
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN LA PARTICIPACIÓN DE LA
FAMILIA EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES INTERNADOS EN EL
CENTRO DE REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL SAN JUAN DE DIOS**

Trabajo Dirigido

Universitaria: Lourdes Huanca Mendoza

Tutora: Lic. Martha Rico de Pantoja

La Paz- Bolivia

2019

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a Dios, por haberme dado la oportunidad de vivir y permitirme llegar a culminar esta etapa de mi vida tan importante en el ámbito profesional.

A mi madre, por haberme protegido, cuidado y lo más importante brindarme su amor, cariño y confianza, a pesar de nuestras diferencias en opiniones.

A mi padre, por apoyarme siempre en mi educación, sin sus concejos y recomendaciones hoy no estaría culminando esta etapa de mi vida y como dices siempre “todo esfuerzo tiene su recompensa”.

A mi esposo a quien quiero mucho sin su comprensión, paciencia y apoyo este momento de felicidad no sería posible.

A mi linda princesa, mi hijita, quien es el motor y motivo de seguir adelante y luchar siempre por verla sonreír.

A todos mis hermanos, en especial a Elva, a todos hacerles recuerdo de los concejos que nos dan nuestros padres y decirles que no importa el camino que tomemos lo importante es cumplir con las metas trazadas.

A toda mi familia, amigos y compañeros de trabajo, por apoyarme incondicionalmente.

Lourdes Huanca Mendoza



AGRADECIMIENTOS

En primera instancia a nuestro creador a Dios, a la Virgencita, por cuidarme, protegerme durante todo este recorrido y no permitirme flaquear y seguir adelante.

A mi madre Marcelina Mendoza, gracias a sus consejos, cuidados, paciencia y confianza, me ha enseñado a no rendirme y superar siempre cada obstáculo que la vida nos pone en el camino.

A mi padre Rene Huanca, por su permanente e incondicional apoyo y guía en mi educación, agradecida con él, por sus consejos, sus desvelos en la etapa escolar y siempre recordarme que todo esfuerzo algún día tiene su recompensa.

A mis hermanos Ruddy, Diego y Elva, por confiar siempre en mí y apoyarme incondicionalmente.

A la Lic. Isabel Villarroel, por darnos esa motivación, apoyo y confianza para no rendirnos y luchar para llegar a la meta.

A la Lic. Martha Rico, por dedicarme su tiempo, paciencia y sabiduría y guiarme asimismo asesorarme en la realización de este trabajo.

Al Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios por abrirme las puertas y darme la oportunidad de desenvolverme profesionalmente y permitirme seguir luchando por los pacientes y sus familias que asisten a esta prestigiosa Institución que brinda apoyo a los que más lo necesitan.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este documento.

Lourdes Huanca Mendoza



INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
INDICE	iii
INDICE DE ABREVIACIONES	viii
RESUMEN EJECUTIVO	1
INTRODUCCIÓN	4
Planteamiento del problema	5
Justificación	9
CAPÍTULO I	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO METODOLÓGICO	14
1.1. Definición del problema	14
1.2. Objetivos del diagnóstico investigativo	15
1.2.1. Objetivo general	15
1.2.2. Objetivos específicos	15
1.3. Delimitación de la investigación	15
1.3.1. Delimitación espacial	15
1.3.2. Delimitación temporal	15
1.3.3. Delimitación poblacional	16
1.4. Universo	16
1.5. Muestra	16
1.5.1. Criterios de selección de la muestra	17
1.6. Tipo y nivel de investigación	17
1.6.1. Investigación exploratorio descriptiva	17
1.6.2. Investigación cuali-cuantitativa	18
1.7. Técnicas de recolección de datos	19
1.7.1.2. <i>Entrevista</i>	20
1.7.1.4. <i>Visita domiciliaria</i>	21
1.7.1.5. <i>Historias de vida</i>	21
1.7.1.6. <i>Ficha social</i>	22
1.7.2. Instrumentos	23
1.7.2.1. <i>La observación directa y participante</i>	23



1.7.2.2. <i>La entrevista semi estructurada</i>	24
1.7.2.4. <i>Cuaderno de campo</i>	25
1.7.2.5. <i>Cuaderno diario de actividades</i>	26
1.9. Proceso metodológico desarrollado	26
1.10. Limitaciones enfrentadas	28
CAPÍTULO II	30
MARCO TEÓRICO y NORMATIVO	30
2.1. Salud Mental.....	30
2.1.1. Concepto de la salud mental positiva.....	32
2.2. Trastorno mental.....	33
2.2.1. Clasificación de las principales enfermedades mentales	34
2.2.2. Conceptos y definiciones sobre el trastorno de la personalidad.....	35
2.2.2.1. <i>Definiciones de la personalidad según varios autores</i>	37
2.3. Familia y trastorno de la personalidad	39
2.3.1. La familia	39
2.3.2. Tipos de familia.....	42
2.3.1.2. <i>Etapas del ciclo vital de la familia</i>	43
2.3.1.3. <i>Funciones y roles de la familia</i>	43
2.3.1.4. <i>Funcionamiento Familiar</i>	45
2.3.2. Familias en crisis	47
2.3.2.1. Cuando se producen las crisis familiares	47
2.3.2.2. <i>Identificación y definición de la tensión</i>	48
2.3.2.3. <i>Tipos de crisis</i>	48
2.3.2.4. <i>Alteraciones de la familia dinámica ante una enfermedad crónica</i>	49
2.3.2.5. <i>Familia y sentimientos de frustración</i>	50
2.3.2.6. <i>La Carga del cuidador</i>	53
2.4. Instrumentos de evaluación de la familia.....	55
2.5. Teorías y modelos de intervención familiar.....	57
2.6. Estigma.....	59
2.7. Participación.....	61
2.8. Trabajo Social en el área de la salud.....	61
2.9. Lo psicosocial en relación a la intervención social	64
2.9.1. Enfoque Psicosocial	65



2.10. La intervención psicosocial	65
2.11. La intervención con familias.....	66
2.12. La resiliencia, otro eje de intervención.....	66
2.13. La autoestima en la familia	67
2.14. La familia ante la discapacidad.....	68
2.2. Marco normativo	69
2.2.1. Decreto Supremo Nº 28671 de abril 2006 Plan Nacional de Igualdad y Equipamiento de Oportunidades (PINEO)	69
CAPÍTULO III	73
MARCO INSTITUCIONAL.....	73
3.1. CONTEXTO GEOGRAFICO.....	73
3.1.2. Historia	74
3.1.3. Extensión y Límites	74
3.1.4. Topografía	75
3.1.5. Medios de Transporte.....	75
3.1.6. Clima y vegetación de la zona (flora).....	76
3.2. Contexto institucional.....	76
3.2.1. Historia del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios	76
3.2.2. Naturaleza Institucional	78
3.2.2.1. Misión.....	78
3.2.2.2. Visión	78
3.2.3. Objetivos del CRSM-San Juan de Dios	78
3.2.4. Infraestructura.....	79
3.2.5. Objetivos de la unidad de Trabajo Social.....	81
3.2.6. Funciones de la responsable de la unidad de Trabajo Social	82
3.2.6.1. Organigrama de la unidad de Trabajo Social	83
3.2.5.3. Organigrama del Centro De Rehabilitación Y Salud Mental San Juan De Dios.....	84
3.2.6. Reglamento interno del Centro de Rehabilitación En Salud Mental “San Juan De Dios”	85
3.2.6.1. Naturaleza del Reglamento Interno CRSM San Juan de Dios	85
CAPÍTULO IV.....	87
DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA	87
4.1. Antecedentes del problema.....	87
4.2. Identificación del problema	88



4.2.3. Priorización del problema	90
4. Resultados del diagnóstico	91
4.1. Características del paciente con trastorno de la personalidad y su familia.....	91
4.1.1. Características del paciente con trastornos de la personalidad.....	91
4.1.2. Características de la familia	97
4.2. La participación de la familia durante el proceso de tratamiento del paciente con trastorno mental de la personalidad que asiste a consulta externa y hospitalizado en el “centro de rehabilitación y salud mental san juan de dios”	102
4.2.1. Participación familiar en el proceso terapéutico desde la percepción del paciente con trastorno mental de la personalidad	102
4.2.2. Participación familiar en el proceso terapéutico desde la percepción de las familias sobre la enfermedad de trastorno de la personalidad y el tratamiento que requiere el paciente.....	104
4.2.2.1. Al inicio de la enfermedad.....	104
4.2.2.2. En el curso de la enfermedad	110
4.2.2.3. Apoyo y formación a las familias.....	112
4.2.2.4. El estigma y las expectativas de las familias en referencia al futuro	112
4.3. Acompañamiento familiar al tratamiento.....	113
CAPÍTULO V.....	116
PROPUESTA DE PROYECTO.....	116
4.1. Aspectos generales	116
4.1.1. Nombre del proyecto	116
4.1.2. Institución ejecutora y responsable	116
4.1.3. Localización de proyecto.....	117
4.1.4. Población Objetivo	118
4.1.4.1. Beneficiarios Directos e indirectos.....	118
4.1.5. Institución Ejecutora y Responsable.....	118
4.1.6. Tipo de proyecto	118
4.1.7. Duración del proyecto	119
4.2. Naturaleza del proyecto.....	119
4.3. Descripción del proyecto	121
4.4. Fundamentación.....	121
4.5. Descripción de las fases del proyecto.....	124
4.6. Fin del proyecto	128



4.6.1. Propósito del proyecto	128
4.8. Objetivos y metas del proyecto.....	129
4.8.1. Objetivo General.....	129
4.8.2. Objetivos Específicos	129
4.8.3. Metas del proyecto.....	129
4.9. Marco lógico	130
4.10. Estrategia metodológica	132
4.10.1. Metodología educativa.....	132
4.10.2. De las actividades metodológicas	133
4.11. Determinación de los recursos humanos y materiales.....	133
4.11.1. Recursos Humanos	133
4.11.2. Recursos Materiales.....	134
4.12. Niveles de evaluación	134
4.13. Presupuesto.....	136
4.11. CRONOGRAMA	137
CONCLUSIONES	138
BIBLIOGRAFÍA	144
ANEXOS.....	150
ANEXO 1. ENCUESTA	150



INDICE DE ABREVIACIONES

C.R.S.M.	Centro de Rehabilitación y Salud Mental
P.E.T.A.E.N.G Graduados	Plan Excepcional de Titulación para Antiguos Egresados No Graduados
O.N.G.S.	Organización no Gubernamental
O.M.S.	Organización Mundial para la Salud
A.V.A.D.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
D.S.M.	Diagnostico Estadístico de Trastornos Mentales
T.P.	Trastorno de la Personalidad
P.I.N.E.O.	Plan Nacional de Igualdad y Equipamiento de Oportunidades
I.D.A.I.	Instituto de Adaptación Infantil
S.E.D.E.G.E.S.	Servicio Departamental de Gestión Social
A.T.I.	Atención Terapéutica Integral

RESUMEN EJECUTIVO

Los problemas provenientes de la Salud Mental, enfrentados desde el punto de vista social, son temas de escasa investigación académica, de ahí la importancia y necesidad de revisar y reflexionar, este tema, desde la perspectiva de la participación de la familia. En ese sentido, el presente informe es el resultado del diagnóstico participativo en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” de la Zona de Irapavi 2, el cual funciona como un Establecimiento de Convenio entre el Gobierno y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, cuya administración se encuentra a cargo de los Hermanos de la Orden Juandediana.

El documento cumple con las exigencias del Plan Excepcional de Titulación para Antiguos Egresados No Graduados (PETAENG), bajo la modalidad de Trabajo Dirigido, el cual pretende constituirse en un aporte a la labor institucional y en particular a la Intervención del Trabajo Social, en una problemática de importancia y que ha generado la atención del Estado, Instituciones que trabajan en el sector salud, ONGs y los propios sujetos sociales

Este informe tiene como propósito profundizar en el estudio de la salud mental desde la perspectiva del Trabajo Social para poder intervenir con las familias, el paciente, a través de



las metodologías, articulando los recursos necesarios con la finalidad de dar respuestas a las necesidades sociales detectadas.

En este sentido este documento está estructurado en cinco capítulos. El primer capítulo hace referencia al planteamiento del problema, la delimitación espacial y temporal, seguido del objeto de estudio, los antecedentes del problema con datos cuantitativos, como ser cuantos varones y mujeres fueron atendidos, quienes cuentan con el apoyo de la familia y también datos cualitativos, en el cual identificamos las costumbres, creencias y su cultura el cual influye en la participación de la familia en el proceso de rehabilitación del paciente.

El segundo capítulo, lo conforma el marco teórico, y normativo en el que se delimitan los conceptos de salud mental, familia, trastornos mentales, estigma y la importancia que se hace sobre la enfermedad mental, se describe las funciones del perfil del Trabajo Social.

El marco normativo hace énfasis a la *Ley N° 223, del 2 de marzo del 2012, denominada “Ley General para Personas con Discapacidad”*, la Constitución Política del Estado Plurinacional, promulgada el 7 de febrero del 2009, establece en el Artículo 72, que el Estado garantizará a las personas con discapacidad los servicios integrales de prevención y rehabilitación, así como otros beneficios que se establezcan en la Ley, también hace referencia a la Ley N°475 del 30 de diciembre del 2013, Ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado.

Debido a que el objeto de estas normativas y leyes son garantizar a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral.

El tercer capítulo, se desarrolla el marco Institucional del Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, sus características organizacionales, como ser el tipo de



infraestructura, el tipo de población que atiende, número de profesionales con los que cuenta la institución, el organigrama, actividades que se realizan en cada comunidad y también el rol y funciones que cumple la unidad de Trabajo Social en la Institución.

El cuarto capítulo hace referencia al Diagnóstico del problema, se presenta y se analiza los resultados de la investigación, consta de dos acápites: en el primero descubre y analiza las características socio-demográficas de los pacientes con trastornos mentales de personalidad y su familia. En el segundo acápite se relata los testimonios de las familias, sus vivencias, sentimientos, y se identifica sus problemas, necesidades y potencialidades, tratando de respetar al máximo su relato para situarnos en su diario vivir.

En el quinto capítulo, se presenta una propuesta de proyecto, el cual tiene el proyecto de intervención, los objetivos, y la metodología, seguido del capítulo de las conclusiones y las recomendaciones, posteriormente esta la bibliografía y el anexo, así mismo también y por ultimo las recomendaciones.



INTRODUCCIÓN

El presente diagnóstico proporcionará información general sobre la problemática de la salud mental en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, en el cual, la trabajadora social interviene a través de procesos metodológicos para sustentar su conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes dentro de su saber especializado, para el logro de la rehabilitación y estabilización del paciente evitando así las internaciones prolongadas y abandono de los pacientes.

De ahí la importancia y la necesidad de revisar y reflexionar sobre la participación de la familia, para que las mismas puedan tener conocimiento acerca de la enfermedad mental a través de terapias familiares en el cual se enseña el manejo del paciente, también el cumplimiento y la importancia del medicamento farmacológico, el cual debe ser administrado de manera rigurosa ya que en la mayoría de los casos la medicación es de por vida.



Planteamiento del problema

La información sobre Salud Mental es una de las carencias más significativas en el sistema de salud pública en Bolivia. Los reportes hospitalarios sólo dan cuenta de lo que sucede en una pequeña porción de la población, siendo que los establecimientos especializados y de tercer nivel se concentran en las capitales departamentales y a esto se debe sumar la desinformación y el estigma vinculado a los trastornos mentales, razones por las cuales, la población que se aproxima a los establecimientos de salud en busca de servicios especializados de salud mental es muy reducida y probablemente en su gran mayoría son personas de clase media hacia arriba en la pirámide socioeconómica, sin embargo se han realizado investigaciones que ofrecen la posibilidad de hacer algunas estimaciones¹.

De esta manera, la salud mental es el estado de bienestar de una persona que le permite actuar con todas sus capacidades, afrontar tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, además, es capaz de contribuir a la sociedad. Se reitera que, en Bolivia no se le da mucha importancia a la salud mental y se concentra más en la salud física, restándole valor a las futuras consecuencias.

De acuerdo a la Organización Mundial para la Salud (OMS), un trastorno mental o del comportamiento se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas están acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales².

¹ Aguilar Juvenal. *Panorama actual de la salud mental*. 2013. Obtenido de la página web http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2078-03622013000100011&script=sci_arttext

² Los Tiempos. *La salud mental, clave del bienestar familiar y social*. 2014. Obtenido de la página web <http://www.lostiempos.com/tendencias/bienestar/20141031/salud-mental-clave-del-bienestar-familiar-social>



Resultan evidentes las altas cifras de prevalencia y las limitaciones en la accesibilidad a los servicios, hecho que incrementa la gravedad y persistencia de los trastornos mentales, y los costos (emocionales y económicos) para la familia y la sociedad. Lo anterior cobra su verdadera dimensión si se conoce que, en el mundo, las enfermedades mentales son la quinta causa de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) y, contando la carga generada por suicidio, la tercera, con una tendencia al incremento en las próximas décadas. El último estudio realizado por la OMS sobre este tema calculó que para el año 2020, las enfermedades mentales y neurológicas explicarán el 15 % del total de AVAD del mundo, y que nuestro país presenta una de las prevalencias de patologías más altas, junto con Estados Unidos. En relación con los grupos etarios, el cálculo de la carga global de enfermedades para los países americanos de ingresos medios y bajos, como en Colombia, muestra el impacto de estas en la población joven (de 15 a 29 años).³

Existe una ausencia de políticas nacionales específicas que informen sobre el problema de la salud mental, no obstante el Ministerio de Salud por medio de la Unidad de Salud Mental, debe ser quien lleve a cabo campañas de prevención y promover el apoyo y la participación de las familias en los procesos de rehabilitación del enfermo mental, puesto que es la familia la que vive día a día esta viacrucis junto con el enfermo mental, lo que da paso a la discriminación, intolerancia y estigmatización de las personas con algún diagnóstico psiquiátrico. Según datos estadísticos al alrededor del 0.2% del presupuesto de Salud se destina en el país a la salud mental; no se cuenta a la fecha con un sistema de Vigilancia en salud mental y tampoco con indicadores de salud mental dentro del Sistema Nacional de

³ Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015 Tomo 1



Información de Salud. Menos del 5% del recurso humano de los establecimientos de salud mental, por cada 100, habitantes existen 1.06 psiquiatras, 0.22 médicos no especializados en psiquiatría, 0.34 enfermeros, 0.46 psicólogos, 0.25 trabajadores sociales.⁴

La familia también se ve obligada a palpar la cruda realidad de tener un miembro con una enfermedad mental, que para los familiares representa una “carga”, adicionando el desconocimiento y la negación de la enfermedad, en la mayoría de los casos el cuidado, atención y protección del paciente con una patología psiquiátrica, en la mayoría de las familias recae en un solo miembro de la misma en la mayoría de los casos esta responsabilidad lo asume la madre.

Los trastornos mentales en Latinoamérica son altamente prevalentes y representan una carga significativa para usuarios y familiares. Las familias usualmente deben lidiar con el estigma que se asocia al diagnóstico que reciben del paciente. El estigma hacia la enfermedad mental provoca consecuencias negativas en los pacientes y sus familiares, transformándose en la barrera principal para lograr su plena inclusión social.⁵

Las personas que padecen un trastorno mental están asociadas con la idea compartida socialmente sobre su supuesta condición de discapacidad. La estigmatización constituye un problema de grandes repercusiones, no solo por el sufrimiento propio de la enfermedad de quien lo padece, sino que se extiende también a los familiares en cuanto a discriminación, rechazo, ocultamiento y exclusión por las ideas negativas que se construyen alrededor de ellos.

⁴ Plan Nacional de Salud Mental 2009-2015.

⁵ Franco Mascayano Tapia, Walter Lips Castro, Carlos Mena Poblete, Cristóbal Manchego Soza, “*Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones*”. 2010.



A pesar de los esfuerzos que se generan en el ámbito familiar en relación al cuidado y atención del enfermo mental, la familia considera que no está apta y que no es seguro el hogar para el cuidado del paciente, debido a que no podrán realizar sus actividades diarias con normalidad. Es en este sentido, que encuentran en la institucionalización una alternativa que no solo dependerá de las condiciones económicas, sino también de la oferta institucional. De no encontrarse otros apoyos institucionales, la familia y en particular los cuidadores quedarán desamparados con la carga generada en los excesos e inequidades en la atención de los otros miembros de la familia, hasta llegar al límite de exponer su propio bienestar. Se pudo observar que en algunos casos las mujeres que se dedican a cuidar a su familiar enfermo, quieren renunciar a todo el ambiente social y cultural que está en su entorno familiar, buscando el aislamiento de los otros miembros del grupo familiar, para evitar que sus hijas repitan la misma historia, de adjudicarse la carga.

Por último, se hace necesario seguir trabajando en el campo de la salud y la enfermedad mental dentro de los grupos familiares, redes solidarias, instituciones de salud y comunitarias para poder formar representaciones sociales para evitar la discriminación, inequidades en el cuidado y ocultamiento o la exclusión de un enfermo mental.⁶

Frente a estas situaciones la familia procurara buscar una salida fácil y rápida, a primera vista, intentarían solucionar todos los problemas que ocasiona el tener un enfermo mental en la familia definitivamente. En otras familias aumenta el nivel de estrés, la familia percibe claramente que lo que ocurre rebasa y sobrepasa los recursos de respuesta a las dificultades que conocía y utilizaba hasta ese momento. Siente que se pone en peligro su bienestar. Y el

⁶ D. Pedersen, *Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis en investigación Rev Psiquiatría y Salud Mental.*, VI (2005), pág. 3-14



estrés consiguientemente repercute en todos. Lo anteriormente expuesto ocasiona un bajo autoestima en la pareja y hasta conductas desviadas en otros miembros de la familia. La enfermedad mental produce siempre problemas de adaptación, las demandas generadas por el enfermo mental son muchas y dolorosas, tomando en cuenta que el paciente no es el culpable de esas consecuencias.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, se analizaran aspectos específicos que, surgen de pacientes atendidos en el Centro de Rehabilitación San Juan de Dios con su entorno familiar.

Por consiguiente, esta investigación intenta describir las características socio demográficas y socio culturales de las familias, además de identificar las relaciones y la dinámica familiar, pero sobre todo describir los factores determinantes que influyen en las actitudes que la familia adopta para, la rehabilitación que requiere el paciente con trastornos mentales de la personalidad, para evitar que aumente el riesgo de que la enfermedad se cronifique y que el paciente se quede internado por bastante tiempo en el “Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios”.

Justificación

La enfermedad mental es un problema de salud pública, porque intervienen factores predisponentes como la familia, la comunidad y el Estado, siendo las Instituciones de salud quienes involucran a toda la sociedad.

Como la enfermedad mental es multicausal, y hay un amplio desconocimiento sobre este tema, es importante conocer, estudiar e investigar en tanto objeto de estudio y generar mecanismos idóneos de intervención fundamentalmente para el Trabajo Social.



Es relevante investigar este tema porque cada día va aumentando la población con problemas de salud mental, esto debido a la inexistencia de Políticas Sociales, en la ciudad de La Paz contamos solo con cuatro centros de salud que atienden a pacientes con diferentes patologías psiquiátricas tales como el Hospital de Clínicas, el Hospital Psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud, el Hospital Arco Iris, y el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, de los cuales solo uno es de atención pública los demás centros son privados, debido a la alta demanda de pacientes con alguna patología psiquiátrica, el Estado a través de sus Instituciones que trabajan en el área de salud correspondería promover la prevención de la salud mental, el cual debería ser proporcionado a través de escuelas, centros de salud, comunidad, municipio, y la gobernación.

La salud mental es el resultado de distintos factores, entre los que se destacan: los genéticos, las primeras relaciones del recién nacido con los adultos, el ambiente social y cultural en el que se crece y se madura, e incluso la capacidad de valorar lo sucesos acaecidos y ejercitar una libertad de decisión.

El tema de la salud mental es tan trascendental, siendo que muchas instituciones dejan de lado la importancia que debería proporcionarse, desde el mismo Estado, al no asignarle un presupuesto adecuado, tampoco existen Políticas Públicas para dar atención a este tipo de población con diagnósticos mentales, los cuales día a día van aumentando en Bolivia y no cuentan con la atención adecuada en la especialidad de psiquiatría, debido a que en los centros de salud de primer y segundo nivel existen pocos profesionales dedicados al área de salud mental.

El Trabajo Social, tiene como objeto de estudio atender las consecuencias del problema social, en este sentido el problema detectado con la problemática del abandono de la familia.



Este concepto, define como la Trabajadora Social interviene con las familias que tienen problemas de asimilar la enfermedad mental que tiene su familiar, para que pueda relacionarse mejor con el paciente. Para esto se plantearon estrategias de trabajo con las familias de pacientes con este tipo de patologías, dado que se caracteriza por que existe una mayoría de pacientes que acuden con una enfermedad mental y demandan su atención en el “Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios”. Sin embargo existe una cantidad de enfermos mentales sin atención, debido al factor económico o al abandono de los familiares.

Es pertinente esta investigación, porque se está estudiando acerca de la salud mental, debido a que existe una gran población con este tipo de enfermedades mentales en nuestro país. De acuerdo con el departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud (2017), al menos el 25% de la población boliviana está en riesgo de padecer en algún momento de su vida un trastorno mental⁷.

De acuerdo a los datos estadísticos de hospitales de tercer nivel y los psiquiátricos de toda Bolivia determinan que las principales causas de internación más frecuentes son seis: trastornos mentales orgánicos F06 y trastornos de comportamiento, debido al consumo de sustancias (28,2%); esquizofrenia (28%); psicosis F09 y la demencia (17,8%); trastornos del humor (13,5%); trastornos de ansiedad (6,9%), y trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto (5.6%).⁸

De acuerdo con las constataciones hechas por la OMS (2016), estos problemas constituyen el 13% de las enfermedades mundiales y la tercera parte de las no transmisibles en el mundo.

⁷La Razón, 2016 El 25% de bolivianos, en riesgo de sufrir trastornos mentales, obtenido de la página web http://www.la-razon.com/sociedad/Salud-bolivianos-riesgo-sufrir-trastornos-mentales_0_2141185902.html

⁸ Diario El Día, Santa Cruz - Bolivia, 2016. 70% de enfermos mentales abandona terapias



Los trastornos mentales y aquellos derivados del uso y abuso de sustancias adictivas representan el 13% de la carga global de enfermedades, por encima del cáncer y afecciones cardio vasculares.⁹

La esquizofrenia, depresión y epilepsia, son los grandes retos que enfrenta la salud mental en la actualidad, y los países más pobres, son los que más sufren al no poder asistir a terapias para afrontar enfermedades como el Parkinson, Alzheimer, según indica el informe, estos problemas están lejos de disminuir, crecerán, asimismo aumentara el número de suicidios, que para 2020 ascenderá a un millón y medio al año.¹⁰

En este caso es acertado estudiar este tema sobre la salud mental, para que se pueda concientizar, promover y educar para prevenir enfermedades mentales. De acuerdo con los datos que manejan los diversos centros de asistencia psiquiátrica de la ciudad, al menos el 70% de los pacientes con problemas mentales, abandonan los tratamientos y terapias por falta de recursos económicos y por el desinterés de los familiares por tratar los diferentes trastornos que padecen sus familiares.

Para tal efecto, médicos, pacientes y familiares lamentan que las políticas sean paliativas y no preventivas. Para el psiquiatra Ariel Rojas, siempre es importante iniciar un tratamiento psiquiátrico aunque este tenga que verse postergado por razones económicas en nuestro medio. "Es mejor poco que nada".¹¹

Es notable la falta de apoyo y abandono que reciben estos pacientes y sus familiares cuyos esfuerzos son en vano por la falta de políticas del Gobierno. Lo recomendable es que el Estado asuma una política para las personas que tienen problemas mentales. Si el Estado no

⁹ Ídem.

¹⁰ Ídem.

¹¹ Dr. Ariel Rojas Médico Psiquiatra del Centro de Salud Gregorio Pacheco "Sucre".



adopta una política de salud mental y no hace una gestión de prevención y educación para la salud mental, esta población estará desprotegida.

Si bien a través de la Ley 475, se da apoyo en la especialidad de la salud a las personas con discapacidad mental, es lamentable que la misma esté dirigida a las personas con discapacidad certificada a través de las unidades de Codepedis e Intraid, siendo estas Instituciones quienes deben trabajar sobre el tema de la prevención.

Debido a que no se encuentran estudios relativos al tema, desde la perspectiva del Trabajo Social, este aporte puede contribuir a la profesión para dar continuidad y profundizar aún más sobre el tema de salud mental.

Un profesional en Trabajo Social, en el área de salud mental ejerce varias funciones como ser: la asistencia social con las familias, planificación con familiares y el equipo médico multidisciplinario, educación acerca de temas sobre la enfermedad mental, gestión social para adquirir el carnet de discapacidad y así poder recibir la atención gratuita en salud.

Todo esto con el fin de desarrollar estrategias de intervención, y así poder intervenir en el problema detectado para poder intervenir con las familias y los pacientes para evitar el abandono y las internaciones prolongadas.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO METODOLÓGICO

1.1. Definición del problema

El presente acápite aborda la enfermedad mental asimismo la participación de la familia con pacientes con el diagnóstico de trastorno de la personalidad que asisten al Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, a través de la intervención que la Trabajadora Social realiza puesto que el propósito del documento en general está orientado a conocer y comprender los problemas socioculturales de las familias de enfermos mentales

¿Cuáles son los factores determinantes para que la familia manifieste desinterés en relación a la atención que requiere el paciente con trastornos mentales de la personalidad



en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la Zona de Irpavi 2 de la Ciudad de La Paz?

1.2. bjetivos del diagnóstico investigativo

1.2.1. Objetivo general.

- Identificar los factores determinantes para que la familia manifieste desinterés en relación a la atención que requiere el paciente con trastornos mentales de la personalidad, en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la Zona de Irpavi 2 de la Ciudad de La Paz.

1.2.2. Objetivos específicos.

- Conocer las características socio demográficas y socio culturales de la familia del paciente con trastorno de la personalidad.

- Describir las actitudes que tienen las familias para tratar y sobre llevar la enfermedad del paciente psiquiátrico.

- Identificar los efectos que ocasiona la falta de conocimiento y aceptación en la familia de la enfermedad de trastorno mental de la personalidad.

- Demostrar las carencias de tipo social, económica y emocional que afectan a las familias de pacientes que presentan trastornos mentales de la personalidad

1.3. Delimitación de la investigación

1.3.1. Delimitación espacial.

La investigación se realizó en el “Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios”, ubicado en la zona de Irpavi 2 calle Chicani N° 50, Zona Sur de la ciudad de La Paz.

1.3.2. Delimitación temporal.

La investigación se ejecuta, de Mayo a Noviembre del 2014.



1.3.3. Delimitación poblacional.

Pacientes psiquiátricos hospitalizados y que asisten a consulta externa al Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la Zona de Irpavi 2.

1.4. Universo

El universo es el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la Zona de Irpavi 2 compuesto por un total de 144 pacientes.

Cuadro N° 1: Población

Población	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Pacientes	87	57	144

*Fuente: Elaboración propia, con datos extraídos
Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, 2014.*

1.5. Muestra

Debido a que este estudio tiene un estudio cuali-cuantitativo por que se busca dar una solución al problema.

Se define "como una parte representativa de la población (o universo de estudio) cuyas características debe reproducir en pequeño lo más exactamente posible"¹². La representatividad está subordinada al tamaño de la muestra y al procedimiento para la selección de las unidades muestrales.

La muestra en el proceso cuali-cuantitativo, esta seleccionado en un grupo de 15 familias del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la Zona de Irpavi 2, a los

¹² Sierra Bravo. *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Editorial Paraninfo. 1997, pág. 174.



cuales se les realizó una encuesta para recolectar datos que nos permita conocer la percepción e identificar la problemática de la Institución, sus necesidades y potencialidades.

1.5.1. Criterios de selección de la muestra.

1. Familias disfuncionales.
2. Jefes de hogar, que sean adultos mayores.
3. Pacientes abandonados.

1.6. po y nivel de investigación

1.6.1. Investigación exploratorio descriptiva.

Es presente estudio exploratorio descriptivo dado que se refiere al ordenamiento de los resultados de las observaciones de las conductas, las características, los factores y otras variables, identificables en fenómenos y hechos estudiados para la acción. Y a la vez es una investigación transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado¹³.

En este sentido al obtener información acerca del paciente y su enfermedad se tendrá conocimiento de su contexto familiar. Logrando identificar los principales problemas que tiene la Institución y la familia en el proceso de rehabilitación del paciente.

Para tal efecto la investigación sirve como punto de partida para elaborar el presente Diagnóstico Participativo y de punto de apoyo a la acción en el método de la intervención social tanto para el paciente y su entorno que es la familia y la sociedad.

¹³ Hernández S., Fernández P., Baptista C., *Metodología de la investigación*. México. Mc Grw Hill. 2006.



1.6.2. Investigación cuali-cuantitativa.

Este estudio tiene un enfoque cuali-cuantitativo, ya que se recolectará datos sociodemográficos, socioculturales de los sujetos de investigación. La investigación cualitativa, trata de comprender y reflexionar un fenómeno estudiando la naturaleza del proceso, sus características. Conceptualiza y delimita, diseña estrategias metodológicas que se definen como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten en una serie de representaciones a través de observaciones, anotaciones y documentos, de los sujetos de investigación.

Una vez que tenemos elaborado el problema de investigación, preguntas, objetivos e hipótesis, se elabora el diseño y se selecciona la muestra que se utilizará en el estudio de acuerdo con el enfoque elegido, la siguiente etapa consiste en recolectar datos pertinentes sobre las variables, sucesos, comunidades u objetos involucrados en la investigación¹⁴.

En ese contexto Hernández, Fernández y Baptista (2010), en su obra *Metodología de la investigación*, sostienen que todo trabajo de investigación se sustenta en dos enfoques principales: el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo, los cuales de manera conjunta forman un tercer enfoque: El enfoque mixto cuali-cuantitativo.

Casi todas las investigaciones contienen aspectos cuali-cuantitativos porque ambos son complementarios, así como en la realidad concreta.¹⁵

La investigación en salud, permite valorar el alcance científico de las diferentes acciones que se acometen y sus necesidades de ajustes. La investigación científica nos brinda la profundización en el conocimiento, y da las bases para la adecuación de todos los elementos

¹⁴ Gómez, Marcelo M. *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. Edit. Brujas. Córdoba, Argentina. 2006.

¹⁵ Mireya Montpellier. *Métodos y técnicas de investigación*, Primera Edición: Agosto 2013, Bolivia



acerca de los problemas relevantes en la toma de decisiones sobre los diferentes aspectos de esta atención.

En este campo la investigación requiere considerar no solo lo que se relaciona con el diagnóstico médico psiquiátrico que más se producen, sino de las acciones para la promoción, prevención y rehabilitación de la salud mental, también de los factores de riesgo que se vinculan con ellos.

Estos estudios pueden requerir diferentes procedimientos científicos, que van desde la descripción general, hasta la profundización en la forma de pensar de los que reciben esta atención y las que la brindan. Por ello, dado el objetivo del estudio, este puede requerir técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación.¹⁶

1.7. técnicas de recolección de datos

Las técnicas y los instrumentos que se tomaron en cuenta para esta investigación permitieron al investigador participar con el paciente psiquiátrico, la familia y su entorno social para adquirir información, y a su vez permitir ganar la confianza con el usuario. Siendo, las siguientes:

1.7.1. La observación

Mirar es una cualidad innata de todos los hombres, pero no lo es el observar con un fin determinado. La Trabajadora Social trata de interpretar lo social de cada hecho o fenómeno social que está observando.

La observación es la percepción consiente, intencionada, interpretativa y controlada, de procesos o hechos de la realidad, tal como se presentan, expresados en conceptos.

¹⁶ Delgado C. *Antecedentes históricos de la atención primaria de salud*. Rev. Cubana Salud Pública. [Seriada en línea] 2005; 31(2).



Implica adentrarnos en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones.

1.7.1.2. Entrevista

Permite entender la postura de los informantes ante una situación determinada, a reconstituir situaciones pasadas, obtener descripciones de sucesos que son obtenidos normalmente a través de la observación generándose mayor confianza entre el investigador y el informante. En este sentido la entrevista debe ser un diálogo en el que debe fluir el punto de vista del entrevistado.

En cuanto a la entrevista realizada en la investigación fue a manera de conversación espontánea se realizó entrevistas a familias de pacientes psiquiátricos que están internados en la Institución.

1.7.1.3. Encuesta.

La encuesta se realizara mediante un cuestionario tipo lista la cual es llevada a cabo mediante una encuesta por el investigador.¹⁷

Por tanto, para el desarrollo de la presente investigación se utilizara la encuesta directa-personal la cual para ser desarrollada utilizo el instrumento de recolección de datos el cuestionario. Se realizaran encuestas a familias y pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios.

La aplicación de la encuesta en la presente investigación tiene por objetivo establecer de forma objetiva, científica, cuantificable las variables que se identificaron en la presente investigación.

¹⁷ Hernández Sampieri R. y otros. *Metodología de la investigación*. 2006. México. Editorial McGraw Hill. pág. 205.



1.7.1.4. Visita domiciliaria

La visita domiciliaria es una técnica que involucra la observación y la entrevista, no obstante, requiere de una serie de aspectos para poder ser llevada a cabo, elementos metodológicos que involucran una formación profesional, para lograr la profundización diagnóstica tanto familiar, como de aspectos de contexto que influyen en la dinámica observada. Por ello, al definirla como acto se podría tender a desdibujar el requisito de experticia profesional necesaria para articular la serie de técnicas que la constituyen, y que no solo se limitan a la entrevista o la observación, ya que es posible manipular una serie de combinaciones que variaran según contexto y fines. ¹⁸Se la define como una entrevista efectuada en el domicilio del usuario. Se lo utiliza para:

- ❖ Profundizar elementos del diagnóstico para el estudio.
- ❖ Observar el ambiente familiar.
- ❖ Seguimiento de las acciones realizadas.

Las visitas domiciliarias se aplicaron a las 15 familias que accedieron a participar en la presente investigación, específicamente a aquellos familiares encargados del cuidado del paciente con trastorno mental de la personalidad y conducta que son atendidos en el “Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios”.

1.7.1.5. Historias de vida

La historia de vida es la introducción de un estudio micro sociológico en la perspectiva macro sociológica, aportando la información obtenida a partir de entrevistas con individuos que cuentan sucesos que se relacionaron íntimamente con sus vidas personales.

¹⁸ Cazorla Becerra, Ketty; Fernández Hormachea, Jemina. *Reflexiones en torno a la visita domiciliaria como tecnica de trabajo social*. 2007.



La gran ventaja de las historias de vida es que nos informa el fondo psicosocial de lo que ocurre con una precisión inalcanzable por otros medios. Para lograr la confiabilidad de las respuestas logradas estas deberán ser contrastadas con otros datos y con la confrontación de documentos personales que puedan obtenerse.¹⁹

La historia de vida es el relato que un individuo hace de su vida o de aspectos específicos de ella, de su relación con su realidad social, de los modos como el interpreta los contextos y define las situaciones en las que él ha participado.²⁰

Esta técnica historia de vida se aplicó a las 15 familias que accedieron a participar en la presente investigación, específicamente a aquellos familiares encargados del cuidado del paciente con el diagnóstico de trastornos mentales de la personalidad atendidos en el “Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios”, quienes a diario atraviesan un problema tanto social, económico como psicológico. Haciendo lo posible que su relato no pierda fuerza, que sea lo suficientemente amplio para poder dar cuenta de sí misma y de cómo viven su relación con la enfermedad.

1.7.1.6. Ficha social

Es una herramienta básica de la intervención individualizada, de todo trabajador social, es un documento individual, que sirve para acumular la información, ordenarla, interpretarla, registrar el diagnóstico social y realizar el seguimiento de atención, ya que este documento permite cuantificar la historia social.

Los trabajadores sociales realizan la ficha social siempre que el caso requiera una intervención social que conlleve alguna gestión o actividad para las cuales sea preciso conocer los datos personales y/o familiares del usuario lo cual es un soporte documental

¹⁹ Montpellier Mireya. *Métodos y técnicas de investigación*. Primera Edición. Agosto 2013, Bolivia.

²⁰ Jahoda, *Current concepts of positive mental health*. 1958. Edition Basic Book New York. USA.



donde recogemos sistemáticamente los datos que nos presenta un usuario en distintas entrevistas y donde no es necesario recoger aquellos datos que aun teniéndolos en el soporte documental, no lo consideremos importantes para nuestra intervención.²¹

Se elaboraron 15 fichas sociales, y se procedió a actualizar las fichas sociales de las 15 familias que accedieron a participar en la presente investigación, específicamente de aquellos familiares encargados de cuidado de paciente atendido en el “Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios”.

1.7.2. Instrumentos.

1.7.2.1. La observación directa y participante

Es directa porque toma contacto con el objeto observado y busca interpretar lo que hay más allá de la apariencia. También es participante porque elimina la barrera entre sujeto y observante, entre observador y observado, se incorpora al grupo observado establece empatía con él, es aceptado como uno más del grupo y comparte.²²

Por lo tanto se mezcla totalmente, el observador es un participante más.²³

La guía de observación participante se aplicó a los pacientes hospitalizados y de consulta externa que presentan trastornos mentales de la personalidad, durante el tiempo de permanencia en el “Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios”, así como también a los respectivos miembros de su familia durante las entrevistas sostenidas en la institución y durante la realización de las visitas domiciliarias efectuadas.

²¹ Vales-Villamarín Merino, Marta; Isabel Cendán Fernández- Peinado, Isabel Documento. *Técnicas básicas en Trabajo Social*. 2005.

²² Montpellier Mireya. *Métodos y técnicas de investigación*. Primera Edición. Agosto 2013, Bolivia.

²³ Hernández Sampieri R. y otros. *Metodología de la investigación*. 2006. México. Editorial McGraw Hill. pág. 596.



1.7.2.2. La entrevista semi estructurada

La entrevista se define “como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). La misma entrevista es más íntima, flexible y abierta”²⁴

La entrevista semi estructurada es aquella en la que, como su propio nombre indica, el entrevistador despliega una estrategia mixta, alternando preguntas estructuradas y con preguntas espontáneas.

Esta forma es más completa ya que, mientras que la parte preparada permite comparar entre los diferentes candidatos, la parte libre permite profundizar en las características específicas del candidato. Por ello, permite una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información. Antes de acudir a la prueba es aconsejable preparar las preguntas en una entrevista de trabajo mixta para saber con qué te puedes encontrar.²⁵

Una entrevista semi-estructurada (no estructurada o no formalizada) es aquella en que existe un margen más o menos grande de libertad para formular las preguntas y las respuestas²⁶.

La entrevista se basa en una guía de argumentos y preguntas que nos permite un contacto verbal directo y recoger información (datos opiniones, ideas, críticas y planes, etc.). La guía de la entrevista semi-estructurada se aplicó a los familiares encargados del cuidado de los pacientes que presentan trastorno mental de la personalidad y conducta y que asisten al “Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios”.

²⁴ Ibídem, pág. 597.

²⁵ Lidia Ozonas y Alicia Pérez, *Centro disciplinario de estudio de género*, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue.

²⁶ Sabino Carlos. *El proceso de investigación*. 1992, Buenos Aires. Editorial Lumen. Pág. 18.



1.7.2.3. Cuestionario

El cuestionario es un conjunto de preguntas diseñadas para generar los datos necesarios, con el propósito de alcanzar los objetivos del proyecto de investigación. Se trata de un plan formal para recabar información de la unidad de análisis objeto de estudio y centro del problema de investigación,²⁷

El cuestionario es utilizado para averiguar los hechos realizados con las condiciones y prácticas vigentes, así como para realizar encuestas sobre actitudes y opiniones; además, con frecuencia se usa con fines de orientación, de planificación de situaciones. De esta manera, se indagará sobre la participación de las familias en la rehabilitación de salud mental de algún integrante, con fines de recoger información de los intereses, de las actitudes y del ajuste, personal-social de las personas. Para obtener respuestas objetivas y exactas se formularán preguntas de manera tal que se especifiquen y expliciten los aspectos que determinan el problema que se investiga.

1.7.2.4. Cuaderno de campo

En el cuaderno de campo se va registrando todos los hechos sociales desde la observación sensorial a la observación directa y participativa, así como de los pacientes y de sus familias durante todo el tiempo de inserción en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la Zona de Irpavi 2.

También se va registrando cada actividad que se realiza en la Institución, en sus organizaciones del equipo multidisciplinario, pacientes y sus familias, finalmente toda la recolección de información se analiza e interpreta con ayuda de la teoría.

²⁷ Hernández Sampieri R. y otros. "Metodología de la investigación". 2006. México. Editorial McGraw Hill. Pág. 250.



1.7.2.5. Cuaderno diario de actividades

Es un instrumento de recolección de información de todas las actividades que se van desarrollando en la presente gestión, del Taller de Trabajo Dirigido en la Institución, se van registrando las actividades que se desarrollan durante la semana con sus respectivos objetivos, describiendo el lugar en el que se desarrollan, los instrumentos que se usan, y los respectivos responsables del mismo, en este cuaderno también vamos llenando todo el aprendizaje de las supervisiones con la docente de materia y la Trabajadora Social de la Institución, en todo el proceso de aprendizaje.

1.9. Proceso metodológico desarrollado

El proceso comprendió dos fases: elaboración del diagnóstico del problema y la intervención para enfrentarla.

1ra fase diagnóstico del problema. El diagnóstico del problema abarco en:

a) **Identificación del problema.** A partir de un análisis integral de la información obtenida se identificaron los problemas y se realizó la respectiva priorización a través de la técnica de “Árbol de problemas”, para analizarlos.

b) **Recopilación y consulta documental.** En cuanto a la información recogida se recurrió a la obtención de información de fuentes documentales vale decir de archivos, informes, registros, historias de vida, visitas domiciliarias, fichas sociales, seguimientos sociales, a través de la técnica de la revisión bibliográfica.

c) **Elaboración del perfil del diagnóstico del problema.** Como todo plan de diagnóstico, éste respondió a las siguientes preguntas. ¿Qué voy a diagnosticar? ¿Por qué?, ¿Con qué?, ¿Cómo?, ¿Quién o quiénes?, ¿Cuándo? Se tomaron en cuenta aquellos referidos a las circunstancias de la formación de valores de adolescentes.



d) Elaboración de instrumentos de investigación. Para recoger la información necesaria, se diseñaron instrumentos como cuestionarios y entrevistas.

e) Trabajo de campo: El trabajo de campo de desarrollo en dos partes:

- **Aplicación de técnicas e instrumentos.** Consistió en la aplicación de los instrumentos elaborados, a todos los actores sociales e institucionales elegidos previamente.

- **Recolección de datos.** La recolección de datos se llevó a través del cuestionario y entrevista semi estructurada.

f) Procesamiento de datos. El procesamiento de los datos consistió en el vaciado de los mismos en cuadros estadísticos.

g) Procesamiento de la información. Una vez recolectados los datos se procedió al ordenamiento, sistematización y la clasificación de la información obtenida.

h) Análisis e interpretación de datos. Para el análisis e interpretación de los datos se elaboraron cuadros y gráficos estadísticos que reflejaron las características de los sujetos investigados plasmándolas en sus dimensiones cuantitativa y cualitativa.

i) Selección de alternativas de acción. Una vez obtenidos los resultados del diagnóstico, éste permitió analizar las alternativas de resolución al problema identificado (acción que deberá traducirse en la elaboración del plan estratégico).

j) Conclusiones del informe de la investigación. Las conclusiones se efectuaron sobre la base de los datos obtenidos durante la investigación.

2da fase formulación y ejecución de un proyecto de intervención.



a) **Proyecto de intervención:** *“LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y SALUD SAN JUAN DE DIOS”*, se constituyó por ser un proyecto socio-educativo dirigido a familias.

b) **Ejecución del proyecto:** El proyecto se ejecutara en base a tres líneas de acción:

✓ **Organización:** Dirigida a la conformación de un grupo constituida por un miembro de familia que presenta problemas de salud mental, para motivarlos a participar en acciones educativo para el ejercicio pleno de sus derechos.

✓ **Educación/ información/ capacitación:** Se efectuaran actividades de capacitación de característica educativa e información, para la participación de la familia en la rehabilitación y salud de los pacientes.

✓ **Promoción:** El grupo de integrantes de familia desarrollara con la población de grado inferiores actividades para la participación de familias.

1.10. Limitaciones enfrentadas

Como todo proceso de investigación que genera un nuevo conocimiento sobre una problemática concreta, el desarrollo del presente estudio, enfrentara algunas limitaciones durante su proceso.

a) **En la fase del diagnóstico**

✓ La falta de herramientas de comunicación, transporte hacia el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, el cual puede dificultar la coordinación con las familias.

b) **En la fase de implementación del proyecto de intervención.**



-
- ✓ Las diferentes ocupaciones de los integrantes de las familias que pueden limitar el desarrollo de las diferentes actividades.
 - ✓ La falta de ambientes adecuados para desarrollar las actividades de capacitación.
 - ✓ La falta de logística, material de apoyo puede ser una de las limitaciones para desarrollar los talleres educativos.
 - ✓ La rehabilitación de pacientes internados que están abandonados, no permite desarrollar un trabajo de equipo coordinado y comprometido con la población meta.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO y NORMATIVO

2.1. Salud Mental

La historia de la salud mental es más propiamente que la historia de la enfermedad mental y de los sistemas contruidos para su control. Así como la presencia de trastornos mentales en el mundo es inmemorial. Las primeras referencias en la literatura se pueden encontrar en textos anteriores a Hipócrates que hablan de la epilepsia del griego “epilambanem”, que significa ser atacado por algún endemoniado.²⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzo su conocida definición de la salud como “el completo bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de enfermedad”, en la práctica se ha funcionado con una concepción de la salud mental como antónimo u opuesto de la enfermedad mental.

²⁸ Ministerio de Salud y Deportes. *Plan Nacional de Salud Mental 2009-2015: Movilizados por le derechos a la salud y a la vida*. 2009. La Paz – Bolivia. Editorial Estado Plurinacional de Bolivia.



El autor Sigmund Freud, en primer lugar resalta la importancia del componente emocional dentro de nuestra vida sacando la sexualidad desde “fuera de los márgenes socialmente aceptados” para señalar que formaba parte muy relevante en la vida de las personas.

En segundo lugar desarrollo un modelo de funcionamiento de la mente humana que tenía criterios de “normalidad” y “anormalidad” desde una perspectiva clínica. Y por último, planteo dos criterios de una personalidad madura: ser capaz de amar profundamente y trabajar en forma productiva y creativa.

Otro de los autores que aporta a la teoría de la salud mental es Ericc Fromm quien considera que la personalidad está regida por dos hechos centrales: la imposibilidad de escapar a las relaciones con los seres humanos y el contexto socio histórico donde nace y crece la persona.

Salud mental es estar en un estado de equilibrio, tanto físico, mental, emocional y con nuestro entorno. Depende también mucho de las condiciones económicas y sociales.

Si alguno de estos aspectos de nuestra vida no está bien, también afecta a los demás y ese equilibrio en nuestra salud mental se rompe.

Algunos aspectos que pueden afectarnos tanto de manera positiva como de manera negativa, como, por ejemplo lo mencionamos en el siguiente cuadro:



Cuadro N° 2:

Aspectos negativos y positivos de salud mental

Emociones	Sociales	Comportamientos	Naturales
-Tristeza	-Trabajo	-Respeto	-Desastres
-Alegría	-Hambre	-Solidaridad	-Inundaciones
-Amor	-Educación	-Humildad	-Terremotos
-Amistad	-Salud	-Actos violentos	-Sequias
-Dolor	-Descanso y	-Tortura	
-Sexualidad	Recreación	-Violaciones	
	Discriminación	-Maltrato	
	-Exclusión,		
	Marginación		
	-Explotación		
	-Pobreza		

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Dughui Martínez, 1995.

2.1.1. Concepto de la salud mental positiva

La psicóloga social Marie Jahoda, plantea varias características para definir el concepto de salud mental: primero que la salud mental es un atributo personal o individual, y no un atributo de los grupos, las familias o las sociedades, el entorno social es un determinante de la salud mental de las personas. Segundo, es necesario distinguir entre la salud mental como un atributo estable y duradero en la persona, de las conductas que dependen de las situaciones específicas. Tercero, las normas para valorar el estado de salud mental de las personas varían con el lugar, el tiempo, la cultura y las experiencias de los grupos sociales. Y por último, la autora considera que actualmente no existe ningún concepto comprensivo y totalmente aceptable de salud y enfermedad mental, por lo que hay que considerar la existencia de



múltiples conceptos, donde cada uno será más relevante según el contexto cultural de referencia que tenga.

Por tanto la autora describe seis criterios o atributos para definir lo que sería la salud mental de una persona:

Según Teresa Lemus, las: 1) Actitudes positivas hacia sí mismo, la capacidad de acceder a la propia conciencia, la objetividad sobre sí mismo, la autoestima positiva. 2) Un auto concepto positivo, el desarrollo de un sentido de futuro y la capacidad de comprometerse con los demás, con su trabajo, con ideales y estándares morales. 3) Un sentido de integración del sí mismo, que involucra la existencia de una perspectiva vital unificada y coherente, junto a la capacidad de tolerar ciertos niveles de estrés sin la desestructuración de la persona. 4) Una percepción razonablemente objetiva del entorno, tener la capacidad empatía y sensibilidad social que permitan una interacción realista con los demás. 5) El logro de un nivel adecuado de autonomía y autodeterminación. 6) Capacidad del dominio y control sobre el entorno: capacidad de amar y experimentar placer sexual, adecuación en el amor en el trabajo y en los juegos; adecuación en las relaciones interpersonales: eficiencia para satisfacer demandas razonables del entorno, capacidad para adaptarse al entorno y a sus modificaciones: y capacidad para solucionar sus problemas²⁹.

2.2. Trastorno mental.

Según el DSM-IV-TR (2013), los trastornos son una clasificación por categorías no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, careciendo de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón

²⁹ Ma. Teresa Lemus de Vanek citando a Marie Jahoda. *Salud Mental Positiva*. Marzo 2 de 2009, obtenido de la página web <https://logoforo.com/salud-mental-positiva/>



comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica

Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar (por ej., dolor), a una discapacidad (por ej., deterioro en un área de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Más aún, afirman, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. No olvidemos que la categoría diagnóstica es sólo el primer paso para el adecuado plan terapéutico, el cual necesita más información que la requerida para el diagnóstico.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen.

2.2.1. Clasificación de las principales enfermedades mentales

La Organización Mundial de la Salud (2013), ha clasificado los trastornos mentales y del comportamiento en nueve categorías, de acuerdo a la causa que lo origina:

- Orgánicos y sintomáticos: Demencia- Delirium y otros trastornos por disfunciones físicas.
- Por consumo de psicotrópicos: Intoxicación aguda. Síndrome de dependencia y de abstinencia.
- Esquizotípicos e ideas delirantes: Esquizofrenia. Psicosis
- Del humor o afectivos: Trastorno bipolar. Episodio depresivo. Ciclotimia. Distimia.



- Neuróticos: Trastorno de ansiedad: fóbico, agorafobia, ansiedad generalizada. Obsesivo-compulsivo. De adaptación. Reacción a estrés severo. Amnesia. Neurosis Somatización o Hipocondría. Neurastenia.
- Por disfunciones fisiológicas: Trastornos alimentarios (vigorexia, megarexia, diabulemia). Anorexia. Bulimia. Trastornos del sueño no orgánico: Insomnio. Hipersomnio. Sonambulismo/terror nocturno. Trastorno del reloj biológico. Disfunción sexual-Eyacuación precoz.
 - De personalidad y del comportamiento: Trastorno paranoide, esquizoide y disocial. Inestabilidad emocional. Trastorno ansioso de la personalidad.
 - Retraso mental: Trastornos del lenguaje (disfasia) y del habla. Afasia por epilepsia. Agrafía. Trastorno generalizado del desarrollo. Autismo. Síndrome de Rett. Síndrome de Asperger.
 - Del comportamiento en infancia y adolescencia: Hiperquinéticos: de atención y de conducta. Trastornos de conducta (desocializado, desafiante, depresivo, socializado). Mutismo selectivo. Tics. Enumerisis (pis en la cama). Tartamudez. Desorden lingüístico.

2.2.2. Conceptos y definiciones sobre el trastorno de la personalidad

En un apretado resumen, y proviniendo de teorías y criterios diagnósticos muy heterogéneos, Livesley³⁰ propone distinguir entre las siguientes definiciones:

1. El Trastorno de la Personalidad sería una forma burda de patología mental severa, según la propuesta de Kraepelin y Kretschmer. En el DSM-IV este concepto se encuentra

³⁰ Livesley, W.J. *Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder*. Canadian Journal of Psychiatry, 1998. Pág. 137.



representado por el denominado tipo esquizoide de trastorno de personalidad (*schizotypal personality disorder*) que forma parte del espectro de la esquizofrenia.

2. El Trastorno de la Personalidad está implicando a alteraciones en el desarrollo de importantes componentes de la personalidad habría sido ilustrado por Cleckley's (1976) para quien la psicopatía implica una incapacidad de aprender de la propia experiencia, así como de mostrar arrepentimiento. De forma semejante, el psicoanálisis sostiene un desarrollo defectuoso del super-yo en la base de esta patología, así como los modelos del déficit explican la patología *borderline* como un deficiente acceso a específicas estructuras psíquicas.

3. El Trastorno de la Personalidad como una forma particular de organización o estructura de la personalidad es ilustrado por el concepto de Kernberg (1984) de organización de personalidad *borderline*, el cual se define en términos de difusión de la identidad, defensas primitivas y deficiente juicio de realidad.

4. El Trastorno de la Personalidad en cuanto desviación social estaría representado por el concepto de personalidad sociopática (Robins, 1966) como el efecto de una socialización fallida.

5. El Trastorno de la Personalidad como personalidad anormal (fuera de la norma, en el sentido estadístico) es presentado por aquellos modelos teóricos de trastornos de la personalidad que hacen derivar estos de una estructura de personalidad normal. Esta es la aproximación al tema de Schneider.

Livesley sostiene que, el problema de la clasificación de los DSM es que, salvo en el caso del "trastorno esquizoide de la personalidad", los demás TP quedan sistemáticamente por fuera del eje de la psicopatología severa, a pesar de haber evidencia empírica de las relaciones



entre algunos TP y otros trastornos mentales. Livesley cita a Rutter (1987) como un autor que habría puesto de manifiesto el hecho de que muchos TP han sido vistos como variantes de desórdenes afectivos graves como el autismo y la esquizofrenia. Además, quedaría un rango sustancial de condiciones caracterizadas por problemas crónicos en las relaciones interpersonales.

Según el DSM-IV (1995), la característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto-imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se da en diversos contextos³¹.

La diferencia con otros enfoques es que se marca el rasgo como unidad para el estudio de los TP, a diferencia de otras perspectivas -como la de Kernberg- que ponen énfasis en el aspecto estructural. Según Livesley, lo más importante es retener el hecho de que el analizar el problema en términos de rasgo permitiría establecer una cierta continuidad entre la personalidad normal y la patológica. Por último, este tipo de definición guarda consistencia con las teorías de la personalidad que entienden ésta como un conjunto de rasgos, esto es, una estructura jerárquica compuesta por un cierto número de caracteres que se ordenan de mayor a menor como serían, por ejemplo, neuroticismo o extraversión.³²

2.2.2.1. Definiciones de la personalidad según varios autores

La personalidad es un constructo psicológico, con el que nos referimos a un conjunto dinámico de características de una persona. Pero nunca al conjunto de características físicas

³¹ DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona España. Masson. 1995.

³² J. Livesley. *Handbook Of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment.* (Manual de Trastornos de la Personalidad). 2001. Editor J. Livesley. New York-London. The Guilford Press.



o genéticas que determinan a un individuo, es su organización interior la que nos hace actuar de manera diferente ante una o varias circunstancias³³.

Todas las personas tienen personalidades diferentes, lo cual va a influir en su conducta de compra.

➤ Kotler (1996) define la personalidad como:

"Las características psicológicas y distintivas de una persona que conducen a respuestas a su ambiente relativamente consistente y permanente."

Un concepto relacionado con la personalidad según Kotler (1996) es "el concepto de sí mismo o autoimagen de una persona, la cual es una compleja imagen mental que las personas tienen de sí mismos."

➤ **Allport define personalidad como:**

"La organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio"³⁴. Desmembrando esa afirmación encontramos que:

- La organización representa el orden en que se halla estructurada las partes de la personalidad de cada sujeto.
- Lo dinámico se refiere a que cada persona se encuentra en un constante intercambio con el medio que sólo se interrumpe con la muerte.
- Los sistemas psicofísicos hacen referencia a las actividades que provienen del principio inmaterial (fenómeno psíquico) y el principio material (fenómeno físico).
- La forma de pensar hace referencia a la vertiente interna de la personalidad.

³³ Aguilar Montserrat. *¿Qué es la personalidad?* julio 31 de 2014. Obtenido de la página web <https://sites.google.com/site/psicologiahistoriayteorias/teorias-de-la-personalidad>

³⁴ Allport, G.W. *Pattern and Growth in personality*. New York: Holt. 1961.



- La forma de actuar externa de la personalidad se manifiesta en la conducta.
- Es única en cada sujeto siendo que el cerebro organiza las sinapsis³⁵.

➤ **Sigmund Freud³⁶ definió personalidad como:**

El patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida, a través de diferentes situaciones

➤ **Eysenk³⁷ definió personalidad como:**

Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente.

➤ **Jean Filloux³⁸ definió personalidad como:**

Configuración única que toma, en el transcurso de la historia de un individuo, como el conjunto de los sistemas responsables de su conducta.

2.3. Familia y trastorno de la personalidad

2.3.1. La familia

La familia ha sido objeto de estudio de diferentes ciencias, la han estudiado, entre otros/as, los antropólogos/as, sociólogos/as, los/as economistas y psicólogos/as. Cada una de estas disciplinas ha contribuido a su análisis desde diferentes aspectos. Es un concepto complejo, difícil de abarcar en su totalidad. En consecuencia, no hay una definición que pueda ser

³⁵ Ídem.

³⁶ Sigmund Freud (1856-1939), el fundador del psicoanálisis, desarrolló diversos modelos para explicar la personalidad humana a lo largo de su carrera literaria es conocido por el gran aporte que supuso su teoría al mundo de la psicología, dedicó gran parte de su vida y sus esfuerzos a arrojar algo de luz en los intrincados rincones de nuestra mente. Los estudios en el campo de la psicología tienen su origen en las teorías del psicoanálisis y los estudios de la conducta humana.

³⁷ Hans Eysenck es uno de los grandes teóricos de la personalidad y el temperamento de la segunda mitad del siglo XX, desarrolló una teoría basada en los resultados del análisis factorial de las respuestas de unos cuestionarios de personalidad. Como conclusión, identificó tres dimensiones independientes de la personalidad que explicaré más adelante: Neuroticismo (N), Extraversión (E) y Psicoticismo (P), lo que recibe el nombre de modelo PEN.

³⁸ Filloux Jean mediante su texto “ La personalidad” en el año 1963 determina a la personalidad como un producto de determinantes biológicos y sociales o, si se quiere, de la naturaleza y de la cultura (natura y nultura).



utilizada universalmente, ya que la tipología y las funciones de esta varían de unas sociedades a otras, a lo largo del tiempo y en su ciclo vital.

La familia juega un rol importante, desde hace tiempo toma una connotación importante en el desarrollo de la sociedad, los cambios que está sufriendo en su interior, encontrando actualmente a la familia que ha sufrido muchas transformaciones debido a los distintos factores: económicos, social, político y cultural.

Eroles Carlos hace mención de que el “ser humano nace, crece y se desarrolla” en la familia, cumpliendo la función de preservar y transmitir creencias, valores, tradiciones y debe ser entendida como una “unidad bio-psico-social con leyes y dinámicas propias” como grupo de personas están directamente ligadas por nexos de parentesco³⁹.

Por otra parte María Ángela Quinteros, caracteriza a la familia como unidad social vinculada con los demás sistemas, lo cual significa que es un sistema abierto, encontramos, que el sistema, es un conjunto de elementos que están interrelacionados por diversos canales de comunicación y de control, por alcanzar objetivos claramente identificables. Todos los sistemas tienen una relación jerárquica con sistemas mayores o menores de su área de influencia⁴⁰.

Es innegable la importancia que para supervivencia del individuo y el moldeamiento de su personalidad, tiene la familia. Con todas sus limitaciones, la familia desempeña y lo seguirá haciendo un rol fundamental para la supervivencia y el desarrollo d la especie

³⁹ Eroles Carlos. *Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. México. Editorial Espacio. 2003.

⁴⁰ Quinteros María Ángela. *Familia y Trabajo Social*. Argentina. Lumen. 2003.



humana. Esta ha demostrado su gran adaptabilidad para adecuarse a las continuas transformaciones sociales.⁴¹

Desde otro planteamiento Reyes (2007) dice que “en la actualidad se entiende por familia toda convivencia bajo el mismo techo con ánimo de permanencia y ámbito de privacidad, sin considerar sexos, edades o existencia de parentesco legal. Con lo cual, el concepto de familia no solo se separa del matrimonio, sino que también se desconecta de algo que ha sido la base y el fundamento de la institución familiar, la heterosexualidad”. Si bien es cierto que estos cambios nos van conduciendo hacia unas relaciones más democráticas y flexibles entre los miembros de la familia, también, es cierto, que queda mucho camino por recorrer y como indica Inés Alberdi “existe una constante contradicción entre las expectativas y la realidad”.

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, y tiene derecho a la protección de la Sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad⁴².

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de

⁴¹ Dughui Martínez, “*Salud Mental, Infancia y Familia: Criterios de Atención para Niños y Familias Víctimas de la Violencia Armada*”. 1995. UNICEF. Pág. 27.

⁴² Enciclopedia Británica Española. *La familia: Conceptos, tipos y evolución*. Obtenido de la página web http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf. 2009. Pág. 2.



tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad⁴³. Los tipos de familia más reconocidos son:

- a. Biológica: Familia conformada por los dos padres y sus hijos, incluyendo a los hijos adoptados
- b. Extensa: Familia conformada no solo por los padres y los hijos, sino también por los parientes consanguíneos y políticos que viven juntos.
- c. Monoparental: Familia con un solo progenitor.

En la actualidad, destaca la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos, etc.

En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad⁴⁴.

La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana.

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar.

2.3.2. Tipos de familia

Según el autor Carlos Eroles (2003), los tipos de familia son:

- ❖ Familia Nuclear.

⁴³ Grupo COPESA. *Convivencia social, Historia, Geografía y Ciencias Sociales*. obtenido de la página web <http://www.icarito.cl/2010/05/44-9107-9-2-dia-internacional-de-la-familia.shtml/>, 2010.

⁴⁴ Enciclopedia Británica Española. *La familia: Conceptos, tipos y evolución*. Obtenido de la página web http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf. 2009. Pág. 2.



-
- ❖ Familia Simultánea o reconstruida.
 - ❖ Familia Extensa.
 - ❖ Familia con un solo progenitor o monoparental o uniparental.
 - ❖ Familia ampliada.
 - ❖ Familia diada.
 - ❖ Familia de vínculo jurídico y/o religiosa.
 - ❖ Familia de hecho o concubinato.

2.3.1.2. Etapas del ciclo vital de la familia

- Periodo del Galanteo.
- Inicio del matrimonio.
- Nacimiento de los hijos.
- Periodo intermedio.
- El “destete” de los padres.
- El retiro de la vida activa⁴⁵.

2.3.1.3. Funciones y roles de la familia

a) **Funciones.** El autor Parson (1963), señala las siguientes funciones familiares:

-Función biológica o reproducción: cumple con la manutención de la especie a través de la procreación, basad en las relaciones efectivas, de apoyo, y amor al que se prolonga y proyecta en los hijos.

-Función educativa o social: la familia en las actividades diarias enseña a sus miembros los comportamientos que necesitan para vivir junto a los demás.

⁴⁵ Eroles, Carlos. *Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. Espacio. Buenos Aires. 2003.



-Función económica: se orienta a proveer los alimentos, el abrigo y todos aquellos elementos necesarios para subsistencia.

-Función socialización o sociológica: identifica el apoyo de los padres en el ámbito emocional y afectivo.

-Función de la identidad: toda familia cumple esa función de dar nombre y apellido al niño/a, es un reconocimiento por parte de la familia.

En el seno familiar siguen persistiendo las funciones: de afecto y de manifestación de sentimientos de amor, de seguridad, educadora, asistencial recreativa de sus miembros, de intercambio de bienes y servicios, socializadora transmisora de normas y valores, protectora de sus miembros.

b) Roles. Según el autor Parson (1963), los roles familiares se refieren al papel que deben cumplir los miembros de la familia: roles parentales o filiales, roles de los hijos y roles de los hermanos.

Sin embargo, la distribución de roles para ejercer dichas funciones sigue marcada por la condición de género. Las mujeres siguen dedicando más horas al trabajo doméstico y al cuidado de las personas dependientes ya sean niños, mayores o personas con discapacidad.

Además no es igual la situación de una familia que se encuentra con un hijo recién nacido al que diagnostican una enfermedad mental grave, que otras que descubren que sus hijos adolescentes o jóvenes, que hasta ese momento se habían distinguido por ser personas esforzadas y exigentes, se vienen abajo en un momento determinado al emerger en sus vidas en brote esquizofrénico. O cuando una pareja que lleva varios años de convivencia se da cuenta que uno de sus miembros padece una enfermedad mental grave. O la familia que debe afrontar en los abuelos una enfermedad mental degenerativa, u otras situaciones similares.



2.3.1.4. Funcionamiento Familiar

El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de 7 categorías.

Por tanto, de acuerdo a Ortega T., De la Cuesta D., y Dias C., (1999) se determinan las siguientes categorías:

- **Cohesión:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Entre los tipos de familia se menciona la siguiente:

- **Familia Funcional:** Una familia funcional o moderadamente funcional, se caracterizan por ser cohesionadas con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con



correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

- Familia disfuncional: Es un espacio donde no se valora al otro, no se cumplen con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, ya que pueden generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida.⁴⁶

Disfuncional se refiere literalmente a “que no funciona”. Una familia disfuncional consiste en un núcleo social o célula social donde el desarrollo del potencial de sus integrantes se ve afectado negativamente, debido a relaciones o situaciones conflictivas en esta célula. Los padres no saben cómo satisfacer las necesidades de los hijos e hijas. Los métodos de disciplina que utilizan normalmente son inadecuados y producen mucho maltrato a éstos.⁴⁷

Normalmente los padres de familias disfuncionales son personas muy rígidas que producen constantemente desaliento en los hijos e hijas. Por su forma de convivir, no son capaces de facilitar una buena comunicación en el núcleo familiar.

Como resultado de esta disfuncionalidad, es que se pueden explicar en parte fenómenos como el alcoholismo, la violencia intrafamiliar, la drogadicción y la delincuencia.

⁴⁶ Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C. (1999) *Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales*. Rev Cubana Enfermer, 15(3), 164-168.

⁴⁷ Todo en familia. *Familias funcionales y familias disfuncionales*. 2016. Obtenido de la página web <http://www.durangomas.mx/2016/06/familias-funcionales-y-familias-disfuncionales/>



2.3.2. Familias en crisis

La crisis familiar es un estado de debilitamiento del sistema familiar que anula o invalida temporalmente a la familia, son pasajeras. Y estas crisis pueden superarse dependiendo de la funcionalidad de la familia. Se plantea que la crisis es muy compleja y diferente⁴⁸.

Es posible sufrir una crisis que no de cómo resultado un cambio, muchas personas, muchas familias atraviesan el conjunto de la crisis de la vida. Sin agregar nada nuevo a su repertorio, sin aprender nada más. Y también hay terapeutas que dedican toda su carrera profesional a proteger a personas en crisis de modo tal que no aprenden nada ni de esas crisis, ni de su vida. En verdad no es posible lograr ningún cambio sin crisis. En algún nivel, debe haber cierta conciencia de cambio inminente para que la gente pase algún momento embarazoso y a menudo terrible, de hacer algo desacostumbrado. Lo que nos asusta es lo desconocido, no el peligro real⁴⁹.

3.2.1. Cuando se producen las crisis familiares

Ocurre cuando una tensión afecta a un sistema y requiere un cambio que se aparta del repertorio usual del sistema. Los límites se aflojan y permiten la entrada de un terapeuta o de cualquier otra persona que influye sobre el modo en que opera el sistema⁵⁰.

Las reglas y los roles se confunden tanto, las expectativas como las prohibiciones se aflojan. Las metas y valores pierden importancia e incluso pueden desaparecer. Se reviven conflictos irresueltos que acaparan excesiva atención. Aumenta la tensión entre los miembros de la familia. A esta altura, los miembros de la familia quizá quieren eliminar la tensión de

⁴⁸ Pittman I., Frank. *“Una teoría de las crisis familiares en momentos decisivos”*. 1990. España. Editorial Paidós 1º edición.

⁴⁹ Casas Gerardo. *Crisis familiares*. Obtenido de página web <https://dokumen.tips/documents/gerardo-casas-crisis-familiarespdf.html>.1999.

⁵⁰ Casas Gerardo. *Crisis familiares*. Obtenido de página web <https://dokumen.tips/documents/gerardo-casas-crisis-familiarespdf.html>.1999.



algún modo disfuncional que lo reducirá sin solucionar el problema, por ejemplo la presión sobre un miembro de la familia que padece síntomas (incluso psicosis)⁵¹.

2.3.2.2. Identificación y definición de la tensión

Es una fuerza que tiende a distorsionar, las tensiones son de algún modo, específicas de cada sistema, es decir lo que es tensional mente, para una familia no lo es para otra. Todo esto depende enormemente de los valores y expectativas de la familia y de la naturaleza de las relaciones entre sus integrantes⁵². En un esfuerzo para evitar la *VERGÜENZA – EL DOLOR, LA CULPA O EL CAMBIO*, muchas personas guardan secretos y así agravan la situación.⁵³

Cuando la gente atraviesa un periodo tensionante se concentra tanto en lo que pasa que no logra darse cuenta de que la suya es una experiencia universal, una experiencia que comparten la mayoría de las familias. Cuando la tensión se define con claridad se torna tangible y específica y ello señala el cambio hacia el cambio. Cuando la tensión es confusa, la crisis se extiende sin necesidad y se vuelve incontrolable⁵⁴.

2.3.2.3. Tipos de crisis

De acuerdo a Casas Gerardo (1999) se presentan las siguientes crisis:

-Desgracias inesperadas: es la primera clase de crisis, la más simple y menos común es la desgracia inesperada. La tensión es aquí: manifiesta, aislada real, específica y extrínseca. La tensión es obvia y surge claramente de fuerzas ajenas a la familia, es real, no podría habérsela previsto, nunca ocurrió antes, no es probable que vuelva a ocurrir.

⁵¹ Ídem.

⁵² Ídem.

⁵³ Pittman I., Frank. *Una teoría de las crisis familiares en momentos decisivos*. 1990. España. Editorial Paidós 1º edición.

⁵⁴ Casas Gerardo. *Crisis familiares*. Obtenido de página web <https://dokumen.tips/documents/gerardo-casas-crisis-familiarpdf.html>.1999.



-Las crisis de desarrollo: pueden surgir a raíz de factores biológicos y sociales, más que de la estructura familiar son muy reacias. No tienen nada de único y sobre todo no pueden prevenirse.

-Crisis estructurales: las crisis estructurales puras son aquellas crisis concurrentes en las que se exacerban de manera regular determinadas fuerzas dentro de la familia.

-Crisis de Desvalimiento: la crisis de desvalimiento ocurre en familias en las que uno o más de sus miembros son disfuncionales y dependientes. El miembro funcionalmente dependiente mantiene amarrado a la familia con sus exigencias de cuidado y atención. La crisis de desvalimiento más obvia se origina en el trato con personas CUYA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL es reciente y aún no ha sido del todo aceptado. Los cuidados prodigados no pueden ser exagerados ni insuficientes⁵⁵.

2.3.2.4. Alteraciones de la familia dinámica ante una enfermedad crónica

Fernández (2004), en su artículo, analiza las consecuencias que la aparición de una enfermedad crónica o terminal tiene en las familias. Centrándonos en la enfermedad crónica, que es el caso que nos ocupa, el autor considera que las consecuencias pueden asemejarse a una crisis debido a la capacidad que tiene para desorganizar al sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación la pérdida de algún miembro el nacimiento del primer hijo, etc. El desajuste puede tener diferentes intensidades en las que influye el tipo de enfermedad, la evolución de esta y la dinámica del grupo familiar en torno a ella. Generalmente se comienza con el procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la que se añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. “En función de este

⁵⁵ Casas Gerardo. *Crisis familiares*. Obtenido de página web <https://dokumen.tips/documents/gerardo-casas-crisis-familiarespdf.html>.1999.



proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales que en ocasiones pueden llevar a mayor estrés a la familia o a una crisis más severa”⁵⁶ Hay que apoyar el sistema familiar en su conjunto de manera que las respuestas adaptativas sean lo más funcionales posibles.

El autor, señala por un lado, los factores que influyen en el impacto que la enfermedad produce en la familia y por otro, los principales síntomas de desajuste por la enfermedad. Factores que influyen: Etapa del ciclo vital. Las consecuencias son diferentes dependiendo de la etapa en la que se encuentra la familia (con niños pequeños o nido vacío). También influye el grado de consecución de las tareas propias de cada etapa y los roles de cada uno de sus miembros, así como el rol de la persona que sufre la enfermedad. Flexibilidad o rigidez de los familiares.

2.3.2.5. Familia y sentimientos de frustración

Algunas familias sienten culpa, convencidos de su responsabilidad en la enfermedad. La estigmatización de las enfermedades mentales por parte de la sociedad contribuye a generar aún mayores sentimientos de frustración e ira. La familia también se ve obligada a reconocer la cruda realidad de tener un miembro enfermo mental y hacer el duelo por las expectativas y los sueños con respecto al enfermo⁵⁷.

- **Angustia, miedo:** con la esquizofrenia hay importantes cambios emocionales, cognitivos y de conducta; por ende, muchas veces, los miembros de la familia se

⁵⁶ Fernández. M.M. *El impacto de la enfermedad en la familia*. 2004. Revista Fac. Medicina UNAM vol.47 No 6.

⁵⁷Psicoplanet. *Actitudes de los padres hacia hijos esquizofrénicos*. Obtenido de la página web www.psicoplanet.com/temas/tema14.2004.



vuelven temerosos y angustiados aun antes de tener la certeza de que el paciente está gravemente enfermo⁵⁸.

Presenciar como un ser querido empieza a comportarse de manera extraña e inexplicable constituye una experiencia increíblemente perturbadora. Los familiares sentirán inevitablemente miedo y angustia con respecto a la causa o significado de esos comportamientos y el futuro del enfermo.

➤ **Culpa:** muchas familias se inclinan a temer que los problemas del/la esquizofrénico/a hayan sido causados o exacerbados por algo que ellos hicieron y se abstuvieron de hacer. Los medios de comunicación populares tienden a reforzar estas preocupaciones, con sus mensajes que destacan la conexión entre la buena crianza y el éxito del hijo.⁵⁹

Parece inevitable entonces que se experimenten ciertos sentimientos de culpa.

➤ **Estigma y situaciones embarazosas:** Los enfermos mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad. Gran parte de esto se debe al miedo, la incompreensión de las enfermedades mentales y la desproporcionada publicidad otorgada a los pocos enfermos que manifiestan conductas disociadoras, violentas o criminales.

➤ **Frustración:** Cuando un miembro de una familia padece una enfermedad mental, lo habitual es que los demás traten de ayudarlo por todos los medios posibles y, al mismo tiempo, procuren mantener la vida familiar en condiciones estables y previsibles. Los resultados mínimos o nulos obtenidos con tantos mecanismos de

⁵⁸ Anderson, Carol; Reiss, Douglas; Hogarty, Gerard. *Esquizofrenia y Familia*. Buenos Aires: Amorrortu. 1986.

⁵⁹ Anderson, Carol; Reiss, Douglas; Hogarty, Gerard. *Esquizofrenia y Familia*. Buenos Aires: Amorrortu. 1986.



resolución comunes hacen que la mayoría de los familiares se sientan naturalmente cada vez más frustrados.

➤ **Ira:** Es una respuesta normal a la frustración crónica. Aun cuando comprendan que el paciente está enfermo, a los miembros de su familia les resulta imposible dejar de encolerizarse ante conductas irreflexivas, inconvenientes o irritantes. La ira prevalece particularmente en aquellos casos en que los familiares creen que el paciente podría dominar sus comportamientos con solo esforzarse un poco más, o si no fuese perezoso o manipulador⁶⁰.

➤ **Tristeza, duelo:** La mayoría de los familiares experimentan, en algún momento, una sensación de tristeza por la pérdida de sus sueños y esperanzas con respecto al esquizofrénico. Estos sentimientos son especialmente agudos cuando los familiares comprenden por primera vez que el paciente nunca volverá a ser el mismo de antes. Renunciar a los sueños y esperanzas es un acto particularmente triste para los padres, más aun si el paciente es su único hijo⁶¹.

La familia procurara alejar con todas sus fuerzas una salida fácil y falsa, pero que siempre le rondara porque, a primera vista, soluciona todas las cosas clara y definitivamente. Pero las familias arropadas por el apoyo de otras familias en situaciones similares manifestaran sus sentimientos más profundos: unas veces dibujaran su paz interior, su capacidad de superar las tormentas; otras aran emerger también su cólera por haberles tocado vivir así la agresividad que crean los conflictos que les acompañan a diario.

⁶⁰ Ídem.

⁶¹ ídem.



2.3.2.6. *La Carga del cuidador*

La familia es la fuente principal de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia. Respecto al enfermo mental, las bases de la reforma psiquiátrica exigen cada vez más a las familias el papel de cuidadora de los pacientes psicóticos, al eliminar las alternativas asilares tradicionales⁶². Esto supone un impacto determinado y unas repercusiones tanto a nivel emocional como en la dinámica familiar habitual y en la situación económica, ya que la familia tiene que satisfacer las necesidades que el enfermo por sí mismo no puede cubrir. A su vez, implica una obligación no retribuida ni esperada, debiendo hacer frente a situaciones difíciles derivadas de los trastornos de conducta del familiar enfermo y prestando asistencia continua en la vida diaria del mismo⁶³.

Los cuidadores constituyen una pieza clave en la triada terapéutica “equipo de salud paciente-cuidador primario”. Se entiende como **cuidador principal** a la persona del hogar familiar que se encarga habitualmente de cuidar la salud de las personas dependientes, sin recibir retribución económica a cambio. Algunos autores hablan del “síndrome del cuidador”⁶⁴, como de una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en un paciente y se produzca la claudicación familiar. Es importante diagnosticar esta situación en la familia, ya que es necesario actuar dada la repercusión que tiene:

⁶² Otero V, Rebolledo S. *Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación*. Psiquiat Pública. 1993.

⁶³ Beperet M, Nadal S, Martínez A, Pérez-Nievas F, Salvador L, Romero C y grupo Psicost. *Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes*. An Sist Sanit Navar. 2000.

⁶⁴ Pérez J, Abanto J, Labarta J. *El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia)*. Aten Primaria. 1996, pág. 202



- a) Sobre la salud del cuidador principal y especialmente sobre su estado emocional.
- b) Sobre la dinámica familiar.
- c) Sobre la calidad de los cuidados otorgados a la persona discapacitada, y es posible que los cuidados requeridos por la persona no se cubren adecuadamente⁶⁵.

Además la percepción de carga por el cuidador puede ser uno de los mejores productores de institucionalización del paciente. La sobrecarga del cuidador ha sido definida operativamente y medida partiendo de un modelo derivado de la Teoría General del Estrés. En este modelo, el cuidador debe afrontar determinados factores estresantes y su respuesta ira mediada por procesos psicológicos que incluyen el impacto emocional, la percepción de soporte social y las estrategias de manejo de estos factores⁶⁶.

Existen diversas definiciones de “carga” en la literatura, todas ellas haciendo referencia a los problemas, dificultades y acontecimientos adversos que sufre una familia como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros.⁶⁷

La carga familiar repercute en distinta áreas de la vida del cuidador, las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiar y social, el desarrollo personal del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad. Estas áreas se agrupan en dos grandes dimensiones la carga objetiva y la carga subjetiva.⁶⁸

⁶⁵ Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, et al. *Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia*. JAMA. 2002; pág. 7.

⁶⁶ Segura J, Bastida N, Martí N, Riba M. *Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales*. Atención Primaria. 1998, pág. 431.

⁶⁷ Revista de Salud Mental, Facultad de Medicina UNAMM. México 1980.

⁶⁸ Otero V, Rebolledo S. *Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación*. Psiquiat Pública. 1993.



2.4. Instrumentos de evaluación de la familia

Genograma: El genograma es una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) de la información básica de, al menos, tres generaciones de una familia. Incluye información sobre su estructura, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos. De esta forma, proporciona a “golpe de vista” una gran cantidad de información, lo que permite no sólo conocer a la familia, sino realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, la evolución del problema a lo largo del tiempo, su relación con el ciclo vital de la familia, etc.⁶⁹

Apgar: es el instrumento que permite identificar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar, es la propuesta de Gabriel Smilkstein (1978) consiste en un cuestionario de 5 preguntas, sus orígenes son en inglés por lo cual no tiene traducción literal en español.

- ❖ **Adaptación** (adaptación): utilizan recursos intra y extra familiares para resolver los problemas cuando el equilibrio familiar se ve amenazada durante un periodo de crisis.
- ❖ **Participación** (partnership): comparten la toma de decisiones y responsabilidades como miembros de la familia define el grado de poder de sus miembros.
- ❖ **Afecto** (affection): es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia

⁶⁹ Compañ V., Feizas G., Muñoz D., Montesano A., *El genograma en terapia familiar sistemática*. Barcelona – España. 2012.



❖ **Resolución** (resuelve): es el compromiso o determinación de dedicar tiempo – espacio a los otros miembros de la familia⁷⁰.

Utilidad del apgar: puede usarse para detectar problemas en la familia como evaluación inicial y evaluación a través del tiempo el resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia ya que la percepción individual o a la situación de cada una varía⁷¹.

Sirve para descubrir disfuncionalidades que orienta al profesional para explorar las áreas señaladas como conflictivas.

Ecomapa: Está basada en una concepción sistémica que posibilita el uso de los modelos visuales.⁷² Se recogió la metáfora ecologista el ecomapa dibuja el individuo y la familia en su espacio de vida, representada de forma gráfica la dinámica, el sistema que rodea a la familia.

Cronograma: El cronograma varía en su extensión y detalles según el alcance y profundidad de la información disponible y es susceptible de modificarse según área o disfunción que requiera intervención, es decir los cambios a través del tiempo que sufre la familia muestra la conexión del él, en el tiempo con eventos familiares con la situación problemática y está relacionada con el ciclo vital familiar⁷³.

Sociograma: nos proporciona una representación gráfica de la acción e interacción, dando cuenta de sus funciones internas, como un instrumento que apoya la intervención familiar su utilidad posibilita medir las relaciones interpersonales, en cuanto a las elecciones recíprocas,

⁷⁰ Espinoza Carlos. *APGAR familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar*. Artículos de Revisión. 2015.

⁷¹ Ídem.

⁷² Ídem.

⁷³ Ídem.



relacionadas de indiferencia, poniendo en descubrimiento las redes de comunicación del grupo familiar⁷⁴.

Mapa de redes: las relaciones del sistema familiar con su espacio social, siendo definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como personalmente relevante de su propio reconocimiento como individuo, la experiencia individual comprende a todos los individuos con quienes una persona interactúa, señalando relaciones internas íntimas, pueden ser familiares directos y Amigos⁷⁵.

2.5. teorías y modelos de intervención familiar

Los profesionales de las ciencias humanas y sociales deben de poseer un modelo teórico de referencia que les oriente en sus intervenciones prácticas. Podemos definir varios encuadres básicos en psicoterapia y salud mental.⁷⁶

a) **Modelo psicopatológico o biofísico.** Las teorías de este modelo presuponen que los factores biofísicos tales como la anatomía y la bioquímica son los determinantes de la psicopatología. Los síntomas reflejan la existencia de un defecto biológico.

b) **Modelo psicoanalítico.** Se centra en los datos de los procesos inconscientes. El origen primario del trastorno procedente de las ansiedades infantiles reprimidas y la secuencia progresiva de mecanismos defensivos que surgieron para proteger al individuo contra la repetición de estos sentimientos.

⁷⁴ Ídem.

⁷⁵ Espinoza Carlos. *APGAR familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar*. Artículos de Revisión. 2015.

⁷⁶ Touriño, R., Domínguez. R., Baena, E., Fernández J. “*Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*”. 2004. Barcelona. Ed. Glosa.



c) **Modelo conductista.** La terapia se dirige a determinar las conductas inadaptativas, una vez que se identifican, el terapeuta prepara un programa de procedimientos “de aprendizaje” dirigidos de manera específica a la eliminación de las respuestas inadaptativas y a la instauración de otras más adaptativas.

d) **Modelo cognitivo.** Para este modelo el tratamiento mental es fundamentalmente un desorden del pensamiento, por el que el paciente distorsiona la realidad de un modo particular. La terapia cognitiva pone el foco en el contenido ideacional envuelto en el síntoma.

e) **Modelo humanista.** Se fundamenta en el principio de que los individuos grupos en conflicto poseen vastos recursos para la auto comprensión y el crecimiento los cuales se pueden aprovechar a través de la experiencia de un conjunto reducido y bien definido de condiciones facilitadoras como la empatía, la autenticidad y la aceptación positiva incondicional del terapeuta.

f) **El modelo sistémico.** este modelo no considera la patología como un conflicto del individuo, sino como una patología de la relación. La persona se encuentra inserta en un “sistema” siendo los miembros de este sistema, interdependientes. Por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. Este modelo no considera la patología como un conflicto del individuo, sino como una patología de la relación. La persona se encuentra inserta en un “sistema” siendo los miembros de este sistema, interdependientes.

Desde diferentes estudios se ha demostrado que la intervención familiar facilita la comprensión de la enfermedad y dota a la familia de las habilidades necesarias para la resolución de conflictos creándose así un clima más cálido y favorecedor del proceso de



rehabilitación. La forma de intervención viene mediada por la o las teorías que las sustentan así como las hipótesis planteadas. Touriño (2004) hace un recorrido por las teorías y modelos de intervención familiar desde mediados del siglo XX hasta la actualidad durante este periodo se han establecido tres hipótesis sobre la familia en relación a la esquizofrenia⁷⁷.

❖ La primera sitúa a la familia como causa de la enfermedad. De acuerdo a Fromm-Reichmann. Bateson, Singer y Wynne, Laing y Esterson mencionan que es, “una alteración familiar en la interacción familiar causa la esquizofrenia”.

❖ La segunda considera que la familia influye en el curso de la enfermedad. Tal como lo señala Brown Brown y Ruther (1986), “algunas pautas de la interacción familiar median en el curso de la esquizofrenia ya establecida”.

❖ La tercera ve a la familia como un recurso rehabilitador; según los autores Hartford 1992 en Touriño 2004, Hoening y Hamilton 1966, “las familias son un recurso en la rehabilitación de la persona con esquizofrenia, pero ser cuidador puede suponer una carga considerable”.

2.6. stigma

Según Goffman (1986), “Los griegos que aparentemente sabían mucho de medios visuales, crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba”

En la actualidad, la palabra es ampliamente utilizada con sentido bastante parecido al original, pero con él se designa preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales.⁷⁸

⁷⁷ Touriño González Rafael. Guía de intervención familiar en la esquizofrenia. Editorial Glosa, S.L., 2004.

⁷⁸ Goffman, E.; “*Estigmas*”, Buenos Aires – Argentina. Editorial Amorrortu. 1986.



En el caso concreto de la esquizofrenia este impulso funcional” está relacionado con la idea de peligrosidad que ha permanecido a lo largo de los siglos. La “locura” va unida a la historia de la humanidad y por tanto ligada a los patrones culturales de cada momento histórico⁷⁹.

A mediados de siglo XX se produce el descubrimiento de los psicofármacos lo que supuso un avance en el tratamiento de las enfermedades mentales. A partir de la segunda mitad del siglo XX surge el movimiento antipsiquiátrico que se opone; a la concepción expresivamente biológica de la enfermedad a determinados tratamientos como los electroshock, a los comas insulínicos, a la termoterapia de choque y a la lobotomía. Denuncian el hacinamiento, la insalubridad y la inhumanidad de los manicomios y la segregación del paciente de la sociedad. Este movimiento consigue sensibilizar a la sociedad de las condiciones inhumanas en la que vivían los enfermos y culmina con los cierres de los manicomios. El cierre de estos supuso la vuelta, en muchos casos, de los enfermos a sus familias recayendo sobre estas toda la carga, ya que carecían del apoyo necesario para hacer frente a la nueva situación⁸⁰.

Teóricamente, el cierre implicaba la creación de instituciones intermedias comunitarias para el tratamiento integral de la persona con enfermedad mental, pero estas estructuras, nunca se llegaron a desarrollar tal como habían sido planificadas, perjudicando así el tratamiento y la rehabilitación de la persona con enfermedad y favoreciendo la permanencia del estigma.⁸¹

En la actualidad en el imaginario colectivo sigue vigente la idea de peligrosidad, que como hemos visto, a esta idea hay que sumarle la de la incurabilidad de la enfermedad, la dificultad

⁷⁹ Ídem.

⁸⁰ Rejas Cuenca María Lourdes. *Familia y Esquizofrenia: 24 horas al día, 365 días al año*. Red Paper: 2011.

⁸¹ López.; Laviana, M.; Fernández. A.; Rodríguez, A. M.; Aparicio, A. *Lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental*. 2008. Revista de la asociación de Neuropsiquiatría, vol. 28 N° 101.



para tomar decisiones sobre sí mismos, la imprevisibilidad de sus conductas, la incapacidad para relacionarse con los demás. En el momento que una persona es etiquetada como enfermo mental grave, se activan todos estos perjuicios, impidiendo en muchos casos el conocimiento real de la persona, despertando sentimientos de miedo y rechazo que llevan a la discriminación.

A la familia el estigma le lleva a romper, en gran medida, sus relaciones sociales y aislarse como medida de protección. Los profesionales de salud mental también sufren discriminación. Desde la población en general verbigracia, el rechazo a ir a la consulta del psiquiatra. Y del resto de profesionales que consideran todos los servicios relacionados con la Salud Mental inferior a los otros.

2.7. Participación

La participación se entiende como un proceso, como una postura ideológica basada en la democracia. "Lo ideológico tiene que ver con nuestra actitud, de estar dispuestos a asumir los riesgos de que otro participe, en tanto que participar es tomar decisiones"⁸² (Azzeboni y Harf, 2013). La participación implica una tarea de develamiento de la realidad que lleva a un mutuo esclarecimiento y a una toma de conciencia conjunta.

2.8. Trabajo Social en el área de la salud

El campo de la Salud Mental, no es un campo específico, entendemos que cuando de ella se habla, se hace referencia al estado de equilibrio entre una persona y su entorno social, cultural, político y/o económico; lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones sociales en el común de la vida cotidiana. Pero con esto no solo queremos decir que salud mental se reduce a la asistencia médica de una patología en particular, sino que es

⁸² Azzeboni, Delia y Harf, Ruth. *Conduciendo la Escuela. Manual de gestión directiva y evaluación Institucional*. Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires. 2003.



más complejo, es un campo de contradicciones y tensiones que abarca el conjunto de las relaciones del sujeto, su autonomía, y sus derechos como seres humanos. El modelo hegemónico en salud está concebido desde una mirada biologicista, donde la atención de la enfermedad aparece como único horizonte. La aparición de las instituciones dirigidas a la atención de pacientes con enfermedades mentales, nacen bajo esa misma concepción y como el lugar donde la sociedad ocultaba lo que no se quiere ver.⁸³

Ahora bien, el Trabajo Social surge en la fase monopólica de Estado, ante la complejidad de las contradicciones generadas por el propio sistema, que se evidencian en la cuestión social. En esta fase del capitalismo el Estado interviene sobre la Cuestión Social de manera fragmentada, parcializándola. Las políticas sociales son unas de las estrategias que utiliza el Estado, para abordar y, al mismo tiempo, ocultar la contradicción entre capital y trabajo. Esta estrategia demandaba profesionales que intervengan en la elaboración y ejecución de las mismas, creándose de esta manera el espacio socio-ocupacional del Trabajo Social, en la ejecución. Es decir, que es “en la división social y trabajo colectivo, que el profesional es mandado a implementar políticas socio/asistenciales interfiriendo en las relaciones sociales que forman parte de lo cotidiano en la formación usuaria”.⁸⁴

Por consiguiente, el trabajador social va actuar desde el rol terapéutico, con una intervención desde el nivel individual al grupal, con objetivos de fomentar la convivencia entre los internos, promover hábitos y habilidades domésticas, fortalecer la relación de los pacientes con su entorno social que se encuentra fuera de la institución, donde el pilar fundamental es el grupo familiar entre otros grupos sociales que cumplan un rol socio

⁸³ Nogueira Cecilia. *Trabajo Social y Salud mental. La intervención profesional en el campo de la salud mental.* 2012, pág. 8.

⁸⁴ Iamamoto, M. *La práctica como trabajo y la inserción del asistente social en el proceso del trabajo.* En: “servicio social en la contemporaneidad. Editorial Cortez. Brasil. 2003, pág. 54.



afectivo hacia el beneficiario intervenido, además se considerara siempre relevante poder crear autonomía personal en los pacientes⁸⁵.

Es importante concebir la salud mental desde los múltiples saberes existentes en la actualidad, no reduciendo el padecimiento mental al tratamiento farmacológico como único indicador de solución a la problemática, es importante mirar la salud mental desde un enfoque multidimensional.

En este entendido, el Trabajo Social vinculado a Salud Mental implica desde un comienzo pensar en estrategias de construcción de la red social donde va a insertarse para facilitar la relación e integración social, evaluándose cada caso de manera particular. Estas estrategias tienen como objetivos mejorar la calidad de vida de las personas con padecimientos mentales, estimular la toma de responsabilidades, fomentar su acción como actor social, generar relaciones sociales con el entorno del barrio, los comercios, el vecino, el transporte, los espacios culturales, los talleres, su economía, etc.⁸⁶

Construir una trama social solidaria y continente para recibir y aportar a la recuperación de la ciudadanía de las personas externadas; para ello debe ser preciso exigir la puesta en marcha de políticas sociales y de salud que garanticen, a través del Estado, la cobertura de las necesidades de todo el proceso de desinstitucionalización y mantener lo específico de un acompañamiento en salud mental que asegure una recuperación en el grado de posibilidad que abre la externación y a fin de paliar el sufrimiento mental tanto como impedir nuevas modalidades de internación.⁸⁷

⁸⁵ Gómez Parada Luis Tomas. *Intervención en Salud Mental desde el Trabajo Social*. Chile. 2017, pág. 7.

⁸⁶ Ídem.

⁸⁷ Ídem.



Las autoras Michelli y López expresan que, esto presenta un doble desafío: por un lado en el plano de la formación profesional y por otro, en el plano del ejercicio profesional.⁸⁸

Con respecto a la formación, siendo culta y atenta, sea capaz de anticipar problemáticas pertinentes a la práctica profesional y de fomentar la formulación de propuestas profesionales que distingan alternativas de políticas calzadas en el protagonismo de los sujetos sociales, que apueste a las luchas sociales, en la capacidad de los agentes históricos de construir nuevos patrones de sociabilidad para la vida social en su proyecto de formación profesional. Entender la contradicción en la cual se inscribe la práctica profesional es requisito para reafirmar la formulación de propuestas de acción en el campo de la implementación y la formulación de políticas públicas atentas a la cultura universal y a la perspectiva de los sujetos.⁸⁹

2.9. psicosocial en relación a la intervención social

El concepto de intervención psicosocial surge en los Estados Unidos a principios de la década de los 30 como un enfoque del trabajo de caso o “case work” que inició su desarrollo a principios de 1.800 y el cual era en las grandes organizaciones de beneficencia americanas⁹⁰.

El trabajo de caso o “case work” toma fuerza y se desarrolla a partir de dos escuelas de pensamiento: La escuela diagnóstica y la escuela funcionalista. La primera enfocaba su trabajo a “intervenir los “problemas de los individuos como una enfermedad, la cual debía

⁸⁸Michelli Virginia y López Susan: Política Pública Sanitaria Nacional: Nuevos parias urbanos o ejercicio de la ciudadanía. Desigualdad y exclusión en el acceso a prácticas médicas de alta complejidad y costo en Argentina. 2005.

⁸⁹ Nogueira Cecilia. *Trabajo Social y Salud mental. La intervención profesional en el campo de la salud mental.* 2012, pág. 8.

⁹⁰ Abello Londoño Maryory. *Lo psicosocial en relación al Trabajo Social.* Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; 2007.



ser diagnosticada y tratada por el Trabajador(a) Social o experto(a)”; la segunda escuela, trabajaba desde un enfoque que destacaba el crecimiento y el desarrollo, donde se daba al cliente una gran responsabilidad en el desarrollo del tratamiento⁹¹.

Según Gunnar Bernler la teoría psicosocial surge de la escuela diagnóstica, y de la influencia del Trabajo Social de caso. El trabajo psicosocial tiene grandes influencias del case work; no sólo las ciencias sociales y humanas han desarrollado este tipo de intervenciones, así primen en la referencia bibliográfica la Psicología y el Trabajo Social⁹².

2.9.1. Enfoque Psicosocial

Las intervenciones psicosociales eficaces en la rehabilitación de personas con trastornos mentales son, entre otras:⁹³

La terapia de grupo, tiene gran utilidad una vez estabilizados los síntomas agudos de la enfermedad. Esta terapéutica ayuda a los miembros del grupo a crear un ambiente sustentado en la realidad y que anime a cada participante a relacionarse con los demás.

Los grupos de ayuda entre pacientes también ofrecen una oportunidad de interacción social y apoyo emocional y ofrecen la oportunidad al paciente de aprender estrategias de afrontamiento que han dado resultado en otros casos.

2.10. La intervención psicosocial

En términos generales, una intervención psicosocial puede definirse como el conjunto de acciones encaminadas a mitigar o desaparecer los riesgos y procesos sociales problemáticos para un individuo y su grupo social, ya sea éste la familia, la comunidad, o el grupo de trabajo,

⁹¹ Abello Londoño Maryory. *Lo psicosocial en relación al Trabajo Social*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; 2007.

⁹² Ídem.

⁹³ Ídem.



entre otros, a través de actividades de carácter preventivo o terapéutico que buscan mejorar la calidad de vida y el bienestar, tanto individual como colectivo.⁹⁴

2.11. La intervención con familias

Dice Alfredo Carballeda (2012) que, “La palabra intervención proviene del término latino ‘intervenio’, que puede ser traducido como “venir entre” o “interponerse”. De ahí que ‘intervención’ pueda ser sinónimo de mediación, intersección, ayuda o cooperación⁹⁵.

Agrega, además, que es un “dispositivo que se entromete en un espacio, en una demanda hacia ella. De ahí que la demanda sea el acto fundador de la intervención”⁹⁶.

Por otra parte, Ángela María Quintero Velásquez (2007) manifiesta que: “el Trabajo Social es una intervención en el sentido que intervenir significa tomar parte de una acción con la intención de influenciarla. La intervención del trabajador social consiste en permitir a la persona/sujeto desarrollar sus capacidades, ayudarlo a modificar su situación y finalmente ayudarlo a resolver sus problemas”⁹⁷.

2.12. La resiliencia, otro eje de intervención

Otro eje de intervención desde el Trabajo Social es la activación de la resiliencia en las familias que atraviesan un conflicto o un problema. Dice Ernesto Sábato: «el ser humano sabe hacer de los obstáculos nuevos caminos, porque a la vida le basta el espacio de una grieta para renacer»⁹⁸.

⁹⁴ Ídem.

⁹⁵ Carballeda, Alfredo J. *La intervención en lo social/ exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós, 2012.

⁹⁶ Ídem.

⁹⁷ Quintero Velásquez, Ángela María. *Diccionario Especializado en Familia y Género*. Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas. 2007.

⁹⁸ Guerrini María Eugenia. *La intervención con familias desde el Trabajo Social*. Edición N° 56 – diciembre 2009.



Entendemos por resiliencia la capacidad de los seres humanos de superar los efectos de una adversidad a la que están sometidos e, incluso, de salir fortalecidos de la situación.

Y en este proceso necesitamos del apoyo de los demás para la superación de problemas.

A través del área de Trabajo Social se interviene en ayudar a las familias a fortalecerse, a reconocer sus fortalezas y confiar en ellas, y a adquirir mayor conciencia social para promover cambios que reduzcan la inequidad y el sufrimiento.

2.13. La autoestima en la familia

Es muy importante trabajar con las familias en el desarrollo de la autoestima individual y familiar. Esto dará lugar a una mayor comprensión entre individuos, al cuidado personal y de los demás, ya que darán fundamentos firmes a partir de los cuales puedan desarrollar su fortaleza e integración.

Virginia Satir, reconocida Trabajadora Social y terapeuta familiar, se refiere al tema de la autoestima en su bibliografía. Cuando se refiere a los seres humanos que viven humanamente dice que son individuos que comprenden, valoran, desarrollan sus cuerpos al hallarlos hermosos y útiles, son reales, sinceros, amorosos, bondadosos, creativos, productivos, responsables. El contexto dentro del que se desarrolla una persona con estas dimensiones es la familia, y los adultos que se encuentran a su cargo son los responsables de la creación de estos seres⁹⁹.

Los cuatro aspectos de la vida en familia:

- Los sentimientos e ideas que el individuo tiene de sí mismo: autoestima
- Los métodos que utilizan las personas para expresar sus ideas a los demás: comunicación

⁹⁹Guerrini María Eugenia. *La intervención con familias desde el Trabajo Social*. Edición N° 56 – diciembre 2009.



- Las reglas que usan los individuos para normar cómo deben sentir y actuar que constituye el sistema familiar

- La manera cómo la gente se relaciona con otros individuos e instituciones ajenas a la familia: enlace con la sociedad¹⁰⁰.

2.14. La familia ante la discapacidad

La familia sigue siendo el primer y principal espacio de socialización de sus hijos, en formar su carácter, desarrollan su autoestima, se les inculcan modos de actuar y de pensar y se van convirtiendo en hábitos conformando de esta manera las prácticas culturales. Es en el seno familiar en donde también se conforman prejuicios y estereotipos que informan acerca de lo que es correcto o deseable; como parte de ese gran sistema que es la sociedad, tienden a desarrollar sus propias representaciones de lo que consideran una “persona normal” concediéndoles una serie de características tanto físicas como sociales, culturales, intelectuales etc., y atributos que los hacen pertenecientes a su comunidad, si alguien carece de algunas de estas características ha sido visto como “persona anormal”.

Cuando una familia recibe la noticia de que su hijo tiene discapacidad intelectual sus reacciones van a depender de esta serie de representaciones que tienen sobre la discapacidad, sus propios juicios y prejuicios, y de las experiencias de vida que tengan ante la discapacidad

La familia reacciona de manera diferente ante la discapacidad, debido en primera instancia, al estrés y la responsabilidad que ocasiona tener a un familiar con discapacidad mental o física, el afrontamiento, es otro aspecto importante que determina el actuar de la familia ante la situación.

¹⁰⁰ Ídem.



2.2. Marco normativo

2.2.1. Decreto Supremo N° 28671 de abril 2006 Plan Nacional de Igualdad y Equipamiento de Oportunidades (PINEO)

Para desarrollar las políticas para personas con discapacidad, en su apartado de política en salud establece:

Accesibilidad en condiciones de equidad a servicios de salud prevención, promoción y rehabilitación en salud.

El informe de la evaluación de salud mental en Bolivia (2008), menciona la relación a la legislación sobre salud mental, que en nuestro país solo existe legislación indirectamente relacionada en el tema de salud mental. La referida la prevención y tratamiento de drogodependientes y la Ley de la persona con discapacidad Ley 1678 del 15/XII/1995. A través de esta Ley y en coordinación con el Defensor del Pueblo se desarrolló un Plan de Igualdad y equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad (PNIEO), que incluye entre las discapacidades a la intelectual.

Además de no hablar de todo el componente de salud mental, no hace referencia este plan a los asuntos de competencia, capacidad y tutela para personas con enfermedades mentales, ni habla sobre tratamiento voluntario e involuntario, ni de los mecanismos para supervisar las prácticas de admisión y tratamiento involuntario y no hace referencia sobre la acreditación de profesionales y servicios. El plan elaborado el año 1999-2000 no se pudo implementar por falta de apoyo y recursos financieros. Se identificaron 39 establecimientos de salud mental ambulatorios en el país, 12 establecimientos de tratamiento diurno, 1 unidad de hospitalización de base comunitaria y 9 hospitales psiquiátricos.



Se han formado pocas asociaciones de familiares y de pacientes a raíz de la estigmatización que persiste sobre el paciente psiquiátrico. A estas pocas el gobierno no puede o no ha designado recursos para apoyar sus iniciativas. Son pocos los establecimientos de salud mental (1-20%) que han tenido interacción con asociaciones de usuarios y familiares.

No hay un organismo de coordinación para supervisar las campañas de educación y concientización al público sobre la salud mental, habiendo sido muy pocas las campañas realizadas y casi todas ligadas a la prevención de sustancias adictivas y/o violencia.

Si bien el Ministerio de Salud interactúa con varios sectores, aun trabaja para lograr una verdadera coordinación de acciones a favor de la promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales.

NORMA	CONTENIDO IMPORTANTE	APLICACIÓN DE LA NORMA EN EL CRSM SAN JUAN DE DIOS
<p>CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO PLURINACIONAL PROMULGADA 07/02/2009</p>	<p>ART.71 II. El Estado adoptara medios de acción positiva para promover la efectiva integración de las personas con discapacidad en el ámbito productivo, económico, político, social y cultural sin discriminación alguna.</p> <p>ART.72 El Estado garantiza a las personas con discapacidad los servicios integrales de prevención y rehabilitación, así como otros beneficios que se establecen en la Ley.</p>	<p>Esta norma se aplica a través de fomentar la promoción de la integración de los pacientes con discapacidad mental en el ámbito social y laboral.</p> <p>El Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios cumple con todos los requerimientos para la estabilidad y rehabilitación de pacientes con diferentes patologías psiquiátricas,</p>



<p>LEY 475, LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL 30/12/2013</p>	<p>ART. 5 BENEFICIARIOS Mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses después del parto, niños y niñas de 0 a 5 años, mujeres y hombres adultos mayores de 60 años, personas con discapacidad que cuentan con su carnet de discapacidad.</p> <p>ART. 6 PRESTACIONES DE SALUD Comprende prestaciones en salud, a través de prevención, hospitalización, cirugías y medicamentos.</p>	<p>Se da cumplimiento en la atención gratuita en la atención en psiquiatría a esta población beneficiada.</p> <p>Se brinda la atención y hospitalización a pacientes beneficiarios de la Ley 475, a través de campañas de prevención, hospitalización y entrega de medicamentos según la patología psiquiátrica.</p>
<p>LEY 223 del 02/03/2012 LEY GENERAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD</p>	<p>ART.32 AMBITO SALUD El Estado Plurinacional de Bolivia, diseñara ejecutara y evaluara planes y proyectos para capacitar al personal de la red de servicios de salud pública, para prestar servicios de promoción, prevención y rehabilitación de calidad y con calidez que respondan a las necesidades de las personas con discapacidad.</p>	<p>El Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios tiene un convenio con el Estado Boliviano, para dar cumplimiento a este articulo y brindar servicios de prevención y promoción en el área de la salud mental orientada a la población.</p>
<p>LEY 4024.del 15/04/2009 RATIFICACION DE LA CONVENCION SOBRE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON</p>	<p>ARTICULO UNICO de conformidad con el ART.158, atribución a la Constitución Política del Estado Plurinacional, se aprueba la convención sobre los derechos de las personas con</p>	<p>Existe la representación de padres de familia que tienen algún familiar con una discapacidad mental, los cuales formaron "JUNTA DE PADRES DE FAMILIA DEL</p>



DISCAPACIDAD Y SU PROTOCOLO FACULTATIVO.	discapacidad y su protocolo facultativo.	CRSM SAN JUAN DE DIOS"
NORMA	CONTENIDO IMPORTANTE	APLICACIÓN DE LA NORMA EN EL CRSM SAN JUAN DE DIOS
LEY 045 del 08/10/2010 LEY CONTRA EL RACISMO Y TODA FORMA DE DISCRIMINACION	Establece mecanismos y procedimientos para la prevención y sanción de actos de racismo y toda forma de discriminación en el marco de la Constitución Política del Estado Plurinacional y tratados internacionales de derechos.	Todos los pacientes y familiares, y el personal que trabaja en la Institución son tratados por igual bajo el lema "TODOS SOMOS IGUALES ANTE LA LEY"



En el departamento de La Paz, de la Provincia Murillo, se encuentra ubicada en la Zona de Irpavi 2, el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios.

El significado de Juan de Dios tiene sus orígenes en un nombre compuesto; Juan es un nombre Masculino de origen Hebreo, que significa "Dios es propicio o Dios se ha apiadado".

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, ubicado en la zona de Irpavi 2, calle Chicani N°. 50 ha sido fundado el 17 de enero de 2006, a solicitud del Gobierno de Bolivia, instituyéndose como un Establecimiento de Convenio entre el Gobierno y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, cuya administración se encuentra a cargo de los Hermanos de la Orden.

3.1.2. Historia

San Juan de Dios, (1495 - 1550) de origen portugués nació y murió un 8 marzo; fundó en 1537 en Granada la Orden de los Hospitales de San Juan de Dios y es patrono de la ciudad de Granada junto a Nuestra Señora de las Angustias. Beatificado en 1630 por el papa Urbano VIII y canonizado en 1690 por Alejandro VIII. Al cumplir cuarenta años, se produce un hecho que marcara su camino para siempre, al escuchar las palabras del "Apóstol de Andalucía"; luego de conmocionarse con los sermones y oraciones de Juan de Ávila decide hacer penitencia pública¹⁰¹. Y por esa razón es internado en un hospital psiquiátrico, donde sufrió el inhumano trato que se les daba a los enfermos. Al salir decide consagrar su vida al cuidado de enfermos y establecer una serie de Hospitales. San Juan de Dios, es patrón de los enfermos, enfermeros y Hospitales. El Santo se celebra el 8 de Marzo.

3.1.3. Extensión y Límites

La Institución entre sus límites está conformada de la siguiente manera:

¹⁰¹ Enciclopedia Biográfica en línea. *Biografías y Vidas. San Juan de Dios*. 2004. Obtenido de la página web https://www.biografiasyvidas.com/biografia/j/juan_de_dios.htm



Al Sur limita con las Zonas de Irpavi 2 y Callapa, al Norte limita con la Zona de Chicani, al este con la Zona de Irpavi meseta, al Oeste con la Zona de Callapa y kupini.

3.1.4. Topografía

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, cuenta con una infraestructura en sus suelos con una pendiente lateral y plana, se encuentra ubicada rodeada de los cerros de Chicani y de Irpavi 2, es decir que cuenta con una superficie plana entre las 4 comunidades: Agudos, Adicciones, ATI, Intermedios y las otras dos Largas Estancias 1,2, son pendientes de bajada y subida, una mayoría de sus suelos son jardineras ya que dentro de la Institución existe variedad de flores y árboles y cuentan con césped, que los jardineros van podando cada 2 a 3 semanas, las calles y avenidas alrededor de la Institución son empedradas, no cuentan con calles asfaltadas, en su mayoría las calles de la zona de Callapa son de tierra debido al temblor sísmico que ocurrió años atrás, también existe una corriente de un río que baja desde Chicani, en donde se lava arena.

La tierra en la zona es fértil ya que existen lugares donde algunas familias siembran papa o haba, también tienen buena vegetación existen árboles, diversidad de plantas y existe la cría de ganado vacuno ya que se puede observar una variedad de vacas y toros. También se puede observar que por las mañanas salen las señoras a vender leche a la Zona de Villa Armonía y también hacia la Zona Sur.

3.1.5. Medios de Transporte

Los medios de transporte son de dos tipos:

Transporte de minibuses, están las líneas: 843; 294; los cuales en su mayoría pasan por el centro paceño como Correos, Plaza Camacho, Estadium de Miraflores Hernando Siles, luego estas líneas se dirigen hacia la Villa Lobos luego se dirigen hacia la plaza de Villa Armonía



pasa por Kupini, y va entrando hacia la Zona de Callapa y entra hacia Irpavi 2, el precio de los pasajes es desde el centro paceño Bs. 2.- y si se toma desde la Plaza Eguino o el Cementerio General el precio del pasaje es de Bs. 2.-

La otra línea de minibuses es: 248, estos minibuses también vienen desde la Sagarnaga y pasan por el centro paceño por la calle Murillo, Plaza del estudiante, 6 de agosto, obrajes, Calacoto y doblan en la calle 9 y van entrando hacia Irpavi 2, el precio de los pasajes es desde el centro de la ciudad Bs. 2.40.- y si se toma desde la calle 9 de Calacoto es de bs. 1.50.-

También existen dos líneas de trufis unos de bandera verde que nos llevan al centro de la Ciudad de La Paz, que salen al Prado y otros de bandera azul que nos llevan al Calacoto y Achumani el pasaje de este medio de transporte es de 3.50 Bs.-

3.1.6. Clima y vegetación de la zona (flora)

La Institución, cuenta con un clima cálido durante el día y al atardecer empieza a hacer frío, también se aprecia vegetación viva de flores, jardineras, arboles de eucalipto, pinos y plantas, también se observó que en algunas casas se crían animales de corral como vacas, ovejas, gallinas, gallos, hay también animales domésticos como gatos, perros.

3.2. Contexto institucional

3.2.1. Historia del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios

La Orden Hospitalaria San Juan de Dios se constituye como una Organización Religiosa sin fines de lucro y de bien social; instituida para llevar a cabo, actividades relacionadas con la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social en salud mental en muchos países del mundo, en los que se mantiene una permanente relación con organizaciones del Estado, que coadyuvan a una prestación eficaz y eficiente de los servicios de salud, desarrollando un proceso interactivo de promoción de la salud, con organizaciones sociales



y estatales y miembros de la sociedad civil organizada que abrazan el carisma de San Juan de Dios, en adhesión al logro de los fines y objetivos de la Orden¹⁰².

A pedido del gobierno de la República de Bolivia, los religiosos que pertenecen a la Orden San Juan de Dios, trabajan en el país desde mediados del siglo XX, prestando servicios de atención en salud mental a través del Instituto Nacional de Psiquiatría Gregorio Pacheco, el Instituto Psicopedagógico Ciudad Joven y el Hospital Cristo de las Américas, en la ciudad de Sucre; el Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios en la ciudad de Cochabamba y el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, propiedad de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, en la ciudad de La Paz, lo que nos permite demostrar las competencias que poseemos en el tratamiento y rehabilitación de la salud mental de la población.

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, ubicado en la zona de Irpavi II, calle Chicani No. 50 ha sido fundado el 17 de enero de 2006, a solicitud del Gobierno de Bolivia, instituyéndose como un Establecimiento de Convenio entre el Gobierno y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, cuya administración se encuentra a cargo de los Hermanos de la Orden. El Centro, se ha propuesto contribuir al cumplimiento de las Políticas Públicas que tiene previsto implementar el Gobierno en materia de Salud en el Estado Plurinacional, considerando que mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, le permiten alinearse a la filosofía del vivir bien como una práctica permanente fundamentada en la empatía, la comprensión, la tolerancia y la humildad hacia el prójimo, al que se le hace entrega de la mayor dedicación y esfuerzo.

¹⁰² Referencias extraídas de documentación histórica del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, a través de la Dirección de la institución, durante la gestión 2014.



3.2.2. Naturaleza Institucional

3.2.2.1. Misión

Somos una Institución sin fines de lucro, proveedora de servicios multidisciplinarios en rehabilitación y salud mental que ofrecemos con especial énfasis a las personas más necesitadas de la sociedad, a las que brindamos una atención de calidad, calidez, eficiencia y equidad, a través de un equipo de trabajo cuya capacidad y competencia profesional nos permite alcanzar el estado de bienestar y la reinserción social del enfermo mental, en cumplimiento al carisma de la Orden de San Juan de Dios.

Fuente: Datos extraídos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

3.2.2.2. Visión

Constituirmos en un Instituto altamente especializado en salud mental, líder en la prestación de servicios de especialidad en psiquiatría y en el desarrollo de estrategias de intervención, capacitado para atender a todas las personas que manifiestan trastornos mentales, brindándoles servicios de excelencia con un alto nivel asistencial académico y científico, a través de la participación de profesionales de la zona de Irpavi para realizar su trabajo con un elevado compromiso social y con entrega y amor al prójimo.

3.2.3. Objetivos del CRSM-San Juan de Dios

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, presta servicios a la población que manifiesta trastornos emocionales y psiquiátricos, contribuyendo a la estabilización de pacientes crónicos y mejorando su calidad de vida, mediante la intervención oportuna de técnicas que ayudan a mejorar y/o mantener sus funciones cognitivas para evitar el deterioro de los pacientes, brindando apoyo psicológico y social en etapas de crisis.

Los objetivos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, se resumen en lo siguiente:



- Brindar servicios de Rehabilitación y Salud Mental con un abordaje integral multidisciplinario.
- Fortalecer actividades académicas y científicas en Salud Mental, y
- Capacitar a los profesionales que se especializan en el ámbito de la Salud Mental.

3.2.4. Infraestructura

Se encuentra compuesta por cinco comunidades terapéuticas para su internación.

❖ Comunidad terapéutica de agudos Varones y Mujeres

De estas secciones se hospitalizan enfermos que sufren cualquier trastorno mental agudo. Los objetivos son lograr el establecimiento de las funciones mentales comprometidas, generar conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento en el paciente y su familia, para finalmente, establecer un proceso de rehabilitación psiquiátrico y continuar el tratamiento en forma ambulatoria.

❖ Comunidad Terapéutica larga Estancia I

Los pacientes de esta comunidad, son personas que tienen pérdidas de la autonomía de su desempeño psicosocial de manera severa y que requieren internación para estabilizar o devolver las habilidades perdidas.

Tomando en cuenta que algunos pacientes ya fueron abandonados por sus familiares y se los trata de reinsertar socialmente.

❖ Comunidad Terapéutica Larga Estancia II

Esta comunidad ha sido creada a solicitud del servicio Departamental de Gestión Social y recibe a pacientes que han sido acogidos desde niños por el IDAI con distintos Síndromes como el retardo mental profundo o daño cerebral severo debido



a causas como la desnutrición o lesiones. En esta comunidad todos los pacientes se encuentran en situación de total dependencia del centro, con un apoyo que lo promueve SEDEGES.

❖ **Comunidad Terapéutica de Adicciones**

Realiza tratamientos para personas que padecen trastornos por dependencia a sustancias psicoactivas, así como el alcohol y otras drogas, se trabaja juntamente con una institución de nombre ALANON que da charlas de ayuda tanto a pacientes y a sus familiares y como tratar esta enfermedad.

❖ **Comunidad de Intermedios**

Esta comunidad realiza tratamiento para personas con trastornos mentales psicológicos, son pacientes en recuperación con un trastorno leve, en la mayoría de los casos son pacientes que están más estables y que ya saben cómo tratar su enfermedad, teniendo en cuenta que la medicación y las revisiones médicas deben cumplirse, para que el paciente no se descompense.

❖ **Atención Terapéutica Integral (ATI)**

El servicio de apoyo terapéutico integral ATI, brinda a los pacientes internos y externos apoyo en distintas áreas a fin de coadyuvar a su rehabilitación mejorando, de esta manera su calidad de vida.

ATI trabaja en cuatro áreas específicas:

❖ **Área de laborterapia**

Orientada a mejorar las habilidades motrices de los pacientes, asimismo en un aporte al autoabastecimiento del servicio a través de la venta de los trabajos realizados en esta área.



❖ **Área psicosocial**

Destinada a fortalecer las habilidades interpersonales de los pacientes en la mejora de su autoestima y sus valores humanos.

❖ **Área psicopedagógica**

Promueve y fortalece los conocimientos y habilidades intelectuales básicos de los pacientes como la lectura, la aritmética, entre otros.

❖ **Área cognitiva conductual**

Área de trabajo en el ámbito de las habilidades del conocimiento como la atención, la memoria, el razonamiento y la lógica y comportamiento de los pacientes.

❖ **Unidad de Trabajo Social**

La unidad de Trabajo Social es responsable de la intervención social dentro del equipo terapéutico en salud mental, constituyéndose en un factor principal en la intervención social.

La relación entre el Trabajo Social y la Psiquiatría tiene una larga tradición, la Salud Mental, forma parte de la salud integral de las personas, está relacionada con las posibilidades de un desarrollo emocional, afectivo, intelectual, laboral, y con la capacidad de integrarnos al medio social y cultural.

3.2.5. Objetivos de la unidad de Trabajo Social

- Desarrollar acciones preventivas, asistenciales de coordinación o enlace en salud mental para coadyuvar en la rehabilitación y reinserción familiar, social y



laboral de los pacientes, contribuyendo a mejorar el nivel de salud y su calidad de vida, promoviendo la participación activa de la familia y la comunidad.

3.2.6. Funciones de la responsable de la unidad de Trabajo Social

Cargo: Jefatura de la Unidad de Trabajo Social

Nivel de Dependencia: Gerente del Centro

Funciones:

- Planificación, organización y ejecución
- Capacitación sobre la importancia de la salud mental.
- Supervisión, monitoreo y evaluación
- Coordinación precisa con jefaturas, direcciones y mandos superiores del centro y otras Instituciones tanto públicas como privadas
- Diseño de estrategias e instrumentos, como ser el Informe Social, la guía de entrevista, el cuaderno diario
- Interacción con equipos técnicos interdisciplinarios de las comunidades terapéuticas
- Motivación constante a los colaboradores bajo su dependencia
- Análisis y socialización de la información
- Supervisión continua del trabajo realizado en la unidad
- Establecer cronogramas, organización del trabajo y reuniones de equipo
- Facilitar el acceso a cursos de Capacitación del equipo médico de la unidad.

Existen enfermedades y circunstancias que propician situaciones, que necesitan de la intervención social principalmente con:

- ✓ Enfermos mentales crónicos y sus familiares si la tienen.



- ✓ Familias de enfermos mentales.
- ✓ Enfermos mentales a Adultos mayores sin soporte familiar.
- ✓ Enfermos con problemática social grave asociada a su patología Psiquiátrica.

3.2.6.1. Organigrama de la unidad de Trabajo Social

Esquema N° 1

Organigrama de la unidad de Trabajo Social

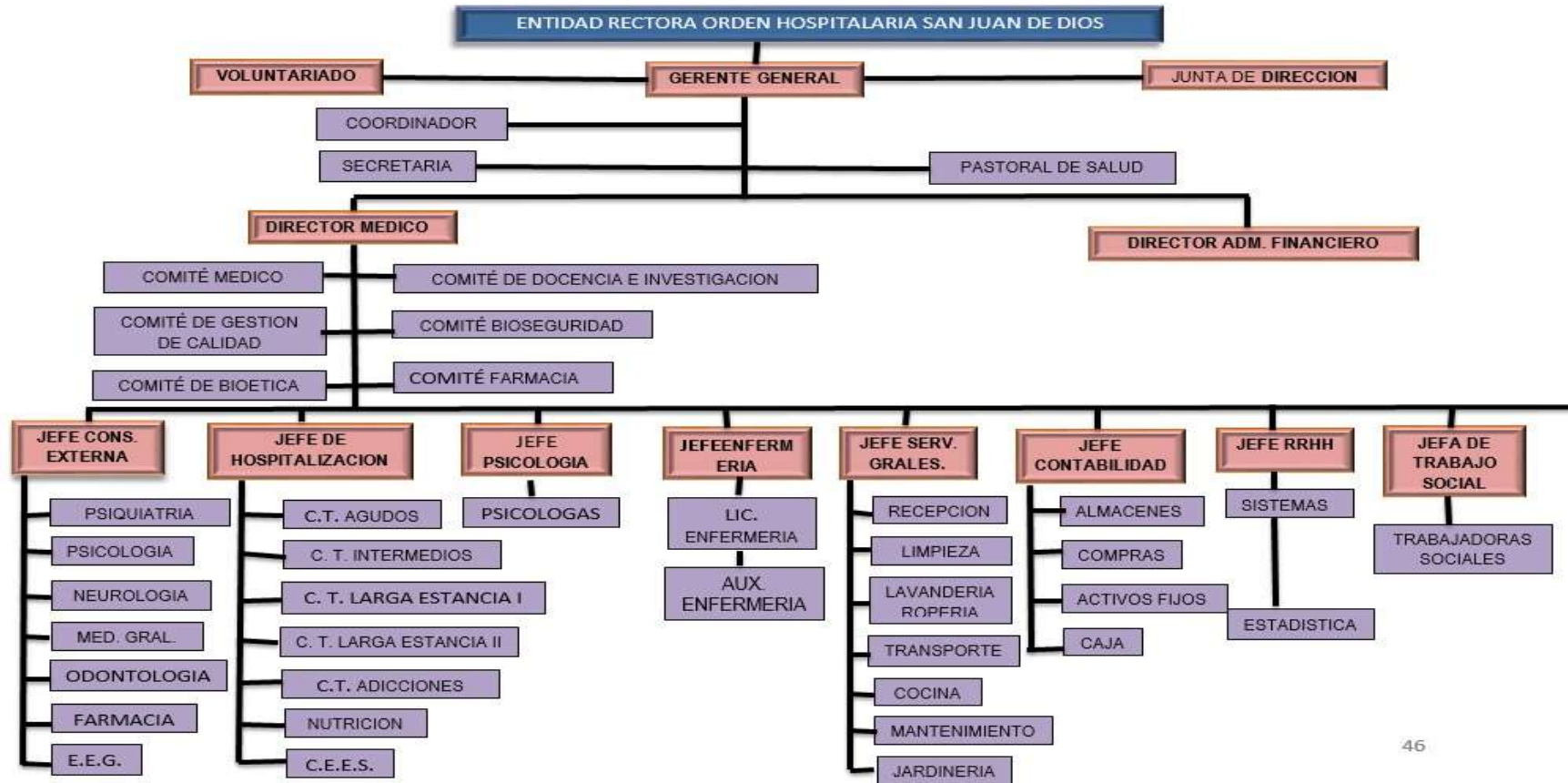




3.2.5.3. Organigrama del Centro De Rehabilitación Y Salud Mental San Juan De Dios

Esquema N° 2

Organigrama del Centro de rehabilitación y Salud Mental san Juan de Dios





3.2.6. Reglamento interno del Centro de Rehabilitación En Salud Mental “San Juan De Dios”

El reglamento, es una herramienta técnica específica para la administración de personas que establece principios, normas y procedimientos que regulan las relaciones entre la institución y los servicios públicos dependientes

La base sustentación legal del presente reglamento interno de personal está enmarcado en las siguientes disposiciones legales.

- ❖ Ley 1178 de administración y control gubernamental del 20 de julio de 1990.
- ❖ Decreto supremo N° 23318- a reglamento de la responsabilidad por la función pública de 3 de noviembre de 1992.
- ❖ Ley N° 3351 ley de organización del poder ejecutivo.
- ❖ Resolución suprema N°217055 norma básica del sistema de administración de personal de 23 de mayo de 1997.
- ❖ Resolución suprema N° 217064 normas básicas del sistema de administración de personal de 23 de mayo de 1997.
- ❖ Ley N° 2027, estatuto del funcionario público de 27 de octubre de 1999.

Complementar normatividad con el objeto de evitar distorsiones en la comprensión de términos que se utilizaran en el presente reglamento, se detalla a continuación aquellos que con mayor frecuencia serán utilizados.

Reglamento interno

3.2.6.1. Naturaleza del Reglamento Interno CRSM San Juan de Dios

El Reglamento Interno del Centro de Rehabilitación en Salud Mental “SAN JUAN DE DIOS” se halla enmarcado en las disposiciones emanadas del Ministerio de Salud y deportes como ente normativo responsable de dictar políticas, normas y procedimientos y en lo técnico del servicio departamental de Salud de La Paz. Servicio Departamental de



Gestión Social y disposiciones complementarias que sirven de marco, para desarrollar la gestión de la institución de acuerdo a sus particularidades y características propias.

Objetivo del reglamento

Artículo 2.- El presente reglamento tiene como objeto establecer principios reglas y normas técnico, administrativas genéricas que sean pertinentes, oportunas, claras y precisas, con la finalidad de asegurar el eficaz y eficiente funcionamiento del instituto de Rehabilitación en Salud Mental “San Juan de Dios”.

Ámbito de aplicación

Artículo 3.- Los aspectos contemplados en el presente Reglamento tendrán un ámbito de aplicación para todas las dependencias del instituto, tanto médicos, como para todo el personal que trabaja en la Institución.

Ley SAFCO

El control fiscal de la Institución será ejercido por la Contraloría General de la República, en conformidad con la Ley SAFCO.

Es indispensable que el centro tenga una excelencia imagen ante la población. Por consiguiente, todo el personal del establecimiento, debe mantener un comportamiento favorable que contribuirá a obtener dicha imagen con los siguientes aspectos.

- a) Prestación de servicios eficientes, eficaces y de calidad.
- b) Trato respetuoso y adecuado a los usuarios.
- c) Cumplimiento de horarios.
- d) Buenas relaciones interpersonales.
- e) Conocimiento de las normas y reglamentos por parte del personal.
- f) Buenas relaciones públicas.
- g) Brindar información clara, oportuna, comprensible y completa.
- h) Cumplimiento de tareas médicas.



CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

4.1. Antecedentes del problema

El presente trabajo de investigación diagnóstica surge como resultado del trabajo desarrollado en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, para contribuir en el perfil ocupacional específicamente en la intervención con familias de pacientes con trastorno mental de la personalidad.

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, está ubicado en la ciudad de La Paz, Zona Sur, concretamente en Irpavi 2, subida a Chicani, donde funciona desde el año 2006. Se caracteriza por prestar servicios a la población con problemas de patología psiquiátrica y tiene como objetivo la atención, estabilización, rehabilitación y acompañamiento de la enfermedad o del estado de marginación en el que se encuentra el paciente.

Las familias que tienen un integrante con diagnóstico de trastorno mental de la personalidad (aportan una carga excesiva que condiciona la dinámica familiar y su relación con el entorno disminuyendo su calidad de vida. Con la aparición de la enfermedad, la familia inicia un camino sin retorno para el que no está preparado, la enfermedad les ha tomado por sorpresa, los integrantes se disfrazan sin respuestas, sus



emociones se desbordan. Asisten atónitos a la metamorfosis de su hijo/a o familiar, cuyo comportamiento es poco explicable desde el punto de vista racional incomprendible para ellos. Buscan una salida fácil como abandonarlos y dejarlos hospitalizados de por vida, al no poder sobrellevar la difícil situación de convivencia que representa el tener un enfermo mental en la familia.

Las familias de personas diagnosticadas con trastorno mental de la personalidad han sido estudiadas de diferentes perspectivas teóricas que las han situado en diferentes posiciones debido a la enfermedad, y por las alteraciones que se producían en su seno familiar.

Por tanto, esta investigación resalta la participación de la familia en el proceso de rehabilitación del paciente con trastorno mental de la personalidad durante la permanencia del mismo, modalidad de internación como en consulta externa, para lograr evitar las internaciones prolongadas de estos pacientes.

4.2. Identificación del problema

Los trastornos mentales en el mundo, contribuyen de manera significativa a la morbilidad general, representan un obstáculo para la recuperación de cualquier dolencia y afectan severamente la dinámica familiar y comunitaria de los enfermos, tal como afirma el Plan Nacional de Salud Mental 2009-2015, en Bolivia la exclusión y la pobreza agravan el problema como determinantes de disfunciones psicosociales y finalmente la ausencia, por varios años de políticas públicas en Salud Mental, que han dado lugar a que se produzca un vacío en materia de estrategias y acciones concretas de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

Es evidente que existe una ausencia de políticas nacionales específicas que informen el problema de salud mental y mucho menos se habla de la necesaria participación y el rol que cumplen las familias en los procesos de rehabilitación del enfermo mental, dando



pie a la discriminación, intolerancia y estigmatización de las personas con padecimientos mentales.

En este mismo orden y dirección se ha visto que el efecto del cuidado de la familia a nivel clínico y social, tanto en enfermedades mentales como en físicas, está influenciado considerablemente por ciertas variables, como son: el tiempo de padecimiento, la patología, la relación entre el paciente y el cuidador, la actitud de los familiares y la expresión de emociones hacia el paciente así como el soporte profesional y social recibido por las familias. Los estudios de intervención sobre el rol familiar que vienen a señalar que el éxito en el asesoramiento a las familias para afrontar la carga se correlaciona con un efecto beneficioso sobre el curso de la enfermedad mental.

La familia también se ve obligada a reconocer la cruda realidad de tener un miembro enfermo mental y que la misma representa y se ve como una “carga”, sumando al desconocimiento y la negación de la enfermedad, en la mayoría de los casos el cuidado y protección del paciente con diagnóstico de trastorno mental de la personalidad recae en un solo miembro de la familia.

Los problemas que presentan las familias que viven con un integrante con diagnóstico de trastorno mental de la personalidad, tienen características problemáticas de relación en el interior de la misma, aislamiento, sobreprotección, con este integrante que presenta dicha patología, en el sentido de no saber cómo manejar la situación y afrontar las crisis que se está efectuando dentro de la familia.

Sobre la base de las consideraciones anteriores analizaremos aspectos específicos que surge de la relación de personas con enfermedades mentales y la familia en que viven, especialmente relacionadas con las tareas socialmente aceptadas que cumplen personas con trastornos de la personalidad las consecuencias para la forma en que son vistas por la familia (o el hogar) que los acoge.



Por consiguiente esta investigación propone describir las características sociodemográficas del paciente con enfermedad mental y su familia, principalmente identificar la participación que conlleva la familia con pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios.

4.2.3. Priorización del problema

Para el presente listado de problemas se aplicó criterios de priorización, tales como la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, motricidad, posibilidad o viabilidad obtenidos del problema identificado, los mismos que son vistos a continuación:

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DETERMINANTES PARA QUE LA FAMILIA MANIFIESTE DESINTERÉS EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN QUE REQUIERE EL PACIENTE CON TRANSTORNOS MENTALES DE LA PERSONALIDAD?

Cuadro N° 3

Matriz de priorización de problemas

Problema	Pacientes		Familiares		Puntaje
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
Desconocimiento de la enfermedad mental	9	8	9	9	35
Falta de Centros de Salud en la especialidad de psiquiatría y medicamentos	9	8	10	7	34
No asimilación de su diagnóstico psiquiátrico.	8	7	7	7	29
La vulneración de los derechos	8	8	8	8	32
Maltrato a personas con discapacidad	7	7	8	8	30

Fuente: Elaboración propia datos de la institución CRSM - SJD/ 2014.



La matriz de priorización de la problemática que se muestra en el cuadro demuestra que una de las principales problemáticas es el desconocimiento de la enfermedad mental, sobre todo dentro de su ambiente familiar, en donde ellos sienten que es un problema el cual les afecta de manera directa.

Es importante reconocer que este problema tiene características sociales más amplias en donde no solo es la familia, sino toda la sociedad en su conjunto puesto que esta ha formado una cultura del maltrato en donde se entiende la socialización de la agresión el cual pasa de generación a generación. Problemas es normal y asimilado como un proceso de educación por parte de los padres los cuales dentro de su pensamiento realizan una serie de agresiones a los hijos y estos los van reproduciendo.

4. Resultados del diagnóstico

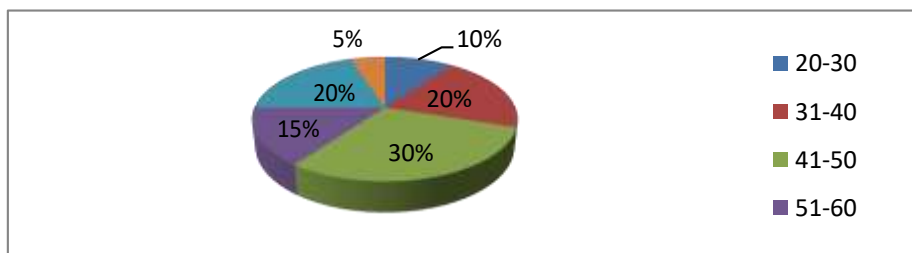
4.1. Características del paciente con trastorno de la personalidad y su familia

4.1.1. Características del paciente con trastornos de la personalidad

Para identificar las características generales del paciente se efectuó la revisión de las fichas sociales y el seguimiento social que se hizo de cada caso, tomando en cuenta que los pacientes seleccionados para este estudio ya están internados y también en algunos casos asisten a consulta externa.

Gráfico N° 1

Edad de los pacientes con trastorno mental de la personalidad



Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud

Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

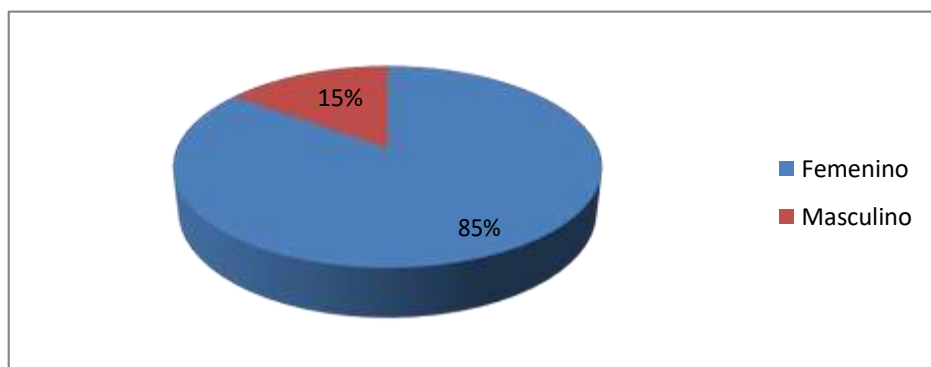


Dentro del total de las encuestas aplicadas el mayor porcentaje en cuanto a la edad son personas que están en el rango de 41 a 50 años de edad reflejadas en un 30%, es decir que estas personas pueden desenvolverse de manera adecuada y ya pueden afrontar y asumir responsabilidades, y un porcentaje compartido del 20% están las edades de 31 a 40 años, esto también indica que son personas totalmente independientes y con responsabilidades de sus actos, otro 20% se encuentran entre las edades de 61 a 70 años de edad, un 15% entre edades de 51 a 60 años, el 10% se presentan en edades de 20 a 30 años y finalmente el 5% en más de 71 años, lo cual indica que aún existen personas que a esa edad asumen el cuidado estos pacientes psiquiátricos.

De cierta manera, se refleja una mayoría de edad como es el caso de 41 a 50 años, siendo una etapa donde se evidencia con claridad el proceso de envejecimiento, definido por una serie de sucesos que aún no han sido totalmente explicados, dentro de los que se describen errores o daños fortuitos del vivir o de sucesos de desarrollo programado y ordenado genéticamente.

Gráfico N° 2

Sexo del paciente con trastorno de la personalidad.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud

Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

Según la encuesta realizada en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2, en cuanto a la variable sexo existe un alto porcentaje el

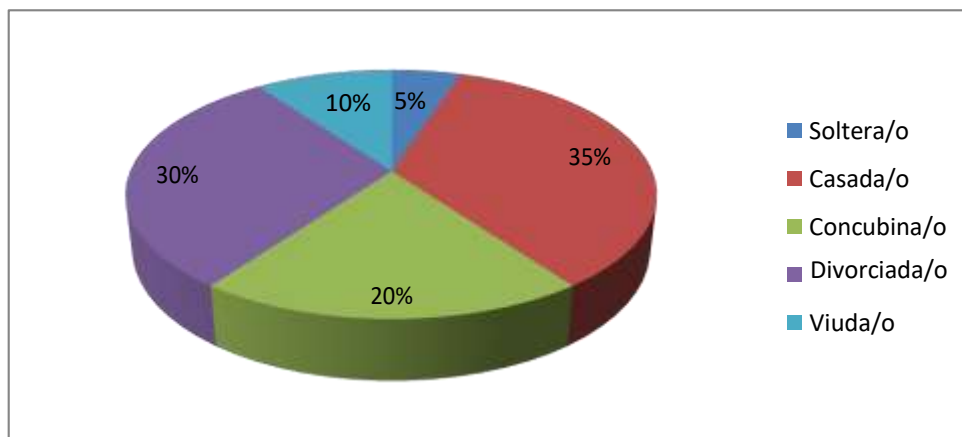


85% de la población encuestada la mayoría son mujeres, y un 15% de la población encuestada son varones lo cual indica que son las mujeres las que asisten con mayor frecuencia al hospital.

Debido a las diferentes actividades y responsabilidades que la mujer asume, el rol de la mujer en una familia es muy importante de vital responsabilidad, debido al estrés y presión que hay por parte de la familia suele ser la mujer quien llega a tener estos trastornos mentales.

Gráfico N° 3

Estado civil del paciente con trastorno de la personalidad



Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud

Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

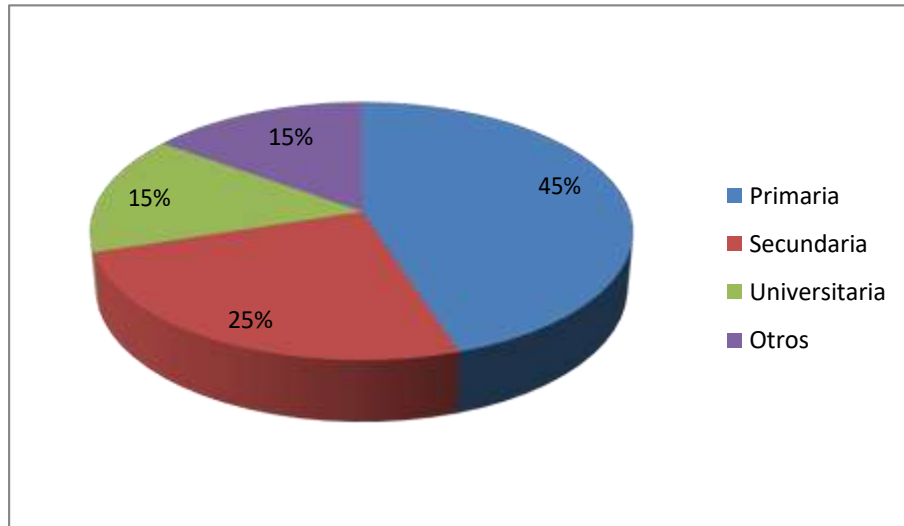
Según la encuesta realizada en la Institución, en cuanto al estado civil un 35% indican que son casados, lo cual quiere decir que son familias funcionales o disfuncionales, pero que aún siguen conviviendo juntos, y un 30% son divorciados, un 20% que son concubinos y una minoría del 5% de los encuestados son solteros, lo cual indica que estas personas solo se dedican al estudio o a trabajar.

Por los datos obtenidos, se refiere a que las personas que presentan trastornos mentales por un lado tienen estado civil de casados, mientras que en otro lado se encuentra que son convivientes, aspectos que generarían un estudio sobre estos aspectos.



Gráfico N° 4

Grado de instrucción del paciente con trastorno de la personalidad



Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud

Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

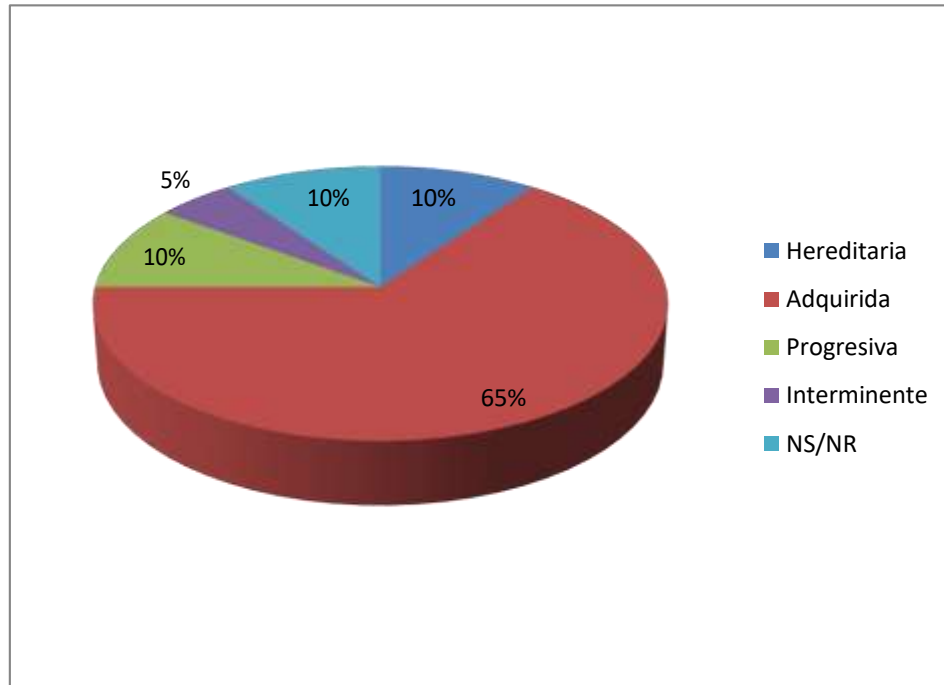
De acuerdo a las encuestas realizadas se puede observar que un gran porcentaje de los encuestados reflejados en un 45% han cursado solo primaria, lo cual indica que no tienen una adecuada formación (dato que se relaciona directamente con la edad en el cual adquirió la persona una enfermedad mental representada entre las edades de 11 a 20 años de edad, dándose el dato en el 55%), un 25% de la población encuestada solo tiene estudios hasta la secundaria que indica que por lo menos concluyeron sus estudios y lograron salir bachiller y una relevancia en porcentajes del 15% en estudios superiores o carreras técnicas, lo cual indica que es una minoría de las personas quienes tienen conocimientos superiores.

Lo cual indica que es una minoría de las personas encuestadas que tienen algún conocimiento sobre el trastorno mental de la personalidad y una mayoría de las personas que desconocen acerca de la enfermedad mental.



Gráfico N° 5

Como adquirió el trastorno de personalidad



Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud

Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

De acuerdo a las encuestas realizadas se puede identificar un alto índice del 65% indican que la enfermedad mental fue adquirida y que anteriormente no presentaban este tipo de patologías mentales, un 10% de los encuestados indican que su enfermedad es adquirida, otro 10% hereditaria, y el 10% menciona que es progresiva, esto nos da a entender que la mayoría de estas enfermedades patológicas se dan a causa de accidentes, estrés, depresión que se ocasionan en nuestro diario vivir.

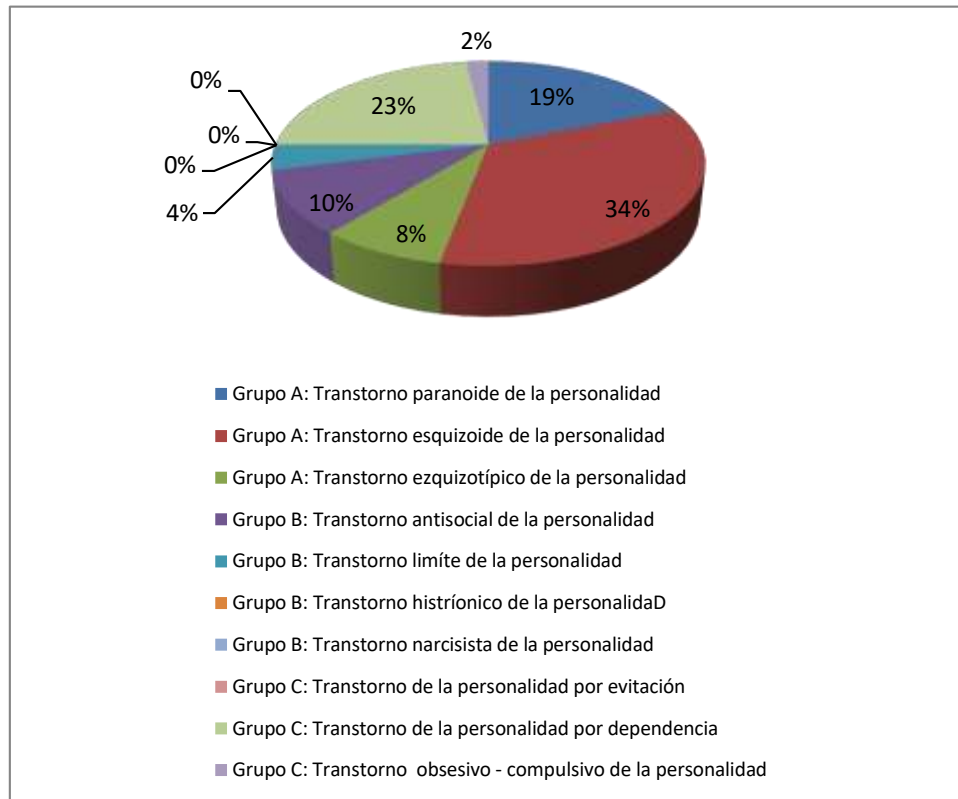
Finalmente se encuentra en un 5% que no dan respuestas a la interrogante planteada o simplemente desconocen la misma.



Gráfico N° 6

Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud

Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud

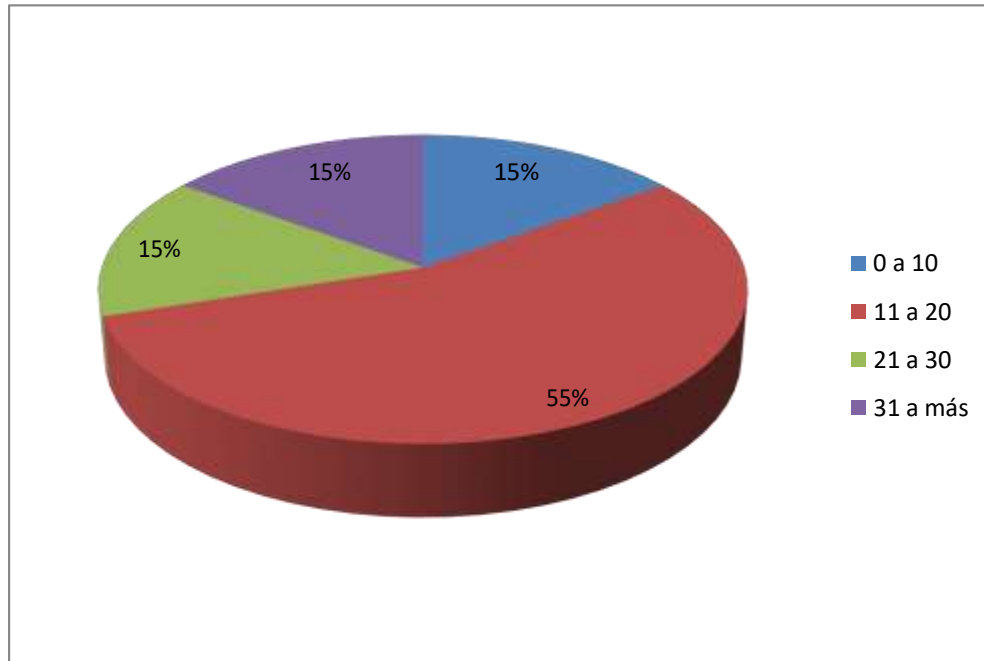
Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

Tal como se puede apreciar en el gráfico correspondiente al tipo de personalidad, se determina acorde a las encuestas en un 34% el trastorno paranoide de la personalidad, estipulado en el grupo A, el 23% determina el trastorno de la personalidad por dependencia, en un 19% el trastorno paranoide de la personalidad, un 10% indica que se da el trastorno antisocial de la personalidad, en un 8% se encuentra el trastorno esquizotípico de la personalidad y finalmente en un 4% el trastorno límite de la personalidad y con el 2% restante el trastorno obsesivo – compulsivo de la personalidad.



Gráfico N° 7

Edad en la que adquirió la enfermedad



Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

Según las encuestas realizadas nos indica que un alto porcentaje del 55% este tipo de enfermedad patológica se da en el rango de 11 a los 20 años de edad, dando un índice alto de vulneración en la etapa de la juventud y un 15% en las edades de mayor o más alto rango de los 11 a 20 años.

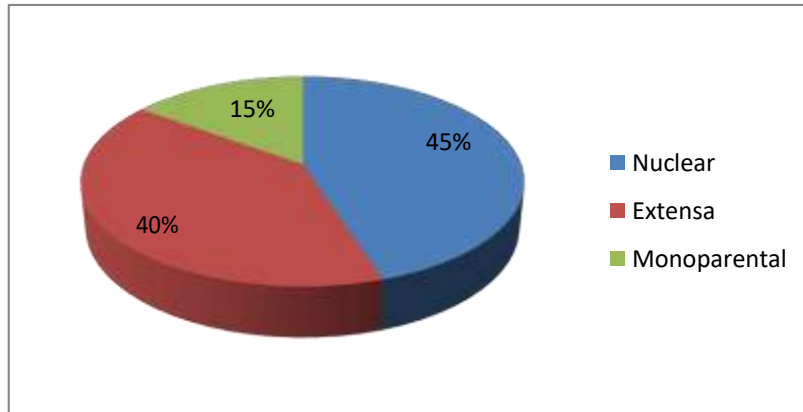
4.1.2. Características de la familia

Para poder identificar las características generales de la familia se efectuaron las respectivas visitas domiciliarias y revisión de las fichas sociales de cada caso, tomando en cuenta que el miembro con diagnóstico de trastorno mental de la personalidad que se encuentra internado y también algunos pacientes que asisten a consulta externa.



Gráfico N° 8

Estructura y composición familiar



Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud

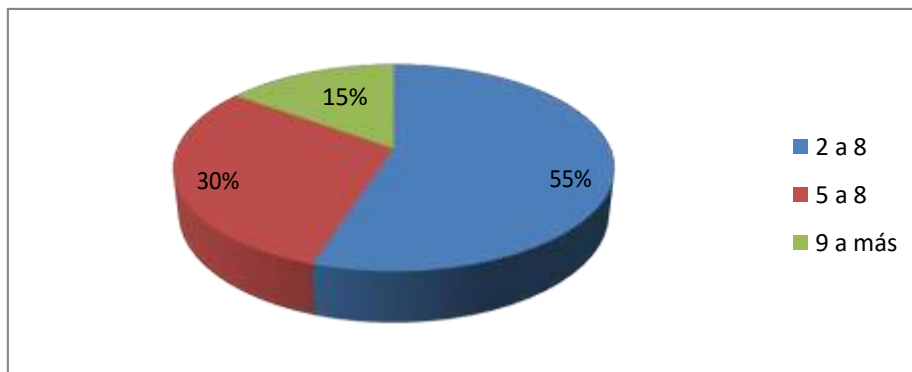
Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

De la encuesta realizada se pudo ver que una mayoría del 45% son familias nucleares, y un 40% de los encuestados tienen familias extensas y una minoría del 15 % son familias monoparentales, lo cual indica que una gran mayoría de los pacientes cuenta con familia.

Al presentar los datos obtenidos se precisa que las personas que se encuentran en el centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, presentan familias nucleares y extensas.

Gráfico N° 9

Número de miembros de la familia



Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud

Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

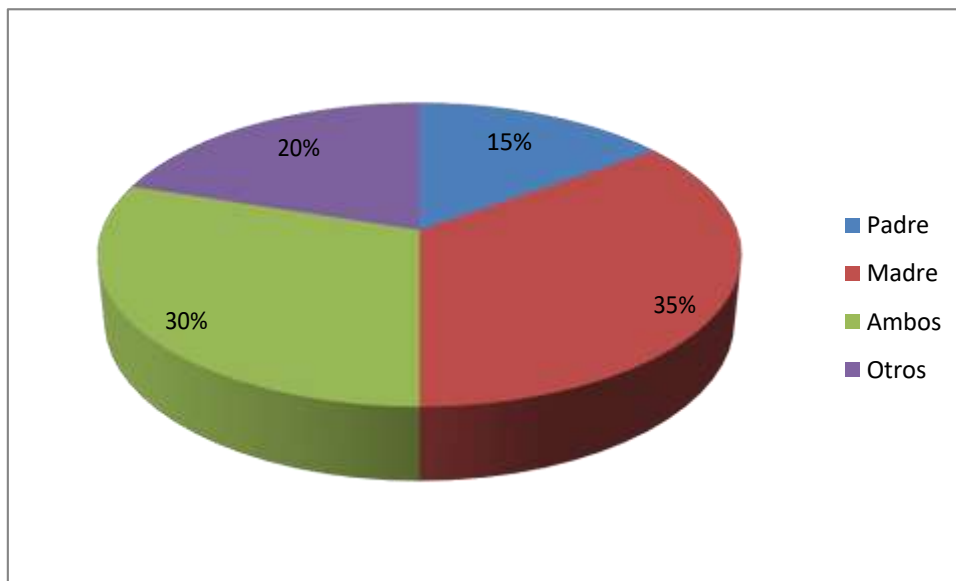


De acuerdo a las encuestas realizadas una mayoría del 55% tienen de 2 a 4 miembros en su estructura familiar, y un 30 % de 5 a 8 miembros en la familia, una minoría del 15 % nos indica que tiene de 9 a más miembros en la familia.

Tal como se refleja en el gráfico N° 7, se concuerda con datos obtenidos en la misma ya que las personas encuestadas manifiestan ser familias nucleares y extensas, esta última puede llegar a incluir a los padres con sus hijos, los hermanos de los padres con sus hijos, los miembros de las generaciones ascendentes abuelos, tíos abuelos, bisabuelos o de la misma generación. Además puede abarcar parientes no consanguíneos, como medios hermanos, hijos adoptivos o putativos.

Gráfico N° 10

Persona que aporta a la economía familiar



Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud

Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

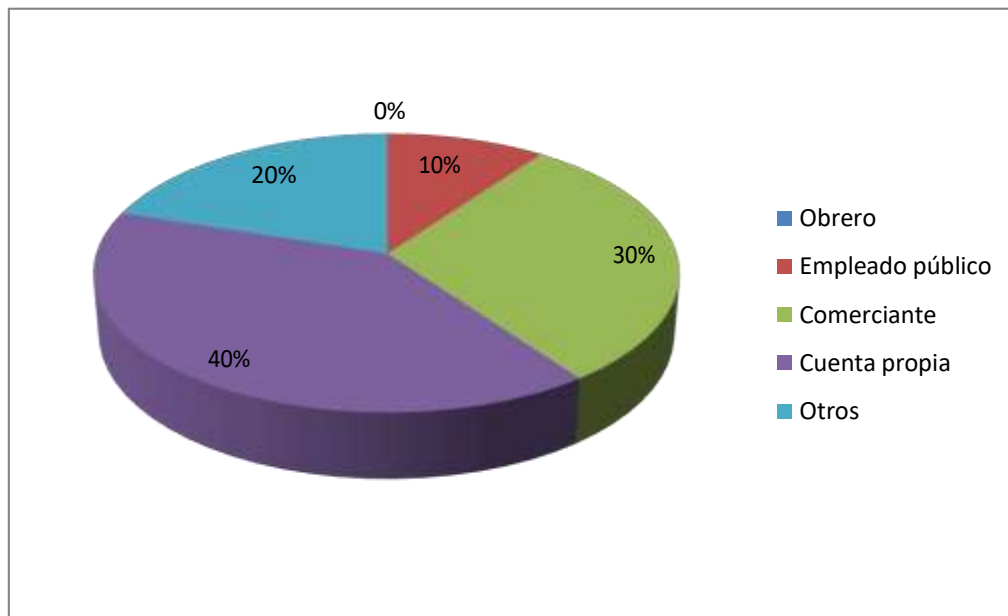
De acuerdo a las encuestas realizadas se puede ver que un porcentaje del 35 % es la madre quien aporta a la economía del hogar, y un 30%, nos indica que son ambos los que aportan, lo cual indica que los gastos son compartidos y que ambos trabajan, en un 20% indican que son otros integrantes de la familia quienes aportan a la economía familiar y



es un menor porcentaje del 15% que nos indica que es el padre quien aporta a la subsistencia del hogar.

Gráfico N° 11

Ocupación laboral del aportante a la familia



Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud

Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

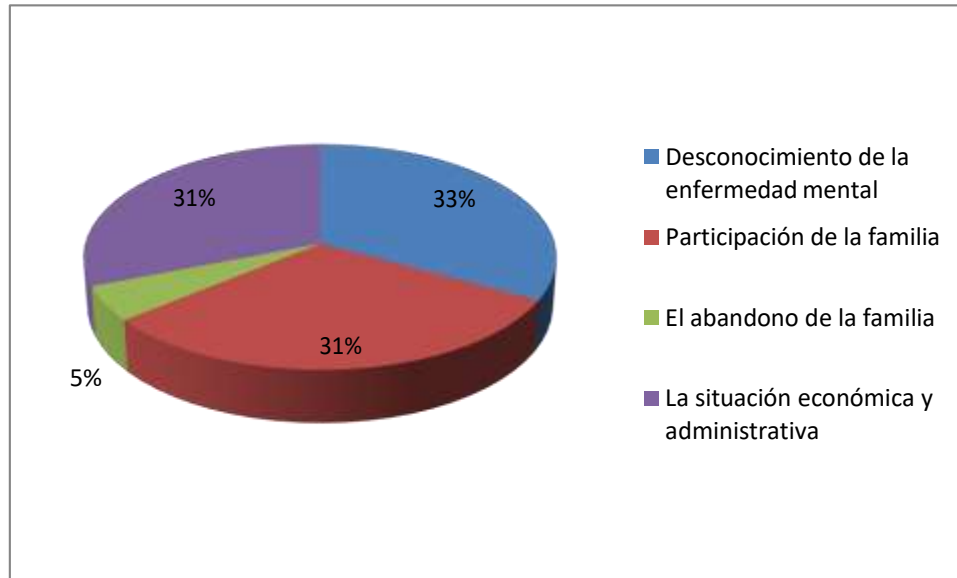
De acuerdo a las encuestas realizadas un porcentaje del 40% nos indica que trabajan en cuenta propia y un 30% se dedica al comercio, lo cual indica que una mayoría trabaja en trabajos informales, y un 20% se dedica a otras labores extras que se presentan y una minoría del 10% son empleados públicos, lo cual nos indica que están personas cuentan con trabajos formales y algunos con un seguro y jubilación.

Por tanto, el trabajo por cuenta propia se refleja en aquella actividad económica o profesional realizada por persona física de forma habitual y directa, a título lucrativo, fuera del ámbito de organización y dirección de otra persona.



Gráfico N° 12

Problemas identificados de mayor importancia



Fuente: Elaboración propia en base a datos de pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la zona de Irapavi 2.

De acuerdo al resultado de las encuestas se puede evidenciar que hay tres problemáticas de mayor impacto en primer lugar con un 33% se encuentra el desconocimiento de la enfermedad mental, un 31% de los encuestados indican que lo más importante es la participación de la familia, en otro 33% manifiesta que es el factor económico y por último un 5% da importancia al abandono de la familia.

Estos datos reflejan que la mayor problemática se representa en el desconocimiento de lo que conlleva una enfermedad mental, siendo que las creencias sociales “son muy difíciles de eliminar” porque los seres humanos se defienden “de una forma primitiva huyendo de lo diferente”. Ese desconocimiento es el “origen de la marginación de las personas que tienen un trastorno mental”¹⁰³.

¹⁰³ Gallardo Rosa. Salud mental: Los estereotipos tapan los ojos a la sociedad. Obtenido de la página web <https://www.efesalud.com/salud-mental-estigma-cultural/>. 2016.



Bajo lo mencionado se manifiesta que el desconocimiento por parte de familiares puede ocasionar un prejuicio de la persona con trastorno mental ante los demás.

4.2. La participación de la familia durante el proceso de tratamiento del paciente con trastorno mental de la personalidad que asiste a consulta externa y hospitalizado en el “centro de rehabilitación y salud mental san juan de dios”

Lo que puede diferenciar esta investigación de otras es, prácticamente, la forma de presentar la información referente a las familias. Evidentemente, las entrevistas se han sometido a un proceso de categorización y análisis, pero se ha tratado, en el caso de las familias, que su relato no pierda fuerza, que sea lo suficientemente amplio para poder dar cuenta de sí mismas, de cómo viven su relación con la enfermedad.

4.2.1. Participación familiar en el proceso terapéutico desde la percepción del paciente con trastorno mental de la personalidad

Todos los pacientes que accedieron a la presente investigación relataron sus diferentes perspectivas respecto a la enfermedad mental y las dificultades que tienen tanto la familia como el paciente.

Para lo cual, presentaremos algunos testimonios de los pacientes sobre el apoyo que reciben de su familia o sus tutores, tratando de preservar la confidencialidad de los mismos, por lo cual utilizaremos nombres ficticios.

CASO1: Paciente identificado como: J. L. 42 años, de sexo femenino

“...Mi mamá trata de apoyarme vendiendo dulces para comprar mis medicamentos y pagar al doctor, pero mis hermanas no quieren saber de mí solo me apoya mi mamá y yo trato de no ponerme nerviosa ya que tengo miedo lastimar a mi mamá ya que sin ella yo estaría en la calle sin comer...”



CASO2: Paciente identificado como: A. M. de 31 años, de sexo masculino

“...Mi mamá trata y hace todo lo posible para que me cure ya que mi mamá es mayor de edad ya no trabaja nos dedicamos a recolectar botellas y con eso pagamos mis medicamentos y al doctor y a veces en el hospital me regalan, no tenemos a nadie todos se fueron cuando me dio esta enfermedad nos dejaron solos y vendieron la casa de mis papas ahora nosotros vivimos cuidando una casa, yo quiero curarme para ayudar a mi mamá por eso tomo mis medicamentos y me hago aguantar para que mi mamá no compre seguido mis pastillas.....”

CASO 3: Paciente Identificado como: J. A. de 38 años, sexo femenino

“....Es mi esposo quien paga todo yo solo soy ama de casa cuido a mis tres hijos y es por ellos que quiero sanarme ya que a veces me tienen miedo cuando me pongo mal y mi esposo a veces tiene miedo dejarme sola con mis hijos, por eso es que son seguidas mis internaciones, yo misma tengo miedo de hacerles daño y me moriría si les pasa algo por mi culpa es por eso que prefiero internarme para sanarme y poder estar con mi familia como antes....”

CASO 4: Paciente Identificado como C. G. de 65 años, sexo femenino

“.... Es mi tía quien se encarga de mi pero sus hijos me reclaman mucho y dicen que soy un gasto, es por eso que prefiero estar en las calles y volver cuando no estén ellos a veces me quedo a dormir en la terminal y vuelvo a la casa de mi tía después de dos o una semana ella luego me riñe porque no tome mis medicamentos y estoy sucio pero es porque sus hijos muchas veces me votaron y no quieren que retorne es por eso que prefiero estar aquí en aquí no me votan ni nadie me dice nada los doctores me dan mis medicamentos me baño diario y como muy bien....”



CASO 5: Paciente Identificado como M. M. de 29 años, sexo masculino

“...Mi hermano es quien se encarga de todo ya que mis papás vendieron una casa antes de morir y me dejo a cargo de mi hermano, pero su esposa no me quiere me vota y cuando está mi hermano recién me atiende pero luego ella es mala con migo...”

4.2.2. Participación familiar en el proceso terapéutico desde la percepción de las familias sobre la enfermedad de trastorno de la personalidad y el tratamiento que requiere el paciente

Los relatos de los familiares encargados del cuidado del paciente con trastorno mental de la personalidad nos van a acercar a una realidad poco conocida por la población en general. Quienes aparecerán como: padre o madre, hermano (a), identificados con sus respectivas iniciales del verdadero nombre, para preservar la confidencialidad de los mismos.

Podremos comprobar de primera mano lo que la enfermedad implica no solo para las personas que la padecen sino también para su entorno familiar y social. Sus testimonios están organizados en relación a cuatro categorías: la enfermedad en la que se diferencia entre inicio y el curso, el apoyo y formación a las familias, el estigma y las expectativas de las familias en referencia al futuro.

4.2.2.1. Al inicio de la enfermedad

Cuando la familia observa que su hijo/a u otro familiar tienen un comportamiento diferente al que tenía, e incomprensible para ellos, normalmente consultan o acuden a la consulta privada de un/a psicólogo/a o psiquiatra. Si no se ha producido un cuadro psicótico muy claro, la mayoría de los profesionales actúa con cautela y no suelen comunicar a la familia un diagnóstico certero, dado que en muchas ocasiones una persona inicia la enfermedad con un determinado diagnóstico y este puede cambiar con la



evolución de esta. Cuando el cuadro psicótico es muy claro el psiquiatra se lo comunica a la familia.

Estas circunstancias agravan al desconcierto y la angustia que la familia siente. Si no tiene un diagnóstico porque no lo tiene, y si lo tiene, porque no lo comprende o no lo acepta. Comienza, así, un periodo de desesperación que en algunos casos, le lleva a iniciar una travesía de profesional en profesional buscando soluciones o respuestas, con un gran costo económico y con un gran desgaste emocional.

a) En la aparición de la enfermedad.

Con el inicio de la enfermedad comienza un periodo de incertidumbre e inestabilidad, por la falta de comprensión de lo que está pasando con su familiar. La manifestación de los primeros síntomas e indicios de la enfermedad es diferente en cada caso, estos pueden aparecer poco a poco o con un brote psicótico claro. Los siguientes testimonios (relatan la forma de aparición de la enfermedad).

En los siguientes casos, relataremos como la enfermedad se manifiesta de forma aguda, la desorientación y desesperación de la familia, que es notoriamente mayor, porque en un breve espacio de tiempo donde observan un cambio abrupto de comportamiento en su familiar cuyas causas no comprenden.

CASO 1: Madre – R.N. de 68 años de edad.

(Madre del paciente identificado como: J.L.)

“No sé cómo empezar todo fue muy rápido y confuso.... mi hija era muy buena estudiante, de repente le empezó a doler la cabeza y no podía dormir escuchaba voces lavaba su ropa a media noche me asustaba porque ni siquiera lo hacía bien solo me decía que le estaban obligando las voces en su cabeza a que lave su ropa, gritaba y lloraba demasiado ya no dormía. La lleve a todo lado pero nadie me daba una respuesta, hasta que llego a pegarme tenía una fuerza increíble, me asusté mucho es



por ese motivo que mi vecina me vio con moretones y me aconsejó llevarla al San Juan De Dios, la traje y me dieron un gran apoyo”.

CASO 2: Hermana - L.M. de 45 años de edad.

(Familia del paciente identificado como: A.M.)

“La verdad es muy difícil recordar cómo empezó todo.... los golpes, gritos y peleas en la familia, quien sobrellevo todo este calvario es mi madre, los golpes, llantos por parte de mi hermano él era un buen muchacho estudiaba ayudaba a mi mamá ya estaba por salir bachiller, un día lo asaltaron por robarle su celular lo golpearon y desde ahí empezó todos los problemas los golpes se volvía agresivo y repartida golpes a todos los que veía, teníamos problemas a diario con la policía por los golpes que le daba a los vecinos de la zona y lo último fue que golpeo a un niño en la defensoría nos recomendaron llevarlo al san juan de dios, lo trajimos y nos ayudaron bastante por fin pudimos controlar a mi hermano.

CASO 3: Hermano - C.A. de 49 años de edad.

(Familia de la paciente identificada como: J.A.)

“Todo empezó cuando mi hermana tuvo a su ultimo hijo, se frustró mucho al saber que no podía darle pecho a su bebe ya que no tenía leche, y estaba con medicamentos por la infección en su herida por la cesárea, fue dada de alta al mes y le desesperaba ver a su bebe, pero ella estaba delicada y no podía darle leche, cuando fue dada de alta estaba obsesionada con su bebe al grado que no dejaba que lllore él bebe por nada, descuido a sus otros hijos y a mi cuñado, no salía para nada estaba encerrada en casa y mucho menos dejaba que toquen o miren a su bebe, el tiempo fue pasando mi sobrino fue creciendo y ella buscaba a su bebe eso fue muy impactante para su familia sus propios hijos le tenían miedo, por las actitudes que ella tenía hablaba sola cargaba un bebe que no existía , mi cuñado quería separarse de ella ya que era violenta tanto con el como



con sus propios hijos, un día pensó que iba a dar a luz pero todo estaba en su imaginación, averiguamos lugares para que la puedan atender pero ninguno nos dio respuesta acudimos al padre y él nos colaboró bastante por mis sobrinos”.

b) En la negación de la enfermedad.

Este periodo inicial a veces se ve agravado cuando la persona enferma se niega a ir al médico o a someterse a un tratamiento porque considera que no está enfermo(a). Ponemos como ejemplo algunos testimonios donde nos relataran como accedieron consultar con un especialista en psiquiatría y como la familia busca desesperadamente una ayuda para su familiar que está enfermo.

CASO 1: Padre - C.A. de 61 años de edad.

(Padre de la paciente identificada como: J.A.)

“Mi hija vivía con nosotros hasta que tuvieron que destinarme a otro departamento ya que yo trabajo en COSMIL y por motivos de estudio y trabajo de ella, se quedó acá en La Paz ella es odontóloga, pero las malas amistades la llevaron a consumir drogas, y bebidas alcohólicas, y cuando descubrió que su enamorado la estaba engañando ella cambio completamente era más violenta dejo de trabajar, los vecinos me informaban que ella estaba tomando y que cada vez golpeaba o agredía verbalmente a los vecinos, pedí permiso en mi trabajo y retorne a La Paz para averiguar que estaba pasando...lamentablemente todo lo que me decían por teléfono era cierto, mi hija había cambiado por completo a tal punto que no me reconocía, así que averigüé donde podía llevarla pero ella se escapaba me decía que no me conocía y que yo debía ir al médico....trate de averiguar dónde internarla y averigüé sobre el San Juan de Dios, converse con el padre, saque cita con un médico psiquiatra le conté todo y me dijo que tratara de traerla como sea, contacte a unos amigos de trabajo para que me ayuden lo ubicamos en la plaza Abaroa gritando y a la fuerza la metimos a la patrulla y la trajimos



de emergencia, la internaron estuvo un buen tiempo, y ahora ella ya asimilo que tiene un problema mental y que debe tomar sus medicamentos, fue difícil que mi hija asista al hospital hasta hoy en día es complicado decirle debes ir a tu consulta pero por algo se empieza”.

CASO 2: Hermano - T.T. 47 años de edad.

(Familia del paciente identificado como: M.T de 31 años. Sexo femenino)

“Mi hermano vive con mis padres, al fallecer mi madre él se quedó solo con mi padre, eso le causo un cambio brusco se volvió agresivo discutía frecuentemente con mi padre a tal grado que llego a golpearlo, hablaba cosas incoherentes a veces solo hablaba con la pared, escribía cosas sobre el fin del mundo, mi padre le tenía miedo, lo llevamos al hospital general pero al ver que decía salud mental él se enfureció nos golpeó y salió corriendo....cada día le decíamos tienes que ir al médico pero él se negaba nos decía que éramos nosotros los enfermos, era muy difícil convivir con el...un día lo llevamos con radio patrullas y en el hospital general nos derivaron al San Juan de Dios en ahí recibimos la atención mi hermano y mi familia nos hicieron entender que es una enfermedad mental y que debía tomar medicamentos intentamos cumplir pero él se rehusaba, a sugerencia de mis tíos le llevamos a varios curanderos pero nada daba resulta, lo volvimos a llevar al San Juan de Dios y esta vez a malas cumplimos con los medicamentos y ahora él está un poco menos agresivo ahora escucha y aunque renegando él va a sus citas en el hospital.

c) Respuesta emocional de la familia.

El inicio de la enfermedad de un paciente psiquiátrico provoca, en la mayoría de las familias, una gran tensión emocional a consecuencia del desconocimiento de la enfermedad mental y de lo que está pasando, toda la culpa que sienten por no haber detectado antes la enfermedad, el desconocimiento de esta provoca en la familia miedo.



En estos relatos siguientes observaremos como la familia tiene una reacción de negación de la enfermedad mental, tratan de buscar otras excusas que desmientan el diagnostico proporcionado por el médico psiquiatra.

CASO 1: Madre – M. H. de 43 años

(Madre de la paciente identificada como: R.Q. de 25 años, sexo masculino)

“Mi hija salió bachiller estaba trabajando vendiendo artefactos en la Huyustus y había tenido su enamorado él la dejo y ella había estado embarazada de él yo no me di cuenta, él la había obligado a abortar, pero de repente cambio ella era alegre y ahora se volvió amargada, renegona y solitaria no habla con nadie solo se encierra en su cuarto y cuando le viene su periodo se vuelve diferente agresiva, y quiere ocultar o parar el sangrado, la lleve a varios lugares a curanderos le hice realizar limpieas pero nada un día una vecina me comento que existía un médico para loquitos, yo le dije que mi hija está loca solo que su ánimo está en otra parte y que la gente mala le hizo algo a mi hija tal vez ese su chico o su familia.

Una tarde llame a mi hermana que es enfermera le comente la situación de mi hija, ella me ayudo a sacar cita para la Dra. Tejedo en el San Juan de Dios, la lleve el medico nos hizo preguntas y me receto medicamentos, ya es mucho tiempo que esta con esos medicamentos pero lo único que hacen es hacerle dormir, le dije a la doctora que ella está así durmiendo y que por floja esta así, yo también he sabido sufrir su padre me abandono pero yo supe salir adelante, pero lo único que me dice la doctora es que debe seguir con los medicamentos y que con el tiempo ella asimilara su enfermedad”.

CASO 2: Tía - P.B. de 60 años

(Familiar del paciente identificado como: O.M. de 45 años, sexo masculino.)

“Mi hermana sufre mucho con su hijo que todavía es adoptado, ella lo recogida de un basurero y se lo crio, ella sufre mucho y se arrepiente de haberlo mandado al cuartel



ya que es de ahí que volvió así enfermo, lo llevamos a varios lugares gastamos mucho dinero acudimos a varios médicos privados pero nadie nos dio una cura, a veces él está normal....pienso que por flojo y vago por no trabajar y estudiar está actuando así ya que ningún médico nos da un resultado, un día lo llevamos al Sam Juan de Dios y el medico nos dijo que es una enfermedad mental que con medicamentos el estará estable, pero es lo contrario ya lleva 2 meses con esos medicamentos y no hay mejoría sigue así, y parece que le hace peor está más opa solo duerme y babea preguntamos si es normal e indican que sí, mi hermana piensa que cumpliendo con sus medicamentos él se sanara, pero yo pienso que solo nos hacen comprar estos medicamentos caros solo por negocio”.

4.2.2.2. En el curso de la enfermedad

La mayoría de los casos presentados en la presente investigación en algunos casos han cursado hacia la cronicidad lo que implica que estas personas han sufrido un deterioro de sus habilidades cognitivas y sociales.

Según el autor Cabrera, sobre la evolución de la enfermedad mental influyen diferentes factores como la respuesta de cada persona tanto al tratamiento farmacológico, la asistencia o no a centros y programas de rehabilitación, el apoyo de la familia y amigos, el grado de exigencia de su entorno social, así como del momento del ciclo vital en el que se encuentre. La respuesta de la familia estará condicionada siempre, por esta evolución que tenga su familiar. Una vez aceptado el diagnóstico, la familia se enfrenta al día a día en el que tiene que hacer frente al comportamiento, muchas veces disruptivo, de su familiar y a las alteraciones que este comportamiento produce en los otros miembros de la familia.

Por otro lado está el profundizar y conocer acerca de la enfermedad mental, anticiparse a las recaídas y desestabilización del paciente, reconociendo síntomas, adquirir



habilidades comunicativas, aprender a manifestar adecuadamente sus emociones, mantener las relaciones sociales y hacer frente al estigma que conlleva la enfermedad.

a) En el día a día

En el día a día la familia se encuentra ante nuevas situaciones en relación con la persona enferma, como puede ser la adhesión o no al tratamiento, la actividad o inactividad de la persona afectada por la enfermedad, el aislamiento de familiares y de los(as) amigos (as).

En los dos siguientes casos vemos como la negativa a aceptar la enfermedad, por parte de la persona afectada y el rechazo del mundo relacionado con esta se prolongan más allá del periodo inicial. Es frecuente que tras la primera crisis, incluso la segunda si la persona mejora considere que se ha curado y deje el tratamiento, pensando que su enfermedad responde a un hecho puntual ya superado, lo que le lleva, normalmente, otra crisis, porque el dejar el tratamiento farmacológico de golpe produce una recaída más crónica por lo cual se debe trabajar la adhesión al tratamiento y recalcar que es fundamental para evitar recaídas.

b) Alteraciones en la dinámica familiar.

La respuesta de la familia ante la alteraciones que se producen suelen ser de dos maneras: la primera en que la persona con enfermedad mental, por los menos en el inicio, se convierte en centro de la dinámica familiar, aumentando el tiempo de dedicación, el afecto y los medios económicos para su cuidado. Y segunda que su cuidado recae en la mayoría de los casos, sobre una sola persona, la madre o padre, y/o los hermanos (as). Normalmente procuran dejar al margen al resto de los(as) hijos (as) con la intención de que les afecta lo menos posible.



4.2.2.3. Apoyo y formación a las familias

Es muy importante que la familia comprenda la enfermedad lo más antes posible y que vaya adquiriendo habilidades que le permitan superar las dificultades de cada día, saber reaccionar ante las diferentes situaciones alivia la carga subjetiva que sienten.

La formación de sobrellevar la enfermedad mental para las familias debería comenzar con el inicio de la enfermedad en todas las unidades de Salud Mental. Sin embargo no se cuentan con programas que desarrollen la intervención familiar, en la mayoría de los casos la intervención familiar se produce cuando la enfermedad lleva años de evolución, como ocurre en el “Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios”.

4.2.2.4. El estigma y las expectativas de las familias en referencia al futuro

a) El estigma.

La sociedad sigue teniendo una idea muy estereotipada de los trastornos mentales, la respuesta frente a la enfermedad va del miedo a la compasión. En un principio las familias lo ocultan por miedo al rechazo lo que va provocando un aislamiento cada vez mayor. Dejan de frecuentar a los amigos para evitar situaciones incómodas. Hay familias que ocultan la situación incluso de su propia familia extensa, otras optan por decírselo a otras personas allegadas.

b) Expectativas de futuro.

Exceptuando tres casos que son optimistas, todos los demás tienen miedo al futuro porque consideran que no hay suficientes recursos y profesionales para que se ocupen de sus familiares con diagnósticos de alguna enfermedad mental, cuando ellos ya no estén. Efectivamente hoy la carga del cuidado recae sobre las familias, en muchos casos los padres no quieren dejar la carga a los hijos.



4.3. Acompañamiento familiar al tratamiento

La posibilidad de recuperación está directamente relacionada con la aceptación del tratamiento de parte de la familia. Se demostró que las personas con mejor cumplimiento de las indicaciones médicas son aquellos cuyas familias aceptan la enfermedad y los apoyan. Un clima familiar en el tratamiento aporta beneficios y requiere de un esfuerzo organizativo y ajustes cotidianos. Las familias reciben propuestas de la Psico educación y las aceptan porque comprenden que su familiar que tiene problemas mentales necesita de su grupo familiar para recuperarse. Se sienten participes en el tratamiento ya que ellos tienen la tarea del cuidado, contención, seguridad, motivación y vigilancia del tratamiento. Es una experiencia de aprendizaje que ayuda a las familias a sentirse mejor al comprender el padecimiento y al estar en contacto con otras familias que tienen los mismos problemas. Logran mayor tranquilidad en el hogar y se aseguran de que el paciente reciba los cuidados que necesita.

La educación familiar facilita a que las personas con enfermedades mentales tengan una vida lo menos estresante posible, la familia es un socio en el tratamiento, aunque el rol complementario que hace posible este acto positivo es la compensación y rehabilitación del paciente.

La persona que padece un trastorno mental de la personalidad acepta mejor el tratamiento cuando la familia lo acompaña y se siente más seguro y confiado en su recuperación. Aprender a cuidarlos desde la psico educación en el hogar ayuda y evita que la familia se aleje, lo aislé, lo abandone, lo deposite en una institución lo cual agrava su condición. La tarea de la psico educación es aprender a convivir. Las personas con trastorno mental de la personalidad tienen en su familia el referente conocido que puede ayudar a prevenir episodios de agresión, recaídas, a partir de un desempeño en la convivencia que sigue los lineamientos de la emoción expresada en una autoestima baja.



El objetivo es la contención de la persona con enfermedad mental, quien al sentirse acompañado y comprendido, supera situaciones críticas con más facilidad, lo cual lleva al camino de la recuperación. La psico educación responde a las dudas, requerimientos y demandas familiares sustentadas en la angustia ante la enfermedad desconocida.

El rol de la familia está siempre relacionado al efecto, apoyo, aceptación y el reconocimiento del malestar y del sufrimiento. Reemplazar la sobre involucración (una exagerada involucración) por la ternura; la crítica y los enfrentamientos por la comprensión de los síntomas, es lograr una mejor calidad de vida. La evolución de la enfermedad, el tratamiento y la reinserción social mejoran cuando la familia acompaña.

Los medicamentos son el principal tratamiento para cualquier paciente con enfermedad mental, su función fundamental es:

- a) Controlar los síntomas.
- b) Evitar recaídas
- c) Evitar la cronicidad de la enfermedad.

Pueden producir efectos secundarios, controlables o ser un indicador de la no efectividad de la medicación. El tratamiento es prolongado (de por vida), y bajo ninguna circunstancia debe ser suspendido, su interrupción es la principal causa de recaídas.

Así como en la diabetes o en la hipertensión, el paciente con trastorno mental de la personalidad deberá tomar la medicación y ser controlado por su médico.

En la “adherencia al tratamiento “, el comportamiento del paciente coincide con los consejos del médico en relación a:

- La toma de medicación.
- Medidas higiénico dietéticas.
- Cambios en el estilo de vida.



En la “no adherencia al tratamiento”, se observa que el paciente con trastorno mental de la personalidad muestra desinterés y abandona, el tratamiento. La necesidad de un tratamiento de por vida para evitar recaídas y crisis agudas (medicación y control psiquiátrico) nos enfrenta con el problema de la no-adherencia de la persona que padece de alguna enfermedad mental al tratamiento, a la medicación y la Atención psiquiátrica. La negatividad de la persona al tratamiento aumenta la emoción más precisó y las indicaciones médicas más pertinentes fracasan si la persona no se adhiere.



CAPÍTULO V

PROPUESTA DE PROYECTO

4.1. Aspectos generales

4.1.1. Nombre del proyecto

Se elabora el Proyecto denominado:

**LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA REHABILITACION DE
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION Y
SALUD MENTAL**

Orientada a promover la sensibilización, concientización, involucramiento e información sobre el tipo de enfermedad psiquiátrica y el tratamiento farmacológico, así también la importancia de las terapias y cuidados de estos pacientes psiquiátricos.

4.1.2. Institución ejecutora y responsable

La Carrera de Trabajo Social de la Universidad Mayor de San Andrés, establece convenios de apoyo a diversas instituciones, a través de la pasantía de estudiantes, mediante el desarrollo de proyectos de índole social. En este caso se hizo el convenio con el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, quien determina que la estudiante Universitaria Lourdes Huanca Mendoza realice actividades delimitadas en los



Términos de Referencia consensuados entre las dos instituciones participantes del convenio, bajo la supervisión de la Lic. Rosario Vásquez, tutora institucional.

4.1.3. Localización de proyecto

El presente Proyecto se ejecutara, en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2, calle Chicani N° 50, para este propósito se realizaran talleres de capacitación, actividades educativas que son encaminadas a transmitir los conocimientos necesarios, a los familiares y facilitar la comprensión de las relaciones y actitudes de los enfermos con enfermedades mentales con la finalidad de guiarlos hacia objetivos y metas que le permitan aprender a cuidar a sus familiares con problemas mentales.

Se considera importante la intervención de Trabajo Social, para identificar y evaluar los riesgos a corto y medio plazo, así como tener en cuenta las capacidades que conserva todavía el o la paciente y potenciarlas en un determinado plan de intervención.

De forma esquematizada, quedarían establecidas algunas de las funciones de la siguiente manera:

- Atención individual y familiar.
- Trabajo Interdisciplinar.
- Coordinación y trabajo comunitario.
- Prevención, promoción e inserción social.

En definitiva, la intervención social en salud mental, trata de ayudar a la familia a tratar de comprender las conductas del paciente y cómo todo ello incide en las personas que le rodean, trabajando las posibilidades enmarcadas dentro de la realidad y superando crisis, dificultades, carencias y pérdidas, permitiendo en todo momento que resurjan alternativas tanto en lo personal, familiar o social a través del soporte que se estable en el tiempo que dura su rehabilitación.



Los cuales se realizaran en la misma Institución, junto a las familias de los pacientes que asisten a este Hospital en la presente gestión.

4.1.4. Población Objetivo

4.1.4.1. Beneficiarios Directos e indirectos

Los beneficiarios directos del Proyecto serán 15 pacientes con el diagnóstico de Trastornos mentales con las siguientes patologías psiquiátricas: Trastorno mental de la personalidad y del comportamiento, que asisten al Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios.

Los beneficiarios indirectos serán los familiares de los pacientes psiquiátricos seleccionados que concurren al Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, con quienes se llevó a cabo las capacitaciones sobre la importancia de la salud mental, el cuidado y el tratamiento farmacológico de un paciente con enfermedad mental.

4.1.5. Institución Ejecutora y Responsable

La responsabilidad y ejecución del Proyecto estuvo a cargo de la Postulante de Trabajo Social, junto a la coordinación de la Jefa de la Unidad de Trabajo Social del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios.

4.1.6. Tipo de proyecto

El proyecto es de carácter social-participativo, enfocado en la interacción entre el paciente psiquiátrico y su familia, para una mejor rehabilitación, tratamiento de la enfermedad mental, y poder generar la cultura del buen trato, el establecer mecanismos de dialogo, comunicación, organización entre el paciente y su entorno familiar.

En pocas palabras, a través del área de Trabajo Social se pretende un cambio en el paciente para mejorar su adaptación social y favorecer su integración en la sociedad, dentro de un equipo multiprofesional.



4.1.7. Duración del proyecto

El proyecto será realizado durante un periodo de 5 meses en la gestión 2014.

4.2. Naturaleza del proyecto

El presente proyecto pretende promover un cambio positivo en la rehabilitación psiquiátrica de los pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios.

Tomando en cuenta que existen muchas condiciones y necesidades emocionales y sociales, especialmente ante situaciones traumáticas, cuyo abordaje no debería incluir tratamiento médico y para las que pueden ser muy eficaces las intervenciones psicosociales pertinentes. En este sentido, deben evaluarse con atención a los pacientes con problemas de salud mental.

Según la investigación diagnóstica realizada en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, uno de los problemas de mayor impacto fue que, las familias desconocen el ámbito de la enfermedad mental, según la coyuntura actual nos indica, a grandes rasgos, la falta de los servicios en salud de atención pública y la inexistencia de políticas que proporcionen líneas de asistencia que atiendan a estas personas con enfermedades mentales, por lo cual la familia opta por descuidarse del paciente, a causa de la falta de información y el tratamiento de la enfermedad del paciente psiquiátrico, también está la situación económica, el cual deja sin un adecuado tratamiento farmacológico y es ahí donde empiezan a surgir los problemas con la pareja y la familia, evadiendo responsabilidades a nivel administrativo y farmacéutico lo cual es perjudicial para la rehabilitación del paciente psiquiátrico.

La Discapacidad Intelectual produce un gran impacto en la familia del sujeto, afectando a la calidad de vida de todos sus miembros y de manera diferente en las distintas etapas del ciclo vital de la familia, el paciente sufre y con la familia.



Por lo tanto, se pretende dar una alternativa de intervención tanto individual y familiar y a través de capacitaciones dirigidas a las familias y considerando a éstas como agente de cambio para el proceso de tratamiento del paciente. De esta forma, planificar y ejecutar un trabajo terapéutico y médico, en forma paralela a la enfermedad junto a la familia, una vez conocido el diagnóstico psiquiátrico.

Se tiene la probabilidad de sufrir una enfermedad mental, al igual que ocurre con otro tipo de enfermedades, de hecho, una de cada cuatro personas sufre un trastorno mental a lo largo de la vida. Aún que teóricamente podría haber personas con más predisposición genética que otras a sufrirlos.

Los factores ambientales pueden afectar de forma determinante la aparición de trastornos mentales, por lo tanto, todos estamos expuestos. Aún que en algún momento de nuestra vida todos hemos experimentado sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio, etc. Hace falta destacar que estos síntomas sólo son un trastorno mental cuando producen un importante malestar subjetivo, deterioramiento social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo de forma significativa y son persistentes en el tiempo.

A través de la elaboración de una investigación diagnóstica, se obtuvo que el trabajo con los familiares de estos pacientes psiquiátricos, se mantiene en un nivel informativo con respecto al diagnóstico que tiene su familiar, a través de conversaciones en el pasillo o en la oficina de algunos familiares que se acercan a consultar dudas, como por ejemplo sobre el control médico, también sobre conductas y el resultado de la enfermedad que interfieren en la dinámica familiar, etc. Es en respuesta a esta problemática identificada, que se elabora el presente proyecto, para aportar mayor conocimiento respecto a lo que ocurre en el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos.



Un entorno familiar adecuado y tranquilo es muy importante en la recuperación de una enfermedad mental. La familia es un elemento clave para ayudar a la persona con la enfermedad a seguir el tratamiento propuesto por el especialista. Por eso es importante que también la familia reciba soporte por parte de los profesionales y los servicios de salud mental.

4.3. Descripción del proyecto

La enfermedad mental es un problema que involucra a toda la familia. Hace falta destacar que todavía hay un número importante de personas que sufren una enfermedad mental y no acuden a recibir tratamiento a consecuencia de la estigmatización que hay sobre este tipo de enfermedades.

Para acercarnos a la problemática de la baja rehabilitación de pacientes psiquiátricos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, se identificó el problema de la poca participación de la familia. Esta problemática está ligada a problemas que sufren los familiares como es la desintegración familiar, el aislamiento familiar y la situación económica.

Por medio de la investigación diagnóstica se determina que una gran mayoría de los pacientes atendidos en este Centro no llegan a recibir un tratamiento de recuperación adecuado, debido por no asistir a sus terapias individuales y familiares, controles médicos y la falta de medicamentos.

4.4. Fundamentación

Con la ejecución del presente proyecto se trata de generar un mejor tratamiento y recuperación de los pacientes psiquiátricos. Así mismo, mejorar la comunicación y dialogo con la familia, contribuyendo de esta manera al bien común, tanto para el paciente, su familia, la Institución y la sociedad, la enfermedad mental es un problema de salud pública.



La meta del desarrollo humano no es solo el simple crecimiento económico, sino el crecimiento de las capacidades individuales, incluyendo la salud, para hacer efectivas las opciones de realización personal.

Las personas con problemas mentales o del comportamiento, se encuentran lejos de esta meta, porque su baja productividad las excluye de los presupuestos, su carencia de autodeterminación las aleja de las deliberaciones sobre la salud, su conducta las aísla de las reivindicaciones de los derechos humanos, que da lugar en muchos casos a que se encuentren:

- En situación de inequidad y desigualdad
- Excluidas del acceso de prestaciones integrales de salud pública.
- Hacer estigmatizadas y discriminadas por la sociedad.
- Desatendidas por su familia.

Esta situación empeora dentro del país y en nuestro departamento, si no se realizan acciones para disminuir los factores de riesgo social y biológico que las generan, si no se emprenden acciones de promoción a la salud mental, reduciéndose como vía de solución a la atención clínica de los trastornos mentales y del comportamiento en los hospitales de tercer nivel o de especialidad, alternativa inaccesible para una gran parte de la población.

La Política de Salud Familiar Comunitaria (SAFCI) por su enfoque de derecho y las características del modelo de gestión y atención abre una ventana para iniciar un trabajo orientado a revertir esta situación que viven las personas con trastornos mentales y del comportamiento y a priorizar el cuidado de la salud mental en la población general.

Actualmente en la coyuntura actual, se identifican las siguientes dificultades para el abordaje de la Salud Mental y los trastornos mentales y del comportamiento:

Ámbito Comunitario



-
- Existen prejuicios basados en estereotipos que producen discriminación sobre personas con Trastornos de Salud Mental.
 - No se verifica la presencia de responsables comunitarios delegados del Comité Local de Salud para la gestión de la Salud Mental.
 - Son aisladas las acciones de prevención y promoción de la Salud Mental originadas por la comunidad organizada.
 - No se evidencian acciones de acompañamiento emocional como grupos de autoayuda para las familias y personas con trastornos de salud mental.
 - Muchos pacientes abandonan los tratamientos.

Ámbito de Servicios Públicos

- No existen servicios de salud para la atención integral o regular y de emergencia para las personas con Trastornos de Salud Mental.
- Debilidades en el análisis de información, promoción y uso de la misma para la toma de decisiones en el tema de Salud Mental.
- Carencias en programas regulares de educación continua del recurso humano, en temas de Salud Mental y Trastornos de Salud Mental.

Ámbito Político

- Aún no se cuenta con una ley para el abordaje de la salud mental en el país
- Son escasas las disposiciones municipales o departamentales relacionadas con la Salud Mental
- No existen mecanismos interinstitucionales que integren esfuerzos, objetivos y metas comunes entorno al abordaje de la Salud Mental.

Por tanto, el proyecto basa su fundamento en la necesidad de mejorar el proceso de rehabilitación y tratamiento de los pacientes psiquiátricos, mediante la participación de



la familia en el proceso de tratamiento e involucramiento de cuidado y atención de estos pacientes psiquiátricos, para prevenir el avance de la enfermedad mental.

4.5. Descripción de las fases del proyecto

El presente proyecto busca lograr un mejor involucramiento de la familia a través de la sensibilización, concientización, información y promoción sobre el conocimiento, tratamiento y tipo de enfermedad mental que tiene el paciente psiquiátrico, a través de talleres de capacitación tanto a los pacientes y sus familiares, se lo realizara desde los espacios del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2. En general la intervención se desarrolla desde una intervención psicosocial y psico-educativa, que permita iniciar procesos de cambio y prevención, en coordinación con el equipo multidisciplinario y la familia. El proyecto tendrá una duración de 5 meses, el mismo que comprende dos etapas.

Cuadro N° 4

Etapas de la sistematización del proyecto

<u>PRIMERA ETAPA</u>	<u>SEGUNDA ETAPA</u>
PRIMERA FASE: Promoción, motivación y difusión del proyecto, selección de pacientes.	Sistematización del proyecto
SEGUNDA FASE: Intervención individualizada y familiar a través de la Psico educación, Organización de grupos, en el lapso de tres semanas.	
TERCERA FASE: Ejecución	
CUARTA Y QUINTA FASE: Seguimiento y evaluación del proyecto	



PRIMERA ETAPA

- ***Primera fase: Promoción, motivación y difusión del proyecto, selección de pacientes.***

La primera fase del proyecto contempla la realización de actividades como la elaboración y socialización de la investigación diagnóstica.

- ✓ Selección de pacientes con los siguientes diagnósticos psiquiátricos: Trastorno mental, de la personalidad y del comportamiento y sus Familias.
- ✓ Invitación a familiares a participar y beneficiarse del proyecto de los pacientes seleccionados.

En el proceso de selección se identificarán a los pacientes psiquiátricos que asisten a la institución junto a sus familias en especial familias disfuncionales, las cuales no tienen información, conocimiento sobre la enfermedad mental que tiene su familiar, pacientes que no asimilan su diagnóstico psiquiátrico. Estas características son determinantes para que se constituyan como base del grupo.

- ***Segunda fase: Intervención individualizada y familiar a través de la Psico educación, Organización de grupos, en el lapso de tres semanas.***

En la segunda fase el proyecto se intervino de manera individual y familiar, a través de dinámicas y técnicas de intervención. Se deberá estar atento a las actitudes que determinan o interfieren en la relación que tienen entre el paciente y su familia.

- ✓ La técnica que se utilizara es la Vivencial, la cual se caracteriza por crear una situación ficticia, donde nos permite involucrarnos, reaccionar y adoptar actitudes espontaneas, a través de la animación, cohesión y crear un ambiente participativo.
- ✓ También se utilizaran las técnicas de análisis, que nos permitan reflexionar sobre situaciones de la vida real, a través de la entrevista y las historias de vida.



- ***Tercera fase: Ejecución***

En la tercera fase del proyecto después de intervenir de manera individual y familiar se trabajara en grupo, concretándose el plan de actividades, para el logro de los diferentes objetivos y metas planteadas en el proyecto entre ellos el de organización, educación e información y promoción.

El mantener un grupo activo, precisa de ciertas actitudes y habilidades, para lograr no solo su permanencia del mismo, sino también su cohesión, el compromiso, responsabilidad, el involucramiento y la solidaridad para poder cumplir con el objetivo que es informarse sobre la enfermedad mental y como sobrellevarla.

- ✓ Organización del Grupo Objetivo, a través de técnicas de animación, auditiva y audiovisual.
- ✓ Conformación de Círculos de Aprendizaje donde entre los mismos familiares puedan contar sus experiencias y la realidad en la que viven sobre la enfermedad mental del paciente.

Los círculos de Aprendizaje se desarrollaran en un Ciclo de charlas acerca de la problemática abordada en el Diagnostico, sobre el cuidado y el tratamiento adecuado de la enfermedad mental, la importancia de las terapias tanto familiares e individuales, el manejo adecuado de los medicamentos, la autoestima tanto en la familia y el paciente psiquiátrico, la cultura del buen trato y manejo.

- ✓ Sobre el grupo como forma de organización y trabajo.

En los Círculos de reflexión, se desarrollaran sesiones sobre la vivencia en la familia, en la sociedad, y la reflexión y el análisis de la realidad de este tipo de enfermedades mentales.

- ✓ En los Círculos de aprendizaje, se elaborará material de Difusión oral y escrito.



El Grupo de familias, como forma de trabajo, intentaran que los pacientes psiquiátricos se sientan acompañados, a través de la confianza, y aprender a desenvolverse y tratar de sobrellevar su enfermedad mental adoptando conductas que les permitan no sentirse solos y tomar conciencia.

Analizar con el Grupo sobre las diferentes formas de enfrentar y superar los problemas y consecuencias de un inadecuado conocimiento sobre la enfermedad mental, tanto en la familia como con el paciente psiquiátrico, sobre todo a partir del momento en que la problemática se identifica como tal, donde el conflicto puede reconocerse como un desequilibrio de relaciones, pero con un alto potencial de crecimiento personal y familiar.

Las capacitaciones se llevaran a cabo, en 3 meses, en sus diferentes espacios de acción e interacción con diferentes actores, entre especialistas profesionales en el área de Salud Mental, como ser médicos Psiquiatras, Licenciados en enfermería, Licenciadas de psicología, y como interviene Trabajo Social tanto con las familias y los pacientes psiquiátricos y el equipo multidisciplinario de psiquiatría. A lo largo de este tiempo cada miembro asiste a 6 sesiones, que tendrán una duración de 3 a 4 horas, según la actividad.

- ***Cuarta y quinta fase: Seguimiento y evaluación del proyecto***

La fase de seguimiento permitirá comprender por medio de la planificación, los procesos necesarios para realizar el seguimiento del progreso del proyecto. Durante esta fase se realizará un seguimiento de la ejecución de las tareas incluidas en la planificación para comprobar que se están realizando satisfaciendo los objetivos establecidos en calidad, coste y tiempo.

La fase de evaluación fue formulada para evaluar de manera constante durante la ejecución del proyecto. Con el empleo de instrumentos de evaluación a los participantes acerca de los temas desarrollados en las diferentes sesiones de capacitaciones y jornadas de trabajo.



SEGUNDA ETAPA

- *Sexta fase: Sistematización*

La sistematización permitirá organizar y ordenar la información existente con el objetivo de explicar los cambios sucedidos durante un proyecto, los factores que intervinieron, los resultados y las lecciones aprendidas durante el desarrollo de las actividades planificadas. Así como también, generar conocimientos o ideas de proyectos e iniciativas de políticas/estrategias a partir de las experiencias documentadas, datos e informaciones anteriormente dispersos, dándose protagonismo principalmente a las familias involucradas que presentan algún integrante en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, siendo quienes realicen un análisis sobre lo que hicieron, por qué lo hicieron, por qué lo hicieron de una manera y no de otra, cuáles fueron los resultados, y para qué y a quién sirvieron los mismos.

De esta manera, permitir que se establezcan procesos de aprendizaje, siendo destinadas a otros grupos con las mismas problemáticas apoyándose en la experiencia vivida para planificar y ejecutar otros proyectos, extrayendo lecciones que permitan mejorarlos en una experiencia futura.

4.6. Fin del proyecto

Lograr el fortalecimiento de pacientes y familias del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2.

4.6.1. Propósito del proyecto

Desarrollar en la población del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, acciones de organización, información/educación y promoción, a través de su participación a fin de promover una mayor participación de su familia.



4.8. bjetivos y metas del proyecto

4.8.1. . Objetivo General

El objetivo de este proyecto es:

- Promover una mayor participación de la familia sobre la salud mental de pacientes que asisten a la Institución y están en proceso de rehabilitación.

4.8.2. 2. Objetivos Específicos

- Sugerir sobre la importancia del tratamiento e involucramiento en los procesos de rehabilitación del paciente psiquiátrico.
- Incentivar el mejoramiento de la calidad de vida y salud mental de los pacientes psiquiátricos y su familia.
- Organizar medios de difusión oral y escrito, para la expresión, transmisión de experiencias, y Percepciones de la salud mental.

4.8.3. Metas del proyecto

- El 70% de las familias de los pacientes concientizados, capacitados, sobre ese tipo de patologías
- El 70% de las familias adquieren una capacitación para un mejor manejo de la organización y planificación de su tiempo y sus roles.
- El 50% de los pacientes asumen la importancia de trabajar en su proceso de recuperación y cuidados.
- El 70 % de pacientes tienen una mejor autoestima y manejo de información y cuidado del paciente psiquiátrico.



4.9. Marco lógico

Cuadro N° 4

Marco lógico

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p><u>OBJETIVOS FIN</u></p> <p>-Desarrollar mejores áreas de información y participación sobre la importancia de la salud mental de pacientes y familias que asisten a la Institución.</p>	<p>En 3 sesiones de capacitación se logre la participación del 60% de las familias y pacientes. 50% de pacientes y sus familias tengan una mejor información sobre salud mental y el cuidado del paciente para una mejor rehabilitación. Al terminar el proyecto el 70% de las familias y pacientes tengan conocimiento sobre la salud mental</p>	<p>Evaluación de entrada.</p> <p>-Número de planillas.</p> <p>-Temas de programación según los expositores.</p> <p>-Registro de asistencia de las familias que asistan.</p> <p>-Planilla de salida.</p>	<p>Incremento de la asistencia de familias de los pacientes psiquiátricos.</p> <p>- Desinterés de paciente y familias con problemas sobre salud mental por el proyecto</p> <p>-Asistencia irregular al programa de capacitaciones</p> <p>- Apoyo de la Institución</p>
<p><u>PROPOSITO</u></p> <p>Concientizar al familiar sobre la importancia del tratamiento involucramiento en los procesos de rehabilitación del paciente psiquiátrico. Incentivar el</p>	<p>Cursos de sensibilización, orientación profesional a pacientes y sus familias acerca del tratamiento adecuado y del proceso de rehabilitación. El 70% de los pacientes reciben un adecuado manejo y control de su</p>	<p>Evaluación final a los pacientes y familias capacitadas. Se realizaran pruebas de conocimiento acerca de los talleres sobre la asimilación de la salud mental.</p>	<p>Familias con mayor compromiso e interés acerca de la salud mental y tratamiento del paciente.</p> <p>Familias con mejor conocimiento y manejo adecuado,</p>



<p>mejoramiento de la calidad de vida y salud mental de los pacientes psiquiátricos y su familia. Elaborar medios de difusión oral y escrito, para una mejor información sobre experiencias y percepciones de la salud mental.</p>	<p>salud mental, con el apoyo y orientación de la familia. Seguimiento del aprendizaje en las diferentes capacitaciones que se da a las familias y pacientes, a través de la psicoeducación</p>		<p>sobre el tratamiento de la enfermedad mental de su familiar. Familias y pacientes que participan activamente y asisten a terapias. Que las familias y pacientes distorsionen la información y el proceso de rehabilitación de la enfermedad mental.</p>
<p>RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS</p>	<p>INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE</p>	<p>MEDIOS DE VERIFICACION</p>	<p>SUPUESTOS</p>
<p>COMPONENTE Capacitación profesional sobre el área de salud mental. Desarrollo sobre la salud mental, tanto a la familia como al paciente psiquiátrico. Descubrimiento de información y asimilación sobre la salud mental.</p>	<p>El 50% de las familias y pacientes capacitadas manifiestan un cambio de actitudes en su entorno social. El 50% de las familias elevan su autoestima y confianza. 50% de las familias han mejorado su comunicación, calidad de vida a través de una mejor organización y responsabilidad familiar.</p>	<p>Encuestas de actitudes. Información del seguimiento de la capacitación. Indicadores antes y después de la capacitación. Lista de asistencia a la capacitación</p>	<p>Instituciones y Organizaciones que estén interesados en la capacitación sobre la salud mental y la familia. Apoyo social y familiar, a través del compromiso, responsabilidad y voluntad para llevar a cabo una adecuada capacitación sobre la importancia de la salud mental</p>



			Ausencias reiteradas.
ACTIVIDADES	60% de participación	Informe del	Familias y
Coordinación con profesionales que apoyen al proyecto.	en los talleres de: Salud mental	avance de las familias y pacientes capacitados	pacientes que no puedan asimilar de manera adecuada los talleres
Comprometer la participación de la Trabajadora Social de la Institución para un mejor respaldo y desarrollo del proyecto.	Familia Educación Autoestima	Evaluación a pacientes y a las familias sobre la participación a través de su organización y planificación de sus actividades diarias	Persistencia de una mala organización en sus actividades
Evaluación y seguimiento al desempeño de pacientes y familias.	Las familias y pacientes desarrollaron compromiso con la capacitación		Familias con iniciativa y compromiso que quieran dar continuidad al proyecto
Orientación sobre el manejo de pacientes con distintas patologías mentales.			
Orientación acerca de los controles médicos y la continuidad de los medicamentos.			
Refuerzo de la autoestima.			

4.10. estrategia metodológica

4.10.1. Metodología educativa

La metodología que se utilizara en el proyecto es la participativa, por lo tanto será la propia población la que intervenga con una participación espontánea.



Para las actividades se implementará talleres en las Unidades Educativas Vicente Donoso Torres y Puerto de Mejillones, los cuales nos permitirá un acercamiento de manera directa con la población dando información.

La metodología participativa, permite realizar las actividades que se van a implementar partiendo desde la realidad, la reflexión y vuelva a su realidad para analizarla

El fin de esta metodología será que los adolescentes de los colegios generen la reflexión de su realidad en cuanto a la forma de vida dentro de sus familias y sus colegios de esta forma sean parte, conociendo desde su realidad y que ellos reconocen los problemas a través de procesos reflexivos.

4.10.2. De las actividades metodológicas

El enfoque metodológico a seguirse en el proyecto será el de la Psico educación

En los Círculos de Aprendizaje, se elaborarán medios audiovisuales, cuyos contenidos serán extraídos de la realidad que los circunda y de sus propias vivencias de cómo están sobrellevando el tema de la enfermedad mental.

Actualmente vemos que las personas con discapacidad están expuestas a situaciones de exclusión y discriminación, generadas por el desconocimiento a nivel social, por ello es que a través de estos círculos de aprendizaje ayude a informar y esperemos cause la sensibilidad y la conciencia que ayude con el proceso rehabilitación del paciente.

4.11. Determinación de los recursos humanos y materiales

4.11.1. Recursos Humanos

- Postulante de la carrera de Trabajo Social, con la modalidad de Trabajo Dirigido.
- Responsable del área de Jefatura del área de Trabajo Social y el equipo de Trabajadoras Sociales de la Institución.



- Gerente General, Director Médico, personal multidisciplinario médico de la Institución e involucrados en el proyecto.
- Paciente psiquiátrico que asiste a la Institución y su familia.
- Profesionales invitados expertos en el área de Salud Mental.

4.11.2. Recursos Materiales

Para llevar a cabo este proyecto se necesitara:

Cuadro N° 5

Recursos materiales

-Material de Escritorio
-Un Celular
-Una Agenda
-Una sala de reuniones
-Data Show
-Trípticos

Estos recursos deberán ser utilizados para viabilizar las actividades programadas, y para poner a disposición y para actuar en la multiplicación de las acciones y de todo el proceso.

4.12. Niveles de evaluación

El seguimiento del proyecto contemplara la Evaluación durante el Proceso, y la evaluación Final. La ejecución del proyecto será objeto de estricto seguimiento por la responsable de la ejecución y supervisión, así también en coordinación de la responsable del área de Trabajo Social y la misma Institución, para verificar su cumplimiento, estableciéndose las siguientes actividades de cumplimiento:



-
- Descripción de los tiempos empleados y su cumplimiento a través del cronograma de actividades.
 - Descripción de las actividades ejecutadas.
 - Desarrollo de los contenidos y las metodologías aplicadas:

Para ello, la metodología que utilizaremos será la implicación y compromiso de los participantes. Por lo que se trabajará con ellos desde los siguientes principios metodológicos:

1. PARTICIPACIÓN, implicación y compromiso de todos los interesados en el proceso, para un buen desarrollo del proyecto,
 2. RESPETO: en el trato con las personas, tanto participantes como demás profesionales.
 3. PROFESIONALIDAD: realizar en todo momento nuestro trabajo de la mejor forma que sabemos, demostrando nuestras capacidades y escuchando las necesidades de los participantes, necesario para el desarrollo óptimo y exitoso del proyecto.
- Eficiencia del proyecto.

Las fuentes de Verificación a las que se recurrirá en el proceso evaluativo serán: los instrumentos de evaluación empleados durante los talleres, los materiales con los que se trabajara, las entrevistas a los participantes en el proyecto, y las supervisiones de campo y de aula, a través de listas de asistencia que se desarrollarán durante los talleres.

La Evaluación Final del Proyecto se desarrollará a través de dos indicadores:

- Una Evaluación Interna: la auto evaluación crítica constructiva, por parte de los participantes en el proyecto.



- Una Evaluación Externa: Se aplicará a los responsables de las capacitaciones que participaron en el proyecto, así como a los padres de familia.

4.13. Presupuesto

El presupuesto que será invertido en la ejecución de este proyecto será:

ITEM	CANTIDAD INDIVIDUAL	CANTIDAD (20 personas)	COSTO
-Pasajes(ida y vuelta) 5.50 Bs./ día	5.00	100	100
-Refrigerio(Sándwich, jugos, dulces)	6.00	120	120
-Material de escritorio: - 50 Hojas bond 6.00 Bs. -10 Hojas resma bond 2.00 Bs. -10 Cartulinas 5.00 Bs. -12 Bolígrafos 2.00 Bs. -6 Marcadores de agua 3.50 Bs.	18.50 Bs.	370	370
-Material para la presentación del proyecto (impresiones (20 ctvs./ hoja), fotocopias (3 la semana) (10 ctvs./ hoja), marcadores, hojas resma 20 hojas	15 10 10	300 200 200	300 200 200
Imprenta para la elaboración de afiches y folletos 200 Bs.		200	200 Bs.
Otros	20	50	50
TOTAL	83.50	1220	1540 Bs.-

Los montos establecidos para realizar el proyecto están divididos según las necesidades que se presenten en el transcurso de la elaboración de este trabajo.

Tomando en cuenta el monto extra denominado “otros” que será también utilizado si se lo requiere en su momento.



4.11. CRONOGRAMA

Este proyecto tendrá un tiempo de duración de cinco meses

FECHAS ACTIVIDADES	1 er MES				2 do MES				3 er MES				4 to MES				5 to MES			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM
Invitar principalmente a pacientes que asisten a la Institución, con características de tener una familia disfuncional, que deseen participar del Proyecto.	■	■																		
Socialización.- A las familias y pacientes beneficiarios se les explicara la temática del Proyecto.			■	■																
Elaboración y preparación de materiales de información sobre "La Salud Mental"					■	■														
Elaboración del programa, sobre los temas que se llevara cabo por los expositores expertos en Salud Mental.							■	■												
Ejecución: - Capacitación: Según programa de expositores especialistas en Salud Mental sobre: Manejo e Información de medicamentos Para desarrollar una mejor interacción y comunicación paciente y familia.									■	■	■	■	■	■						
Evaluación: Una vez que el paciente y la familia estén capacitados e informados sobre la importancia de la Salud Mental, se hará seguimiento de cada uno de los participantes, a través de sus citas o controles médicos y la estabilidad del paciente.															■	■	■	■	■	



CONCLUSIONES

El Trabajo Dirigido, fue realizado por la postulante Univ. Lourdes Huanca Mendoza de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Mayor de San Andrés (U.M.S.A.), el presente trabajo permitió conocer el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la zona de Irpavi 2 de la ciudad de La Paz, desde el instante en que se formó parte del equipo de Trabajo Social, durante este tiempo se fue realizando la observación de las características de la Institución tanto a nivel sociodemográfico y socio-cultural.

Asimismo, se fue conociendo la realidad de la Institución y de la zona, en donde sus habitantes tienen un movimiento continuo en sus hogares, los niños y jóvenes salen a estudiar a otras zonas, pues no existe una Unidad Educativa cerca debido al deslizamiento que sufrió la zona hace años atrás.

La sensibilización sobre la importancia de la salud mental hacia los pacientes y las familias, a través del equipo médico, está enfatizando en la necesidad de evitar actitudes estigmatizantes y de mejorar el conocimiento sobre el manejo de la salud mental.



Lo más primordial que se pudo rescatar de la Institución es que la falta de participación y responsabilidad de la familia es una desventaja para la rehabilitación del paciente psiquiátrico, esto debido a que en la mayoría de los casos son de bajos recursos económicos y no tienen una información sobre la importancia de la salud mental

Por lo tanto, el presente Trabajo Dirigido sobre la participación de las familias en el proceso de rehabilitación del paciente con trastorno de la personalidad, permitió observar las diversas formas y grados de participación de la familia a favor del paciente con trastorno mental de la personalidad, para que así de este modo se pueda llegar a las siguientes conclusiones:

De acuerdo a la investigación, de los quince casos seleccionados, se obtuvo que más del 50% de los pacientes presentan diagnóstico de enfermedad mental de la personalidad, son casadas/os en su gran mayoría, no logran culminar sus estudios escolares con normalidad, no desarrollan ninguna actividad productiva, lo que permite establecer que la mayoría de los pacientes son dependientes económicamente de sus familiares.

La participación de la familia en el proceso de rehabilitación se limita en el apoyo material y económico para el tratamiento médico que debe recibir el paciente.

La falta de conocimiento de la enfermedad y de su tratamiento por parte de la familia del paciente, conduce a agudizar la enfermedad y no dar lugar a su rehabilitación. A esto sumamos los problemas psicosociales y económicos que afectan a las familias en el proceso de rehabilitación y reinserción social del paciente con trastorno mental de la personalidad.

Cuando en una familia, uno de los miembros es diagnosticado con una enfermedad mental, los demás consideran que son casi nulas las probabilidades de que esa persona se integre a la familia y a la sociedad de manera aceptable. El paciente identificado se convierte en una



carga y las relaciones familiares se ven afectadas por el alto nivel de tensión que provoca la situación. Por lo general se piensa que la única solución es el confinamiento del paciente en una institución psiquiátrica, donde debe permanecer el mayor tiempo posible en tratamiento. Es común considerar que a familia no debe estar relacionada con el padecimiento del paciente identificado y mucho menos que pueda intervenir directamente en el proceso terapéutico.

Sin embargo, desde la perspectiva de la terapia Familiar Sistémica, específicamente del Modelo Estructural desarrollado por Salvador Minuchin, los problemas psicológicos se analizan de manera familiar, no individual. Así, la familia es un sistema abierto y su totalidad la conforman las relaciones entre sus miembros. En su interior sus miembros interactúan entre sí y por tanto se afectan unos a otros, siendo entonces que los conflictos familiares han de presentarse cuando existe una disfunción en las interrelaciones que establecen los miembros de la familia; es decir, que un conflicto individual en cualquiera de ellos es la manifestación de un conflicto familiar. La meta de la terapia estructural es establecer cambios en la interacción familiar de manera que esta sea funcional.

La intervención terapéutica desde la perspectiva del Modelo estructural se dirige a los cambios en la estructura familiar disfuncional para entonces eliminar el síntoma; la unidad de intervención terapéutica es la familia. Es evidente que la estructura familiar fue un factor importante en la aparición de síntomas en algunos miembros no solamente en el paciente diagnosticado con trastorno mental de la personalidad. Al considerar los problemas psicológicos como de índole familiar, no necesariamente se tiene que trabajar en consulta con toda la familia, bien pueden generarse los cambios a través de un solo miembro, modificándose así los patrones de interacción de interés.



Por lo tanto, la familia es determinante en muchos casos, en el enganche al proceso de rehabilitación. Los familiares deben comprender que los programas de rehabilitación forman parte importante del tratamiento. Si ellos son capaces de evaluar de forma realista la situación de su familiar, aceptando que está enfermo y que su mejoría requiere de la asistencia a un centro especializado, será más fácil que el paciente también lo acepte, y este motivado para acudir. En esta colaboración inicial pueden influir temores con respecto a que los programas de rehabilitación puedan sobre estimularlo en un momento en que está estabilizado en su enfermedad. En ocasiones, los familiares pueden considerar que los otros pacientes que asisten al centro están “mucho peor” que su familiar, y que la asistencia va a suponer un retroceso. Pueden ver en otros usuarios del centro de rehabilitación la imagen de enfermedad que no quieren aceptar en su caso. A veces existe el temor de que vuelvan a repetirse conductas violentas que se dieron en el pasado, o que en el trayecto al centro el paciente pueda ser víctima de la violencia de otros, o de su propia desorientación. Con frecuencia hay que tener en cuenta la ayuda de la familia para la asistencia inicial al centro: animándole a venir, despertándole a tiempo, acompañándole.

En Bolivia, actualmente no existe una política específica de salud mental, ni leyes particulares referentes a salud mental; solo se encuentran desarrollados algunos aspectos normativos que en forma indirecta promueven la salud mental, como la Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud, que beneficia solo aquellos pacientes que cuentan con su carnet de discapacidad avalado por el Servicio Departamental de Salud.

Por otro lado, el estigma de la enfermedad mental también afecta a los familiares. La vergüenza que sienten es frecuente, llevando en muchas ocasiones al aislamiento social. A diferencia de otras enfermedades físicas crónicas en las que se recibe el apoyo y solidaridad



de otras personas, la enfermedad mental se la vive en soledad. Los sentimientos de culpa y otros reproches son frecuentes, sobre todo al inicio de la enfermedad. Las dudas en la sintomatología con nuevas recaídas cuando el paciente está mejor, provocan épocas de esperanza seguidas de otras de frustración. Las nuevas tareas que debe realizar la familia para atender a un enfermo significa tener que abandonar actividades propias. Los familiares tienen que hacer un duelo por el familiar que han “perdido” con los valores que tenía, con el papel que representaba en la familia y también por todas las esperanzas que tenían puestas en su futuro.

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, al ser una institución sin fines de lucro realiza esfuerzos médicos, sociales, económicos para encarar la enfermedad mental, esfuerzos que están dirigidas a los pacientes y a sus familias.

El servicio que brinda el área de Trabajo Social es muy importante durante el proceso de rehabilitación del paciente, para su reintegración en la familia y en la sociedad, para ello efectúa una serie de acciones intra y extra institucionales, que parte desde la coordinación interna con las distintas áreas y autoridades hasta establecer acciones y convenios interinstitucionales de cooperación y apoyo a favor de los enfermos mentales con escasos recursos.

Por todo lo expuesto se menciona que, al apoyar a las familias de manera externa se permite que las mismas perciban o representen el problema como habituales, que estas situaciones pueden ser positivas porque ayudan a crecer, conllevando a descubrir sus propias capacidades, se le hace ver lo que está ocurriendo exactamente, se le evitaban malos ratos y sobre todo, se le ofrecerán motivos y razones para vivir mejor, más reconciliados consigo mismos y con la sociedad.



En este sentido, la familia precisa apoyo en todos los ámbitos, con el fin de reducir sentimientos de aislamiento y fracaso, y para ayudarles a manifestarse. En ciertas ocasiones necesitan expresar su impotencia, tormenta, rabia, entre otras, por haberles tocado vivir una problemática, que se presentara como procesos profundamente liberadores.



BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Abello Londoño Maryory. *Lo psicosocial en relación al Trabajo Social*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; 2007.
- ✓ Aguilar Juvenal. Panorama actual de la salud mental. 2013. Obtenido de la página web http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2078-03622013000100011&script=sci_arttext
- ✓ Aguilar Montserrat. ¿Qué es la personalidad? julio 31 de 2014. Obtenido de la página web <https://sites.google.com/site/psicologiahistoriayteorias/teorias-de-la-personalidad>.
- ✓ Anderson, Carol; Reiss, Douglas; Hogarty, Gerard. *Esquizofrenia y Familia*. Buenos Aires: Amorrortu. 1986.
- ✓ Azzerboni, Delia y Harf, Ruth. *Conduciendo la Escuela. Manual de gestión directiva y evaluación Institucional*. Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires. 2003.
- ✓ Barragan Rossana. “*Guía para la Formulación y Ejecución de Proyectos de Investigación*”. PIEB Programa de investigación estratégica en Bolivia: La Paz: 2007.
- ✓ Beperet M, Nadal S, Martínez A, Pérez-Nievas F, Salvador L, Romero C y grupo Psicost. *Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes*. An Sist Sanit Navar. 2000.
- ✓ Burgos Varo Luz. “*Trabajo Social en el sistema público de salud: atención primaria, hospitalaria y salud mental*”.



-
- ✓ Caraballeda Alfredo. *“La Intervención en lo Social”*. 2007. Buenos Aires. Editorial Paidós.
 - ✓ Casas Gerardo. *Crisis familiares*. Obtenido de página web <https://dokumen.tips/documents/gerardo-casas-crisis-familiarespdf.html>. 1999.
 - ✓ Carballeda, Alfredo J. *La intervención en lo social/ exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós, 2012
 - ✓ Compañ V., Feizas G., Muñoz D., Montesano A., *El genograma en terapia familiar sistemática*. Barcelona – España. 2012.
 - ✓ Cazorla Becerra, Ketty; Fernández Hormachea, Jemina. *“Reflexiones en torno a la visita domiciliaria como técnica de trabajo social”*. 2007.
 - ✓ Decreto Supremo N° 28671 de abril 2006 *Plan Nacional de Igualdad y Equipamiento de Oportunidades (PINEO)*
 - ✓ D. Pedersen, *“Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis en investigación”*. 2005. Rev Psiquiatría y Salud Mental.
 - ✓ Dughui Martinez, *“Salud Mental, Infancia y Familia: Criterios de Atención para Niños y Familias Víctimas de la Violencia Armada”*. 1995. UNICEF.
 - ✓ Enciclopedia Británica Española. *La familia: Conceptos, tipos y evolución*. Obtenido de la página web http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcT ip&Evo.pdf. 2009.
 - ✓ Enciclopedia Biográfica en línea. *Biografías y Vidas. San Juan de Dios*. 2004. Obtenido de la página web https://www.biografiasyvidas.com/biografia/j/juan_de_dios.htm



-
- ✓ Eroles Carlos. *Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. México. Editorial Espacio. 2003.
 - ✓ Fernández. M.M. “*El impacto de la enfermedad en la familia*”. 2004. Revista Fac. Medicina UNAM vol.47 No 6.
 - ✓ Franco Mascayano Tapia, Walter Lips Castro, Carlos Mena Poblete, Cristóbal Manchego Soza, “*Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones*”. 2015. México. Editorial Salud Ment.
 - ✓ Goffman, E.; “*Estigmas*”, 1986. Buenos aires. Editorial Amorrortu.
 - ✓ Grupo COPESA. Convivencia social, Historia, Geografía y Ciencias Sociales. obtenido de la página web <http://www.icarito.cl/2010/05/44-9107-9-2-dia-internacional-de-la-familia.shtml/>, 2010.
 - ✓ Guerrini María Eugenia. *La intervención con familias desde el Trabajo Social*. Edición N° 56 – diciembre 2009.
 - ✓ Héctor González Pardo; Marino Pérez Álvarez. “*La invención de trastornos mentales*”. Colección: Alianza Ensayo, Publicación 19 de octubre de 2007, Edición: 01ª.
 - ✓ Hernández Sampieri R. y otros. “*Metodología de la investigación*”. 2006. México. Editorial Mc Graw Hill.
 - ✓ Hoffman Lynn. “*Fundamentos de la terapia familiar. Un cambio conceptual para el cambio de sistemas*”. 1992. México. Editorial Fondo de Cultura Económica S.A.
 - ✓ Iamamoto, Marilda. “*Servicio social y división del trabajo*”. 1997. Sao Paulo, Brasil, Cortez Editora.



-
- ✓ J. Livesley. *“Handbook Of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment.* (Manual de Trastornos de la Personalidad)”. 2001. Editor J. Livesley. New York-London. The Guilford Press.
 - ✓ Jahoda, *Current concepts of positive mental health.* 1958. Edition Basic Book New York. USA.
 - ✓ Johnstone, Lucy (1993), *"Family management in 'schizophrenia': its assumptions and contradictions"*, Journal of Mental Health.
 - ✓ La Razón, 2016 El 25% de bolivianos, en riesgo de sufrir trastornos mentales, obtenido de la página web http://www.la-razon.com/sociedad/Salud-bolivianos-riesgo-sufrir-trastornos-mentales_0_2141185902.html
 - ✓ Lidia Ozonas y Alicia Pérez, *Centro disciplinario de estudio de género,* Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue.
 - ✓ Livesley, W.J. Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. Canadian Journal of Psychiatry, 1998.
 - ✓ López.; Laviana, M.; Fernández. A.; Rodríguez, A. M.; Aparicio, A; *“Lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental”.* 2008. Revista de la asociación de Neuropsiquiatría, vol. 28 N° 101.
 - ✓ Los Tiempos. La salud mental, clave del bienestar familiar y social. 2014. Obtenido de la página web <http://www.lostiempos.com/tendencias/bienestar/20141031/salud-mental-clave-del-bienestar-familiar-social>



-
- ✓ Ministerio de Salud y Deportes. “*Plan Nacional de Salud Mental 2009-2015: Movilizados por le derechos a la salud y a la vida*”. 2009. La Paz – Bolivia. Editorial Estado Plurinacional de Bolivia.
 - ✓ Montpellier Mireya. “*Métodos y técnicas de investigación*”. Primera Edición. Agosto 2013, Bolivia.
 - ✓ Nogueira Cecilia. *Trabajo Social y Salud mental. La intervención profesional en el campo de la salud mental*. 2012.
 - ✓ Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C. (1999) Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enfermer.
 - ✓ Otero V, Rebolledo S. *Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación*. Psiquiat Pública. 1993.
 - ✓ Pittman I., Frank. “*Una teoría de las crisis familiares en momentos decisivos*”. 1990. España. Editorial Paidós 1º edición.
 - ✓ Plan Nacional de Salud Mental 2009-2015. Bolivia.
 - ✓ Psicoplanet. *Actitudes de los padres hacia hijos esquizofrénicos*. Obtenido de la página web www.psicoplanet.com/temas/tema14. 2004.
 - ✓ Quintero Velásquez, Ángela María. *Diccionario Especializado en Familia y Género*. Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas. 2007.
 - ✓ Revista de Salud Mental, Facultad de Medicina UNAMM. México 1980.
 - ✓ Ross, Colin, “*The Trauma Model: A Solution to the Problem of Comorbidity in Psychiatry* “. Manitou Communications, 2000.



-
- ✓ Ross, Colin, *“The Trauma Model: A Solution to the Problem of Comorbidity in Psychiatry”*. 2000. Manitou Communications.
 - ✓ Sabino Carlos. *“El proceso de investigación”*. 1992, Buenos Aires. Editorial Lumen.
 - ✓ Sierra Bravo. *“Técnicas de Investigación Social: teoría y ejercicios”*. 2003. Madrid. Editorial Paraninfo.
 - ✓ Segura J, Bastida N, Martí N, Riba M. *Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Atención Primaria*. 1998.
 - ✓ Touriño, R., Domínguez. R., Baena, E., Fernández J. *“Guía de intervención familiar en la esquizofrenia”*. 2004. Barcelona. Ed. Glosa.
 - ✓ Vales-Villamarín Merino, Marta; Isabel Cendán Fernández- Peinado, Isabel Documento. *“Técnicas básicas en Trabajo Social”*. 2005.
 - ✓ Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, et al. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA*. 2002.



ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

ENCUESTA

**Instrumento de medición (cuestionario) aplicado a pacientes del Centro de
Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios**

CÓDIGO	FECHA
PAC. - 01	CUESTIONARIO

OBJETIVO:

GENERAR CRITERIOS RESPECTO LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL.

PARA ELLO, CORDIALMENTE SOLICITO A USTED TENGA LA GENTILEZA DE RESPONDER A CADA UNO DE LOS PUNTOS DE ESTE CUESTIONARIO, SEGÚN SU CRITERIO PERSONAL, CON ESTRICTA OBSERVANCIA DE LA REALIDAD QUE CONFRONTA SU PERSONA.



1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre:.....

1.3. Edad:.....

1.4. Sexo:

 F

 M

1.5. Estado Civil: Soltero () Casado () Concubino () Divorciado () Viudo ()

1.6. Domicilio:.....

1.7. Grado de instrucción

Primaria () Secundaria () Universitarios () Otros ()

1.8. ¿Quiénes componen tu familia?.....

1.9. ¿Cuántas personas en total?.....

1.10. ¿Quién aporta a la subsistencia de tu hogar?

-Padre

-Madre

-Ambos

1.11. Otros:.....

1.12. Ocupación de la persona que aporta a la familia: Obrero () Empleado

Público ()

Comerciante ()

Cuenta Propia ()

Otros ()

ANTECEDENTES DE LA DISCAPACIDAD

1.14. Manera en la que adquirió su trastorno de la personalidad: Hereditaria ()

Adquirida () Progresiva ()

Intermitente ()

NS/NR ()

1.15. Tipo de trastorno de la personalidad:

Grupo A ()

Grupo B ()

Grupo C ()

1.16. Diagnóstico:

1.17. Edad en que se produjo:



1.18. Requerimientos de medicación especial:

.....

1.19. ¿Su familiar sufre de ataques epilépticos, contracturas, otros?

Si..... No.....

¿Cuáles?.....

1.20. En ese caso ¿Sabe cómo se debe atender?

.....

1.1. ¿Cómo se siente usted con la enfermedad mental de su familiar?

Mal () Lo Sobre llevo () Recién lo estoy asimilando () Me estoy habituando ()

Otros ().....

1.2. ¿Según usted cuales serían los problemas más importantes de atender?

-La enfermedad mental (conocer y saber cómo tratar la enfermedad)

-La participación de la familia (disponer de tiempo para asistir y cuidar al paciente)

-El Abandono de la familia (no asumir una responsabilidad y aislarlo de la familia)

-La Situación económica y administrativa

-Otros.....

2. DATOS SOBRE LA INSTITUCIÓN Y EL EQUIPO MÉDICO

2.1. ¿Cómo te sientes en la Institución?

Bien () Muy Bien () Mal () Regular ()

Otros.....

2.2. ¿Qué te hace sentirte así?

-Estar lejos de tu familia

-El abandono de tu familia



-El trato de los médicos o enfermeros

-Otros.....

2.3. ¿Qué es lo que más te gusta de la Institución?

-La atención

-Las actividades

-La compañía y buen trato de tus compañeros

-Otros.....

2.4. ¿Qué te gustaría que cambie o que sea diferente de la Institución?

.....

2.5. ¿Qué opinas de la atención en la Institución?

-Buena () Muy Buena () Pésima () Regular ()

¿Por qué?.....

3. DATOS DE LA FAMILIA DEL PACIENTE

3.1. ¿Quién te trajo a la Institución?

Papa () Mama () Ambos () Hermanos () Tíos () Abuelos ()

Otros.....

3.2. ¿Cómo te sientes en tu casa o con tu familia?

Bien () Muy Bien () Mal () Regular ()

¿Por qué?.....

3.3. ¿Qué te gustaría que cambien en tu familia?

.....

3.4. ¿Cómo es la relación de comunicación en la familia?

Bien () Muy Bien () Mal () Regular ()



3.5. ¿Cómo perciben los miembros de la familia la enfermedad mental que tienes?

Bien () Muy bien () Regular () Mala () NS/NR ()

Otros ().....

3.6. ¿Cómo son las actitudes de la familia frente a la enfermedad mental que tienes?

Bien () Me entienden () Se preocupan () Regular () Mala ()

No les interesa () NS/NR () Otros ().....



CENTRO DE REHABILITACION Y SALUD MENTAL SAN JUAN DE DIOS

ZONA IRPAVI 2

ENTRADA PRINCIPAL



VISTA PANORAMICA DEL CENTRO DE REHABILITACION Y SALUD

MENTAL SAN JUAN DE DIOS



RECEPCION Y CONSULTORIOS



Recepción



Consultorios



**COMUNIDADES TERAPEUTICAS DEL CENTRO DE REHABILITACION Y
SALUD MENTAL SAN JUAN DE DIOS**

COMUNIDAD TERAPEUTICA LARGA ESTANCIA 1



COMUNIDA TERAPEUTICA LARGA ESTANCIA 2





COMUNIDAD TERAPEUTICA AGUDOS



COMUNIDAD TERAPEUTICA INTERMEDIOS.





ESCUELA ESPECIAL “ATI”



DIRECTOR Y DOCENTES DE LA ESCUELA ESPECIAL ATI





PADRE JUAN RUIZ GERENTE GENERAL CRSM SAN JUAN DE DIOS

Entrega del desayuno escolar a alumnos de la escuela especial ATI CRSM San Juan de Dios



INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL





PLANTEL MEDICO Y ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE REHABILITACION Y SALUD MENTAL SAN JUAN DE DIOS





**CAPILLA DEL CENTRO DE REHABILITACION Y SALUD MENTAL SAN
JUAN DE DIOS**



**VISITAS Y DONACIONES EN EL CENTRO DE REHABILITACION Y SALUD
MENTAL SAN JUAN DE DIOS**



ACTIVIDADES CON LOS PACIENTES

