número 1: Presentación. <ul style="list-style-type: none"><li>- Presentación del proyecto a los “familiares responsables” de los pacientes psiquiátricos severos.</li><li>- Se entregó el programa en forma formal por escrito el cual incluye las temáticas a abordar en cada sesión, fecha en las que se realizarán, duración de cada una de las sesiones y del programa en general. Además incluirá los nombres de los expositores.</li></ul> Actividad número 2: Momento 1: <ul style="list-style-type: none"><li>- Se les pidió a cada participación que escriba en un papel, el nombre de la enfermedad y la causa de la patología de su familiar.</li></ul>

	<p>Luego cada participante puso el papel en un papelógrafo.</p> <p>Momento 2: Traspaso de experiencias.</p> <p>-Se entregó a cada participante un número. Los números que se repitieron debieron juntarse entre sí, y comentar el origen de la enfermedad que cada uno puso en el papelógrafo y porque cree eso.</p> <p>-Plenario: Cada participante presentó a su compañero de discusión, exponiendo la patología psiquiátrica que presenta su familiar, las causas de la enfermedad y concluyeron exponiendo sus reflexiones en torno a la conversación.</p> <p>Actividad número 3:</p> <p>Momento 1: “Que tan reales son mis causas”</p> <p>Un profesional enfermero, basándose en la discusión de los familiares en la que expresaron sus creencias entorno al origen de la patología, realizó una exposición acerca de las causas de la patología psiquiátrica severa.</p> <p>Mediante esta exposición se aportó a la retroalimentación de estas familias incorporando nuevo conocimiento en cuanto al origen de de la enfermedad. Aportando de esta forma a la desmitificación de los significados de las familias.</p> <p>Se trabajó el concepto de Multifactorialidad. Este concepto, proviene del modelo Biomédico, y señala que no hay una causa única para el inicio de la patología, al contrario son muchos los factores que contribuyen a la aparición de una patología psiquiátrica severa.</p> <p>Momento 2: “Plenario”</p> <p>Luego las familias realizaron preguntas, en relación a dudas que aún tenían en torno al tema, las que fueron despejadas por el Enfermero.</p>
<b>Técnicas</b>	<p>Dinámica de presentación y Conocimiento</p> <p>Discusión grupal</p> <p>Educación, Apoyo y guía.</p>
<b>Evaluación de contexto</b>	<p><b>Ajuste cronológico:</b></p> <p>La sesión comenzó en el tiempo programado de acuerdo al programa. Sin embargo la sesión duró más del tiempo que estaba inicialmente programado, por lo que se considera necesario alargar la duración de las sesiones con el fin de que se cumpla con los objetivos específicos por sesión y en consecuencia de los objetivos del proyecto.</p>

	<p><u>Decisión de Planeamiento:</u></p> <p>Debido a que las sesiones no logran cumplir sus objetivos en una hora de duración, se decide extender su duración a dos horas por sesión, esperando con ello lograr los objetivos específicos por sesión y en consecuencia los objetivos específicos del proyecto.</p>
<p><b>Evaluación del Proceso</b></p>	<p><b>Participación:</b></p> <p>Todos los participantes escucharon atentamente y se mostraron participativos en cada una de las actividades, exponiendo sus creencias, dando opiniones, y compartiendo con los demás.</p> <p>En una de las actividades se les pidió a los familiares que escribieran, lo cual se torno problemático para ellos, ya que varios necesitaban lentes ópticos, por lo que se decidió prescindir de que deban escribir en las siguientes sesiones, por lo que el Tes Antes, se entregó a los asistentes para ser contestado en la casa, recordándoseles que deben responder sin considerar los temas tratados en esta sesión.</p> <p><b>Asistencia:</b></p> <p>La asistencia se logró en un 67%.</p> <p>Se registraron 2 atrasos en la llegada de los participantes a la sesión, con un periodo de hasta 15 minutos.</p> <p><b>Contenido:</b></p> <p>Se consideran entendidos los contenidos, debido a que se incorporan en las reflexiones de los familiares.</p> <p><u>1. Decisión de implementación:</u></p> <p>En la sesión se pudieron observar las problemáticas de utilizar la lectura de letra pequeña por la necesidad de varios de los participantes de lentes ópticos, por ello se decide realizar actividades de este tipo en caso de que sea muy necesario y con una letra grande.</p> <p>Lo anterior también afectó la aplicación del Tes antes- después, debido a la dificultad en la lectura, por lo que se les pidió que lo contestaran tranquilamente en sus casas, pero obviando los conocimientos adquiridos en la sesión actual.</p> <p><u>2. Decisión de implementación:</u></p> <p>La alumna evaluará los retrasos producidos en la llegada de los participantes a la sesión, si en la siguiente sesión se registran</p>

	<p>nuevamente atrasos que superen los 10 minutos, se preguntará a los participantes que obstaculiza su llegada y se les invitará a proponer soluciones para que los atrasos no se repitan.</p>
<p><b>Evaluación</b> <b>Insumos</b></p>	<p><b>Suficiencia</b></p> <p><b>Recursos Humanos:</b> En relación a los recursos humanos se contó con la participación de los beneficiarios, alumna seminarista y expositor, en esta sesión. Es decir se cumple el criterio de suficiencia, ya que estaban presentes los recursos necesarios para el buen desarrollo de la sesión y cumplimiento de los objetivos.</p> <p><b>Recursos Materiales:</b> Los materiales se obtuvieron en forma compartida entre el Hospital y la alumna seminarista, la cual debió aportar con dinero para financiar algunos de los recursos materiales necesarios para ello (cartulina, scotch, impresiones a color).</p> <p><b>Recursos Fungibles:</b> El Hospital aportó con todos los recursos fungibles, siendo la disponibilidad de una sala para el desarrollo de todas las sesiones una fortaleza de la U.M.E, para la implementación del proyecto, debido a que cuenta con buena iluminación y se encuentra dentro de la U.M.E. Además de que estará disponible para todas las sesiones.</p> <p><b>Recursos Financieros:</b> Los recursos fungibles, fueron aportados en forma compartida entre el Hospital y la alumna seminarista quién aportó con galletas para el “café”, la institución aportó con el café, azúcar, vasos, manteles, hervidor eléctrico, platos y cucharas.</p>

## REGISTRO DE EJECUCIÓN

### PROYECTO N° DOS.

#### “SER FAMILIA EN LA ADVERSIDAD, SE PUEDE”.

**Objetivo general:**

“Psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrico severa”.

Fase dos: Ejecución	
Nombre de la sesión	<i>“Mitos y Estigmas de la Enfermedad Mental”.</i>
N° de sesión	Sesión Tres
Lugar	Dependencias Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Fecha	10 de Abril de 2007
Tiempo	15:30 – 17:30.
Responsables	Alumna Seminarista
Objetivo Específico	1.- Incorporar nuevo conocimiento a los "Familiares responsables" de los pacientes, en relación a la Patología Psiquiátrica Severa.
Objetivo de la Sesión	1. Repensar la enfermedad desde una perspectiva histórica cultural.
Actividades	<p>Expositor: Alumno en práctica de antropología.</p> <p>Actividad 1: Presentación: se presenta el expositor de la sesión y se recuerda el tema que será abordado.</p> <p>Actividad 2: “La Marca”:</p> <p>Se entregan contenidos, sobre el estigma, integrados a la experiencia desde 3 ejes, desde los que proviene la estigmatización.</p> <p>a) Persona (paciente), b) Familia, c) Sociedad.</p> <p>Se dió una perspectiva histórica, cultural del estigma, para luego “aterrizarlo” a los 3 ejes señalados. Y en particular en la Familia.</p> <p><b>Familia:</b></p> <p>La familia es uno de los principales agentes de estigmatización, pero muchas veces no se dan cuenta. Cuando le quitamos sus roles dentro de la familia le decimos indirectamente “tu no eres capaz”.</p> <p>Además, se considera que cualquier “arrebato” es síntoma de su enfermedad, marcándolo como agresivo y peligroso, debido a la enfermedad mental que el paciente tiene.</p> <p>Actividad 3: “Reflejo” se genera discusión en torno al tema.</p> <p>En esta actividad se les pidió a los participantes que expresen sus experiencias en torno al tema.</p> <p>Luego la actividad se centró en lograr que los pacientes se reflejaran como</p>

	<p>familia en la información presentada, y lograran reflexionar sobre ello.</p> <p>A la vez se les pidió que pensarán que podrían hacer ellos para cambiar la situación analizada.</p> <p><b>Actividad 4: Conclusión</b></p> <p>Finalmente gracias al trabajo realizado sobre los significados construidos por ellos mismos como familia, permitió que encontraran soluciones al tema presentado.</p> <p>En cuanto a la Estigmatización realizada por la propia familia, se consideró que una forma de evitarla era creyendo en ellos atribuyéndole roles en la familia.</p> <p>Además de desligar la atribución de otras características negativas al paciente, como la agresión, por el solo hecho de padecer una enfermedad psiquiátrica Severa.</p> <p>Esto se logró a través de la reflexión en sus propias experiencias guiadas por la exposición, lo cual llevó a generar soluciones mediante la discusión grupal, la cual logra que las personas internalicen la nueva visión, debido a que surgieron a través del intercambio de opiniones.</p>
<b>Técnicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dinámicas de Presentación y Conocimiento</li> <li>-Expositiva.</li> <li>- Reflexiva</li> <li>-Discusión grupal.</li> </ul> <p><b>Evaluación:</b></p> <p>En relación al uso de las técnicas se considera que estas fueron las apropiadas, para lograr los objetivos de la sesión.</p>
<b>Evaluación de contexto</b>	<p><b>Ajuste Cronológico:</b></p> <p>En relación al tiempo de duración de la actividad se logro medianamente, ya que la actividad estaba programada para empezar a las 15:00 y se inició a las 15:30, debido a que la mayoría de los participantes llegó atrasado, esto debido a la distancia de sus casas con el centro hospitalario, sumado a esto el sexo de los participantes es mujer, por lo que deben atender actividades propias de sus hogares antes de dirigirse al hospital, por esto se acordó con ellos empezar 30 minutos más tarde de ahí en adelante.</p> <p>La duración de la sesión se extendió a dos horas, debido a la necesidad vista en la primera sesión por concluir bien cada actividad.</p> <p>En cuanto al cronograma, la actividad comenzó en el tiempo programado de acuerdo al programa.</p> <p><u><i>Decisión de implementación:</i></u></p> <p>La alumna al evaluar los retrasos producidos en la llegada de los participantes a la sesión, en base al estándar de repetirse lo sucedido en la</p>

	<p>sesión anterior, de un periodo superior a 10 minutos se preguntó a los participantes sobre los motivos de los retrasos y se les invitó a proponer soluciones para que los atrasos no se repitan.</p> <p>En relación a lo anterior la alumna decidió modificar el horarios de inicio de las sesiones desde las 15:00 a las 15:30, sufriendo una variación de treinta minutos en el horario de inicio, frente a lo que los participantes se mostraron satisfechos.</p>
<p><b>Evaluación de Insumos</b></p>	<p><b>Suficiencia:</b></p> <p><b>Recursos Humanos:</b></p> <p>En relación a los recursos humanos se contó con la participación de todos, en esta sesión al igual que la anterior se debe resaltar la importancia del compromiso de los expositores en relación a participar en las sesiones</p> <p><b>Recursos Materiales:</b></p> <p>Los materiales se obtuvieron en forma compartida entre el Hospital y la alumna seminarista, la cual debió aportar con dinero para financiar algunos de los recursos materiales necesarios para ello (cartulina, scotch, impresiones a color).</p> <p><b>Recursos Fungibles:</b></p> <p>Los recursos fungibles, fueron aportados en su totalidad por la institución.</p> <p><b>Recursos Financieros:</b></p> <p>Los recursos financieros destinados a los comestibles, se obtuvieron en forma compartida entre el Hospital y la alumna seminarista, la cual debió aportar con dinero para financiar algunos de los recursos destinados a la actividad del “café”, necesarios para ello (galletas).</p>
<p><b>Evaluación del proceso</b></p>	<p><b>Contenidos:</b></p> <p>Se consideran entendidos los contenidos, debido a que se incorporan en las reflexiones de los familiares.</p> <p><b>Participación:</b></p> <p>La participación en las sesiones sigue buena, las personas escuchan atentamente, lo cual se evidencia a través de las sesiones, ya que luego de los espacios de exposición se da tiempo para reflexionar y expresar sus dudas, relatar experiencias de su vida que se relacionen con los temas tratados, todo lo cual logran realizar satisfactoriamente.</p> <p>El grupo en cuanto a su tamaño se mantiene estable.</p> <p>Se considera que la participación se logró gracias a la correcta selección de las técnicas y manejo de ellas.</p> <p><b>Asistencia:</b></p> <p>Se logró en un 67% la asistencia de los participantes.</p>

## REGISTRO DE EJECUCIÓN.

### PROYECTO NÚMERO 2:

#### “SER FAMILIA EN LA ADVERSIDAD, SE PUEDE”.

**Objetivo General:** “Psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrica severa”.

Fase dos: Ejecución	
Nombre de la sesión	<i>“Conociendo la enfermedad de mi familiar”</i>
N de la sesión	Sesión Cuatro
Fecha	el 2007
Lugar	Dependencias Hospital Psiquiátrico del Salvador
Tiempo	2 horas
Responsables	Alumna Seminarista
Objetivo Específico	1.- Incorporar nuevo conocimiento a los "Familiares responsables" de los pacientes, en relación a la Patología Psiquiátrica Severa
Objetivo de la sesión	1. Entregar información acerca del diagnóstico personal de los pacientes. 2.-Entregar información acerca de la evolución de la enfermedad 3.-Entregar información acerca del pronóstico de la enfermedad
Actividades	Expositor: Psicóloga. Actividad 1: “Recordando para continuar” -Se entregó resumen de la sesión anterior -Se presentó el expositor de la sesión y se recuerda el tema que será abordado. Actividad 2: “Mapeo conductual” - Se solicitó a los participantes que piensen en las conductas observadas a lo largo del tiempo que son anormales en el paciente. Estas conductas fueron anotadas en la pizarra, dentro de ellas se pudieron identificar síntomas positivos y negativos, lo que permitió hablar de los delirios y alucinaciones Actividad 3: “Hasta que punto enganchar”, exposición del psicólogo <u>Contenido:</u>

	<p>- Diagnóstico</p> <p>- Pronóstico y evolución de la patología</p> <p>Para esto la profesional se basó en la discusión de la actividad numero 2; Aportando con esto a la desmitificación de los significados de las familias.</p> <p>En cuanto a los delirios y alucinaciones, se les enfatizó a las familias que no deben seguirle el juego, porque contribuyen a alterar aún más el juicio de realidad del pacientes, es por esto que se les incitó a que ellos como cuidadores deben apoyar a su familiar en la rehabilitación, ya que el tipo de familia incide en como los síntomas del paciente son detectados a tiempo para evitar una descompensación, y de cómo la familia puede influir en la evolución de la enfermedad.</p> <p><b>Conclusión:</b> Los familiares lograron conocer la enfermedad en cuanto a su diagnóstico, síntomas y evolución y reconocer la importancia de que ellos estén concientes de esto para poder apoyar al paciente.</p> <p>Además ellos concluyeron que sus dinámicas familiares también tensionaban a los pacientes actuando como gatillante de crisis, lo que fue validado por la psicóloga, dándole así nuevamente al igual que en las otras sesiones un rol protagónico a las familias.</p>
<b>Técnicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexiva</li> <li>-Discusión grupal.</li> <li>- Expositiva.</li> <li>- Apoyo discusión y guía.</li> </ul>
<b>Evaluación de contexto</b>	<p><b>Ajuste Cronológico:</b></p> <p>La sesión se realizó en el tiempo programado en cuanto a su duración y fecha estimada en la Carta Gantt.</p>
<b>Evaluación del proceso</b>	<p><b>Participación:</b></p> <p>La participación sigue buena, ya que los familiares han sido capaces de integrar contenidos de sesiones anteriores a las reflexiones realizadas en la sesión actual, es por esto que se considera que las técnicas son las apropiadas y han contribuido al buen desempeño del taller.</p> <p>Se debe destacar que se incorporó un nuevo miembro al grupo, se permitió su incorporación debido a que esta sesión retomaban elementos de las dos sesiones anteriores, además de que al entregarse por cada sesión un resumen de los temas tratados esto</p>

	<p>le permitía avanzar rápidamente hasta los progresos del grupo.</p> <p><b>Contenidos:</b></p> <p>Se consideran entendidos los contenidos, debido a que se incorporan en las reflexiones de los familiares</p> <p><b>Asistencia:</b></p> <p>Se logró en un 67% la asistencia de los participantes.</p>
<p><b>Evaluación de Insumos</b></p>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>La alumna destaca la importancia del compromiso del recurso humano con el proyecto, ya que sin los profesionales, la realización del taller no sería posible.</p> <p><b>Materiales:</b></p> <p>Se contó con todos los recursos necesarios, los que fueron aportados en parte por la institución, ya que la alumna debió llevar scotch y cartulina.</p>

## REGISTRO DE EJECUCIÓN.

### PROYECTO NÚMERO 2:

#### “SER FAMILIA EN LA ADVERSIDAD, SE PUEDE”.

**Objetivo General:** “Psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrico severa”.

Fase dos: Ejecución	
Nombre de la sesión.	<i>“La doble incapacidad”</i>
N de sesión	Sesión cinco
Fecha	24 de Abril 2007
Lugar	Dependencias del Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Tiempo	2 horas
Responsables	Alumna Seminarista
Objetivo Específico	1.- Concientizar a las familias que presentan un miembro de ella con trastorno Psiquiátrico Severo, en proveer un rol al paciente en la familia.
Objetivo de la sesión	1.- Entregar información acerca de las capacidades de los pacientes ( se utilizaran diagnósticos médicos de cada paciente, entregar información de cada caso) 2.- Informar sobre las actividades que los pacientes realizan en la U.M.E. 3.- Lograr que los participantes reconozcan la capacidad de realizar tareas de los pacientes y valoren la necesidad de tener un rol en el hogar
Actividades	Expositor: Terapeuta ocupacional. Actividades 1: “Presentación”: - Entrega resumen de la sesión anterior -Se presenta el expositor de la sesión y se recuerda el tema que será abordado. Actividad 2: Expositiva: La Terapeuta Ocupacional de la U.M.E. expone sobre los contenidos expuestos a continuación. Contenido: -Importancia de la rehabilitación y sus actores: institución de rehabilitación, Paciente, Familia.

- Capacidades del paciente Psiquiátrico (Modelo de rehabilitación psicosocial de Liberman).

- Capacidad específica de cada paciente. (información recabada mediante encuesta BELS, que mide las habilidades para la vida diaria, en cuanto a autocuidado, domésticas, y comunitarias).

Actividad 3: Repensando las capacidades de mi familiar.

Momento 1: "Lluvia de ideas";

Luego de la exposición se les preguntó a los "familiares responsables" ¿Qué es capaz de hacer su familiar?, y ¿Qué rol tiene el paciente en el hogar?

De lo cual se desprendió lo esperado tras los resultados de la investigación, ya que no se le consideraban muchas capacidades al paciente y no se le identificaba ningún rol instrumental en la familia, finalmente solo lograron atribuirle un rol relacionado con la compañía y la entrega de afectos. No obstante esto sirvió para considerarlos como un elemento desestresor de las familias y no al contrario como se veía en la fase diagnóstica de la tesis.

Momento 2: "Con el abanico más amplio"

Los participantes conversaron en torno al tema y propusieron formas de integrar al paciente en la familia reconociendo que ellos como familia tendía a aislarlo sin entregarle espacios dentro de ella.

Sin embargo, había que explicarles a estas familias que sentían que lo han intentado todo, como lograr estos nuevos objetivos, para ellos se les explicaron las estrategias utilizadas por el Hospital para ello.

Actividad 4: "Qué hace el Hospital para lograrlo":

Exposición de las estrategias de la U.M.E para lograr la funcionalidad de los pacientes.

Los familiares manifestaron que lograr entregar un espacio al paciente en la familia, dependía del tipo de familia, ya que se requería ser autoritarios en varios aspectos para lograr el objetivo, mientras que los familiares señalaban que en su mayoría eran "blandos" como padres.

Actividad 5: Papel familiar.

Importancia de la familia en afirmar lo aprendido, dándole roles en la familia.

Finalmente se enfatizó en la importancia de la familia para que el paciente se rehabilite.

<b>Técnicas</b>	<p>-Dinámicas de Presentación.</p> <p>-Audiovisual</p> <p>- Reflexiva</p> <p>-Discusión grupal.</p> <p>- Expositiva.</p> <p>- Apoyo discusión y guía.</p>
<b>Evaluación de contexto</b>	<p><b>Ajuste Cronológico:</b></p> <p>La sesión se prolongó durante el tiempo programado y se realizó en la fecha estimada para ello.</p> <p>El cambio de horario en el inicio de la sesión demostró ser positivo para la asistencia, y el cumplimiento de la puntualidad de las familias.</p>
<b>Evaluación del proceso</b>	<p><b>Participación:</b></p> <p>Los participantes escuchan atentamente, expresan dudas, aportan reflexiones.</p> <p>En esta sesión se evidenció la duda en cuanto al aporte real de los medicamentos, ya que ellos consideraban que no les servían realmente, y que a veces estaban peor. En relación a esta inquietud se decidió incluir una sesión que trate el tema de la importancia de los medicamentos, en los que se verá la utilidad de los medicamentos en el tratamiento que recibe el paciente, efectos colaterales, y la tolerancia que se crea a ellos, con lo que se aclararán las dudas de los familiares, con el objeto de mejorar la adherencia en el tratamiento farmacológico.</p> <p><u>Decisión de implementación:</u></p> <p>Considerando las inquietudes de los familiares, que nos indican que la adherencia al tratamiento farmacológico podría fallar, debido a la falta de conocimiento en cuanto a la utilidad de los medicamentos que toma el paciente, se decidió que se incluirá una sesión más al proyecto, la que tratará este tema específico.</p> <p>En relación a lo anterior se considerará la presencia de un enfermero que guía el encuentro, esperando con ello contribuir al logro de los objetivos del proyecto, y finalmente del programa.</p> <p><b>Contenidos:</b></p> <p>Los participantes demuestran que comprenden los temas tratados, ya que incorporan lo aprendido en sesiones anteriores a la actual sesión, como el manejo de conceptos (descompensación).</p> <p><b>Asistencia:</b></p> <p>La asistencia se logró con un 78%.</p>

	<p><u>Decisión de implementación:</u></p> <p>Considerando las inquietudes de los familiares, que nos indican que la adherencia al tratamiento farmacológico podría fallar, debido a la falta de conocimiento en cuanto a la utilidad de los medicamentos que toma el paciente, se decidió que se incluirá una sesión más al proyecto, la que tratará este tema específico.</p> <p>En relación a lo anterior se considerará la presencia de un enfermero que guía el encuentro, esperando con ello contribuir al logro de los objetivos del proyecto, y finalmente del programa.</p>
<p><b>Evaluación de Insumos</b></p>	<p><b>Suficiencia:</b></p> <p><b>Recursos Humanos:</b></p> <p>En relación a los recursos humanos se contó con la participación de todos, en esta sesión al igual que la anterior se debe resaltar la importancia del compromiso de los expositores en relación a participar en las sesiones</p> <p><b>Recursos Materiales:</b></p> <p>Se contó con todos los recursos necesarios, los que fueron aportados por la institución.</p> <p><b>Recursos Fungibles:</b></p> <p>Los recursos fungibles, fueron aportados en su totalidad por la institución.</p> <p><b>Recursos Financieros:</b></p> <p>Los recursos financieros destinados a los comestibles, se obtuvieron en forma compartida entre el Hospital y la alumna seminarista, la cual debió aportar con dinero para financiar algunos de los recursos destinados a la actividad del “café”, necesarios para ello (galletas).</p>

## REGISTRO DE EJECUCIÓN.

### PROYECTO NÚMERO 2:

#### “SER FAMILIA EN LA ADVERSIDAD, SE PUEDE”.

**Objetivo General:** “Psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrica severa”.

Fase dos: Ejecución	
Nombre de la sesión.	<i>¿Porqué tantos medicamentos?... a veces siento que no sirven de nada.</i>
N de sesión	Sesión Sexta
Fecha	8 de Mayo 2007
Lugar	Dependencias del Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Tiempo	2 horas
Responsables	Alumna Seminarista
Objetivo Específico	1.- Incorporar nuevo conocimiento a los “familiares responsables” de los pacientes, relación a la patología psiquiátrica severa.
Objetivo de la sesión	1.- Lograr que los familiares responsables conozcan la utilidad de cada medicamento que consumen los pacientes. 2.- Lograr que los familiares responsables comprendan que los medicamentos no son los mismos para todos los pacientes.
Actividades	Actividad 1: “Conociendo la utilidad del medicamento”: La enfermera realizó una exposición basándose en una lista realizada por un técnico paramédico, en la cual se indicaban los nombres de los medicamentos que cada paciente consume. La enfermera explicó el nombre de la gran familia de medicamentos “antipsicóticos”, y luego los dividió por su modernidad en clásicos y atípicos. Luego se habló de la importancia de seguir el tratamiento, y del nivel mejorado que estos tienen hoy en día; No obstante, se explicó que estos medicamentos producen efectos colaterales indeseados, los que requieren ser tratados a través de otros remedios. En relación a lo anterior surge la siguiente actividad.  Actividad 2: “Plenario, ¿Qué reconoce usted en los pacientes, que pudiese ser un efecto colateral?”

	<p>En este momento, los participantes nombraron efectos no deseados identificados por ellos en los pacientes como por ejemplo: rigidez del cuerpo, sequedad de la boca, movimiento de los ojos hacia arriba, y sed excesiva.</p> <p>En esta actividad todos los participantes nombraron efectos que ellos reconocían, lo que permitió hacer más fluida la conversación, además de que demostró que se estaba interiorizando los contenidos entregados.</p> <p>La enfermera complementó la información manejada por los participantes, señalando específicamente la conducta que pretendía reducir, y el medicamento “antipsicótico” que los produce.</p> <p>Actividad 3: “El equilibrio perfecto”</p> <p>Momento 1: “Mi papel frente a los medicamentos”.</p> <p>Finalmente, se llevó a los familiares a reflexionar en la importancia de tomarse todos los medicamentos, entendiendo el aporte de cada uno de ellos al paciente.</p> <p>Todos los participantes, entendieron la importancia de los medicamentos y las dosis que a veces para ellos eran inexplicables.</p> <p>Momento 2: “Cómo dar los medicamentos sin que sea un dolor de cabeza”</p> <p>Se dieron estrategias para el suministro de medicamentos y consejos en relación al contexto de esta actividad, es decir la compañía de comidas, suspensión de consumo de cafeína (café, coca-cola, té, etc),</p>
<b>Técnicas</b>	<p>Expositiva</p> <p>Discusión grupal</p> <p>Reflexión</p>
<b>Evaluación del contexto</b>	<p><b>Ajuste Cronológico:</b></p> <p>La sesión se prolongó durante el tiempo programado y se realizó en la fecha estimada para ello.</p>
<b>Evaluación del proceso</b>	<p><b>Participación:</b></p> <p>Los participantes escuchan atentamente, expresan dudas, aportan reflexiones.</p> <p>En esta sesión los familiares lograron aclarar sus dudas en cuanto al aporte real de los medicamentos, ya que ellos consideraban que no les servían realmente, y que a veces les hacían mal a los pacientes.</p>

	<p>Los familiares comprendieron la utilidad de los medicamentos, sus efectos secundarios, el papel de ellos en el éxito del tratamiento farmacológico y la gran incertidumbre acerca de la cantidad de pastillas que debían ser ingeridas por los pacientes, ya que a veces eran consideradas excesivas.</p> <p><b>Contenidos:</b></p> <p>Se comprueba que comprenden los temas tratados, ya que incorporan lo aprendido en sesiones anteriores a la actual sesión, se escuchó en varias ocasiones que los familiares consideraban necesario ser más autoritarios con sus hijos en lo referente a la ingesta de los medicamentos.</p> <p>Los temas relacionados con la forma de tratar al miembro de la familia que padece un trastorno psiquiátrico severo, se trato en la cuarta sesión.</p> <p><b>Asistencia:</b></p> <p>La asistencia se logró con un 78%.</p>
<p><b>Evaluación de Insumos</b></p>	<p><b>Suficiencia:</b></p> <p><b>Recursos Humanos:</b></p> <p>En relación a los recursos humanos se contó con la participación de todos, en esta sesión al igual que la anterior se debe resaltar la importancia del compromiso de los expositores en relación a participar en las sesiones</p> <p><b>Recursos Materiales:</b></p> <p>Se contó con todos los recursos necesarios, los que fueron aportados por la institución.</p> <p><b>Recursos Fungibles:</b></p> <p>Los recursos fungibles, fueron aportados en su totalidad por la institución.</p> <p><b>Recursos Financieros:</b></p> <p>Los recursos financieros destinados a los comestibles, se obtuvieron en forma compartida entre el Hospital y la alumna seminarista, la cual debió aportar con dinero para financiar algunos de los recursos destinados a la actividad del “café”, necesarios para ello (galletas).</p>

## REGISTRO DE EJECUCIÓN.

### PROYECTO NÚMERO 2:

#### “SER FAMILIA EN LA ADVERSIDAD, SE PUEDE”.

**Objetivo General:** “Psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrico severa”.

Fase dos: Ejecución	
Nombre de la sesión	<i>“La carga emotiva del familiar responsable”.</i>
N de sesión	Sesión Séptima
Lugar	Dependencias del Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Fecha	15 de Mayo 2007
Tiempo	2 horas
Responsables	Alumna Seminarista
Objetivo Específico	Generar una instancia de reflexión respecto a la carga que implica el cuidar a un paciente psiquiátrico severo.
Objetivo de la sesión	1.- Identificar la vivencia actual del “familiar responsable”, con el paciente. 2.- Identificar impacto de la vivencia en la relación, destacando las potencialidades de las familias.
Actividades	Actividad N° 1: “¿Qué es la emoción?” Se entregó una tarjeta a cada participante, en la cual debían contestar dos preguntas: 1.- ¿Qué sienten cuando ven al paciente? (en este momento). 2.- ¿Esta emoción cómo ha influido en mi relación con el paciente? Los “familiares responsables” entienden bien la dinámica, y se conectan con sus emociones, logrando identificar que les provoca la convivencia con un paciente psiquiátrico severo, luego de esto, la psicóloga de la U.M.E. llevó a los “familiares responsables”, a reflexionar en torno al impacto que esta emoción provoca en la relación entre los referidos. En relación a lo anterior cabe destacar que los “F.R.” consideraban que sentían tristeza, alegría y tranquilidad, dependiendo de las expectativas que tenían en torno a los logros del paciente en los procesos de rehabilitación que estos

	<p>emprendían cuando estaban Hospitalizados; Esta identificación permitió que los participantes, en un segundo momento fueran capaces de reflexionar en torno al impacto que esto había tenido en la relación que ellos mantienen en la convivencia del hogar.</p> <p>Las personas que trataban a los pacientes con tristeza, les cuesta relacionarse con los pacientes, ya que los miran como seres vulnerables, destacando sus deficiencias en el trato, generándose sobreprotección en la relación parental.</p> <p>En las relaciones que predomina la alegría, la relación se caracteriza por el apoyo que el “familiar responsable” entrega al paciente, acción que realizan con buena disposición, debido a la emoción positiva que embarga a los referidos.</p> <p>En cuanto a la tranquilidad que se manifiesta en la relación, esta provoca calma en la relación ayudando al buen desarrollo de la comunicación entre “familiar responsable” y paciente, además se apoya al paciente para su buen desempeño en su hogar.</p> <p>En conclusión, la actividad permitió que los “familiares responsables” reflexionaran sobre la importancia de la “emoción” en la posterior actitud del referido al paciente, lo que se manifiesta en como influye esta emoción en la relación.</p>
<b>Técnicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dinámicas de Presentación y Conocimiento</li> <li>- Reflexiva</li> <li>-Discusión grupal.</li> <li>-Expositiva.</li> </ul>
<b>Evaluación del Contexto</b>	<p><b>Ajuste Cronológico:</b></p> <p>La sesión se prolongó durante el tiempo programado y se realizó en la fecha estimada para ello.</p>
<b>Evaluación de Insumos</b>	<p><b>Suficiencia:</b></p> <p><b>Recursos Humanos:</b></p> <p>En relación a los recursos humanos se contó con la participación de todos, en esta sesión al igual que la anterior se debe resaltar la importancia del compromiso de los expositores en relación a participar en las sesiones</p> <p><b>Recursos Materiales:</b></p> <p>Se contó con todos los recursos necesarios, los que fueron aportados por la institución, el CD de música de relajación necesario fue aportado por la psicóloga.</p>

	<p><b>Recursos Fungibles:</b></p> <p>Los recursos fungibles, fueron aportados en su totalidad por la institución.</p> <p><b>Recursos Financieros:</b></p> <p>Los recursos financieros destinados a los comestibles, se obtuvieron en forma compartida entre el Hospital y la alumna seminarista, la cual debió aportar con dinero para financiar algunos de los recursos destinados a la actividad del “café”, necesarios para ello (galletas).</p>
<p><b>Evaluación del proceso</b></p>	<p><b>Participación:</b></p> <p>Los participantes escuchan atentamente, expresan dudas, aportan reflexiones, y se comprueba que comprenden los temas tratados, ya que incorporan lo aprendido en otras sesiones a la actual sesión, como el manejo de conceptos.</p> <p><b>Contenidos:</b></p> <p>Los participantes logran los objetivos de la sesión, gracias a que comprendieron los conceptos tratados como la “emoción”, lo que permitió que las personas relacionaran el tema expuesto con sus experiencias personales, lo que demostró que los contenidos sesión a sesión se han incorporado en los participantes.</p> <p><b>Asistencia:</b></p> <p>La asistencia se logró con un 78%.</p>

## REGISTRO DE EJECUCIÓN.

### PROYECTO NÚMERO 2:

#### “SER FAMILIA EN LA ADVERSIDAD, SE PUEDE”.

**Objetivo General:** “Psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrico severa”.

Fase dos: Ejecución	
Nombre de la sesión.	<i>“Mi familia cambió”</i>
N de la sesión	Sesión Ocho
Fecha	22 de Mayo 2007
Lugar	Dependencias del Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Tiempo	2 horas
Responsables	Alumna Seminarista
Objetivo Específico	Generar una instancia de reflexión respecto a la carga que implica el cuidar a un paciente psiquiátrico severo.
Objetivo de la sesión	1.- Lograr que los “familiares responsables” identifiquen que cambios se provocaron en la familia. 2.- Generar un espacio de reflexión entre los participantes, en relación a los cambios experimentados por la familia, para eliminar al chivo expiatorio.
Actividades	Actividad 1: Presentación Se entrega resumen de la sesión anterior. Luego se presenta al expositor de la sesión y se recuerda el tema que será abordado. Actividad 2: “ Mi reflejo” Para retomar la sesión anterior se realizó una actividad reflexiva, que tenía como fin crear un ambiente emotivo, para poder conectarse emocionalmente con la experiencia familiar, sin olvidarse del autocuidado que como “familiar responsable”, se debe tener. Se puso una música relajante, y se habló de la importancia del autocuidado del “cuidador” del paciente, por lo que se les pidió que pensarán en la persona que en este proceso había quedado de lado, aquella persona a la que habíamos dejado de lado, con quién ya no salíamos a recrearnos. Para lo anterior se les dejo 5 minutos para que reflexionaran.

	<p>Luego, se les invitó a pasar uno por uno, a una mesa que se encontraba alejada del grupo cuyas sillas estaban en posición de media Luna. Las personas, debían sentarse frente a esta mesa y abrir una caja que se encontraba sobre la mesa, donde encontrarían un espejo, lo que las llevaría a darse cuenta, de que era de ellas de quienes no debían olvidarse.</p> <p>Actividad 3: Exposición:</p> <p>Luego del momento de reflexión, la alumna seminarista y el Asistente Social de la U.M.E., realizaron una exposición en cuanto a los siguientes contenidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Concepto de familia.</li> <li>2.-Etapas del ciclo vital</li> <li>3.-Estructura Familiar</li> <li>4.- Crisis.</li> <li>5.- Relación Familia- Enfermedad</li> </ol> <p>Actividad 4: Epitafios.</p> <p>Se pegaron en la pared epitafios, los que graficaban los cambios producidos en la U.M.E., basados en extractos de las citas analizadas en la tesis.</p> <p>Las familias debían caminar por la sala y ver con que epitafio se identificaban, luego de elegir uno de los letreros, debían volver a sus asientos.</p> <p>En base a la exposición y a las citas expuestas en los epitafios, las familias reflexionaron, dándose cuenta de que sus familias se habían afectado por la enfermedad del paciente, pero no por la enfermedad per se, sino por los significados que los “familiares responsables” atribuyeron a la enfermedad.</p> <p>Finalmente, las familias concluyeron, que la familia no había cambiado únicamente por la presencia de un miembro que padece de una patología psiquiátrica severa, sino también por las crisis propias del ciclo vital familia.</p>
<b>Técnicas.</b>	<p>Expositiva</p> <p>Reflexiva</p> <p>Conversación grupal</p> <p>Apoyo, educación y guía.</p>
<b>Evaluación del contexto</b>	<p><b>Ajuste Cronológico:</b></p> <p>La sesión se prolongó durante el tiempo programado y se realizó en la fecha estimada para ello.</p>

<p><b>Evaluación del proceso</b></p>	<p><b>Participación:</b></p> <p>Las personas asistentes participaron activamente en las actividades, logrando incorporar los diferentes contenidos tratados en las sesiones, a la temática actual.</p> <p><b>Contenidos:</b></p> <p>Las familias lograron identificar los cambios ocurridos en sus familias y comprendieron los contenidos tratados, permitiéndoles reflexionar en torno al tema.</p> <p><b>Asistencia:</b></p> <p>La asistencia se logró con un 67%.</p>
<p><b>Evaluación de Insumos</b></p>	<p><b>Suficiencia:</b></p> <p><b>Recursos Humanos:</b></p> <p>En relación a los recursos humanos se contó con la participación de todos, en esta sesión al igual que la anterior se debe resaltar la importancia del compromiso de los expositores en relación a participar en las sesiones</p> <p><b>Recursos Materiales:</b></p> <p>Se contó con todos los recursos necesarios, los que fueron aportados por la institución.</p> <p><b>Recursos Fungibles:</b></p> <p>Los recursos fungibles, fueron aportados en su totalidad por la institución.</p> <p><b>Recursos Financieros:</b></p> <p>Los recursos financieros destinados a los comestibles, se obtuvieron en forma compartida entre el Hospital y la alumna seminarista, la cual debió aportar con dinero para financiar algunos de los recursos destinados a la actividad del “café”, necesarios para ello (galletas).</p>

## REGISTRO DE EJECUCIÓN.

### PROYECTO NÚMERO 2:

#### “SER FAMILIA EN LA ADVERSIDAD, SE PUEDE”.

**Objetivo General:** “Psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrico severa”.

Fase dos: Ejecución	
Nombre de la sesión	<i>“Mi red de apoyo a la salud mental”</i>
N de la sesión	Sesión Nueve
Fecha	17 de Abril 2007
Lugar	Dependencias del Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Tiempo	2 horas
Responsables	Alumna Seminarista Asistente Social Terapeuta Ocupacional
Objetivo Específico	Incorporar nuevo conocimiento a los “familiares responsables” de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa.
Objetivo de la sesión	1.- Lograr que los “familiares responsables”, conozcan la red de integración comunitaria de salud mental. 2.- Lograr que los “familiares responsables”, identifiquen que dispositivo comunitario se corresponde con el perfil de su familiar.
Actividades	Actividad 1: “yo y mi red de salud mental” El Asistente Social y la Terapeuta Ocupacional, presentan la red de integración comunitaria a los familiares. Contenidos: 1.-Cambio de Modelo de atención en salud mental. 2.-Atención Primaria 3.- Atención secundaria y Terciaria. 4.-Dispositivos destinados a la Rehabilitación de tipo I y II.  Actividad 2: Plenario. Los familiares reflexionaron en torno al tema, para lo que se les preguntó que dispositivo consideraban que serviría para su familiar, en lo que todos los participantes tuvieron opinión, las

	<p>que fueron bastante acertadas en relación al perfil de los centros.</p> <p>En relación a lo anterior, los profesionales aclararon que perfiles acoge cada centro.</p> <p>Finalmente, la alumna seminarista para reforzar la información hizo algunas preguntas frecuentes, en relación a costos del servicio y forma de ingreso, información que fue aportada por los profesionales, esto sirvió para complementar la información entregada y motivar la aparición de nuevas inquietudes en los familiares, acción que sirvió para revitalizar la conversación.</p> <p>Los familiares manifestaron que no conocían la red, por ende no estaban al tanto de su importancia en el proceso de rehabilitación psicosocial de los pacientes y su impacto en la mantención del tratamiento y reducción de recaídas.</p> <p><b>Conclusión:</b> En relación a lo anteriormente expuesto la sesión se considera un real aporte en cuanto a entrega de herramientas a los “familiares responsables” para mejorar la contención familiar y disminuir las recaídas, siendo este otro paso importante, para reducir los llamados pacientes “puerta giratoria”.</p>
<b>Técnicas</b>	<p>Dinámica de presentación</p> <p>Expositiva</p> <p>Discusión grupal</p>
<b>Evaluación del contexto</b>	<p><b>Ajuste Cronológico:</b></p> <p>La sesión se prolongó durante el tiempo programado y se realizó en la fecha estimada para ello.</p>
<b>Evaluación de Insumos</b>	<p><b>Suficiencia:</b></p> <p><b>Recursos Humanos:</b></p> <p>En relación a los recursos humanos se contó con la participación de todos, en esta sesión al igual que la anterior se debe resaltar la importancia del compromiso de los expositores en relación a participar en las sesiones</p> <p><b>Recursos Materiales:</b></p> <p>Se contó con todos los recursos necesarios, los que fueron aportados por la institución.</p> <p><b>Recursos Fungibles:</b></p> <p>Los recursos fungibles, fueron aportados en su totalidad por la institución.</p> <p><b>Recursos Financieros:</b></p> <p>Los recursos financieros destinados a los comestibles, se</p>

	<p>obtuvieron en forma compartida entre el Hospital y la alumna seminarista, la cual debió aportar con dinero para financiar algunos de los recursos destinados a la actividad del “café”, necesarios para ello (galletas).</p>
<p><b>Evaluación del proceso</b></p>	<p><b>Participación:</b>  Las personas asistentes participaron activamente en las actividades, logrando incorporar los diferentes contenidos tratados en las sesiones, a la temática actual.</p> <p><b>Contenidos:</b>  Las familias lograron identificar la red de salud mental que existe en sus comunidades, e incluso reflexionaron sobre que dispositivos de la red podría servirle al paciente.  Además comprendieron los contenidos tratados, permitiéndoles reflexionar en torno al tema.</p> <p><b>Asistencia:</b>  La asistencia se logró con un 78%.</p>

## REGISTRO DE EJECUCIÓN.

### PROYECTO NÚMERO 2:

#### “SER FAMILIA EN LA ADVERSIDAD, SE PUEDE”.

**Objetivo General:** “Psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrico severa”.

Fase Tres: Evaluación	
Nombre de la sesión	<i>“Se hizo camino al andar”.</i> <sup>23</sup>
N de la sesión	Sesión diez
Fecha	29 de Mayo 2007
Lugar	Dependencias del Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Tiempo	2 horas
Responsables	Alumna Seminarista El equipo de profesionales de la U.M.E.
Objetivo Específico	Evaluar con los beneficiarios del proyecto el producto de la intervención llevado a cabo en las sesiones, después de la intervención.
Objetivo de la sesión	1.- Realizar un Focus Group, para recoger las impresiones de los participantes en torno al taller. 2.- Realizar un cierre al Taller.
Actividades	Actividad 1: Mesa redonda Los participantes se sentaron en torno a una mesa, donde se encuentra la alumna seminarista, quién se encargó de dirigir la conversación (Focus Grup), para que el grupo evaluara el Taller. La evaluación tuvo una duración de cuarenta minutos, la cual se pudo desarrollar en perfectas condiciones. En relación a lo anterior, se desarrolló la conversación en torno a los siguientes temas a evaluar: ¿Qué significó para ustedes el Taller?, A juicio de ustedes ¿Qué le faltó al Taller?, las siguientes preguntas específicas se realizaron solo en el caso de que alguna de estas temáticas no apareciera en las respuestas a las dos grandes preguntas anteriores: ¿Qué les parecieron los expositores?, ¿Qué podrían decir acerca de la organización del Taller?, ¿Qué pueden

<sup>23</sup> Ver Anexo 4.4 Registro Fotográfico, Sesión de cierre Programa.

	<p>decir acerca de la organización del Taller?.</p> <p>Los participantes nombraron todos los aspectos esperados, así que solo se trabajaron las dos preguntas generales.</p> <p>Actividad 2: Ceremonia de cierre.</p> <p>Luego del Focus Grup, se dió un receso a los participantes de diez minutos, tiempo durante el cual se les pidió que pusieran sus sillas en la “media luna” que estaba armada con las sillas que estaban puestas para los profesionales invitados a la sesión.</p> <p>A las 16:20 se empezó la ceremonia de cierre, primero se dio el espacio para escuchar un testimonio evaluativo de la experiencia vivida en el taller, por uno de los participantes del grupo, a los profesionales se les otorgó un espacio de presentar sus reflexiones en cuanto a lo vivido y hacer preguntas a los participantes del proyecto si lo deseaban.</p> <p>Finalmente, la alumna presentó su discurso de cierre, y en conjunto con los profesionales realizó la entrega de diplomas<sup>24</sup> y Guías de Orientación familiar<sup>25</sup> para participantes del Taller de Psicoeducación, realizados por la alumna seminarista, para el taller.</p>
<b>Técnicas</b>	<p>Focus Group</p> <p>Relexiva</p>
<b>Evaluación del contexto</b>	<p><b>Ajuste Cronológico:</b></p> <p>La sesión se prolongó durante el tiempo programado y se realizó en la fecha estimada para ello.</p>
	<p><b>Suficiencia:</b></p> <p><b>Recursos Humanos:</b></p> <p>En relación a los recursos humanos se contó con la participación de todos, en esta sesión al igual que la anterior se debe resaltar la importancia del compromiso de los expositores en relación a participar en las sesiones.</p> <p>Asistieron todos los participantes del Taller. Gracias al alto nivel de asistencia, se cumplió a cabalidad el objetivo de evaluar el producto, además de darle término al taller.</p> <p><b>Recursos Materiales:</b></p> <p>Se contó con todos los recursos necesarios, los que fueron aportados por la institución.</p> <p><b>Recursos Fungibles:</b></p>

<sup>24</sup> Ver Anexo 3.2 Diplomas para participantes del Taller “Ser familia en la adversidad, se puede”.

<sup>25</sup> Ver Anexo 3.3 Guía de Orientación, para participantes del taller de Psicoeducación Familiar.

	<p>Los recursos comestibles, fueron aportados en forma de colaboración por la alumna seminarista y los participantes del grupo.</p> <p><b>Recursos Financieros:</b> Los recursos financieros para hacer los diplomas, impresiones, y hojas fueron aportados por la alumna seminarista, el anillado de los libros fue cancelado completamente por la Unidad de Mediana Estadía del Hospital.</p>
<p><b>Evaluación del proceso</b></p>	<p><b>Objetivos:</b> El Objetivo de evaluar se cumplió a cabalidad, gracias al buen nivel de participación de los familiares, y la comprensión de la actividad que se desarrollaría en esta sesión.</p> <p><b>Participación:</b> El nivel de participación fue excelente, todos los participantes opinaron sobre el proyecto aportando con esto a la evaluación del producto.</p> <p><b>Asistencia:</b> La asistencia fue de un 100% de asistencia.</p>

## 2.-Evaluación proyecto dos:

### “Ser familia en la adversidad, se puede”

#### 2.1.- Evaluación de los objetivos:

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Logro de objetivos:</b> Se entenderá como el Cumplimiento de los objetivos planteados previamente.
--------------------------------	---

Objetivo general: “Psicoeducar a los familiares responsables de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrica severa”.

#### Objetivos Específicos:

- Objetivo específico N° uno:

“Incorporar nuevo conocimiento a los “familiares responsables” de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa”.

Con respecto a este objetivo es posible sostener que de la sesión uno a la siete se entregaron contenidos a los participantes del proyecto, relacionados a la patología psiquiátrica severa, que favorecieron la construcción de nuevos significados en torno a la enfermedad, los que aportaron positivamente al refuerzo que se debe hacer por la familia en el tratamiento integral de ella, ya que se cumplió con la participación de la familia en el proceso de rehabilitación del paciente.

El nuevo conocimiento incorporado a los “familiares responsable”, versa sobre los siguientes contenidos: origen de la patología (multifactorialidad), mitos y estigmas de la patología psiquiátrica y sus consecuencias en la vida familiar, Diagnóstico, pronóstico y evolución de la patología (se presentan las enfermedades mentales), discapacidad y disfunción, la importancia del tratamiento farmacológico (se trató la utilidad de los medicamentos, efectos colaterales, deber de la familia), las emociones que provoca el paciente en el “familiar responsable”.

En la sesión siete, se trataron los cambios que se produjeron en las familias, para ello se entregaron los siguientes contenidos: ciclo vital y estructura familiar. Estos conceptos dieron la base para guiar la conversación, la que retomó reflexiones de todas las sesiones anteriores, lo que sirvió para comenzar a dar una visión general a todos los aspectos que antes vimos en forma parcelada, permitiéndoles a las familias revisar los cambios de la familia y podrían hacer hoy para que las familias funcionen bien para todos los miembros de la familia, sin excluir al paciente ni sobredimensionarlo.

Finalmente, en la sesión número ocho se entregó información sobre la red de salud mental de la quinta región, esperando que las familias identifiquen dispositivos fuera del Hospital que aporte en la rehabilitación del paciente.

Es así, que aún cuando solo la sesión uno, dos y tres, presentaban el objetivo de incorporar nuevo conocimiento a los “familiares responsables” de los pacientes, en relación a la patología psiquiátrica severa”, igualmente se realizó en todas las sesiones del taller.

Cada sesión incorporó un momento de exposición donde se entregaban contenidos, y luego un momento de reflexión donde las personas incorporaban los temas tratados a su experiencia personal, en tercer lugar se otorgaba un momento de discusión grupal donde los participantes presentaban su experiencia y en conjunto analizaban los aspectos positivos y negativos de cada experiencia, finalmente la alumna seminarista y el profesional que exponía la sesión guían la conversación realizando una tarea de apoyo y educación.

De este modo, fue posible entregar nuevo conocimiento a los “familiares responsables” para que estos no obstaculicen el tratamiento integral que se les da a los pacientes en el Hospital.

Por lo tanto, es posible establecer que se entregó información tendiente a propiciar habilidades en el manejo y entendimiento de la patología del paciente, las cuales apuntaron a favorecer la construcción de nuevos significados, en los “familiares responsables” del paciente, en torno a la enfermedad, aportando positivamente en el tratamiento integral de patología.

- Objetivo específico N° dos:

“Concientizar a las familias que presentan un miembro de ella con trastorno psiquiátrico severo, en proveer un rol al paciente en la familia”.

En relación al cumplimiento de este objetivo, se puede establecer que la temática de la adecuación de normas de convivencia y flexibilidad de los roles dentro de una familia con un paciente psiquiátrico severo, esta temática fue tratada por una Terapeuta Ocupacional, la cual abordó el tema con el fin de apoyar la continuidad del tratamiento integral en casa.

Ya que, cuando una familia presenta un paciente que padece una patología psiquiátrica severa, necesariamente deberá adecuar sus normas y flexibilizar sus roles, para que el paciente logre cumplir con su tratamiento integral, y pueda establecer un estilo de vida que favorezca la evolución positiva de la enfermedad.

En relación a lo anterior, se puede establecer que las familias lograron percibir la necesidad de establecer normas claras y definir un rol para el paciente dentro de la familia. Además de concientizar la necesidad de que el cumplimiento de las normas y las

actividades que compongan el rol del referido, deben ser apoyadas en su cumplimiento por los otros miembros de la familia.

El cumplimiento de este objetivo se pudo constatar mediante la aplicación, por parte de los participantes, de las reflexiones que surgieron en esta sesión en las siguientes sesiones del taller.

- Objetivo específico N° tres:

“Generar una instancia de reflexión respecto a la carga que implica el cuidar a un paciente psiquiátrico severo”.

Este objetivo se logró mediante la sesión 6 y 7. En la primera sesión se realizó una breve introducción con la definición de emoción, lo que sirvió para generar una reflexión en torno a la emoción que identifican cuando piensan en su familiar actualmente (teniendo en cuenta su labor de cuidador a lo largo del tiempo), y en segundo lugar debieron reflexionar sobre cómo esta emoción incide en el trato que como familiar da al paciente, lo que sirvió para identificar las consecuencias que esto tiene en el tratamiento integral que recibe el paciente.

Lo anterior pudo realizarse gracias a que los participantes confiaban en el grupo y fueron capaces de compartir sus experiencias, generándose una red de autoayuda entre ellos mismos, donde los “familiares responsables” pudieron aprender e identificarse con la experiencia del otro.

En este sentido, se pudo generar un espacio de reflexión acerca del rol de “familiar responsable” (cuidador) de un paciente psiquiátrico, la emoción que implica este rol y la necesidad de que los familiares estén concientes de cómo esto interfiere en la relación que establecen con el paciente, y las consecuencias que esto implica en ellos como cuidadores, por ello se trabajó la necesidad de que tengan instancias que permita compatibilizar su labor de cuidador con sus propias necesidades. Además de revisar cómo esta emoción afecta el tratamiento integral que se les entrega a los pacientes.

- Objetivo específico N° cuatro:

“Evaluar con los beneficiarios del proyecto el producto de la intervención llevado a cabo en las sesiones, después de la intervención”.

### **2.1.1.- Según los contenidos entregados**

Respecto a esta categoría, los beneficiarios del proyecto consideran que las sesiones realizadas fueron de gran utilidad para comprender y ampliar conocimientos en torno a la patología psiquiátrica severa, la vida familiar y el tratamiento de la patología. Lo anterior se ilustra en la siguiente cita:

*“El conocimiento me ha servido para entender la enfermedad”. (1 María)*

### 2.1.2.- Según la organización del taller:

Los participantes consideraron que la organización fue buena y ellos lograron percibirla. Lo precedente se ilustra en la siguiente cita:

*“Hay una disciplina, una organización, que se ve en lo que tu haz organizado y también mucha familiaridad, mucha simpatía una forma de ser que uno puede acercarse fácilmente a hacer una consulta tanto a ti como a los demás profesionales que guiaban las sesiones”.(Brany)*

### 2.1.3.- Según el desempeño de los expositores:

En relación a este aspecto los participantes del Taller consideran que los expositores tuvieron un buen desempeño, basándose en los siguientes aspectos: lenguaje sencillo utilizado por los expositores, voluntad para contestar dudas y buen trato.

*“Excelente, una disponibilidad a todo nivel, un lenguaje muy claro, nos trataron muy bien es eso lo que me quedó”.(Flor)*

### 2.1.4.- Según lo que significó para los participantes:

Para los participantes significó, un espacio de ayuda para ellos y sus familias, además de ser una instancia de conocimiento.

#### 2.1.4.1. Espacio de Ayuda:

Los participantes consideraron que el taller era una ayuda muy útil y necesaria, para entender la patología y aprender a convivir de mejor manera con ella.

*“Una ayuda, un aprendizaje, porque hay muchas cosas que uno no sabe, me ayudó para tratar a la Angelli”.(Brany)*

#### 2.1.4.2. Instancia de conocimiento:

Los participantes lograron reconocer, la necesidad de nuevo conocimiento que tenían, para lograr construir nuevos significados frente a la realidad que ellos percibían, de la experiencia de convivir con una persona que padece de un trastorno psiquiátrico.

La percepción de los participantes del taller, que lo reconoce como una instancia de conocimiento, valida el objetivo del proyecto, ya que uno de sus objetivos específicos era justamente la incorporación de nuevo conocimiento frente a la temática abordada, para modificar su forma de entender la enfermedad en general y su experiencia de vida en particular.

*...“el conocimiento me ha servido para entender la enfermedad” (Raquel)*

### **2.1.5.- Según los aspectos valorados por los participantes del taller:**

Dentro de los aspectos valorados por los participantes del Taller se encuentran los siguientes aspectos: Conocimiento entregado en las sesiones, un espacio de ayuda, la organización, el enfoque interdisciplinario utilizado en la construcción del Taller, lenguaje sencillo, disponibilidad de los expositores, relación cercana con los profesionales.

Según la evaluación realizada por los beneficiarios se pudo observar, que el taller además sirvió para dar a conocer el rol del Hospital, generándose cercanía entre los participantes del Taller y los profesionales, basándose en la confianza y validación que les inspiró el trabajo realizado por ellos en las diferentes sesiones. Lo precedente se ilustra en las siguientes citas<sup>26</sup>.

#### **2.1.5.1.- Conocimiento:**

Los participantes valoraron el conocimiento, debido a la capacidad que tiene de enseñar nuevas formas de ver y entender la experiencia de la convivencia con un paciente psiquiátrico, además de que les permite poner en práctica nuevas formas relacionarse con el paciente.

*“Una ayuda, un aprendizaje, porque hay muchas cosas que uno no sabe, me ayudó para tratar a la Angelli”. (3 Brany)*

#### **2.1.5.2. Efecto Socioeducativo:**

Los participantes valoran poder traspasar los conocimientos adquiridos en el taller a los otros miembros de su familia, generándose nuevas formas de ver y entender la enfermedad dentro del grupo familiar.

*“yo llego a la casa, y le hablo a todos de lo que se habló en la sesión”. (4 Flor)*

#### **2.1.5.3.- Organización:**

Las familias valoraron la organización del taller, debido a que vieron disciplina y orden en su realización.

Esto demuestra que los participantes recibieron un trato digno y respetuoso desde el taller, en relación a la hora y fecha de su realización, orden de las sesiones, y preparación disciplinada de cada una de las actividades, con la previa obtención de recursos necesarios para su realización.

*“Hay una disciplina, una organización, que se ve en lo que tu haz organizado”. (Domingo)*

---

<sup>26</sup> Ver Anexo 4.1, Focus Group.

#### **2.1.5.4.- Interdisciplinario:**

El Taller se realizó bajo un enfoque interdisciplinario, el que se potenció e implementó desde la ejecución del primer proyecto del programa, que sentó las bases para el presente proyecto que se materializó en el Taller de enfoque psicoeducativo denominado “Ser familia en la adversidad, se puede”.

En relación a lo anterior se considera que fue muy bueno trabajar en equipo e interdisciplinariamente en la planificación y ejecución de este proyecto, debido a que permitió que fuera completo desde el punto de vista de las necesidades psicoeducativas existentes en la brecha entre los significados reales e ideales, identificados en la fase Diagnóstica del presente Seminario. Lo anteriormente expuesto se ilustra en la siguiente cita:

*“Yo siento que no le faltó nada está bastante completo y está enfocado de distintos puntos de vista, muchos profesionales... entonces abarcaron los distintos puntos y eso fue bastante bueno, y no considero que le haya faltado nada”.(Branly)*

#### **2.1.5.5. Lenguaje sencillo:**

Trabajar con un lenguaje sencillo fue un acierto para la comprensión de los temas tratados, debido a las características sociodemográficas de los participantes entre ellos nivel educativo bajo y edad avanzada.

*“Emplearon un lenguaje sencillo, por eso pudimos entenderlo, por lo menos yo que ya soy tan mayor y me cuesta”. (Raquel)*

#### **2.1.5.6. Cercanía con la institución:**

Este elemento es muy importante a considerar, debido a que la Unidad de Mediana Estadía tiene un nivel de efectividad en la convocatoria a la formación de grupos muy baja.

En relación a este ítem que fue valorado por los familiares, se considera que es un efecto no esperado del proyecto, sin embargo sirve de precedente para la disposición de las familias a participar en futuros talleres o actividades que desee hacer la institución en beneficio de sus usuarios.

*“Cada uno de los temas que se habló llegó a mi corazón, esta es la primera vez que vengo tanto al hospital, y me ha gustado mucho”. (María)*

## 2.2.-Evaluación de contenidos:

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Contenido:</b> Se entiende por tal, aquellos conocimientos que son fundamentales que deben ser incorporados por los participantes. Su medición se desarrolló mediante la aplicación de un test Antes – Después.
--------------------------------	--

Según los datos arrojados tras la aplicación del test Antes – Después se pudo observar una variación positiva tendiente a aumentar el grado de conocimiento que manejaban los “familiares responsables” al inicio del taller. Antes de iniciar la ejecución del proyecto era de un 44% y una vez finalizado el proyecto este valor aumento a un 89% (vario positivamente en un 45%) lo que indica que se ampliaron los conocimientos con respecto a la patología psiquiátrica severa, en relación al origen, diagnóstico, evolución, perspectiva histórica cultural de la patología, rol del paciente en la familia (discapacidad, disfunción), auto-cuidado del “familiar responsable” y ampliar el conocimiento de los familiares en cuanto a los dispositivos de rehabilitación externos al Hospital.

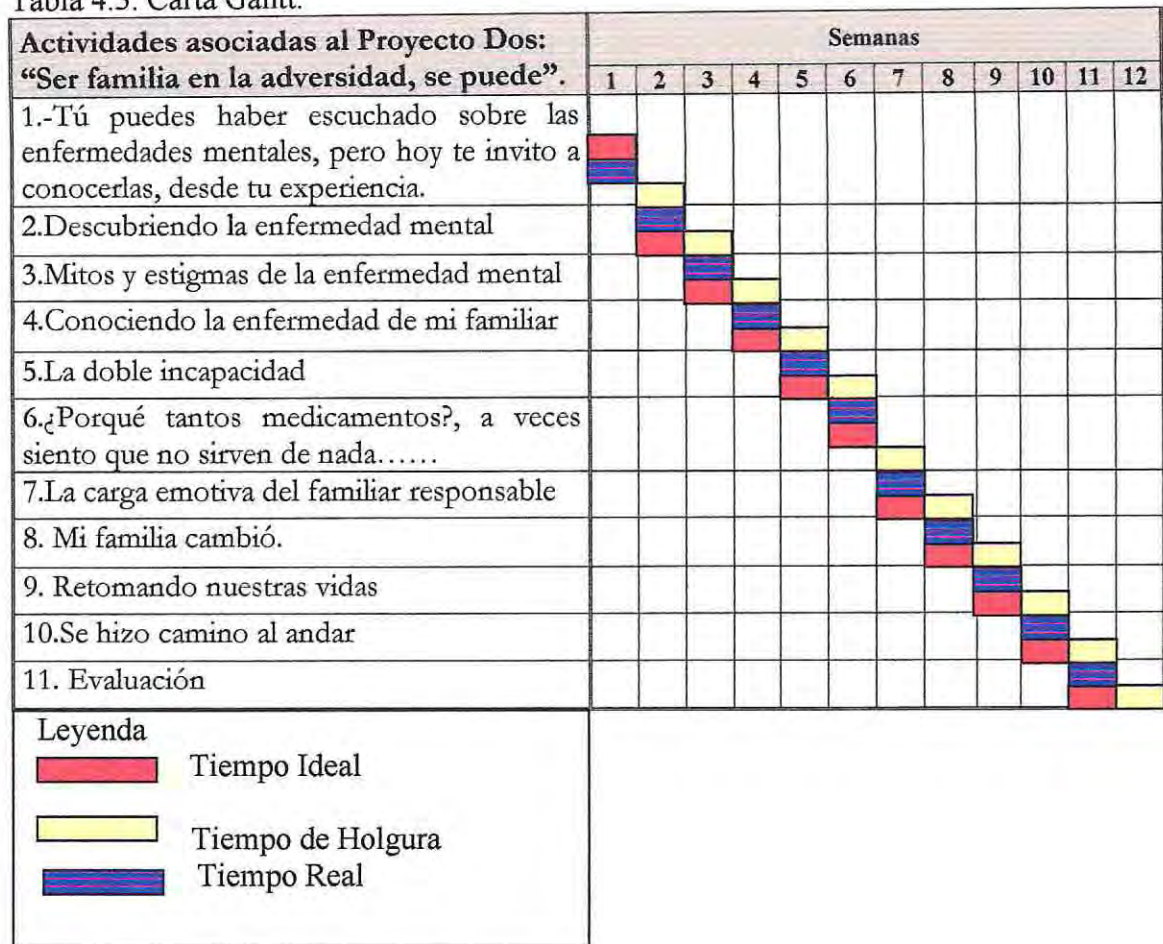
Tabla 4.2: Presenta los resultados del Test Antes- Después

<b>Test Antes – Después</b>				
<b>Participantes</b>	<b>Puntajes Test Antes</b>	<b>Nivel de logro</b>	<b>Puntajes Test Después</b>	<b>Nivel de Logro</b>
Brany	33,3%	No logrado	100%	Logrado
Flor	11,1%	No logrado	89%	Logrado
Raquel	44,4%	No logrado	67%	Medianamente Logrado
Maria	33,3%	No logrado	78%	Logrado
Maria	44,4%	No logrado	100%	Logrado
Fabiola	55,5%	No logrado	100%	Logrado
Juana	55,5%	No logrado	89%	Logrado
Total	44,4%	No logrado	89%	Logrado

## 2.3.- Evaluación del Ajuste Cronológico:

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Ajuste Cronológico:</b> El tiempo se evalúa en función de la comparación de los plazos establecidos en la etapa de programación y los realmente utilizados en la etapa de ejecución
--------------------------------	--

Tabla 4.3: Carta Gantt.



**2.4.- Evaluación de la Participación:**

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Participación:</b> Se evalúa en función de la participación activa de los beneficiarios del proyecto. Su medición se desarrolló a través de una pauta de observación.
--------------------------------	--

El nivel de participación para cada una de las sesiones fue el esperado, ya que se obtuvo un alto nivel de involucramiento por parte de los asistentes en cada una de las actividades realizadas, lo cual se refleja en que los participantes entregaran sus opiniones espontáneamente, aportando con sugerencias y presentando una adecuada disposición al trabajo a realizar.

**2.5.- Evaluación de la Asistencia:**

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Asistencia:</b> Se entiende como la presencia de más de un 60% de los participantes convocados a cada una de las actividades. Su medición se desarrolló mediante un Registro de Asistencia.
--------------------------------	--

La asistencia promedio fue de un 78%, lo que indica que en cada una de las sesiones se obtuvo un porcentaje superior al 60% esperado en la planificación. Lo anterior da a conocer que en cada una de las sesiones se contó con la asistencia necesaria para poder llevar a cabo cada una de las actividades a desarrollar.

## **2.6.- Evaluación de la Suficiencia:**

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Suficiencia:</b> Dice relación con la optimización de los recursos humanos, materiales y financiero Implicados en el programa de Psicoeducación
--------------------------------	--

### **2.6.1.- Recursos Humanos:**

#### **a) Beneficiarios del proyecto:**

Las personas beneficiarias del proyecto constituyeron el recurso humano fundamental, para la ejecución del taller. Uno de los aspectos positivos fue la estabilidad del grupo en su número de participantes y en la asistencia, siendo estos factores primordiales en las sesiones para su correcto desarrollo

Para el cumplimiento del criterio de suficiencia, en relación al recurso humano, se consideraron dos aspectos: su asistencia y participación, por lo tanto al haberse obtenido sobre un 78% de asistencia y un nivel muy bueno de participación, se considera que hubo suficiencia entre el recurso necesitado y el realmente obtenido.

#### **b) Ejecutores del proyecto:**

Los ejecutores del proyecto se constituyen por todo el equipo de profesionales de la Unidad de Mediana Estadía e incluso se contó con la participación de un profesional de otra unidad del Hospital, además formaron parte de este equipo dos alumnos en práctica profesional de último año (Terapia ocupacional y Antropología), y la alumna seminarista quién coordinó al equipo para que se contara con su presencia en cada sesión, además la alumna ayudó a guiar las sesiones en conjunto con cada profesional que aportó en las diferentes sesiones que constituían el Taller.

### **2.6.2.-Recursos Materiales:**

Los recursos materiales se obtuvieron en forma compartida entre el Hospital y la alumna seminarista. Esta decisión fue tomada para no incumplir con el criterio de suficiencia y el ajuste cronológico, debido a que la obtención de algunos recursos podría incurrir en tiempos superiores a los planificados.

### 2.6.3.- Recursos Fungibles:

Se obtuvieron en forma conjunta entre el Hospital y la alumna.

### 2.6.4.- Recursos Financieros:

La alumna seminarista aportó con recursos financieros para hojas, impresiones, 2 cartulinas y comestibles. El Hospital aportó los anillados del material de ayuda familiar que se construyó.

### 2.7.- Evaluación de las técnicas:

<b>Criterio de evaluación:</b>	<b>Idoneidad:</b> Se entiende como la concordancia o adecuación entre las técnicas utilizadas y las características de los beneficiarios del proyecto.
--------------------------------	--

Las técnicas utilizadas fueron idóneas, ya que permitieron el cumplimiento de los objetivos del proyecto en cada sesión.

La Técnicas audiovisuales aportaron claridad a la entrega de información.

En cuanto a las técnicas grupales, permitieron la generación de fluidez y potenciaron la participación de los beneficiarios del proyecto, lo que se potenció por su ser integrativas lo que incidió positivamente en el trabajo realizado.

### 7.- Síntesis Evaluativa del proyecto:

Al finalizar el proceso evaluativo del proyecto “Ser familia en la adversidad, se puede”, se considera necesario señalar aquellos factores que posibilitaron y obstaculizaron la implementación del proyecto dos.

#### 7.1.- Factores facilitadores:

- Disposición del Hospital Del Salvador, en facilitar una sala equipada completamente para la realización de las sesiones.
- La confianza y validación que depositó el equipo de profesionales de la U.M.E, en la alumna seminarista.
- Motivación y coordinación de la alumna seminarista.
- Capacidad de trabajar en equipo de la alumna.
- Capacidad de trabajar en equipo de los profesionales de U.M.E.
- Confianza y validación que depositaron los beneficiarios del proyecto en el taller.

#### 7.2.- Factores Obstaculizadores:

- Choque de horarios entre las actividades de evaluación que se hace a las familias y las actividades propias del taller.

## **CAPITULO V EVALUACION SOCIAL**

## Presentación.

La presente etapa metodológica da cuenta de la fase correspondiente a la Evaluación Social del seminario de título.

En relación a lo anterior, la evaluación tiene un carácter sumativo e integrador de las etapas anteriores del ciclo tecnológico. En cuanto al momento de su realización es una evaluación final, la que considera las evaluaciones de contexto, Insumo y proceso realizadas en la fase de Ejecución. Así mismo, es de tipo interna, pues es realizada por la alumna seminarista, quien fue responsable de la gestión y ejecución del proyecto.

La Evaluación Final, tiene como objetivo establecer el funcionamiento y resultados del programa, además es proyectiva toda vez que permite derivar conclusiones que pueden ser utilizadas en la puesta en marcha de programas similares.

Para la correcta realización de la evaluación de la fase de programación, se utilizaron como guías dos modelos evaluativos.

La elección de los modelos responde a la necesidad de dar una visión integral de la intervención realizada, por lo cual se utilizó el modelo C.I.P.P. y el modelo iluminativo.

De este modo, en relación al modelo C.I.P.P. se utilizaron siete criterios de evaluación como son la Asistencia, Ajuste Cronológico, Participación, Contenido, Suficiencia, Idoneidad, Logro de objetivos.

En cuanto al modelo Iluminativo, sirvió para proporcionar información sobre la opinión que poseen los beneficiarios directos del programa, entregando así una evaluación holística del programa, que permitió evaluar el criterio de pertinencia del programa.

Los criterios anteriormente señalados se aplicaron a través de técnicas e instrumentos de evaluación cualitativos y cuantitativos.

# 1.-EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCION.

## “Psicoeducación familiar a Pacientes Psiquiátricos Severos”

### 1.1.- Evaluación de Contexto:

#### 1.1.1. Evaluación del Tiempo.

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Ajuste Cronológico:</b> El tiempo se evalúa en función de la comparación de los plazos establecidos en la etapa de programación y los realmente utilizados en la etapa de ejecución
--------------------------------	--

Los dos proyectos que constituían el programa se desarrollaron en las fechas planificadas.

En relación a las sesiones se cumplieron en las fechas planificadas en la carta Gantt, sin embargo, la hora de inicio de las sesiones de ambos proyectos sufrió variaciones en minutos, obedeciendo a la necesidad institucional, con el objeto de cumplir con la planificación. Por lo tanto toda variación realizada fue positiva para la intervención.

### 1.2.- Evaluación de Insumos:

#### 1.2.1. Evaluación de recursos.

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Suficiencia:</b> Dice relación con la optimización de los recursos humanos, materiales y financiero Implicados en el programa de Psicoeducación
--------------------------------	--

#### 1.2.1.1.-Recursos Humanos:

Para el cumplimiento del criterio de suficiencia, en relación al recurso humano, se consideró su asistencia y participación, por lo tanto al haberse obtenido sobre un 60% de asistencia y un nivel muy bueno de participación, se considera que hubo suficiencia entre el recurso necesitado y el realmente obtenido en los dos proyectos que constituyeron el programa de intervención.

#### 1.2.1.2.- Recursos Materiales:

Los recursos materiales se obtuvieron en forma compartida entre el Hospital y la alumna seminarista. Esta decisión fue tomada para no incumplir con el criterio de suficiencia y el ajuste cronológico, debido a que la obtención de algunos recursos podría incurrir en tiempos superiores a los planificados.

### 1.2.1.3.- Recursos Fungibles:

Se obtuvieron en forma conjunta entre el Hospital y la alumna.

### 1.2.1.4.- Recursos Financieros:

La alumna seminarista aportó con recursos financieros para hojas, impresiones, 2 cartulinas y comestibles. El Hospital aportó los anillados del material de ayuda familiar que se construyó.

## 1.3.- Evaluación de Proceso:

### 1.3.1. Evaluación de la participación:

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Participación:</b> Se evalúa en función de la participación activa de los beneficiarios del proyecto. Su medición se desarrolló a través de una pauta de observación.
--------------------------------	--

Todos los participantes escucharon atentamente cada una de las sesiones y se mostraron participativos en cada una de las actividades, exponiendo sus creencias, dando opiniones, compartiendo con los demás.

En relación al proyecto número uno, los profesionales fueron muy colaboradores en la revisión del proyecto de intervención.

### 1.3.2. Evaluación de la Asistencia:

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Asistencia:</b> Se entiende como la presencia de más de un 60% de los participantes convocados a cada una de las actividades. Su medición se desarrolló mediante un Registro de Asistencia.
--------------------------------	--

En ambos proyectos la asistencia fue superior al 60% de asistencia, por lo que se considera logrado el criterio.

### 1.3.3. Evaluación del Contenido:

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Contenido:</b> Se entiende por tal, aquellos conocimientos que son fundamentales que deben ser incorporados por los participantes. Su medición se desarrolló mediante una Pauta de Observación Evaluativo (Proceso) y la aplicación de un Test Antes – Después (Producto).
--------------------------------	---

Según los datos arrojados tras la aplicación del test Antes – Después, se pudo observar una variación positiva tendiente a aumentar el grado de conocimiento que manejaban los “familiares responsables” al inicio del taller. Antes de iniciar la ejecución del proyecto era de un 44% y una vez finalizado el proyecto este valor aumento a un 89% lo que indica que se ampliaron los conocimientos con respecto a la patología psiquiátrica severa, lograndose el objetivo de psicoeducar a los “familiares responsables” en la referida materia.

#### 1.3.4.- Evaluación de las técnicas:

<b>Criterio de evaluación:</b>	<b>Idoneidad:</b> Se entiende como la concordancia o adecuación entre las técnicas utilizadas y las características de los beneficiarios del proyecto.
--------------------------------	--

Las técnicas utilizadas fueron idóneas, ya que permitieron el cumplimiento de los objetivos del proyecto en cada sesión.

La Técnicas audiovisuales aportaron claridad a la entrega de información.

En cuanto a las técnicas grupales, permitieron la generación de fluidez y potenciaron la participación de los beneficiarios del proyecto, lo que se potenció por ser integrativas incidiendo positivamente en el trabajo realizado.

#### 1.4.- Evaluación de Producto:

##### 1.4.1.- Evaluación de los objetivos.

<b>Criterio de Evaluación:</b>	<b>Logro de objetivos:</b> Se entenderá como el Cumplimiento de los objetivos planteados previamente.
--------------------------------	---

El programa pretendía, modificar la brecha existente entre los significados reales pertenecientes a la construcción de significados de los “familiares responsables” construidos en torno a la experiencia de convivir con un miembro de la familia que padece un Trastorno Psiquiátrico Severo, y los significados ideales procedentes del modelo biosicosocial, para ello se planteo un Objetivo General, el que se tradujo en dos objetivos específicos, los que se presentan a continuación.

Objetivo general: “Promover e implementar una estrategia de psicoeducación para los familiares responsables del pacientes”.

Objetivos Específicos:

- Objetivo específico N° uno:

“Sensibilizar a los profesionales de la U.M.E., en torno a la psicoeducación de modo de que lo incorporen a su forma de trabajo”.

Este objetivo se logró mediante la implementación de las sesiones del proyecto número uno, gracias a lo que se instaló la necesidad de intervenir los significados de las familias.

Es así que los profesionales creyeron en la intervención, la respaldaron y trabajaron en su construcción, comprometiéndose además a participar en su implementación como expositores de aquellas temáticas que se relacionaran con su área profesional.

Objetivos Específicos:

- Objetivo específico N° dos:

“Psicoeducar a los familiares responsables de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la patología psiquiátrica severa”.

En relación a este objetivo se considera que se logró positivamente gracias a la implementación del proyecto número dos el cual cumplió todos sus objetivos específicos.

En síntesis, se logró psicoeducar a los “familiares responsables” de los pacientes, en torno a los significados construidos en relación a la experiencia de convivir con un paciente psiquiátrico severo, gracias a la entrega de conocimientos propios de la temática, la generación de espacios de reflexión, concientización del rol que tiene el paciente en la familia, es decir se entregaron herramientas esenciales a los familiares para que resignificaran la patología psiquiátrica severa.

### **1.5.- Síntesis Evaluativa del programa:**

Al finalizar el proceso evaluativo del programa “Ser familia en la adversidad, se puede”, se considera necesario señalar aquellos factores que posibilitaron y obstaculizaron la implementación del programa.

#### **1.5.1.- Factores facilitadores:**

- Disposición del Hospital Del Salvador, en facilitar una sala equipada completamente para la realización de las sesiones.
- Disposición de la U.M.E, en facilitar una oficina.
- La confianza y validación que depositó el equipo de profesionales de la U.M.E, en la alumna seminarista.

- Motivación y coordinación de la alumna seminarista.
- Capacidad de trabajar en equipo de la alumna.
- Capacidad de trabajar en equipo de los profesionales de U.M.E.
- Confianza y validación que depositaron los beneficiarios de ambos proyectos en el trabajo realizado.

#### 1.5.2.- Factores Obstaculizadores:

- Falta de tiempo de los profesionales de la U.M.E, debido a las exigencias de sus funciones, lo que afectó la asignación del tiempo en relación al desarrollo de ciertas actividades.
- Choque de horarios entre las actividades de evaluación que se hace a las familias y las actividades propias del taller.

Finalmente, se considera que el programa fue *Pertinente*, debido a que resolvió la brecha existente entre los significados ideales procedentes del modelo biosicosocial y los reales pertenecientes a la construcción de significados de los “familiares responsables”, es decir se logró resolver el problema que le dio origen al Programa de intervención, dejando de manifiesto la capacidad de las actividades realizadas de alcanzar los *objetivos* del programa en la cantidad, calidad y tiempo que estaba programado, por ende la intervención se considera *Efectiva*, y desde el punto de vista de los *recursos* es un programa que logra intervenir cumpliendo sus objetivos, con un *bajo costo económico* y en el menor tiempo posible, lo que la hace lograr la Suficiencia.

En relación a los antecedentes expuestos se considera que el Programa es un buen producto para ser reaplicado, ya que cumple con lo necesario desde el punto de vista de la Pertinencia, Idoneidad, Eficacia y la Suficiencia; Por ende es el tipo de programa ideal para instituciones que no cuentan con muchos recursos económicos o de tiempo debido a las características de sus usuarios.

**CAPITULO VI CONCLUSIONES Y  
SUGERENCIAS**

## **Presentación:**

El presente capítulo da cuenta de las conclusiones y sugerencias realizadas por la alumna seminarista en relación al proceso de investigación e intervención realizado en el trabajo de tesis que se circunscribe a la formación de grado, en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Valparaíso. Realizado por la Srta. Carolina Godoy Peña, durante el segundo semestre del año 2006 y el primer semestre del año 2007, insertándose en el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.

En relación a lo anterior la alumna seminarista expone conclusiones y sugerencias desde la dimensión metodológica, desde el aporte de la investigación para Trabajo Social, y para la institución donde se realizó el presente seminario de título.

Bajo esta óptica, las conclusiones y sugerencias tienen un carácter de resumen completo del proceso de seminario de Título.

### 1. Conclusiones metodológicas.

La metodología utilizada para la primera etapa de la investigación Diagnóstico, se enmarcó en el enfoque de carácter mixto, es decir cuantitativo y cualitativo, el cual permitió contar con la flexibilidad necesaria para la recolección de información fidedigna desde la unidad de análisis, y con ello reconocer los significados construidos por los “familiares responsables” en torno a la experiencia de convivir con un miembro de la familia que padece una patología psiquiátrica severa.

Los instrumentos de investigación cualitativos utilizados, fueron en primera instancia el Análisis Documental, el cual permitió contextualizar y dar una primera aproximación a la realidad sociodemográfica de los pacientes y “familiares responsables”. En segunda instancia se utiliza la Entrevista focalizada, la cual permitió vislumbrar desde los propios “familiares responsables” sus significados construidos en torno a la experiencia de convivir con un paciente psiquiátrico severo. Además se integró la observación simple, la cual permitió profundizar el análisis de los datos obtenidos a partir de los otros instrumentos.

Los instrumentos de investigación cuantitativos utilizados, fueron en primera instancia el Cuestionario, el cual se dividió en dos partes, la primera etapa corresponde al Faces III con ello se logro conocer la topología familiar actual según su cohesión y adaptabilidad, la segunda parte del cuestionario va orientada a identificar los significados construidos en torno a la enfermedad.

En relación a los instrumentos de investigación seleccionados permitieron visualizar la realidad construida por los familiares responsables en torno a la Patología Psiquiátrica severa, la cual presentaba un brecha en relación a la realidad dada por el Modelo Biosicosocial.

Además el haber utilizado este tipo de metodología posibilitó la realización de categorías de análisis orientadas a sistematizar las estructuras familiares y los significados construidos en torno a la enfermedad. De esta manera se logra el establecimiento de tres ejes principales: Los significados construidos en torno a la Patología Psiquiátrica Severa por los “familiares responsables”, los significados ideales según el Modelo Biosicosocial, y la necesidad de intervención profesional frente a esta brecha en los significados que afecta la intervención integral que reciben los pacientes de parte del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

Por lo anteriormente expuesto se concluye que el enfoque metodológico utilizado para el desarrollo de esta investigación, fue apropiado y acorde a los requerimientos demandados por la misma, posibilitando el óptimo desarrollo del estudio.

De acuerdo a la información levantada y a los hallazgos obtenidos en la fase diagnóstica, fue posible realizar la Segunda etapa del ciclo tecnológico correspondiente a la programación, se enmarcó en el Enfoque Psicoeducativo, cuyas estrategias son parte de la intervención psicosocial, la cual corresponde a una intervención social, dirigida hacia los profesionales y familiares responsables pertenecientes a la institución patrocinante: Hospital Psiquiátrico del Salvador en general, Unidad de Mediana Estadía en particular, con los objetivos de difundir los hallazgos encontrados en la investigación a los profesionales, para instalar la necesidad de trabajar los significados de los “familiares responsables” con la temática de la experiencia de vivir con un paciente Psiquiátrico Severo y provocar una modificación en la brecha psicoeducativa entre los Significados Ideales basados en el Modelo Biosicosocial y los Significados Reales, surgidos desde la experiencia de vivir con un miembro de la familia que padece una patología psiquiátrica severa.

En relación a la forma de ver a los beneficiarios del programa, se utilizó el Modelo Compensatorio (Brickman y Cols 1982) según el cual se pretendió “equipar a los familiares responsables” entregándoles facilidades para enfrentarse al problema, es decir no se les culpa por las dificultades que presentaban en mantener el tratamiento del paciente, pero se considera que darle solución a ello es de su entera responsabilidad, por ello se realizaron sesiones psicoeducativas, con técnicas, expositivas, reflexivas, apoyo, educación, guía y discusión grupal, con lo cual se propendió a que los participantes, internalizaran los conocimientos, mediante la reflexión y discusión grupal, lo cual incidió en que incorporaran lo aprendido como parte de sus propias decisiones.

Bajo esta lógica la intervención tuvo efectos psicológicos, logrando modificar los significados construidos por los familiares responsables en torno a la experiencia de convivir con un miembro de la familia que padece un Trastorno Psiquiátrico Severo, para lo que se utilizaron estrategias y técnicas fundamentalmente psicosociales, pertenecientes a la dinámica grupal, los que se aplicaron sobre procesos del nivel social relacional, como la comunicación, incluyendo nueva información y generando espacios de reflexión en torno a la enfermedad, para desmitificar la enfermedad, se presentó una visión histórica cultural, pronóstico, evolución de la enfermedad, tratamiento integral, capacidad del paciente, alternativas de rehabilitación, y se propició el medio para desarrollar habilidades de manejo de la enfermedad y a la vez se les entregó apoyo a las familias, aportando de esta forma a la satisfacción de las necesidades psicoeducativas de los “familiares responsables”, teniendo presente que es un ser social con conductas simbólicas, lo que implicó considerar sus construcciones de significados estudiadas en la fase diagnóstica. Por lo tanto, la entrega de conocimientos en el Taller, parte desde los significados de las familias aportando a desmitificarlos y acercarlos al conocimiento de las Ciencias Naturales y Sociales, que sustentan el Modelo Biosicosocial.

Finalmente el programa logró involucrar a las familias en el tratamiento integral del paciente haciéndolos partícipes y protagonistas en la rehabilitación, siendo parte de un equipo compuesto por tres elementos: Equipo de profesionales, la familia y el paciente.

La fase de la programación gracias a la planificación, basada en la metodología anteriormente expuesta, contribuyó a una Ejecución que logró el cumplimiento de los objetivos planificados. Lo anteriormente expuesto queda reflejado en términos objetivos en la etapa de la Evaluación de la investigación.

Finalmente, la última etapa metodológica correspondiente a la evaluación tiene un carácter integrativo y sumativo, de las etapas anteriores del ciclo tecnológico. En relación al momento de su realización es una evaluación final, la que considera las evaluaciones de contexto, Insumo y proceso realizadas en la fase de Ejecución.

La Evaluación Final, tiene como objetivo establecer el funcionamiento y resultados del programa, además es proyectiva toda vez que permite derivar conclusiones que pueden ser utilizadas en la puesta en marcha de programas similares.

Para la correcta realización de la evaluación de la fase de programación, se utilizaron como guías dos modelos evaluativos.

La elección de los modelos respondió a la necesidad de dar una visión integral de la intervención realizada, por lo cual se utilizó el modelo C.I.P.P. y el modelo iluminativo.

De este modo, en relación al modelo C.I.P.P. se utilizaron seis criterios de evaluación como son la Asistencia, Ajuste Cronológico, Participación, Contenido, Suficiencia y Logro de Objetivos.

En cuanto al modelo Iluminativo, sirvió para proporcionar información sobre la opinión que poseen los beneficiarios directos del programa, entregando así una evaluación holística del programa, mediante la realización de un Focus Group.

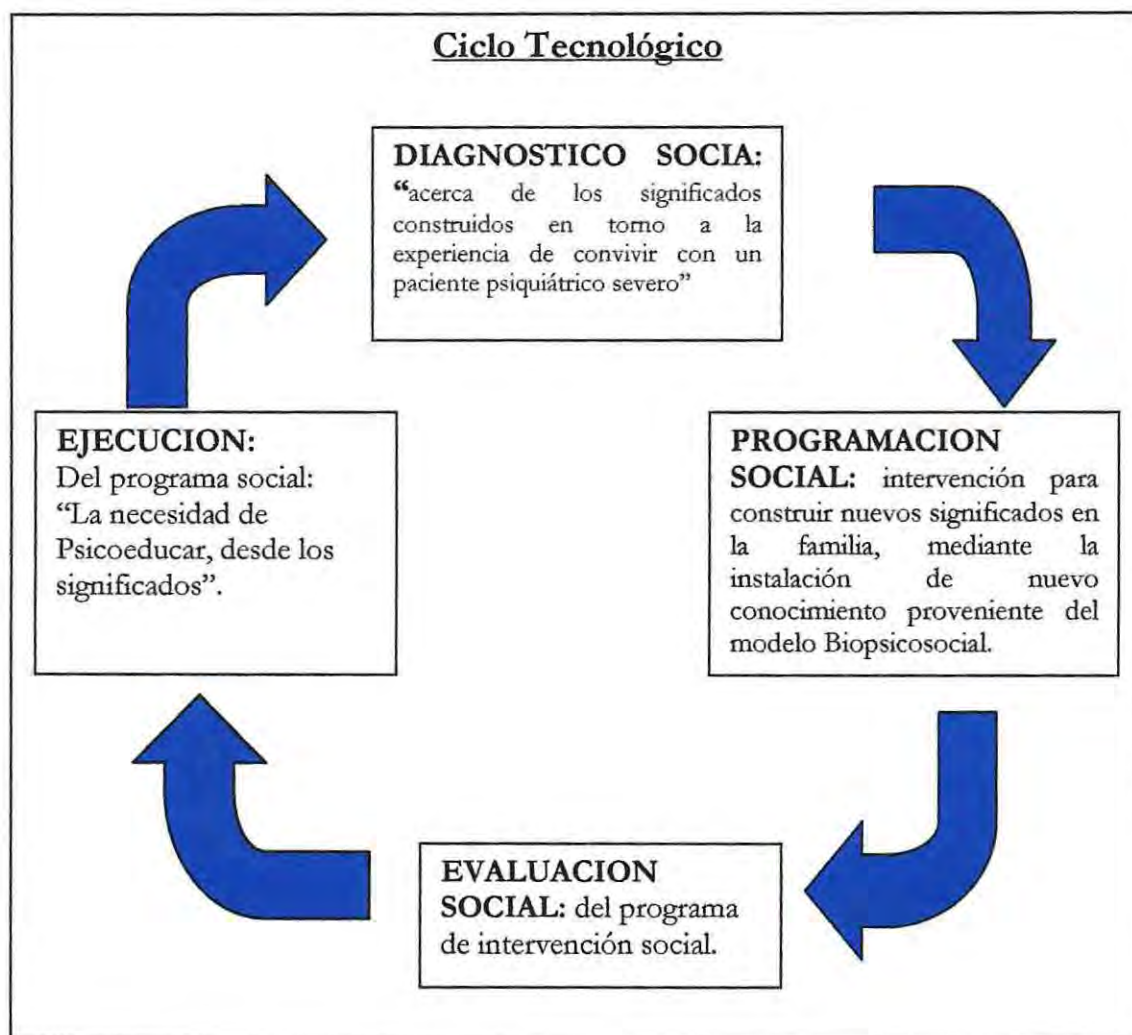
Finalmente, se considera que la metodología escogida en las diferentes etapas del ciclo tecnológico, utilizado en el Seminario de Título, fue pertinente, debido a que pudo resolver la necesidad de identificar los Significados construidos por los “familiares responsables” en torno a la experiencia de convivir con un paciente psiquiátrico severo, logrando levantar además información que dejó de manifiesto la brecha existente entre los Significados Ideales procedentes del Modelo Biosicosocial y los Significados Reales pertenecientes a la construcción de significados de los “familiares responsables”.

En la segunda etapa correspondiente a la Programación se logró disminuir la brecha anteriormente referida, es decir se logró resolver el problema que le dió origen al Programa de intervención, dejando de manifiesto la capacidad de las actividades realizadas de alcanzar los objetivos del programa en la cantidad, calidad y tiempo que estaba programado, por ende la intervención se considera Efectiva, y desde el punto de

vista de los costos es un programa que logra intervenir cumpliendo sus objetivos, con un bajo costo económico y en el menor tiempo posible, lo que la hace Eficiente.

Por ello se considera que la metodología utilizada en la tesis, fue idónea para lograr los objetivos de cada etapa del ciclo tecnológico, ya que cada una de las fases permitió un ordenamiento de las acciones a seguir, facilitando la labor de la alumna seminarista. Debido a que la metodología entregó etapas sucesivas de acción, pero que a la vez al ser un ciclo, permitió la superposición de algunas fases. Ya que cada fase entregaba una visión de la siguiente, con lo cual siempre se tuvo claridad con respecto a las acciones que se llevaron a cabo.

Figura 3.2: Ciclo tecnológico.



## **2.- Desde el aporte de la investigación:**

### **2.1.- En relación al aporte de la Investigación para Trabajo Social:**

El aumento progresivo de las Patologías Psiquiátricas, además del cambio del modelo de atención de la salud mental en Chile, desde un modelo de atención Asilar a una modalidad de atención abierta de integración comunitaria, fuera de los hospitales Psiquiátricos, exigen a las familias aprender a funcionar como tales, incorporando al miembro no sano, entendiendo y capacitándose para apoyar a la persona tras la enfermedad.

Esta investigación se transforma en un aporte a la profesión de Trabajo Social, debido a que abre un nicho profesional que hasta el momento en que se realizó la investigación, era abordado con énfasis desde el modelo Biomédico, lo que dejaba de lado las reales necesidades de la población y limitaba el aporte de otras profesiones pertenecientes al área social, entre ellas Trabajo Social, por lo cual, el abordaje de tal realidad es un acierto y una oportunidad de ejercicio.

### **2.2.- En relación a la importancia de la investigación para la institución:**

Desde la mirada histórica cultural, en la sociedad Chilena se ha concebido a los pacientes psiquiátricos severos como personas peligrosas, anormales, que debían estar fuera de los márgenes del accionar de la vida diaria, por ende las familias estaban en su derecho de internar al miembro de la familia no sano, esto acuñado en mitos como la agresión de los pacientes psiquiátricos, y las falsas creencias en cuanto a las capacidades del paciente psiquiátrico. Sin embargo, las sesiones del Taller de Psicoeducación para “familiares responsables” dan a conocer la enfermedad y entregan herramientas a los participantes para tratar la enfermedad sin que signifique un estrés para la familia, resignificando la patología y valorando el apoyo que la familia aporta como colaborador en la rehabilitación del paciente.

En relación a lo anterior, el presente seminario, permitió conocer los significados construidos en torno a la experiencia de la patología psiquiátrica por los “familiares responsables”, identificar esta realidad construida por ellos socialmente, mostró una brecha entre sus significados y aquellos ideales dados por el modelo biosicosocial, dando cuenta de una necesidad de intervenir, ya que si bien es cierto la primera preocupación fue de eliminar o disminuir significativamente esta brecha para que no interviniera con el tratamiento integral dado por el Hospital. Sin embargo, la intervención además consideró el malestar emocional que vivían los “familiares responsables”, lo cual la perfila como una intervención muy completa.

Finalmente la alumna considera que incluir la perspectiva de los “significados” como base para crear programas de integración en el área de salud mental, es un avance

hacia intervenciones pertinentes a las necesidades de las personas y con mayores posibilidades de éxito en el cumplimiento de sus objetivos.

En relación a lo precedente, se sugiere que la intervención realizada tenga continuidad, para lo cual la alumna seminarista presenta una propuesta de continuidad al proyecto “ser familia en la adversidad, se puede”.

**Propuesta:** Taller, “Ser familia en la adversidad se puede”, una experiencia de psicoeducación familiar.-

### **1.- Introducción.**

Si bien es cierto, la experiencia del Taller “Ser familia en la adversidad, se puede” se desarrolló según la planificación cumpliendo con los objetivos programados, la institución no cuenta con una obligación de impartir un Taller de tales características, debido a que las metas puestas por el Plan Nacional de Salud señala como prestación charlas psicoeducativas cada 15 días, lo que no se ajusta a las necesidades de la precedente intervención social.

Sin embargo, reconociendo la importancia que el Hospital Psiquiátrico del Salvador le brinda a la presencia familiar, y la intencionalidad por desarrollar actividades complementarias a sus prestaciones médicas, es pertinente dar a conocer la siguiente propuesta.

### “Ser familia en la adversidad, se puede”, una experiencia de psicoeducación familiar:

La presente propuesta reconoce la importancia y preponderancia que el área de Servicio Social posee frente a la comunidad de usuarios, y por ende, identifica la posibilidad de ésta pudiese abordar el presente Taller a través de su coordinación, supervisión y evaluación.

### **2.- Objetivos del Taller:**

“Apoyar a familias de pacientes psiquiátricos severos, en el seguimiento del tratamiento integral de los referidos.”

### **3.- Fundamentación:**

La experiencia de Taller pretende apoyar a las familias que conviven con un miembro de la familia no sano, propendiendo a que los pacientes reciban el apoyo que necesitan desde sus hogares para evitar las recaídas surgidas de un mal manejo familiar, producto de no entender la enfermedad que afecta al paciente.

En relación a lo anterior se espera que las familias sean capaces de contener al paciente, contribuyendo de esta manera a disminuir la puerta giratoria que ellos presentan.

Lo central de esta experiencia es educar, apoyar, instar a la reflexión, no es grupo informativo, este nuevo formato pretende intervenir en áreas simbólicas mediante la incorporación de nuevo conocimiento, para construir una nueva realidad en torno a la patología, para evitar que el bienestar psíquico y emocional de los beneficiarios se afecte a futuro por la vivencia de la experiencia de convivir con un paciente psiquiátrico severo.

#### **4.-Aspectos Operativos:**

- Se sugiere que tenga continuidad, y sea aplicado tres veces al año, con un tiempo prudente entre el término de un taller y el inicio del otro.
- El Taller de psicoeducación debe tener un coordinador, que debe encargarse de la presencia de los expositores en las sesiones.
- El coordinador debe estar presente en todas las sesiones.
- Debido a la permanente presencia de alumnas de la Carrera de Trabajo Social de nivel de Grupo, se sugiere que ellas pueden asumir el rol de coordinadoras, debido a la exigencia de competencias profesionales que son parte de estos profesionales.
- El Taller debería tener una evaluación de proceso por sesión y una evaluación de producto al término de cada Taller, para analizar los aspectos a mejorar y la factibilidad de continuidad del mismo.

#### *Áreas posibles del Taller:*

- Creación de niveles del taller teniendo en cuenta el tiempo de aparición de la enfermedad como criterio de selección para su conformación.
- Creación de un modulo en el que las familias que recién empiezan a vivir la experiencia, puedan conocer a familias que llevan un tiempo mayor en la situación y puedan servir de acompañamiento durante el tiempo que dure el taller, transmitiéndose experiencias, y aprendizajes.

#### **5.- Recursos:**

Los recursos involucrados son los siguientes:

##### **5.1.-Recursos Humanos:**

- Equipo de Profesionales de la Unidad de Mediana Estadía: Psicólogo, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Enfermero.
- Participantes (Mínimo 8 personas).
- 1 Coordinador.

##### **5.2.-Recursos Materiales y técnicos:**

Los materiales se obtienen de los recursos destinados a la U.M.E., sin embargo se sugiere contar con un presupuesto de \$8.000 para comestibles, ya que generan un espacio de conversación informal entre los participantes que sirve para crear lazos entre los participantes.

## BIBLIOGRAFÍA:

- **Libros:**

- 1.- Ander Egg, E, (1995) *Diccionario del Trabajo Social*, Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- 2.- Alwin, N., (2001) *Trabajo Social Familiar*, Santiago: Universidad Católica de Chile.
- 3.- Bertalanffy, L. (1976) *Teoría General de Sistemas*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- 4.- Berger P. y Luckmann T. (1968), *La construcción Social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- 5.- Briones G. (2003) *"Métodos y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales"* Trillas:
- 6.- Casado, D. (1995) *Ante la discapacidad; glosas iberoamericanas*. Buenos Aires: Lumen.
- 7.- Du Ranquet, M. (1996) *Los Modelos en Trabajo Social*, Madrid: Siglo Veintiuno.
- 8.- Ferreres, C. Eroles, C. (2002) *La discapacidad: una cuestión de derechos humano*. Buenos Aires: Espacio.
- 9.- Florenzano, R, Roizblatt, Valdés, M. (1995). *"La medición del funcionamiento Familiar": aproximaciones clásicas y el modelo de Olson"*. Instituto chileno de Terapia familiar.
- 10.- Florenzano, R. Carvajal, C. Weil, K. (1999) *Psiquiatría*, Santiago: Mediterráneo.
- 11.- Goffman E. (1998) *Estigma, la Identidad deteriorada*, Buenos Aires: Amorrortu.
- 12.- Goffman E. (1998) *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires: Amorrortu.
- 13.- Guell, P. (1999) *Familia y Modernización en Chile, Exposición ante la Comisión de expertos en temas de familia*. Santiago: PNUD.
- 14.- Hernandez, R. (1997) *Metodología de la investigación*, México: Mc Graw- Hill.
- 15.- Minunchi S. (1974) *Familia y terapia familiar*, España: Gedisa.
- 16.- Minuchin, (1977) *Familias y terapia familia*. Barcelona: Crónica.
- 6.- Ministerio de Salud, (2000) *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*, Chile.
- 17.- Morales, F. Moya, M. Rebollo, E., Huici C., Perez J. (1996) *Psicología Social y Trabajo Social*, Madrid, Mc Graw- Hill.
- 18.- Pastén F. (2000) *Elaboración de Diagnóstico sociales con la utilización de técnicas cualitativas de investigación*, Valparaíso: Edeval.
- 19.- Quintero A. (1999) *Trabajo Social y Procesos Familiares*. Buenos Aires: Lumen/Hvmanitas.
- 20.- Servicio nacional de la mujer, (1992) *Comisión nacional de la familia Informe comisión nacional de la familia*. Santiago: SERNAM.

- **Artículos y/o Revistas:**

1.- Preister Steven, La teoría de Sistemas como Marco de referencia para el estudio de la familia, *Revista de Trabajo social* N° 34 pág. 12.

- **Seminario de Título y/o Tesis:**

1.- AGUIRRE, Karen y VALENZUELA, Karem. “Trabajo de familia y la enfermedad Bipolar: Una perspectiva desde el Trabajo Social con familias que presentan un paciente con trastorno Bipolar”. Seminario de título para optar al grado académico de licenciado en Servicio Social y al Título Profesional de Asistente Social. Valparaíso, Chile, Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, año 2.003.

2.- CABALLERO, Máximo, LEIVA, Jimena y MIRANDA, Maribel. “Integración social del adulto mayor. Una experiencia de voluntariado intrageneracional I.N.P sucursal de Viña”. Seminario de título para optar al grado académico de licenciado en Servicio Social y al Título Profesional de Asistente Social. Valparaíso, Chile, Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, año 2.006.

3.- JADUE, Catherina y MEZA, Ana. “Estructura Familiar y significados compartidos en familias con pacientes pediátricos diagnosticados con una enfermedad metabólica crónica”. Seminario de título para optar al grado académico de Licenciatura en Psicología, Escuela de Psicología. Valparaíso, Chile, Universidad de Valparaíso, Escuela de Psicología.

- **Vínculos Web y Documentos electrónicos:**

1.- [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) : Página Institucional del Ministerio de Salud de Chile.

1.1.-Interviniendo en la Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2004.

1.2.-Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2004.

1.3.-Evaluación Plan Nacional 2003, Invirtiendo en Salud Mental.

1.4.-Estudio de Carga de Enfermedad, Ministerio de Salud (Concha 1998)

1.5.- La importancia de los Derechos Humanos consagrados internacionalmente en la legislación nacional sobre Salud Mental, 2004. Eric Rosenthal y Clarence J. Sundram.

1.6.- Informe Sobre la Salud en el Mundo, OMS, 2001.

2.- [www.ine.cl](http://www.ine.cl) : Página Institucional del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.

2.1. Encuesta sobre la Discapacidad, INE, 2000.

2.2.-Estudio Nacional de la Discapacidad e informes regionales, 2004. ENDISC-CIF.

3.- [www.fonadis.cl](http://www.fonadis.cl) : Página Institucional del Fondo Nacional de Discapacidad, de Chile.

3.1.- Plan Nacional de acción para la integración social de las personas con discapacidad 2004-2010: Informe país y Matrices de compromisos regionales. MIDEPALN-FONADIS, 2004.

- **Leyes y /o Normas:**

1.- Ley de integración social de las personas con discapacidad N° 19.284.

2.- Norma técnica N° 90 sobre “Rehabilitación Psicosocial para personas mayores de 15 años con trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad”: 2006. Ministerio de Salud Pública.

## ANEXOS



**CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Yo.....con rut.....domiciliado en .....; Estoy de acuerdo en ser parte de un estudio de investigación social, que buscará “Conocer la Estructura familiar y Significados en torno a la enfermedad de las familias de los pacientes de la Unidad de Mediana Estadía, del Hospital Psiquiátrico del Salvador, dependiente del sistema de Salud de Valparaíso – San Antonio, de la Quinta región, el año 2006”.

Estoy en conocimiento de que la alumna seminarista de Trabajo Social, Srta. Carolina Godoy Peña, será parte del equipo terapéutico de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador, los cuales están a cargo del Tratamiento de.....

La Srta. Carolina Godoy se compromete al cuidado de la identidad de los pacientes y sus familias, por lo que sus nombres no aparecerán en ningún documento entregado a la Universidad de Valparaíso.

Para llevar a cabo la fase diagnóstica de la investigación social se realizarán:

Entrevistas.

Visitas Domiciliarias.

Intervenciones con el familiar responsable.

---

Firma “familiar responsable”.

## Anexo 1.2

### Cuestionario Parte I

Instrucciones: Escoja una de las cinco alternativas de acuerdo a cómo usted cree describir mejor a su familia.

- 1 Casi nunca
- 2 De vez en cuando
- 3 Algunas veces
- 4 Frecuentemente
- 5 Casi siempre

1. Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.	1	2	3	4	5
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.	1	2	3	4	5
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.	1	2	3	4	5
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.	1	2	3	4	5
6. Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.	1	2	3	4	5
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia.	1	2	3	4	5
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.	1	2	3	4	5
9. A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.	1	2	3	4	5
10. Padres e hijos discuten juntos las sanciones.	1	2	3	4	5
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.	1	2	3	4	5
12. Los hijos toman las decisiones en la familia	1	2	3	4	5
13. Cuando en mi familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	1	2	3	4	5
14. Las reglas cambian en nuestra familia	1	2	3	4	5
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	1	2	3	4	5
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.	1	2	3	4	5
18. Es difícil diferenciar quién es o quiénes son líderes en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19. La unión familiar es muy importante.	1	2	3	4	5
20. Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1	2	3	4	5

**Anexo 1.3**

**Cuestionario Parte II.**

Instrucciones: Escoja una de las cinco alternativas de acuerdo a cómo usted cree describir mejor su realidad en cuanto a la alternativa o pregunta expuesta.

1 totalmente

2 medianamente

3 de ninguna manera

1. Usted asume responsabilidades en la vida del paciente.	1	2	3
2. Usted considera que su vida familiar se afectó en alguno de los siguientes aspectos:			
a) económico	1	2	3
b) social	1	2	3
c) Dinámica familiar (la forma que tenían de ser familia).	1	2	3
3. Usted por cual de las siguientes razones cree que apareció la enfermedad:			
a) una maldición.	1	2	3
b) una prueba de Dios	1	2	3
c) mala suerte	1	2	3
d) hereditario	1	2	3
e) no hay causa determinada	1	2	3
f) no lo sé.	1	2	3
4.- Usted considera necesarios todos los medicamentos que toma su familiar.	1	2	3
5. Usted considera que su familia recibió el apoyo necesario para afrontar la enfermedad cuando se diagnosticó.	1	2	3
6. Se formaron nuevos vínculos en su familia, debido al diagnóstico de X.	1	2	3
7. Cambió la familia después del diagnóstico.	1	2	3
8. En algún momento ocultaron la enfermedad a:			
a) familiares	1	2	3
b) amigos	1	2	3
c) vecinos	1	2	3
9. Contaron de la enfermedad a:			
a) familiares	1	2	3
b) amigos	1	2	3
c) vecinos	1	2	3
10. Quién de las siguientes personas, se acercó más durante la aparición de la enfermedad:			
a) Padre	1	2	3
b) Madre	1	2	3

c)hermanos (si son varios señale en orden a quien corresponde)	1	2	3
d) Otro (señale quién)	1	2	3
11. Quién de las siguientes personas, se alejó más durante la aparición de la enfermedad: a) Padre b) Madre c)hermanos (si son varios señale en orden a quien corresponde) d) Otro (señale quién)	1	2	3
12. Quién de las siguientes personas, se mantiene cercano: a) Padre b) Madre c)hermanos (si son varios señale en orden a quien corresponde) d) Otro (señale quién)	1	2	3

## Anexo 1.4

### ENTREVISTA FOCALIZADA A “FAMILIARES RESPONSABLES” DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

**Parentesco con el paciente:**

**Fecha:**

**Hora:**

1. ¿Siente que su vida cambió después de la aparición de la enfermedad, en qué sentido?
2. ¿Cómo fue el periodo posterior al diagnóstico?
3. ¿Cree que habría existido alguna diferencia, en la familia, si el diagnóstico se hubiese realizado durante otra etapa de la vida?
4. ¿Qué significaba para ustedes una enfermedad mental? Y ¿Qué significaba esquizofrenia?
5. ¿Cómo cree usted que la enfermedad ha influido en la vida familiar ( pareja, Parental y fraternal)?

**Anexo 1.5**

**PAUTA DE OBSERVACIÓN VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha:**

**Hora inicio:**

**Hora término:**

**Nombre:**

1. Condiciones del sujeto. (Marcar con una X)

	Bueno	Regular	Malo
Aspecto físico			
Vestuario			
Higiene			

2.- Observación: (todo aquello que sea importante registrar del sujeto y la familia).

--

3.- Condiciones del Ambiente Físico (Marcar con una X).

Lugar	Bueno	Regular	Malo	Observación
Living				
Comedor				
Cocina				
Baños				
Dormitorios				
Dormitorio del paciente				
Patio				
Acceso a la casa.				

4.- Actividades de los residentes (dónde están, activos, pasivos, cual es su disposición hacia el sujeto de investigación, registrar la relación que tiene con el referido y la observación).


5.- Satisfacción de los residentes (toda opinión manifestada por las personas que viven en el hogar al respecto de la situación en estudio).


## Anexo 1.7 Cuestionario Social

### 1.-Identificación

Nombre:	Edad Fecha de Nacimiento:
Estado Civil:	Escolaridad:
Rut:	N° de Ficha:

### 2.- Situación Provisional:

Fonasa:	Pensión Asistencial:	Administración Financiera:
		Paciente: Familia:

### 3.- Domicilio:

Domicilio:	Telefono:
------------	-----------

### 4.- Tipo de ingreso:

Voluntario:	Administrativo:	Judicial:	Urgencia:
-------------	-----------------	-----------	-----------

### 5.- Grupo Familiar:

Nombre	Relación	Edad	Estado Civil	Ocupación	Previsión

### 6.- Genograma:

--

### 7.- Historia Social- económica del Paciente

### 8.- Historia de la familia.

### 9.- Red Social de Apoyo

	Quien	Buena	Regular	Mala
Red de apoyo Familiar				
Red de apoyo secundaria				
Otra red				

### 10.- Situación Habitacional:

	Si	No
Presencia de Hacinamiento		
Luz Eléctrica		
Alcantarillado		
Agua potable		

	Si	No
Alcantarillado		
N° de piezas		
Tenencia		
Tipo		

### 10.- Descripción del lugar de residencia:

### 11: Diagnóstico socioeconómico:

**Anexo 2.1**

**CARTA COMPROMISO DE PROFESIONALES.**

Yo.....,de profesión.....  
me comprometo a participar en todas las actividades que implique el Programa de "Psicoeducación a familiares de pacientes psiquiátricos severos", en el marco del seminario de Título de la alumna seminarista Srta. Carolina Godoy Peña.

Estoy en conocimiento de la necesidad de participación como expositor en algunas de las sesiones del Taller denominado "Ser familia en la adversidad, se puede", el que se enmarca en el proyecto dos del Programa anteriormente señalado.

---

**Firma**

## Anexo 2.2

### REGISTRO DE ASISTENCIA.

Nombre	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8

#### Simbología:

Presente: P

Ausente: A

Según la asistencia se considera:

No logrado: 0 a 3 por sesión.

Logrado: 5 a 8 por sesión.

PAUTA DE OBSERVACIÓN EVALUATIVA.

a) Participación en actividades:

Predominio Grupo n° de sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Escucha atentamente									
Expresan dudas									
Aportan su reflexión y análisis frente al tema expuesto.									
Los participantes señalan experiencias con respecto al tema.									
Los participantes comprenden los temas tratados en cada actividad.									

Registro momentual y anecdótico:

.....

f) Tamaño del grupo (grado de estabilidad):

Grupo N° de sesión	1	2	3	4	5	6	7	8
En aumento								
Estable								
En disminución								

Registro momentual y anecdótico:

.....

2. Dinámica externa: Observación de influencias provenientes de:

Grupo N° de sesión	1	2	3	4	5	6	7	8
La institución								
Situaciones de los miembros del grupo.								

Registro momentual y anecdótico:

.....

Anexo 2.4.

**TEST A FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE  
MEDIANA ESTADÍA.**

Usted debe leer las afirmaciones que aparecen en el cuadro y responder **SI** o **NO**, según su postura frente a la afirmación. Usted tiene 10 minutos para responder las siguientes preguntas.

<b>Test de contenidos</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.- La causa de la enfermedad es multifactorial, es decir son muchos los factores que inciden en el inicio de la enfermedad mental.		
2.- La enfermedad está rodeada de mitos		
3.- Conoce el diagnóstico de su familiar (si su respuesta es SI escriba al final de la hoja el nombre de la enfermedad)		
4.- No es conveniente que se le pida al paciente que realice actividades en su casa porque eso lo estresa.		
5.- Como "familiar responsable", estoy obligada a hacerle caso en todo al paciente.		
6.- Todos los cambios que sufrió mi familia se provocaron por la enfermedad mental de mi familiar.		
7.- Conozco instituciones donde mi familiar pueda asistir para continuar su rehabilitación una vez que sale del Hospital		
8.- El Hospital es solamente una institución para rehabilitar (si considera que tiene otra función nómbrela, en el espacio donde señalo su respuesta.)		
9.- Considera importante que el paciente tome todos sus medicamentos, según lo indicado por su médico.		

3.-.....

### PAUTA DE FOCUS GROUP

1.- ¿Qué significó para ustedes el taller?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3.- A juicio de ustedes, ¿Qué le faltó al taller?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5.- ¿Qué opinión les merecen los siguientes aspectos? (Esta preguntas específicas se realizaran, solo si en las dos preguntas anteriores alguno de estos aspectos no se presenta).

5.1.- ¿Qué pueden decir acerca del desempeño de los Expositores?

.....  
.....  
.....  
.....

5.2.- ¿Qué opinan acerca del Ambiente del Taller? (en relación al clima del grupo de pares, incluyendo a los expositores).

.....

5.3.- ¿Qué pueden decir acerca de la Organización del Taller?

.....  
.....

5.4.- ¿Qué opinan acerca de los Recursos utilizados, en el Taller?:

.....

## Anexo 2.6

**Carta Gantt:** contiene las principales actividades y plazos de los proyectos que conforman el programa de intervención.

Objetivo General del programa	Cronograma de Actividades											
	Semanas											
Promover e implementar una estrategia de psicoeducación para los familiares responsables de los pacientes.												
<b>Actividades asociadas al Proyecto Uno: "Reflexionando sobre la necesidad de psicoeducar".</b>	1	2	3	4	5	6						
1.La necesidad de intervenir	■	■										
2.Porqué psicoeducar		■	■									
3.Trabajando en equipo en la planificación del proyecto			■	■								
4.Trabajando en equipo en la planificación del proyecto				■	■							
5.Evaluación del proyecto					■	■						
<b>Actividades asociadas al Proyecto Dos: "Ser familia en la adversidad, se puede".</b>	Semanas											
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	22	23	24
1.-Tú puedes haber escuchado sobre las enfermedades mentales, pero hoy te invito a conocerlas, desde tu experiencia.	■	■										
2.Descubriendo la enfermedad mental		■	■									
3.Mitos y estigmas de la enfermedad mental			■	■								
4.Conociendo la enfermedad de mi familiar				■	■							
5.La doble incapacidad					■	■						
6. ¿Porqué tantos medicamentos?, a veces siento que no sirven de nada.....						■	■					
7.La carga emotiva del familiar responsable							■	■				
8. Mi familia cambió.								■	■			
9. Retomando nuestras vidas									■	■		
10.Se hizo camino al andar										■	■	
11. Evaluación											■	■
<b>Leyenda</b>												
■	Actividad desarrollada											
■	Tiempo de Holgura											

**Hospital Psiquiátrico del Salvador  
Serv. De Salud Valparaíso-San Antonio**

**Ser Familia en la adversidad "Se puede".**



**Le invitamos a compartir el desafío.**

**Martes de 15 a 16 hrs. En la Unidad de Mediana  
Estadía (U.M.E)**



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD  
VALPARAISO-SAN ANTONIO

## Anexo 3.2



PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN  
FAMILIAR

# HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL SALVADOR.

## *Programa de Psicoeducación familiar*

Confiere este Diploma a:

---

Por haber dado cumplimiento en forma satisfactoria a los requisitos de participación exigidos por el Taller de psicoeducación familiar:

*“Ser familia en la adversidad, se puede”.*

Realizado en Valparaíso con un total de 9 sesiones correspondiente a 20 horas

Valparaíso, 29 de Mayo del 2007.

---

Director Señor Raúl Cárdenas

Unidad de Mediana Estada  
Hospital Psiquiátrico del Salvador

---

Coordinadora de Proyecto  
Srta. Carolina Godoy Peña

Anexo 3.3.



#### POR TI, POR MI.

Aquí estoy batallando contigo enfermedad, que son algunos  
Que no se dan cuenta que llevan una de estigma y recriminación

Que la sociedad nos encaja y califica

Me traían, nos tratan de raros, pero mis familiares más cercanos,

Están conmigo mi padre y muy especialmente mi madre, gracias manita por creer  
en mi y no verme como un enfermo descalificado. (Extracto de un poema  
realizado por Luis Coello, un ex paciente del Hospital).

## HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL SALVADOR SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO.

“Ser familia en la adversidad, se puede”.



UNIDAD DE MEDIANA ESTADÍA

“Guía de orientación, para participantes del Taller de  
psicoeducación familiar”.

## FOTOS EJECUCIÓN PROYECTO UNO

### 1.- Jornadas, Proyecto uno



**Anexo 4.2.**

**2.- Sesión de grupos de pequeños, para la construcción de la intervención:**



Anexo 4.3

## FOTOS EJECUCIÓN PROYECTO DOS

### 1.- Fotos de las sesiones realizadas en el Taller.



### 2.- Fotos de Sesión Evaluativo (Focus Group):



## FOTOS CIERRE DE PROGRAMA.

1.- Entrega de “Guía de orientación familiar, para los participantes del Taller *Ser familia en la adversidad, se puede*”



2.-Entrega de diplomas, para los participantes del Taller *Ser familia en la adversidad, se puede.*



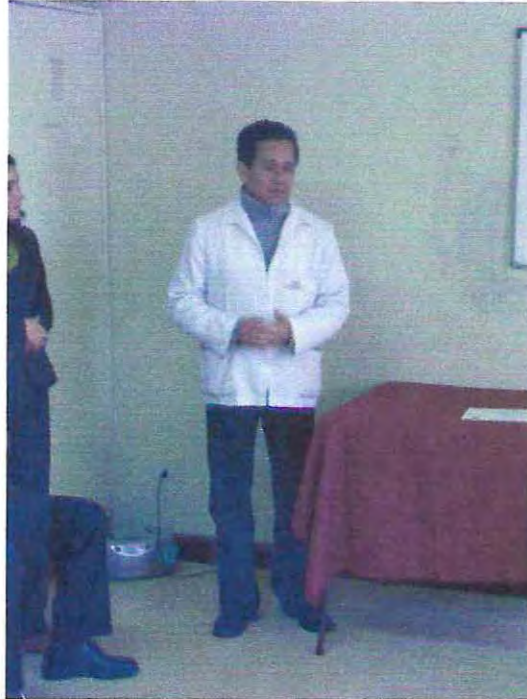
2.2.- Realiza entrega de diploma Sra. Alicia Utillano, Psicóloga U.M.E.



2.4.- Realiza entrega de diplomas Sra. Verónica , Terapeuta Ocupacional U.M.E.



**3.- Palabras Finales en representación de la Unidad de Mediana Estadía, en la Voz del Enfermero jefe, Sr. Héctor Vargas**



**4.- Foto final de los profesionales beneficiarios del proyecto uno, junto a los familiares responsables beneficiarios del proyecto dos.**



5.- Coktail para finalización del Programa de intervención.

