



**UNIVERSIDAD ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO**

Carrera de Trabajo Social.

**“Sicoeducación
Para Familiares de Personas Con
Discapacidad Síquica”**

**Profesor Guía: Mario Villanueva Olmedo
Nombre Alumna: Ana María Hermosilla Salinas**

**Tesis para optar al título de: Trabajadora Social
Tesis para optar al grado de: Licenciada en Trabajo Social**

**SANTIAGO
2001**

**UNIVERSIDAD ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO.**

Carrera de Trabajo Social.



***Sicoeducación para
Familiares De Personas
Con Discapacidad Síquica".***



Profesor Guía: Mario Villanueva Olmedo
Nombre Alumna: Ana María Herмосilla Salinas

Tesis para optar al título de: Trabajadora Social
Tesis para optar al grado de: Licenciada en Trabajo Social

Santiago
2001

UNIVERSIDAD ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO.
Carrera de Trabajo Social.

***"SICOEDUCACIÓN
PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON
DISCAPACIDAD SÍQUICA".***

Profesor Guía: Mario Villanueva Olmedo
Nombre Alumna: Ana María Herмосilla Salinas

Tesis para optar al título de: Trabajadora Social
Tesis para optar al grado de: Licenciada en Trabajo Social

Santiago
2001

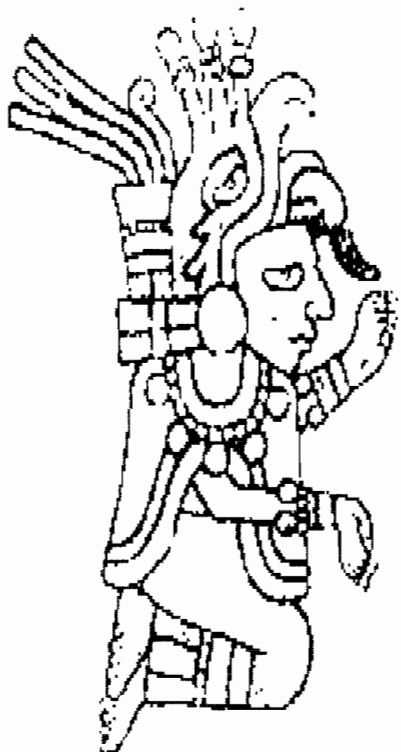
"...He divisado un rostro con mil semblantes, y un rostro que no era sino un semblante, como si estuviera en un molde inmutable.

He visto un rostro cuyo brillo no escondía fealdad interior, y un rostro cuyo brillo escondía una hermosura aún más espléndida.

He visto un rostro viejo con arrugas inexpresivas, y un rostro terso en el que todas las cosas habían dejado su recuerdo.

Conozco los rostros porque miro a través de la tela que mis propios ojos tejen, y busco la realidad que hay detrás..."

(Rostros Infinitos, El Loco. Khalil Gibran.)



*A mi dulce Anais, frente a quien
la más tierna flor
parece tan pequeña.
Mi combativo Ancamil,
para quien las palabras emergen
como en un mar infinito.
Mi cristalina Patty,
el vínculo más real,
confiable y seguro
Y mi noble Juan,
donde quiera que te encuentres
confiando en nuestros sueños...*

*"...Sólo la igualdad, la libertad y la solidaridad entre las
personas, pueden engendrar aquellos cambios sociales que
perdurarán a pesar del curso de nuestra irreverente historia..."*

*Gracias a todos aquellos que creyeron en este proyecto
y aportaron en su realización.*

INDICE

Primera Estación. <i>El inicio de este Viaje...</i>	7
INTRODUCCIÓN.	8
1. Planteamiento del Estudio	12
2. Metodología	34
NOTAS ACLARATORIAS.	38
Segunda Estación. <i>Esta es nuestra Realidad</i>	39
CAPÍTULO 1. UN POQUITO DE HISTORIA.	40
CAPITULO 2. LA SALUD, PRIMERA VARIABLE	44
CAPÍTULO 3. ACERCÁNDONOS A ESTA REALIDAD	48
3.1- ¿Qué es una Discapacidad?	48
3.2 La Discapacidad Sicosocial	53
CAPÍTULO 4. LOS CAMINOS QUE SE PUEDEN TOMAR.	55
4.1 Rehabilitación	55
4.2 Rehabilitación Sicosocial	57
CAPÍTULO 5. UNA HERRAMIENTA VIABLE.	61
La Sicoeducación	61
CAPÍTULO 6. QUIÉN NOS RODEA	63
6.1 Familia.	63
6.2 Familias Disfuncionales	66
CAPÍTULO 7. RED SOCIAL	70
NOTAS ACLARATORIAS.	73

Tercera Estación. <i>Qué asiento ocupó en este viaje</i> _____	74
TRABAJO SOCIAL Y SU INSERCIÓN EN SALUD MENTAL _____	75

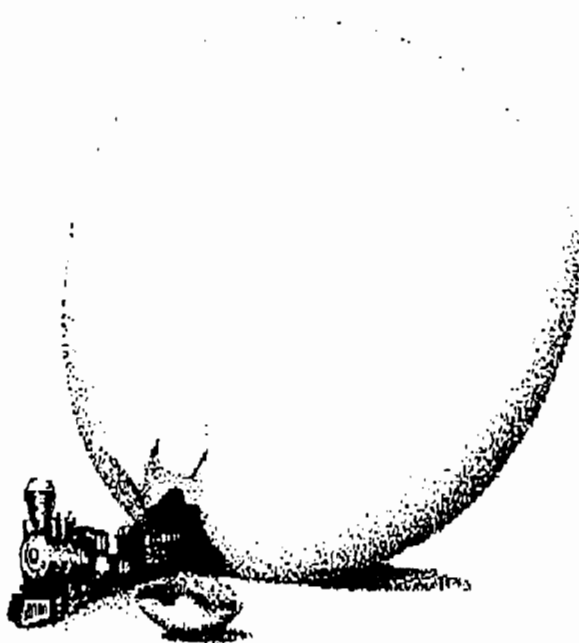
Cuarta Estación. <i>He aquí nuestro lugar en la tierra...</i> _____	85
CAPÍTULO 1. _____	86
INTERVENCIÓN DE LA SICOEDUCACIÓN EN FAMILIAS CON PROBLEMÁTICAS DE DISCAPACIDAD SÍQUICA.	

CAPÍTULO 2. _____	95
METODOLOGÍA PROGRAMA SICOEDUCATIVO	
2.1 Justificación _____	95
2.2 Perfil de los familiares que participan del Programa Sicoeducativo _____	98
2.3 Recursos Físicos, Humanos y Duración del Programa Sicoeducativo _____	99
2.4 Elaboración de Objetivos _____	100
2.5 Elaboración de Metodología _____	101
2.6 Desarrollo de las Sesiones _____	103
2.6.1 PRIMERA SESIÓN _____	103
"SICOEDUCACIÓN, SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL	
2.6.2 SEGUNDA SESIÓN _____	104
"COMUNICACIÓN Y FAMILIA	
2.6.3 TERCERA SESIÓN _____	105
"REHABILITACIÓN Y FAMILIA	
2.6.4 CUARTA SESIÓN _____	106
"RED SOCIAL Y FAMILIA	

2.6.5 QUINTA SESIÓN _____	107
“EVALUACIÓN”	
CAPÍTULO 3. _____	108
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA SICOEDUCATIVO IMPLEMENTADO EN EL “CENTRO DE REHABILITACIÓN SICOSOCIAL SAN BENITO MENNI”(NOVIEMBRE DEL 2000 A ENERO DEL 2000)	
3.1 Participantes _____	108
3.2 Resultados de las sesiones _____	110
3.2.1 Primera sesión. _____	110
3.2.2.Segunda sesión. _____	117
3.2.3 Tercera sesión. _____	125
3.2.4 Cuarta sesión. _____	131
3.2.5 Quinta sesión. _____	137
CAPÍTULO 4. NUEVOS HALLAZGOS _____	143
<i>Quinta Estación. Y aquí dejo mi aprendizaje y nuevos conocimientos... _____</i>	<i>162</i>
CONCLUSIONES _____	162
NOTAS ACLARATORIAS. _____	179
CITAS DE LA INVESTIGACIÓN. _____	180

ANEXOS	185
ANEXO 1	187
ESTABLECE NORMAS PARA LA PLENA INTEGRACION SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	
ANEXO 2	200
ORGANIGRAMA	
ANEXO 3	202
Porcentaje de Personas con Discapacidad en Chile	
ANEXO 4	204
Principios Articuladores Política Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad	
ANEXO 5	209
FORMATO FICHA SOCIAL DEL USUARIO Y GRUPO FAMILIAR	
ANEXO 6	214
1ª Sesión: "Sicoeducación, Salud y Enfermedad Mental"	
ANEXO 7	220
2ª Sesión: "Comunicación y Familia"	
ANEXO 8	231
3ª Sesión: "Rehabilitación y Familia"	
ANEXO 9	238
4ª Sesión: "Red Social y Familia"	

*Primera Estación.
El inicio de este Viaje...*



INTRODUCCIÓN.

En el proceso de rehabilitación siquiátrica, el Trabajo Social ha asumido un rol importante en la "integralidad del tratamiento". La incorporación y participación del Trabajo Social a un equipo multidisciplinario son vitales porque este contiene dentro de su área de intervención y abordaje los elementos teóricos, metodológicos y técnicos necesarios en la acción de acercár a la familia del usuario al proceso de rehabilitación y, además ser un aporte importante en la vinculación con redes sociales, fortaleciendo, de esta manera, los Modelos orientados en lo Social - Comunitario.

El rol del Trabajo Social, en esta área, se fundamenta en entregar herramientas que permitan que personas con discapacidad síquica junto con sus familias puedan insertarse e integrarse a la sociedad.

En este acercamiento de las familias hacia el proceso de rehabilitación, las acciones que contengan elementos sicoeducativos son necesarias, pues apoyan el entendimiento, conocimiento y manejo conductual de las personas que padecen de un trastorno mental, lo cual permite, a partir de sus propias experiencias, dar un paso importante en el proceso de aceptación y convivencia con este tipo de enfermedad. De esta manera, se abren nuevos espacios que promueven la participación activa de la familia en el proceso de Rehabilitación.

En nuestros días, aún se estigmatiza y se conoce superficialmente la realidad que viven las personas que padecen de discapacidad síquica, situación que perjudica las iniciativas tendientes a desmitificar y superar las barreras de la discriminación y la falta de oportunidades de dichas personas y de sus familias.

Históricamente, la discapacidad se ha asociado con "incapacidad", presentándose erróneamente ambos conceptos como la misma cosa. Esta situación ha contribuido negativamente a que nuestra Sociedad asuma conductas y actitudes de marginación, discriminación y temor frente al tema referido a las enfermedades mentales. A partir de este error han surgido mitos, que hasta ahora siguen fuertemente arraigados en la conciencia de aquellas personas que se sienten lejanas del tema o en su defecto desconocen esta realidad. Estos mitos se reflejan en afirmaciones tales como que: "todos los *enfermos mentales* son sicópatas y peligrosos", asociándose de inmediato a estas personas como "violentas y antisociales", siendo que muchas veces son precisamente estas personas con discapacidad las víctimas de dicha violencia.

Trabajar con las familias de personas que participan de instancias de rehabilitación mediante los elementos propios de la Sicoeducación, ha permitido que estas asuman un rol importante y significativo cual es el de "rehabilitadores domésticos"; es decir, una red vital e importante de apoyo desde el hogar, pues es precisamente ahí donde se sustentan los valores, las costumbres y las bases de la integración social de las personas con discapacidad y es en el seno de la familia

donde surge la necesidad de buscar apoyo en los programas de rehabilitación en la comunidad.

El propósito final de este estudio es, por un lado, *promover* la participación de la familia en el proceso de rehabilitación mediante la entrega de conocimientos básicos acerca de la enfermedad mental, rehabilitación, manejo conductual y conocimiento de redes de apoyo presentes en la comunidad. Por otro lado se busca *describir* los impactos que este Programa Sicoeducativo genere en los participantes y, junto con ello, *rescatar y dar a conocer* aquellos elementos que puedan surgir en la práctica a partir de esta intervención desde la óptica del Trabajo Social.

El presente estudio describirá la experiencia de una intervención, mediante la implementación de un Programa Sicoeducativo dirigido a los Familiares que participan en el Centro de Rehabilitación Sicosocial "San Benito Menni".

El orden que se le ^{ha} otorgado a esta investigación ha sido el siguiente:

1. Se planteará la problemática que abordaremos y la metodología que utilizaremos para en esta intervención.
2. Se describirá esta realidad social, profundizando en aquellos conceptos y variables que giran entorno a ella.
3. Se contextualizará el rol que debe asumir el Trabajo Social en la esfera de la Salud Mental.
4. Se describirá la experiencia realizada en terreno dando énfasis a los nuevos hallazgos que se manifestaron en dicha práctica.

5. Esta investigación culminará con las conclusiones atingentes a esta intervención.

Esta intervención se plantea como un primera experiencia en el ámbito sicoeducativo en el Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni (lugar donde se llevará a cabo esta investigación), por lo que dicha situación implica que el ciclo no debe quedar cerrado con la finalización de este estudio, muy por el contrario, es necesario que posteriormente se continúen entregando elementos que profundicen esta experiencia en directo beneficio del proceso de rehabilitación sicosocial de las familias donde existe un miembro con discapacidad mental.

1. Planteamiento del Estudio

Trabajar en Salud Mental y en los procesos de rehabilitación siquiátrica, áreas tan ligadas a nuestro quehacer profesional y nuestra vida cotidiana, ha permitido que, con el transcurso de los años, diversos equipos multidisciplinarios se aboquen a la tarea de recabar nuevas y significativas experiencias, uno de cuyos objetivos es entregar elementos de discusión y de análisis dirigidos a futuros profesionales que se quieran inclinar hacia este tipo de temáticas.

El Trabajo Social, en este contexto, se ha visto en la necesidad de buscar instrumentos y metodologías de Trabajo novedosas, flexibles, adecuadas y viables en el abordaje e intervención dentro del campo de la Salud Mental, lo que dicho en otras palabras, compromete a nuestra profesión a definir y contemporizar su rol dentro de este medio.

Al igual que otras disciplinas, el Trabajo Social pretende lograr la "integralidad del tratamiento" en la rehabilitación siquiátrica, vinculando tanto a la familia, al equipo multidisciplinario y la comunidad en este proceso. En este sentido, el Trabajo Social puede hacer un significativo aporte actualizando sus teorías, metodologías y técnicas de intervención, adecuándolas a las nuevas demandas y desafíos que esta problemática social genera.

Desde antaño, el origen de la enfermedad siquiátrica tuvo variadas explicaciones que escapaban a los razonamientos

propios de la investigación científica. Por lo general se le atribuía un carácter mágico y divino o simplemente se otorgaban explicaciones vagas y erradas basadas en la propia ignorancia, provocando como efecto inmediato conductas relacionadas con el miedo, marginación y discriminación frente a estos individuos y a su grupo familiar.

En nuestros días, factores como el avance científico, médico y farmacológico han permitido orientar y dar algunas respuestas y claves sobre el origen de las enfermedades psiquiátricas, lográndose una progresiva estabilización síquica de la persona que sufre de este tipo de enfermedad y disminuyendo su vulnerabilidad hacia el medio ambiente que le rodea, manteniéndolo estabilizado.

Junto con el abordaje médico, se hace necesario trabajar simultáneamente con Programas de Rehabilitación, donde la persona con discapacidad síquica sea asumida, con el apoyo de su núcleo familiar y del equipo multidisciplinario de Salud Mental, como *ser social integral*.

En este medio, el rol del Trabajo Social se debe centrar en facilitar las herramientas que permitan un proceso de socialización y reintegración a la vida comunitaria de las familias y de sus familiares afectados por este tipo de patologías.

Nuestra profesión se centra en el Ser Humano, y este tiene derechos que han sido proclamados sagrados, inalienables, imprescriptibles, y fuera del alcance de cualquier poder político, racial, social o cultural, los cuales han sido

proclamados en la Constitución Política del País y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) la que otorga *"la facultad de que cualquier ser humano tenga derecho a su protección y seguridad, a la vida política, social y jurídica"* (1 Enciclopedia Microsoft Encarta 2000 Microsoft Corporation. 1993-1999.)

En este marco, las personas con discapacidad física y/o mental deben, por derecho, tener igualdad de oportunidades dentro de la sociedad. Dicha "igualdad de oportunidades" sólo será real cuando la Sociedad elimine todo tipo de barreras que excluyen a las personas con discapacidad y que, a la vez, generan obstáculos que impiden su plena integración.

Para avanzar en esta línea, han sido de gran importancia las resoluciones respecto al tema de las personas con discapacidad ha adoptado la Organización de las Naciones Unidas (ONU.) En 1993, la Asamblea General elaboró y dio a conocer las *"Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades Para las Personas con Discapacidad"* (2 Departamento de Coordinación de Políticas y de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. 1994), entregando la principal responsabilidad a los Estados y señalando recomendaciones para generar Políticas que permitan lograr la plena integración social de las personas con discapacidad.

Siguiendo estas recomendaciones, en Chile se dicta en 1994 la Ley 19.284 (Ver Anexo 1), para la Integración Social de las Personas con Discapacidad, *"la que tiene por objeto establecer la forma y condiciones que permitan obtener la plena integración de las personas con discapacidad en la sociedad, y velar por el pleno ejercicio de los derechos que la*

Constitución y las leyes reconocen a todas las personas'
(3 Congreso Nacional, República de Chile. 1994.)

En el mes de abril de 1999 se aprueba el Proyecto Ley de la Política Nacional Para la Integración Social de las Personas con Discapacidad, la que se centra en la temática de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad física y/o mental.

Los Gobiernos de la Concertación, a partir de 1990 han asumido el tema de las personas con discapacidad en el marco del Modelo de Desarrollo Económico Neoliberal. Dicho Modelo ha tenido y tiene por objetivo "*lograr un crecimiento económico equitativo y sustentable, en un marco de fortalecimiento de la democracia, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población y superar la pobreza y las diversas formas de discriminación y exclusión*" (4 Ministerio de Planificación y Cooperación División Social 1999.)

Las *Políticas Sociales* han sido el instrumento utilizado por el Gobierno para acercarse al objetivo de superar la pobreza y lograr en esta Sociedad los conceptos y valores básicos de justicia y equidad, garantizando a los ciudadanos sus derechos fundamentales. Mediante este instrumento se ha intentado priorizar y focalizar la atención hacia los sectores más pobres y vulnerables de la Sociedad y, por ende, destinar recursos a programas asistenciales y otorgar especial importancia a la inversión en capital humano y en programas integrales.

La Política de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, definida en estos años por los

Gobiernos de la Concertación, considera y garantiza entonces *"la participación de las personas con discapacidad, en la forma más plena y activa posible, en la vida social y en el desarrollo de la sociedad, con la finalidad de hacer efectivos sus derechos y deberes frente a la seguridad económica, a un nivel de vida acorde al desarrollo socioeconómico del país y a la defensa contra toda explotación o trato discriminatorio, abusivo o degradante"* (Ibid.)

Lo anterior es, en parte, un avance en la superación de la discriminación y la marginación, tanto de las personas con discapacidad como de otros grupos considerados discriminatoriamente minoritarios (homosexuales, indígenas, etc.) Pero todavía en nuestro país se discrimina y los avances en integración social de estos grupos son escasos. Si bien hay logros, la estigmatización sigue presente, el concepto de "discapacidad" se asocia inmediatamente a "raro", "retrasado", "dependiente", "distinto", "especiales", "enfermito" y otra serie de nombres peyorativos que la Sociedad "normal" asigna arbitrariamente. Junto con esto, se encasilla toda la esencia de este vapuleado ser humano en el apelativo de "discapacitado" y no se utiliza el concepto de: *"persona que tiene una discapacidad"*, noción que utilizaremos constantemente y que lleva implícita el respeto por la integralidad de la persona.

Un aspecto importante para lograr la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad es el tema Capacitación y Empleo. Pese a pequeños avances desde el Sector Público y Privado, se deja sentir la falta de Políticas que impulsen y estimulen la inserción y generación de puestos de

Trabajo, que permitan integrar de manera real a estas personas en el desarrollo productivo del país.

El propósito de esta investigación es promover la participación de las familias en el proceso de rehabilitación a través de una intervención sicoeducativa y, describir los impactos que ésta provoca.

Para los efectos de este Trabajo se entenderá por Sicoeducación a: *"La elaboración y entrega de información acerca de trastornos físicos, mentales o emocionales; recursos y servicios disponibles en la comunidad; fomento de las habilidades de auto cuidado de las personas con discapacidad; convivencia y apoyo familiar u otros temas relacionados, transformándose en un aprendizaje desde la experiencia particular de cada uno de los participantes, buscando de esta manera informar y dar a conocer desde una visión científica lo que se sabe acerca de estos temas. Pretende, del mismo modo, que este conocimiento sea aplicado en mejorar la calidad de vida y desarrollo personal y familiar de quienes sean parte de este tipo de experiencia. De esta manera, la asistencia y participación activa en este tipo de espacios permitirá, de algún modo, la ayuda mutua de las partes involucradas en el Proceso de Rehabilitación: el equipo de Salud Mental, la red social, la persona con discapacidad y por supuesto, la familia"* (5. Sergio Rebolledo - María José Lobato. 1998.)

En este contexto, se plantea la siguiente hipótesis: *"A mayor participación en el Proceso de Rehabilitación, mayor es el protagonismo y el compromiso de la familia en dicho proceso, transformándose esta última en una entidad desmitificadora y concientizadora en su propio medio*

ambiente. De esta manera, la familia se convierte en un importante soporte que posibilita la apertura de nuevos caminos en pos de lograr una efectiva inserción social de la persona con discapacidad síquica” (Elaboración Propia.)

Este estudio será llevado a cabo en el Centro de Rehabilitación Sicosocial “San Benito Menni” de Santiago, perteneciente a la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Este Centro es un proyecto que se inicia el 13 de Junio del 2000 y está orientado hacia la rehabilitación sicosocial individualizada para personas con discapacidad síquica, enfocado hacia el desarrollo de destrezas y habilidades, con el fin de lograr objetivos de acuerdo a las necesidades de cada uno de sus miembros.

A su cargo está, por un lado, la Congregación de las Hermanas Hospitalarias y por otro, una Terapeuta Ocupacional (Directora Técnica) y un Monitor. El resto de los trabajadores de este Centro son personas que llegan a prestar sus servicios (manualidades, repostería, lecto-escritura y alfabetización, actividades recreativas y deportivas, relajación, expresión corporal, taller literario) en forma voluntaria. Además, se presta apoyo externo en tareas de: aseo, reparaciones y contabilidad. Junto con lo anterior, el Centro cuenta con el apoyo de una Sicóloga que trabajaba en forma voluntaria y que actualmente ha sido contratada formando parte activa de este equipo de Salud Mental (Ver Anexo 2.)

Este Centro atiende actualmente a una población de aproximadamente 12 usuarios ambulatorios (beneficiarios directos) de un cupo de 15 personas, entre los 18 a los 46 años,

siendo la edad promedio de 34 años. Entre las patologías mentales presentes en los usuarios del Centro se encuentran: retardo mental (límitrofe, severo), esquizofrenia (paranoídea, hebefrénica, simple), deterioro orgánico cerebral y trastornos de personalidad; todos ellos se encuentran actualmente con tratamiento farmacológico y controles médicos en el área de la Salud Pública. Como beneficiarios indirectos se encuentra los familiares de los usuarios del centro y los miembros del equipo de Trabajo del mismo.

El Centro San Benito Menni tiene por objetivo general lograr el máximo nivel de desempeño funcional en cada uno de sus usuarios en las distintas áreas del diario vivir (tiempo libre, productividad, conversacional, auto-cuidado, socialización) de esta manera, se está respondiendo a las necesidades y objetivos personales de cada uno de los participantes de este Centro y, a la vez, se responde a las demandas del medio ambiente en el que cada uno se desenvuelve. Así, se pretende lograr una integración normalizadora en forma activa, autónoma y satisfactoria en la comunidad dentro del marco de actividades.

Este Centro presenta tres áreas de intervención:

1. Actividades dirigidas a los participantes (actividades prácticas de desarrollo personal, consejería individual, Sicoeducación)
2. Actividades dirigidas a los familiares (talleres y charlas sicoeducativas, agrupación de familiares) (Ver nota aclaratoria 1)

3. Actividades dirigidas al equipo (actividades de formación: sesiones de exposición, supervisión, asistencia a cursos, talleres y seminarios)

El Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni ha llevado a cabo su accionar mediante el Modelo de Ocupación Humana (MOH) y el Modelo de programa comunitario de rehabilitación sicosocial "Casa Club".

El MOH, es específico de Terapia Ocupacional y *"otorga principios y procedimientos de evaluación y rehabilitación para personas con discapacidad. Se basa en la motivación intrínseca, considerando al ser humano como una persona activa en la búsqueda de satisfacción de necesidades, logro de objetivos y sentido de control personal, reconociendo a este ser como un sistema abierto y dinámico, que está en constante interacción con el ambiente, en el cual se selecciona la información, la procesa y produce una acción responsable y voluntaria. Este Modelo explica por qué las personas se motivan en diversas ocupaciones, considerando la ocupación como el quehacer diario en sus diferentes dimensiones, tales como el tiempo libre, actividades sociales, productivas y de la vida diaria. Sobre la base de este Modelo se considera tanto en la evaluación como en el proceso de rehabilitación la volición (motivación, intereses, confianza personal, valores y objetivos personales); aspectos de habituación (hábitos y roles); aspectos de ejecución o funcionamiento (habilidades y rendimiento), ambiente (objetos, actividades, grupos sociales y cultura)"* (6. Hna. Ernestina Aros y T.O. Andrea Yupanqui. 2000.)

En cuanto al Modelo de "Casa Club", su premisa principal se centra en que sus miembros *"construyen, diseñan, planifican*

e implementan los programas de rehabilitación de acuerdo a sus necesidades, en conjunto con los profesionales. La participación de los miembros es activa en todos los aspectos de funcionamiento del lugar. Administrativos, de mantención y aseo, de alimentación, de producción de servicios y productos, y de comunicación y extensión a la comunidad. Por lo que su objetivo principal radica en crear un ambiente en el cual las personas que presenten discapacidad social y laboral debido a una enfermedad síquica, puedan ser ayudados a lograr o ganar confianza y las habilidades necesarias para llevar vidas satisfactorias" (Ibid.)

El tiempo establecido para esta Tesis ha sido de aproximadamente 10 meses. De este límite de tiempo es que la intervención sicoeducativa se focaliza principalmente en los temas referidos a: Enfermedad Mental, Proceso de Rehabilitación, Manejo Conductual y Conocimiento de Redes de Apoyo existentes en la comunidad. Dada la naturaleza del problema que estamos investigando, restringirse sólo al conocimiento y entrega de información hacia los familiares es demasiado básico. Es necesario profundizar cada vez más sobre esta realidad, pues estamos frente a problemáticas sumamente complejas, ya que tratamos con familias con graves problemas de disfuncionalidad en sus relaciones interpersonales y en su estructura interna.

Posteriormente a esta intervención, se describirán los impactos provocados en los participantes de las sesiones sicoeducativas realizadas. Es de vital importancia dar a conocer en este estudio la aparición de nuevos elementos que surjan a

partir del Trabajo en terreno. Por esta razón, es necesario crear un espacio dentro de esta investigación donde se dé cabida a dichos elementos, indicándolos en una reflexión final como "nuevos hallazgos".

Este estudio tomará dos dimensiones: Por un lado, la *Sicoeducación* dirigida a los familiares de los usuarios ambulatorios que participan y asisten regularmente a los Programas del Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni (dimensión independiente.) Por otro, el *impacto* que este Programa Sicoeducativo provocó en los familiares que asistieron y participaron de ella (dimensión dependiente.)

Los indicadores que darán cuenta del impacto de esta intervención serán:

Programa Sicoeducativo.

- Asistencia.
- Interés
- Compromiso
- Participación
- Responsabilidad
- Motivación de los asistentes

En el Centro Diurno.

- Consultas respecto a la enfermedad que padece su familiar.
- Interés en la participación de su familiar con discapacidad en las actividades del Centro Diurno.
- Acercamiento de dichos familiares al equipo de Salud Mental.

Las preguntas que guiarán esta investigación son:

1. *¿Es un factor fundamental el involucrar a la familia y hacerla partícipe del proceso de rehabilitación?*
2. *¿La familia puede ser considerada dentro del plan de tratamiento como un ente activo del proceso de rehabilitación llevado al hogar? (Rehabilitadores Domésticos)*
3. *¿La Sicoeducación es una herramienta efectiva para que las familias con problemáticas de este tipo aporten de mejor manera el proceso de rehabilitación?*

Dichas preguntas deben ser consideradas como pilares fundamentales de este estudio.

Los objetivos trazados para esta investigación son:

OBJETIVO GENERAL

Describir impactos de una intervención sicoeducativa implementada y dirigida a los familiares de usuarios que participan del Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. *Implementar un Programa Sicoeducativo cuyos contenidos refieran a: conocimientos básicos acerca de enfermedad mental, manejo conductual, proceso de rehabilitación y conocimiento de redes de apoyo en la comunidad.*

2. *Elaborar, con los profesionales que integran el equipo de Salud Mental, una pauta que permita detectar cambios en el comportamiento de los familiares que participan en el Programa Sicoeducativo.*
3. *Detectar y describir aspectos nuevos y relevantes, que no han sido considerados en la investigación que pudieran influir en la integración del familiar en el proceso de rehabilitación.*

Este estudio tendrá el carácter de *investigación cualitativa de tipo descriptiva*, puesto que es un primer acercamiento, en esta institución, al Trabajo dirigido hacia la familia en el proceso de rehabilitación de personas con discapacidad síquica. Al existir pocos estudios e insuficientes análisis sobre esta realidad social por parte del Trabajo Social, se plantea el desafío de promover la investigación y elaboración con el objeto de ser un aporte técnico propio del Trabajo Social a los equipos de Salud Mental y a los procesos de rehabilitación.

Para guiar esta investigación se tomará como hilo conductor la *Teoría de Sistemas*. Desde esta orientación epistemológica **la familia** es considerada como "*Unidad básica estructural y funcional de la sociedad. Es un microsistema dinámico con historia propia*" (7 Rueda, Laura. 1996.)

Una dimensión clave que cruza el proceso de rehabilitación es *Mejorar la Calidad de Vida*. Esta se define como: "*otorgar herramientas necesarias a cada uno de los usuarios de este sistema en pos de una mejor adaptación al*

medio social, comprender la enfermedad con el objetivo de asumirla y convivir con ella y, desafiar su condición de persona con discapacidad síquica dentro de una Sociedad altamente discriminadora y temerosa de estas enfermedades involucrándolos en su medio ambiente" (8. Carmen Jorquera. Asistente Social. 1997.)




Desde el año 1993, el *Plan Nacional de Salud Mental elaborado por el Ministerio de Salud*, se presentó como una guía conceptual y estratégica, dando énfasis en su intervención al hecho de *"privilegiar los esfuerzos en pro de lograr una equidad, adecuación de las acciones a las necesidades y características de los usuarios, participación social y reestructuración del sector, a modo de alcanzar una atención en Salud verdaderamente integral."* (9 MINSAL. 1993.)

En el Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud correspondiente al año 2000, se replantea el objetivo y preocupación fundamental que se tenía en 1993 el que en sus aspectos fundamentales señala la importancia de: *"prevenir las muertes prematuras y entregar mas años de vida útil a la población, ya que producto de los cambios demográficos y el perfil epidemiológico presente en la Sociedad producto del éxito de las intervenciones realizadas por el Sistema de Salud y por el desarrollo económico y social vivido en el último decenio, se propone orientar su accionar hacia la promoción de salud, mas que retrasar el momento de muerte. Preocuparse en la actualidad de crear las condiciones que permitan el pleno desarrollo de las potencialidades personales y grupales. De esta forma facilitar una efectiva participación en la generación de recursos culturales y económicos y en la entrega de servicios que permitan mejorar la calidad de vida"* (10 MINSAL. 1999 - 2000.)




Respecto al tema de la Salud Mental, esta emerge como *"una preocupación creciente en que convergen el Gobierno, los Técnicos, la Sociedad Civil y las Personas todas"* (Ibid.) En este contexto la Salud Mental es asumida como parte indisoluble del bienestar físico de las personas.

Las acciones políticas elaboradas en el Plan de Salud del MINSAL deben trascender del simple enunciado, deben ser guías conceptuales en el proceso de inserción social de las personas con discapacidad. En este marco, su objetivo general radica en *"incorporar en las decisiones superiores, iniciativas que se orienten fundamentalmente a un cambio cultural que permita eliminar el estigma social asociado a la discapacidad, con la finalidad de abrir espacios para la incorporación y efectiva participación social de este grupo de la población"* (Ibid.)

Este propósito, sólo será efectivo si los cambios que se desean alcanzar pasan por un Trabajo multidisciplinario y transectorial. En este entendido se pretende:

-  *"Que las personas con discapacidad puedan asumir un rol de plena participación social, en el contexto social que es propio.*
-  *Que las personas con discapacidad puedan ejercer plenamente sus derechos cívicos y acceder a todas las instituciones y servicios relacionados con la discapacidad, especialmente a la rehabilitación, Educación y Trabajo, como bases para su desarrollo.*
-  *Que las personas con discapacidad, o quienes las representen, puedan participar activamente en la*

planificación y puesta en marcha de actividades que las involucran, especialmente en los procesos de rehabilitación e integración.

-  *Que las personas con discapacidad puedan tener la mayor autonomía e independencia posible, incluso respecto de sus familias si así lo desean.*
-  *Que las personas con discapacidad puedan disponer de la más amplia movilidad posible, que les permita hacer uso del espacio físico y acceder a los edificios y medios de transportes.*
-  *Que las personas con discapacidad puedan disponer de independencia económica, mediante el ejercicio de una profesión u oficio, que les reporte ingresos, o disponer de ingresos mínimos, cuando sea el caso, mediante el otorgamiento de prestaciones sociales" (Ibid.)*

Los factores, según el Plan de Salud del MINSAL, que afectan negativamente la Salud se acumulan principalmente en la población de nivel socio-económico bajo. Esta situación está intrínsecamente asociada con el Modelo de Desarrollo Económico imperante en nuestro país, pues no existen para los sectores más desposeídos los medios económicos que permitan tener acceso a un buen nivel de atención en Salud. Está claro que la mejor atención en Salud, la mejor Educación, el mejor Trabajo se acumula en un sector privilegiado. La inequidad en la distribución de los ingresos ha provocado que en los sectores de escasos recursos se reciba una atención de ~~deficiente~~ precaria, en lo referido a las necesidades básicas de cada ser humano.

Las enfermedades mentales, según este Plan, han ido en aumento tanto en su frecuencia como en su prevalencia, siendo responsables de una proporción cada vez mas alta de años de vida saludables (AVISA) perdidos por muerte o discapacidad.

Producto de esta situación se ha generado una mayor demanda en los servicios de Salud Mental y siquiatría. En este entendido se han implementado algunas acciones para la prevención y tratamiento de estas enfermedades, enfatizándose la prevención y promoción de la Salud Mental, controlando factores de riesgo que afectan principalmente a los sectores más postergados de nuestra sociedad.

Por su parte, el proceso de rehabilitación siquiátrica requiere de la Sociedad como un agente fundamental para la inserción social de la persona con discapacidad. En este sentido, se deben buscar nuevas formas de intervención en la Sociedad, pues hasta el momento esta última se ha transformado en un obstáculo para la integración tanto social como laboral de las personas con discapacidad, ya que, por lo general, no se cree en las capacidades que tienen y por ende, no se abren ni se otorgan los espacios necesarios para desmitificar esta problemática social.

Producto de lo anterior, en la Sociedad permanece un estigma que involucra profundos prejuicios, una gran ignorancia y poco interés para darles oportunidades reales y efectivas. En este contexto, los medios de comunicación masiva no especializados han puesto énfasis en que la discapacidad es una incapacidad, fortaleciendo cada vez más el estigma de la enfermedad síquica. La discapacidad se presenta, de esta

manera, como algo dado, fatal o que no tiene cura; sin embargo, se omite la información "de lo que se puede hacer" y "se hace" con relación a ello (por ejemplo la existencia de programas de rehabilitación, de prevención, de asistencia, etc.)

Simultáneamente a esta realidad, no se resaltan las *potencialidades* que las personas con discapacidad tienen (artístico, especialización de algún oficio, etc.) sólo se destacan las limitaciones. Así *"algunos medios de comunicación de orientación sensacionalista, se aprovechan de esta realidad sacando un fin de lucro a las emociones expresas en la Sociedad (lástima, sentimiento de culpa, rechazo, discriminación, marginación, agresividad, curiosidad morbosa, respuesta caritativa.) Muchas veces sucede que las propias agrupaciones, empresas o asociaciones que trabajan con personas con discapacidad, han exhibido los aspectos negativos de sus usuarios para sacar provecho o ayuda económica para su causa"* (11. Demetrio Casado et al. 1990.)

También es frecuente que estos medios de comunicación se obstinen en asociar "enfermedad mental v/s conductas antisociales". En la realidad, no es la enfermedad psiquiátrica la que da pie a la delincuencia o a un ser altamente violento, sino que son factores ambientales, socioeconómicos, inequidad en la distribución de los ingresos, violencia intra familiar, desmedro de la calidad de vida, etc. las situaciones más proclives a generar reacciones violentas. Es más, las circunstancias sociales hacen que, por el contrario, las personas con discapacidad síquica estén más desamparadas y más expuestas a actos de violencia, explotación, manipulación y todo tipo de abusos.

Por otra parte, relacionar a la persona con discapacidad con su medio ambiente permite ampliar las posibilidades de rehabilitación. Del mismo modo permite acercarse a la sociedad, y por ende a las familias, los avances científicos respecto de los tratamientos de las enfermedades mentales, medicación antipsicótica, los alcances de los actuales programas de rehabilitación sicosocial y laboral, y lo efectivos que han resultado ser.

Un desafío importante para los diversos Programas de Rehabilitación es promover y generar oportunidades para que las personas con discapacidad síquica lleven vidas más plenas mejorando de esta forma su calidad de vida.

Lo que se busca con los procesos de rehabilitación es lograr la *inserción social* de la persona y en este entendido se desarrollan estrategias tendientes a mejorar su nivel de adaptación al medio social, sus patrones de conducta y se privilegia mantener las capacidades remanentes. De esta manera, se ha dado gran importancia a la rehabilitación de tipo laboral, puesto que el Trabajo es: *"un elemento de gran valor social que orienta la vida de las personas; asimismo, el Trabajo supone un factor de integración y normalización que puede convertir, a la persona con discapacidad síquica crónica, en un individuo perteneciente a un grupo: no en vano el desempeño de una actividad supone en muchos casos la línea divisoria que distingue a quien pertenece al grupo social y a quien resulta marginado. El Trabajo suele generar conductas similares a las que la Sociedad reconoce como propias y fomenta hábitos de conducta que identifican al sujeto como integrante de esa sociedad; del mismo modo, el Trabajo genera conductas que el*

propio individuo reconoce como pertenecientes al grupo" (12. LA GACETA. www.lagaceta.com)

Históricamente, el proceso de rehabilitación basado en el Modelo de Atención Clínico, centra su atención en la sintomatología de la persona enferma, privilegiando la ingesta de medicamentos para mantener a la persona compensada. La siquiatria moderna ha intentado, a través de la creación de Centros de Día, Hospitales Diurnos y Hogares Protegidos insertos en la comunidad, reformular dicho Modelo de atención, centrándose principalmente en uno *Social - Comunitario*, cuyas estrategias estén orientadas a desarrollar un proceso Socio - Laboral de la persona con trastorno síquico e involucrar en su tratamiento al medio ambiente cotidiano (grupos primarios, grupos de pares, comunidad, etc.) en el que esta se desenvuelve.

Este Modelo debe funcionar mediante un sistema de redes de apoyo comunitarias en las que se facilite el acceso al Trabajo, Salud y Educación de las personas afectadas y de sus familias. Estas redes deben funcionar de manera coordinada e integrada con la Red de Salud (Hospitales Siquiátricos, Servicios de Urgencia y de Rehabilitación.) Desde esta perspectiva, se facilita la integración del usuario y de su familia a la vida comunitaria y, al mismo tiempo, disminuye la frecuencia de recaídas y re-hospitalizaciones (fenómeno llamado "puerta giratoria".)

El Trabajo Social, dentro de este marco, cumple un rol importante dentro de la coordinación de las redes comunitarias, facilitando su accionar y orientándolas con el objetivo de integrar plenamente a las familias y los usuarios de

estas organizaciones, otorgando elementos que permitan que sean ellos mismos los protagonistas y los principales gestores de su proceso de rehabilitación.

La necesidad de crear una *Red de Salud Mental Comunitaria* surge del proceso de desinstitucionalización de las personas que han vivido durante muchos años en los hospitales psiquiátricos del sector público y que están siendo reubicadas con sus familias (si existen) o en hogares protegidos, integrándolos a la vida comunitaria. Por otra parte, la Red Social es la piedra angular en el surgimiento de los nuevos Modelos de atención focalizados en lo Socio - Comunitario, donde el tratamiento de un trastorno mental, junto con el abordaje clínico, requiere una atención integral biosicosocial con la persona inserta en su medio ambiente. En esta última idea, surgen los *Programas de Apoyo Comunitario*.

Por lo general, las familias en las que uno sus miembros padece de una enfermedad síquica conocen, desde su propia experiencia, la sintomatología y el tratamiento a seguir y por intuición han aprendido cómo manejar a esta persona. Al entregarles, mediante programas sicoeducativos, elementos y conocimientos teóricos acerca de la enfermedad y simultáneamente fusionar este nuevo conocimiento a su experiencia personal, se contribuye de manera importante en la prevención de recaídas y se potencia en los familiares el compromiso, la desmitificación y la concienciación acerca de esta realidad. De esta manera se da un paso importante en la futura inserción social de la persona afectada de una discapacidad síquica.

El trabajo con la familia implica una labor educativa que debe ser llevada a cabo por un equipo multidisciplinario. El Trabajador Social, en este equipo, cumple un rol fundamental en el nexo con las familias y el contacto con las redes sociales comunitarias. Es importante destacar que para el buen desarrollo del trabajo en equipo es necesario definir claramente los roles que cada uno de sus miembros desempeña, de esta manera se da una mayor *integralidad al proceso de rehabilitación*.

Apoyar el proceso de rehabilitación mediante una herramienta viable y concreta como es la Sicoeducación, permite que poco a poco se vayan aminorando las barreras de los prejuicios, la ignorancia y la falta de oportunidades para estas personas con discapacidad. La Sicoeducación potencia la creación de conciencia por parte de la familia y abre espacios reales de participación e inserción dentro de la comunidad. Sólo así la familia puede transformarse en un agente de cambio importante en su propio medio ambiente.

2. Metodología

Esta investigación se elaboró y diseñó, a partir de una metodología de tipo **cualitativa descriptiva**.

Este estudio intenta, por un lado, ser un acercamiento en la inserción del Trabajo Social en las esferas de la Salud Mental, específicamente en la entrega de elementos básicos de apoyo mediante la Sicoeducación a familiares de personas que sufren de Discapacidad Mental y están en proceso de Rehabilitación.

Por otro lado, se busca describir la experiencia vivida en el Programa Sicoeducativo, pues este se presenta como un primer acercamiento en conjunto con el Trabajo del equipo de Salud Mental y la Familia en esta institución.

Para efecto de este estudio, una metodología de tipo cualitativa - descriptiva ha sido definida por el autor Baptista Sampieri como: *"especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que pueda ser sometido a análisis; ya sea para medir en forma independiente una serie de cuestiones relacionadas con el hecho social en estudio o, en su defecto, describir netamente lo que se investiga."*

Ha sido necesario dentro de esta investigación y de acuerdo a las preguntas de investigación y los objetivos señalados, visualizar y tener presente los siguientes aspectos:

- ☞ Elaboración e implementación de programas psicoeducativos como herramienta viable en la integración de la persona con discapacidad síquica a su medio familiar.
- ☞ Aportes del conocimiento teórico y aprendizaje en las familias de las personas que tienen discapacidad síquica que participan de este Centro, en la desmitificación, concienciación con respecto a la enfermedad mental y en facilitar la integración y colaboración de la familia en el proceso de rehabilitación.
- ☞ Conocimiento de las Redes Sociales de apoyo como elemento facilitador de integración a la comunidad.

La metodología utilizada para llevar a cabo este Programa Psicoeducativo requirió de los siguientes instrumentos:

- ☞ Elaboración e implementación de sesiones psicoeducativas, junto al Equipo de Salud Mental, dirigidas a los familiares de personas con discapacidad síquica que contengan los temas de Psicoeducación, Salud y Enfermedad Mental; Comunicación y Familia; Rehabilitación Sicosocial y Apoyo Familiar; Redes Sociales de Apoyo en la Comunidad.

- ☞ En la intervención con las familias se realizó un diagnóstico situacional familiar mediante la revisión de registros con información básica acerca del usuario y su familia, el cual contenía aspectos tales como:
- Personas que viven con el usuario
 - Nivel socio - económico (NSE)
 - Nivel Educativo
 - Diagnóstico psiquiátrico
 - Información general acerca del usuario (conductas, síntomas y problemas corrientes)
 - Relaciones entre los miembros de la familia.
 - Redes sociales que giran en torno a los beneficiarios.

Para este efecto se diseña una *Ficha Social* (Ver Anexo 4.)

En caso de faltar información acerca de la realidad de los familiares y usuarios del Centro se realiza entrevista a profesionales que trabajan directamente con el usuario.

- ☞ Aplicación de evaluaciones grupales e individuales, durante el transcurso de las sesiones psicoeducativas, a las familias participantes en aspectos tales como:
- Estrategias de superación frente a los síntomas de la enfermedad.
 - Efectos de los síntomas en la relación "familiar - usuario".
 - Consecuencia de la enfermedad sobre el medio ambiente familiar.
 - Áreas de fortalezas del familiar, asumidas como estrategias efectivas para la superación, apoyos sociales, o como relaciones positivas con el usuario.

En caso de faltar información se realiza una entrevista individual con el familiar responsable.

☞ *Programa Sicoeducativo.* Se entiende como el espacio dirigido hacia los familiares de personas con discapacidad síquica tratando las temáticas de:

- Enfermedad mental
- Proceso de rehabilitación
- Manejo conductual
- Conocimiento de redes sociales de apoyo en la comunidad.

Este Programa requiere además de Evaluaciones periódicas, dirigidas al equipo de Salud Mental, acerca del funcionamiento y cumplimiento de objetivos trazados en las sesiones sicoeducativas y al grupo de familiares asistentes a las jornadas desarrolladas.

NOTAS ACLARATORIAS.

- 1) Por ser un Centro nuevo, las charlas sicoeducativas dirigidas a los familiares a cargo de la Terapeuta Ocupacional, sólo se habían implementado una vez antes de la inserción de esta investigación.

Esta actividad, con las familias, se ha desarrollado de acuerdo a este estudio.

*Segunda Estación.
Esta es nuestra
Realidad...*



CAPÍTULO 1. UN POQUITO DE HISTORIA.

Nuestra Sociedad, como diversas culturas, han intentado interpretar y dar algunas respuestas acerca del origen de las enfermedades siquiátricas. Dichas interpretaciones no han tenido más base de sustentación que el sentido común por un lado, la propia experiencia particular de las personas por otro o en su defecto, se ha buscado otorgarle un carácter mágico y/o religioso a sus orígenes.

Frente a quienes padecen de enfermedades síquicas la Sociedad ha manifestado conductas y actitudes en su mayoría negativas, con lo cual se ha generado en torno a esta realidad un estigma socio - cultural, afectando de manera importante al núcleo familiar y medio ambiente.

Este estigma se manifiesta en la conducta adoptada frente a la apariencia de estos individuos y frente a la disfuncionalidad de sus relaciones sociales e interpersonales, que los caracterizan del resto de las personas "normales". Por otro lado, el sensacionalismo de los medios de comunicación y la manipulación de la información que estos realizan provoca en el común de la gente ignorancia y desconocimiento acerca de esta realidad social.

A lo largo de la historia de las enfermedades mentales, sociedades anteriores a la nuestra tuvieron dificultades para comprender el origen y las causas que las provocaban.

Durante el Siglo XV, período de Inquisición, *"se atribuía la enfermedad mental como posesión demoníaca o brujería, por lo que el destino de quienes padecían dicha enfermedad era ser quemados en la hoguera o, en el mejor de los casos, marginados totalmente del devenir social, siendo localizados en las fronteras de la ciudad. De esta forma, la Sociedad quedaba libre de riesgos"* (13. Dra. Ximena San Martín. 1997.)

En Inglaterra, durante el Siglo XIX, *"las enfermedades siquiátricas fueron atribuidas a los Ciclos de la Luna (de ahí el nombre de lunáticos.) Frente a esta situación, se crearon los Asilos para Lunáticos, en los cuales no se daba ningún tipo de tratamiento y se les mantenía en las afueras de la ciudad"* (Ibid.)

Sigmund Freud, fue uno de los primeros científicos, encargado del estudio de las enfermedades mentales, que *"atribuye como factor principal de este tipo de enfermedades los aspectos psicológicos como influencia clave en las conductas que presentan las personas que padecen de este tipo de trastornos"* (Ibid.)

Así la marginación y la discriminación han sido factores constantes que han determinado la mejoría, rehabilitación y reinserción de estas personas en la Sociedad "normal".

En nuestros días, los estudios, investigaciones científicas y el avance tecnológico y farmacológico, han permitido otorgar nuevas explicaciones acerca del origen de las enfermedades siquiátricas y han contribuido en la disminución de algunos síntomas graves de dichas enfermedades.

Según estos avances científicos, los trastornos mentales tienen distintas *Etiologías*, ya sean Biológicas (Alzheimer, Esquizofrenia, Enfermedad Bipolar) o Sicológicas (Depresión, Ansiedad, Fobias.) Además, constan de *Niveles de Gravedad* que van desde leve, moderada y severa. También se pueden clasificar según su *Evolución* como: *Agudas, Crónicas, Catatónicas.*

Conocer los orígenes y causas de la enfermedad mental permite que equipos de Salud Mental puedan intervenir de manera adecuada y contextualizar su intervención según la particular realidad de la persona afectada, evitando así recaídas y hospitalizaciones. Esta manera de prevenir ayuda en la estabilización sicológica y disminuye la vulnerabilidad al medio ambiente. De esta manera, se da la oportunidad de que personas con discapacidad síquica puedan controlar su enfermedad y aprender a convivir con ella.

Dada la anterior situación, complementar estos avances tecnológicos y médicos con programas de Rehabilitación Sicosocial, ha significado, en la práctica, que personas con discapacidad síquica puedan mejorar significativamente su calidad de vida.

La rehabilitación siquiátrica cumple con su rol de ser "*un conjunto de técnicas que ayudan al individuo a obtener o recuperar destrezas y habilidades que le permitan mejorar su capacidad para vivir, socializarse, trabajar, aprender, adaptarse a su medio, en la forma más normal posible*" (Ibid)

Esta investigación dará especial énfasis a los temas referidos a: Salud, Discapacidad y Discapacidad Sicosocial, Rehabilitación y Rehabilitación Sicosocial, Sicoeducación, Familia y Familia Disfuncional y Redes Sociales de Apoyo Comunitario. Es de vital importancia, dentro de esta investigación, definir y aclarar los conceptos mencionados, con el objeto de que este estudio adquiera la característica de ser accesible para quien quiera adentrarse en el tema: profesionales, personas interesadas en la temática de este estudio y principalmente aquellas que tienen este tipo de discapacidad y sus familias.

CAPITULO 2. LA SALUD, PRIMERA VARIABLE

El concepto de Salud ha ido modificándose, durante las últimas décadas, de acuerdo al contexto histórico y cultural en que se ha situado.

Antiguamente, el concepto de Salud se relacionó con rituales y/o con la presencia de dioses protectores. En la visión Griega, el concepto de Salud tuvo relación con el bienestar físico, una buena nutrición, cultura e higiene personal. Según la visión religiosa, Salud es situada como el bien y la enfermedad se asocia directamente con el mal, el castigo, el pecado.

Durante el Siglo VII de Nuestra Era, la conceptualización de la Salud fue modificándose profundamente pues es en esta época donde surgen los primeros hospitales y escuelas de medicina. Durante la Revolución Industrial, la Salud se ligó al concepto de una buena calidad de vida.

Ya en el Siglo XX el concepto de Salud tiene, en parte, dentro de la idiosincrasia de nuestra gente, una mezcla de todos los elementos señalados anteriormente. Por otro lado, se ha relacionado a la Salud con el concepto de "Ausencia de Enfermedad", centrándose los mayores esfuerzos, tecnológicos y médicos en el tratamiento de la enfermedad

desde la óptica biológica y médica. En las últimas décadas, el concepto de Salud ha ido perfeccionándose, especializándose y ha sido asumido como un Derecho Humano fundamental. Frente a esto, han surgido diversos paradigmas que ven a la Salud como *"un hecho positivo, que debe ser buscado en forma activa y cuyos condicionantes tienen una fuerte base social"* (14 Dra. Paulina Gómez. 1992.)

La Salud, según esta nueva visión, es *"un recurso y un proceso dinámico, existiendo en las personas y en los grupos un potencial de Salud que puede ser reforzado y mejorado para lograr un mejor estado de Salud"* (Ibid.)

En este contexto, se prescriben como prerrequisitos para el concepto de Salud:

1. *La Paz*
2. *La Educación*
3. *Vivienda*
4. *Alimentación*
5. *Renta*
6. *Ecosistema estable*
7. *Justicia Social*
8. *Equidad (Ibid).*

En el año 1948, la Organización Mundial de la Salud define a este concepto como *"completo bienestar físico, mental y social de un individuo, la familia y la Sociedad en su conjunto, y no sólo la ausencia de enfermedad. Por tanto, la Salud constituye un bien social, un derecho de la humanidad y es componente esencial de la calidad de vida, del crecimiento y desarrollo integral de un país"* (15 Andrea Yupanqui. Terapeuta Ocupacional. 1999.)

En este aspecto, *“la Salud debe ser considerada como un bien social, es decir, debe ser construida en forma colectiva, donde se articulen visiones sociales e individuales, determinadas por diferencias culturales”* (Ibid.) Es un concepto evolutivo, dinámico, pues forma parte de la lógica en que se desarrolla todo proceso de socialización.

“La Salud, está conformada por distintos aspectos, ya sean biológicos, ecológicos, culturales, sociales y económicos que se dan en toda estructura social. Así la Salud está determinada por:

- *La estructura y dinámica en la que se desarrolla la Sociedad en sí;*
- *El grado de desarrollo de las Fuerzas Productivas;*
- *El tipo de relaciones sociales que se establecen dentro de la sociedad;*
- *El Modelo Económico imperante;*
- *La forma en que se organiza el Estado;*
- *Las condiciones en que se desarrolla la Sociedad (climáticas, ubicación geográfica, tipo de suelos, recursos naturales disponibles, etc.)”* (Ibid.)

Pese a lo anterior, la Salud, se relaciona inmediata y erróneamente a la ausencia de enfermedad o la ausencia de malestares (ya sean físicos y/o mentales.)

Se han priorizado en este ámbito las bases biomédicas y se persiste en ignorar la necesidad de asumir el concepto de Salud como una responsabilidad de la Sociedad en su conjunto. Así, asumir el Trabajo multidisciplinario y transdisciplinario

como un elemento fundamental en las tareas de la Salud Pública aporta de manera significativa en la desmitificación del tradicional concepto de Salud arraigado en nuestra cultura.

Este cambio en la forma de abordar el tema de la Salud, como base vital para el buen desarrollo social, permitiría asumirla como un "bienestar humano" y no como la "ausencia de enfermedad", resaltándose, de esta manera, la importancia de la participación de la Sociedad en el mantenimiento de la Salud.

En esta realidad, abordar el tema de la Salud mediante la creación de Políticas, Planes de Salud, elaboración de documentos, de Leyes, de Decretos, de apoyo financiero, etc. no basta. Se requiere de un cambio que va más allá del aspecto económico, más que una "solución parche" para el momento. Es un *cambio cultural*, en la forma de pensar, de sentir, de vivir. La participación de las personas, las familias, la comunidad, el Estado y demás actores sociales es vital, pues esto permite aplicar un enfoque que de cabida a la participación social que involucre y reúna a la gente, a incorporar un Modelo multidisciplinario e intersectorial como lo es el Modelo Social Comunitario.

CAPÍTULO 3. ACERCÁNDONOS A ESTA REALIDAD

3.1- *¿Qué es una Discapacidad?*

Se conocen diversos tipos de discapacidad clasificadas según los ámbitos del ser humano que afectan: Discapacidad Mental, Discapacidad Física, Discapacidad Síquica y Discapacidad Sensorial, la que a su vez distingue entre Auditiva y la Visual.

El concepto de Discapacidad, ha sido definido por la OMS como *"toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen considerado normal para un ser humano"* (Ministerio de Planificación y Cooperación División Social op cit.)

El concepto de *Discapacidad* se ha caracterizado por *"excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y en cuanto tal, refleja alteraciones en el ámbito de las personas"* (Ibid.) La discapacidad concierne a aquellas actividades, aceptadas por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana (aquellas relacionadas con el comportamiento personal ya sea

control de esfínter, destreza para lavarse y alimentarse con autonomía, actividades locomotrices como caminar o trasladarse u otras)" (Andrea Yupanqui op cit.)

El concepto de *Deficiencia* se ha definido como *"la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica de la persona; deficiencia que se puede traducir en una situación de desventaja para un individuo determinado en función de su edad, sexo y de los factores sociales y culturales concurrentes"* (Ministerio de Planificación y Cooperación División Social op cit.) Por lo tanto corresponde a *"la pérdida o anormalidad que puede ser temporal o permanente, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano o tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La Deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja perturbaciones a nivel del órgano"* (16 Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Departamento Programas de las Personas Unidad de Salud Mental Área prioritaria de Discapacidad Síquica y Rehabilitación Sicosocial. 1996.)

Este último aspecto representa el concepto de *Minusvalía* de las personas con discapacidad en relación con su medio social. El concepto de minusvalía se relaciona con una situación desventajosa para el individuo por causa de una deficiencia o de una discapacidad, que limita e impide el desempeño de un rol que debiera ser normal en función de la edad, del sexo y de los factores sociales y culturales presentes. Esta se caracteriza por *"la discordancia entre el rendimiento y el status del individuo y las expectativas de este o del grupo en concreto al cual pertenece. La minusvalía representa el concepto de*

socialización de una deficiencia o discapacidad, en cuanto tal, refleja consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales, que para el individuo se derivan en la presencia de la deficiencia y discapacidad. La minusvalía sobreviene, desde esta perspectiva, cuando se produce un entorpecimiento en la capacidad de mantener lo que podría designarse como roles de supervivencia” (Andrea Yupanqui op cit.)

Este concepto de minusvalía, ha sido designado como un término altamente discriminatorio hacia la población que padece de una discapacidad, pues la excluye de sus roles y además aparta a este grupo de la Sociedad ya que destaca el valor del contexto social en el cual se desenvuelve la persona afectada, resaltando la discapacidad y no la esencia de ser humano, de ser social, laboral, cultural.

Según lo anteriormente expuesto, *“la discapacidad es un hecho social real, que afecta a un número importante de personas - de acuerdo a los Organismos Internacionales especializados ONU, OMS, OPS, aproximadamente el 10% de la población mundial se encontraría afectada por algún tipo de discapacidad y si a esto se suma los núcleos familiares de estas personas el total de la población afectada asciende al 25% - siendo la mejor forma de abordarlo un Modelo integral y multidisciplinario que comprenda acciones tanto del sector público como privado” (17 MIDEPLAN. 1996.)* De ahí la importancia de abrir y de dar mayor cobertura a los espacios de discusión para desarrollar políticas y programas orientadas en la prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades.

En nuestro país, según lo planteado por la OMS, existirían alrededor de 1.500.000 personas con algún grado de discapacidad. Por otro lado, una estimación más precisa según los datos estadísticos elaborados a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), que realizó MIDEPLAN en 1996 *existe una población aproximada de 616.434 personas que tienen discapacidad* (Ver Anexo 3), la que se distribuye de la siguiente manera:

- ♿ Discapacidad Auditiva 27,3 %
- ♿ Discapacidad Vocal 5,6 %
- ♿ Discapacidad Visual 26,9 %
- ♿ Discapacidad Física 21,2 %
- ♿ Discapacidad Siquiátrica 5,9 %
- ♿ Discapacidad Mental 13,1 %

Una problemática social de tal magnitud debe dejar de ser afrontada sólo desde el plano asistencial, filantrópico, humanitario o como un tema exclusivo del Sector Salud y Educación. Esta debe ser asumida por la Sociedad en su conjunto con Políticas en las cuales el Estado debe tener la principal responsabilidad, pero a su vez requiere la participación de todos los sectores sociales y debe guiarse por los principios de *Universalidad, Normalización y Democratización* (Ver Anexo 4.)

Las Políticas diseñadas para las personas con discapacidad deben tener carácter integral y abordajes e implementaciones intersectoriales.

La Ley N° 19284 y la Política Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad, definen tres áreas de intervención: Prevención; Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades.

La "Prevención se presenta como esencial para reducir la incidencia de la discapacidad e incorporar elementos para ir modificando las actitudes de la Sociedad frente a este hecho social. Asimismo, las acciones destinadas a la Rehabilitación y a la equiparación de Oportunidades, se sustentan en la necesidad de ofrecer a las personas que se encuentran afectadas por alguna deficiencia o discapacidad, oportunidades para su recuperación y reinserción social, educativa y laboral" (Ministerio de Planificación y Cooperación División Social op cit.)

Para elaborar y diseñar dichas "Estrategias de Intervención", se requiere de instrumentos de apoyo como: *Diagnósticos, Seguimientos y Evaluación*, con el objetivo de disponer de información válida y confiable que apoye la formulación o reformulación de acciones destinadas a lograr la plena integración social de este grupo.

3.2 La Discapacidad Sicosocial

La Discapacidad Sicosocial es entendida como *"consecuencia de un daño en la estructura o función psicológica de la persona, puede ser congénita o adquirida con carácter permanente. La pérdida de su capacidad puede ser completa o casi completa para el mercado laboral, para la vida independiente y para cumplir con los roles familiares y sociales"* (Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Departamento Programas de las Personas Unidad de Salud Mental Área prioritaria de Discapacidad Síquica y Rehabilitación Sicosocial op cit)

Para referirnos a la existencia de una discapacidad sicosocial, es importante señalar que en su diagnóstico debe presentarse una patología de componente síquico (intelectual, cognitivo), es decir *"lesiones o anormalidades en el sistema nervioso, causada por agentes o procesos responsables por la etiología o mantenimiento de trastornos biocomportamentales"* (Andrea Yupanqui op cit.)

Se ha diferenciado entre lo que es una discapacidad síquica y una discapacidad mental. La primera ha sido definida según el Decreto Supremo N° 2502, artículo 3° el que señala que: *"se considera que una persona tiene discapacidad síquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes. La discapacidad síquica puede ser provocada por diversos trastornos mentales, como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos de pánico, el trastorno esquizomorfo y el síndrome orgánico"* (MIDEPLAN op cit)

Por otro lado, la Discapacidad Mental "se caracteriza por un funcionamiento que presenta mayores dificultades que la media en el plano intelectual y que, generalmente, coexiste junto a limitaciones en las habilidades sociales y de adaptación. Puede tener causas biomédicas, de deprivación socio-cultural, comportamentales y educativas. Se puede manifestar en un nivel leve, moderado, severo o profundo. Algunos ejemplos de deficiencias que pueden derivar en una discapacidad mental son el síndrome de Down, el síndrome de X Frágil, el síndrome de Westt y la Fenilcetonuria" (Ibid.)

La Discapacidad Sicosocial, además de ser producto de una patología, debe contextualizarse en un medio ambiente en que diversos factores culturales y sociales potencian esta discapacidad y desventaja.

CAPÍTULO 4. LOS CAMINOS QUE SE PUEDEN TOMAR.

4.1 Rehabilitación

En nuestros tiempos, la Rehabilitación es definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *"como un término que se aplica a las personas con impedimentos físicos y mentales y consiste en el uso racional de procedimientos de validismo, como son las medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales, que tienen por objeto adiestrar o readiestrar al individuo, para tratar de llevarlo, de acuerdo con sus posibilidades reales, a los niveles más altos de capacidad funcional"* (18 Eduardo Ordaz. 1992.)

El concepto de *Rehabilitación*, según el Dr. Roger Morgan ha sido usado como sinónimo de *Reinserción*. En este sentido, Morgan señala que es importante mantener la diferencia entre "rehabilitación" y "reinserción" pues *"una rehabilitación sin reinserción produce estancamiento. Por otra parte, puede haber una reinserción sin rehabilitación, la cual tampoco contribuye a mejorar las condiciones de las personas de acuerdo a sus intereses"*.

Según el autor Piercy Report, *"la rehabilitación debe ser un proceso único que, de principio a fin, contenga aspectos tanto médicos como laborales. El tratamiento debe ser*

intensivo y planificado. Debe ser planificado para cada persona en forma individual y estar en un contexto de disciplina. Los horarios, las remuneraciones y condiciones de Trabajo deben ser lo más parecidas posible a aquellas existentes en el mercado laboral, en otras palabras debe ser auténtico”.

David Goldberg recomienda cinco aspectos importantes dentro del Proceso de Rehabilitación:

- 1. Medicamentos que se requieren por la enfermedad.*
- 2. Un ambiente general de estimulación equilibrado, para evitar las recaídas como para evitar el retraimiento, la apatía y el mutismo. Esto depende fundamentalmente de la mística del equipo y de un programa activo.*
- 3. Una organización en la cual el usuario pueda progresar a pequeños pasos. Esto significa diversas escalas de progreso, ocupacionales, sociales, laborales, etc.*
- 4. Desarrollar y reforzar habilidades sociales.*
- 5. Un programa de reinserción laboral real para restablecer la personalidad y hábitos de trabajo.*

4.2 Rehabilitación Sicosocial

El concepto de Rehabilitación Sicosocial se define como: *"el proceso individualizado de desarrollo máximo de potencialidades y capacidades de acuerdo a intereses, valores y objetivos personales. Este proceso incluye, además, la toma de conciencia y la aceptación de la enfermedad mental, como elemento imprescindible para estar en condiciones de asumir roles sociales, adquirir autocontrol y satisfacción de vida en el ambiente más apropiado de la persona. Las áreas abordadas en dicho proceso, dependerán de las necesidades personales determinadas mediante evaluaciones que incluyan los aspectos sociales, laborales, instrumentales, psicológicos, motivacionales, afectivos, educacionales y otros, tanto de la persona con discapacidad como de su familia. El proceso de rehabilitación debe incluir la participación activa de la comunidad interviniendo en las consecuencias de la enfermedad, es decir, en la situación de cronicidad y en los desórdenes discapacitantes del usuario"* (Ibid.)

Por mucho tiempo, se consideró en el proceso de rehabilitación exclusivamente el *tratamiento farmacológico; las hospitalizaciones prolongadas; la sicoterapia y el ambiente terapéutico*. Desde esta perspectiva, las intervenciones realizadas no ayudaban a mejorar el funcionamiento de la persona en tanto ser social íntegro, sino que por el contrario, se abocaban a controlar sólo los síntomas propios de la enfermedad.

Los nuevos enfoques, en cambio, plantean que la integración de la familia y la comunidad en el proceso de rehabilitación es fundamental en el tratamiento, pues es su medio ambiente más próximo y normalizado lo que facilita de gran manera la reinserción social.

La presencia y convivencia con una persona con discapacidad síquica en el seno familiar, provoca gran impacto. La familia comienza a vivir un proceso de angustia permanente, auto críticas, auto marginación, destrucción en las relaciones e interacciones familiares y sociales.

Los tratamientos enfocados al proceso de rehabilitación de personas que viven con este tipo de enfermedades, por lo general olvidan o prescinden de la familia, y cuando se hace necesaria su participación, es para transformarlas en fuentes receptoras de información de datos meramente burocráticos. En su generalidad, los Servicios que abordan el área de Salud Mental con una mirada tradicional, se posesionan del enfermo y lo separan de su entorno natural.

Esta realidad es producto de un Modelo de atención en Salud Mental que ha considerado a la enfermedad mental y la siquiatria, como el "pariente pobre" de la medicina, localizando su quehacer en el "manicomio" el cual aísla y segrega a la persona haciéndole perder el carácter de tal y no respetando ninguno de sus derechos fundamentales.

Según afirman algunos autores, "el papel de la familia en los procesos de rehabilitación es básico para conseguir los objetivos propuestos. La familia puede asumir el rol de

estimulador, facilitador o en su defecto, la familia puede transformarse en una barrera insuperable, mostrándose despectiva o desligada plenamente del problema" (19 José García et al.)

Por tanto, si la familia tiene una conducta activa y optimista en el proceso de rehabilitación, se puede suponer que esta acción tendrá un efecto positivo para la inserción social de la persona, ya que se contaría con la red básica de apoyo para dicho proceso.

La familia es una figura esencial en la decisión del afectado, pues es ella, en la mayoría de los casos, quien tiene la iniciativa de acercar a su familiar a la atención psiquiátrica requerida. En esta idea, *"la familia atraviesa por un largo período de estrés antes de convencer a su ser querido de que necesita conseguir ayuda profesional"* (20 Carol Anderson et al.)

En nuestros días, los recursos económicos determinan la calidad de la atención de Salud que recibe el individuo. Para los sectores más desposeídos los tratamientos son incompletos, pues los recursos asignados para el área de Salud Mental son escasos. Esta población no cuenta con medios, herramientas e información suficiente y adecuada para lograr un tratamiento integral.

La inserción del Trabajo Social en Salud Mental y Siquiatría ha estado marcada por el Modelo asilar, con una mirada asistencialista centrada en el caso y abocado principalmente al diagnóstico familiar para aportar información al equipo a cargo.

Con el surgimiento de nuevos Modelos en Salud Mental, que ponen énfasis en el Ser Social Integral, en su derecho a una rehabilitación integral con la presencia activa de la familia y la comunidad y el necesario vínculo y fortalecimiento de las redes sociales, se plantean nuevas exigencias en el rol que debe asumir el Trabajador Social. En otras palabras, *el Trabajo Social debe ser un agente de transformación que promueva cambios mediante una intervención desde las bases, desde las estructuras de las relaciones del sistema familiar y una intervención desde la superestructura, participando e integrando su voz en las esferas gubernamentales, en el proceso de creación de Políticas Sociales junto al Trabajo en un equipo multidisciplinario* (Ver Nota Aclaratoria 1.)

CAPÍTULO 5. UNA HERRAMIENTA VIABLE.

La Sicoeducación

La Sicoeducación es una herramienta valiosa en el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad síquica. Sus objetivos son:

1. Entregar información actualizada acerca de la enfermedad mental.
2. Reconocer efectos secundarios de la enfermedad y medicación.
3. Enfrentar el estrés del medio ambiente.
4. Vincular y crear alianzas entre el equipo de salud, redes comunitarias y familia.
5. Dar a conocer los recursos y servicios disponibles en la comunidad.
6. Fomentar habilidades de auto cuidado de las personas con discapacidad y de sus familiares.
7. Ayudar a identificar en la familia aquellos factores que puedan aportar y potenciar el proceso de rehabilitación.
8. Ofrecer esperanzas reales acerca del tratamiento y rehabilitación de su familiar con discapacidad.

La Sicoeducación, junto con ser un aprendizaje desde la experiencia particular de cada uno de los participantes, busca informar y dar a conocer, desde una visión científica, lo que se

sabe acerca de estos temas. Pretende, del mismo modo, que este conocimiento sea aplicado en aras de mejorar la calidad de vida y desarrollo personal y familiar de quienes sean parte de este tipo de experiencia.

Así, la asistencia, compromiso y participación activa en estos espacios permite, de algún modo, disminuir el estrés provocado en las familias y busca erradicar el conflicto familiar producto de los sentimientos de frustración, culpabilidad, desilusión y criticismo que surgen de la enfermedad. Si estos elementos no son tratados a tiempo sólo se provocan tensiones que aumentan el estrés y la vulnerabilidad provocando constantes recaídas y como consecuencia, reiteradas hospitalizaciones, lo que redundaría en continuar con el fenómeno de la "puerta giratoria".

La Sicoeducación intenta promover la *ayuda mutua* entre las partes involucradas en el Proceso de Rehabilitación, es decir, el equipo de Salud Mental, Red Social, Persona con Discapacidad y su núcleo Familiar.

En este contexto, los Trabajos que extienden su campo de acción al ámbito familiar han permitido que el *"combinar dicho Trabajo con la terapia farmacológica, puede constituir un importante medio para el tratamiento y rehabilitación de las personas con discapacidad mental"* (21 Robert Paul Liberman.)

CAPÍTULO 6. QUIÉN NOS RODEA

6.1 Familia.

Entendida como *"La matriz psicológica, social y cultural donde se forma la personalidad... En este sistema, la persona se encuentra en constante interacción con otras, las relaciones interpersonales son las que están más afectadas tanto por las presiones internas como externas que se dan en el sistema intra o extra familiar"* (22 Ornella Flores) Así, la familia es la primera escuela de todo ser humano.

La familia tiene un ciclo de vida propio (formación de la pareja; crianza; familia con hijos preescolares, escolares, adolescentes; período terminal de la familia cuando el último de los hijos abandona el hogar.) y cumple las siguientes funciones:

- a) Satisfacción de necesidades sexuales de la pareja.
- b) Reproducción y crianza de los hijos proporcionándoles lo necesario para vivir.
- c) Transmisión de valores, conductas y pautas sociales.
- d) Desarrollo, entre los integrantes de la familia, de estrechos lazos emocionales basados en obligaciones mutuas y sentimientos de pertenencia.

Existen distintos tipos de familia:

- a. **Nuclear.** Constituida por madre, padre e hijos.
- b. **Extendida.** Familia nuclear más otros miembros de la familia (tíos, cuñados, suegros, etc.)
- c. **Uniparental.** Donde está presente tan sólo uno de los progenitores (papá o mamá y sus hijos.)
- d. **Agregada.** Parejas que se han separado y se han unido formando una nueva familia, contribuyendo cada uno con sus propios hijos

Para efecto de esta investigación tomaremos como concepto central de Familia, aquel desarrollado según la Teoría de Sistemas. Bajo el prisma de esta teoría la Familia se define como: *"el conjunto de objetos relacionados entre sí y sus atributos. Los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones entre uno y otros, mantienen unido el sistema"*

(23 Morelia Martínez. 1995.)

Cada familia, dentro de este contexto, se compone de:

- Personas
- Conductas comunicacionales
- Relaciones e interacciones que mantienen el sistema.

La familia como sistema social tiene dos propiedades: "la *apertura y cerrazón*" (24 Morelia Martínez. 1995.) En este entendido surgen cuatro principios que rigen la dinamicidad de dicho sistema:

1. **Totalidad.** Entendida como la interdependencia entre los componentes y sus conductas, abarca los individuos y los procesos transaccionales existentes entre ellos.
2. **Homeostásis.** Proceso de retroalimentación que dice relación con la información que entra y sale del sistema, con base en un regulador (o chivo emisario) que mantiene un equilibrio dinámico al interior del sistema, de manera tal que las disfunciones sólo se perciben a través de él.
3. **Causalidad Circular.** Proceso circular identificable al interior del sistema familiar.
4. **Comunicación.** Interrelación de información, intercambio que se establece al interior de una familia. (25 Morelia Martínez. 1995.)

6.2 Familias Disfuncionales

La presencia de problemáticas tan complejas como es el caso de los trastornos mentales, las familias se han visto y se ven enfrentadas a diversos problemas de tipo conductual, relacional, social, etc. A este tipo de familias se les ha asignado la categoría de " familia disfuncional" según diversos autores que se han adentrado en el tema.

El concepto de *familias disfuncionales* se ha definido como: *"Sistemas familiares incapaces de acomodarse a situaciones de estrés, desequilibrio o crisis. Estas familias poseen gran dificultad para cuestionar el funcionamiento familiar y disponerse al cambio. Predomina el bajo nivel de autoestima en sus miembros. La comunicación presente en este tipo de familias es instrumental, es decir, mediante mensajes encubiertos y desplazados. Son incapaces de crear un equilibrio que permita el crecimiento e individualización de sus miembros"* (Carmen Jorquera op cit).

Su estructura familiar forma parte de un "círculo vicioso", el que encuentra su base en la crítica constante y la despreocupación de los componentes del grupo familiar. Priman sentimientos amargos, de injusticia y falta de aprecio. Así, en este tipo de familias surgen, entre sus miembros, sentimientos y conductas tales como: enojo, vergüenza y auto recriminación respecto a la problemática que los agobia.

Frente al miembro que padece de una enfermedad siquiátrica en general, la familia asume una actitud excesivamente sobreprotectora, la que redundará en un factor

negativo tanto para la persona que padece de esta discapacidad como para la propia familia. Junto con lo anterior, existen situaciones extremas en las cuales quienes se hacen responsables de la persona enferma comienzan a postergar su individualidad y la de su grupo familiar. Todo gira en torno a la sintomatología del miembro afectado, y como consecuencia de esta situación muchas veces sucede que se crean lazos simbióticos o un doble vínculo en las interrelaciones familiares y una especie de manipulación y abuso por parte de quien padece de esta discapacidad, llegando a controlar todo el sistema familiar.

Otras veces, por el contrario, se asume una actitud en la que los componentes del grupo familiar comienzan a aislar a quien está enfermo, no se le toma en cuenta como persona, su opinión no es válida y no tiene ningún tipo de injerencia en el desarrollo de las relaciones interpersonales dentro de este sistema. Esta persona con discapacidad pierde su rol dentro de su núcleo familiar.

Así, ninguno de los dos extremos es positivo, es importante hallar un equilibrio, el cual permita un funcionamiento adecuado para cada uno de los componentes de esta familia. Se torna necesaria, entonces, la intervención de profesionales que trabajen en el área, aptos para asumir este rol y, además, la participación temprana y a tiempo de todo el núcleo familiar.

Las familias disfuncionales se clasifican en dos tipos:

Familias Disfuncionales Aglutinadas. Existe un fuerte sentido de pertenencia de sus miembros. La conducta de un miembro de la familia afecta a todo el sistema familiar, además, el estrés de un miembro repercute intensamente a los otros subsistemas.

Familias Disfuncionales Desligadas. Tiene un funcionamiento autónomo. Existe un desproporcionado sentimiento de independencia. El estrés de algún miembro de la familia no repercute en el sistema familiar. La familia permanece inmune a las necesidades y problemas de sus miembros.

Por falta de recursos existentes y la gran burocratización del sistema de atención en Salud Mental, algunas familias de personas con discapacidad siquiátrica han debido asumir las siguientes funciones:

1. Vincular a su familiar enfermo en las distintas redes de apoyo.
2. Preocuparse de sus necesidades globales (vestuario, aseo, salud, etc.)
3. Controlar la calidad de los servicios recibidos.
4. Participar en grupos de apoyo y defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

La Sociedad, en general, ha atribuido la responsabilidad del proceso de rehabilitación a quien padece de una discapacidad y a su núcleo familiar. A la vez, dentro de este núcleo familiar, la responsabilidad en dicho proceso se delega, en la mayoría de los casos, a *un solo miembro* (generalmente la madre) la que se transforma en la cara visible frente a su propia familia y el medio ambiente que les rodea.

CAPÍTULO 7. RED SOCIAL

La implementación de los Planes y Programas de Salud Mental, del MINSAL que pone el acento en el desarrollo de un Modelo de atención en red en el desafío de integrar a las personas con algún tipo de discapacidad a la Sociedad y a la vida cotidiana, y a su vez generar nuevas exigencias a la familia de los usuarios.

Frente a este fenómeno social, cultural y económico dentro de los círculos de profesionales atinentes a la Salud Mental, se llevan a cabo una serie de discusiones y elaboración de nuevas metodologías de intervención y abordaje. Esto ha dado pie a la creación, dentro de la comunidad, de espacios que promuevan la integración e inserción social de las personas que padecen de una discapacidad mental.

Como consecuencia de esto surge, bajo la iniciativa de diversas organizaciones y equipos multidisciplinarios, la necesidad de llenar este vacío dejado por la falta de cobertura y recursos por parte de los servicios del Estado. Esto ha permitido que personas con discapacidad síquica sean acogidas en estos nuevos espacios, donde se promueve el desarrollo de habilidades a partir de nuevos Modelos de atención y tratamiento.

A estos nuevos Modelos de atención se les llamó "*programas de apoyo comunitario*", los cuales han servido como protecciones ambientales que ayudan a reducir el estrés del

medio ambiente que rodea a la persona con discapacidad. Dichos programas fortalecen las potencialidades presentes en estas personas, adiestrándolas en habilidades sociales, actividades ocupacionales, de recreación y tiempo libre, conversacionales y de autocuidado. De esta manera, el usuario de estos programas se compromete a cumplir objetivos realistas y mejora notoriamente sus resultados clínicos y desenvolvimiento social.

Muchas de las personas con discapacidad mental que participan de estos programas obtienen, con mayor probabilidad, satisfacción a sus necesidades conforme aprenden a enfrentar y resolver sus conflictos y problemas en la vida cotidiana. Basándose en esto, no debe sorprender que las personas que se integran y participan a los Programas Comunitarios, a la larga recaen menos que aquellos que no tienen ningún tipo de apoyo o vínculos.

Generalmente existe al menos un miembro de la familia que se siente responsable y cercano a la persona afectada y toma la iniciativa de llevarlo a algún lugar donde le puedan proporcionar algún tipo de apoyo, y a la vez cierto tipo de orientación para la persona o familiar que se hace responsable de su cuidado. Esta aproximación es vital pues a este vínculo es a lo que llamamos red social, es el punto de partida para la integración de las familias en el proceso de rehabilitación como "*entidades rehabilitadoras domésticas*" y es un elemento fundamental para lograr la "integralidad" del tratamiento, trabajando a la par con los equipos de Salud Mental inmersos en los Programas de Apoyo Comunitario o Centros de Rehabilitación Sicosocial.

La red social se define como *"un sistema de vínculos entre personas, grupos u organizaciones dirigido a intercambiar distintas clases de apoyo ya sea social, afectivo / emocional, material, financiero, laboral, etc."* (Robert Paul Liberman op cit.) Lo más importante dentro de la red es que dichos vínculos funcionen adecuadamente y se genere un proceso de entrega y ayuda mutua.

Los Grupos de Autoayuda y Defensa de los Derechos de las Personas con Discapacidad así como las Agrupaciones de Familiares, son un primer paso para salir del aislamiento, generar fortalezas y a su vez, avanzar hacia la integración en la vida comunitaria.

La creación de Agrupaciones o Grupos de Autoayuda más los elementos propios de la Sicoeducación han permitido, de manera progresiva, acercar y desmitificar la realidad estigmatizada de las enfermedades mentales al común de las personas, facilitando el proceso de reinserción e integración social.

NOTAS ACLARATORIAS.

1. El rol del Trabajo Social en el área de Salud Mental, será abarcado con mayor profundidad en la "TERCERA ESTACIÓN: *QUÉ ASIENTO OCUPÓ EN ESTE VIAJE*".



Tercera Estación.

*Qué asiento ocupó
en este viaje...*

TRABAJO SOCIAL Y SU INSERCIÓN EN SALUD MENTAL

La nueva concepción de Salud se plantea como un recurso y un proceso dinámico en el cual se puede intervenir mediante acciones de fomento de prevención y recuperación.

Los individuos que conforman la Sociedad cuentan con la capacidad de alcanzar su bienestar físico, mental y social, mediante la identificación de sus necesidades, las que pueden satisfacerse mediante la apertura al cambio, lo que permite equilibrar y/o cambiar aquellos comportamientos que resultan disfuncionales en las relaciones sociales, y de esta manera poder adaptarse a su medio ambiente.

El Trabajo multidisciplinario, en su abordaje e intervención en el proceso de rehabilitación, contribuye la integralidad del tratamiento mediante un Trabajo coordinado, en el cual las distintas disciplinas aporten sus conocimientos y su práctica en función de la inserción social de las personas con discapacidad. Por otra parte, involucra a todos los sectores sociales, adecuando esta nueva propuesta de Salud como una responsabilidad Social, a un Sistema Socioeconómico que debe estar acorde con las necesidades de la población. A partir de esto, paulatinamente se superarán las barreras establecidas

por los Modelos tradicionales en el área de la Salud Mental, cambiando este Modelo por uno Socio-Comunitario.

El Rol Profesional radica, entonces, en la definición global del equipo como una unidad operativa, a partir de la cual se determinan cada una de las necesidades de la intervención y los problemas propios del usuario. De estas definiciones, por tanto, surgirán las tareas a desarrollar por parte de cada profesional según su preparación y su habilidad.

El Trabajo Social, como parte integrante de este equipo, debe estar presente en todos los ámbitos en los que se desarrolla el ser humano. La Salud Mental, para el Trabajo Social, es un referente importante de integración de nuestra profesión pues involucra una problemática vigente, constante, cotidiana y poco estudiada y aprehendida en nuestro quehacer profesional.

En el proceso de rehabilitación, el Trabajo Social operacionaliza su campo de acción en los siguientes ámbitos:

1. El estudio diagnóstico.
2. El tratamiento y la Rehabilitación.
3. El seguimiento de casos.
4. Trabajo con familias.
5. Inserción Comunitaria.

Estas fases, en la práctica y debido a lo dinámico y complejo de los trastornos mentales, muchas veces no se dan de manera correlativa o incluso pueden darse de forma

simultánea, además deben ser lo suficientemente flexibles y requieren de evaluaciones permanentes, dependiendo de la realidad particular de cada persona y de las nuevas problemáticas que según el contexto histórico y sociocultural vayan manifestándose.

En este entendido, el Trabajo Social se presenta como nexo importante entre la realidad específica de las personas con discapacidad y la vida comunitaria. Las intervenciones se centran en el Individuo, Familias, Grupos y Comunidades en forma simultánea y/o separadamente, aunando en dicha intervención objetivos de tipo promocional, educativo, organizativo, de gestión y de desarrollo local.

Las acciones ejecutadas por el Trabajo Social son transformadoras y liberadoras, pues no sólo buscan mejorar una situación determinada y satisfacer necesidades básicas de la población, mejorando de esta forma la calidad de vida; también debe entregar elementos que le permitan a esta población vulnerable ser protagonistas y conductores de sus procesos de cambio.

Las estrategias utilizadas por el Trabajo Social en su inserción al área de la Salud, y específicamente en la Salud Mental, se han centrado en:

1. *Contribuir a la incorporación del ambiente social inmediato que rodea al individuo al equipo de Salud Mental.*
2. *Colaboración en la realización de diagnósticos participativos, en conjunto con las partes involucradas (usuarios, familia, comunidad, equipo de salud.)*
3. *Programación de acciones que respondan a necesidades locales.*
4. *Análisis de los factores de riesgo social que condicionan la situación de salud.*
5. *Aplicación de metodologías y técnicas de Educación Social y Trabajo Comunitario.*
6. *Utilización del enfoque familiar en el tratamiento de problemas emergentes y de mayor complejidad (maltrato, violencia, drogadicción y alcoholismo, SIDA, etc.)*
7. *Coordinación de Redes Sociales Comunitarias.*
8. *Promover la Participación Social y del Trabajo Intersectorial.*
9. *Intervenciones sociales a escala individual, grupal y comunitaria.*
10. *Implementación de intervenciones específicas de apoyo sicosocial a familias con problemas de Salud de mayor impacto biosicosocial (oncología, neurología, siquiatria entre otros.)*

11. *Contribución a la implementación de actividades de apoyo al desarrollo de los recursos humanos del sector* (26 Hilda Olivares.)

El Trabajador Social, por tanto, dentro de la Salud Mental se inserta como un copartícipe de la intervención psiquiátrica. En este ámbito, cualquier forma de coparticipación implica un riesgo de que los roles se confundan o tiendan a diluirse, ya sea en una suerte de "invasión de campos", o en el incumplimiento de tareas que, se supone, corresponden a algún otro profesional y, en ambos casos, se compromete gravemente la eficacia de la intervención.

La Salud Mental, se ha convertido en los últimos años en una preocupación constante por parte de organismos nacionales e internacionales que tienen relación con esta problemática social.

Esta preocupación se genera a partir del aumento de las enfermedades mentales en nuestra sociedad, las cuales han alcanzado casi un 20% de la población. Las patologías más comunes que se han manifestado en los últimos años han sido el bebedor problema, neurosis y estrés. Además, en esta área se han generado nuevos problemas como la drogadicción infanto - juvenil y el impacto que tienen estas patologías al interior de las familias en cuyos núcleos se albergan. Además del daño provocado por los trastornos mentales al interior del núcleo familiar, también se han visto involucradas otras esferas en las cuales se desenvuelve el ser humano, como el ambiente laboral, de desarrollo comunitario, espacios de ocio y recreación, etc.

Las condiciones desfavorables que presenta nuestra Sociedad para la recreación de ambientes saludables y propicios para el desarrollo de la Salud Mental de la población, específicamente en los sectores populares son, sin duda, efecto y causa directa de la inequidad económica y social, de la desigualdad de oportunidades en todas las áreas en que se desarrolla y desenvuelve el individuo.

El resultado de estudios realizados por la OMS, en diciembre del año 2000, aseguran que más del 90 % de las personas con discapacidad no recibe atención adecuada en los países en vías de desarrollo; la paradoja es que es precisamente en estos países donde reside la mayor parte de las personas con discapacidad, las cuales componen el 10 % de la población mundial. Este problema tiene su fuente de origen en diversos factores, entre los que destacan la falta de una formación profesional adecuada en la atención de estas personas y la abismante disparidad en la distribución de las riquezas, tanto en países ricos y pobres como en sectores urbanos y rurales dentro de un mismo país. Frente a esta compleja situación, se propone *adoptar los esfuerzos necesarios para readecuar la legislación y la Educación, con el objeto de permitir la plena inserción de estas personas en la Sociedad* (27 Agencia EFE. 2000.)



El Trabajo Social debe contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, debe colaborar en acciones de fomento, prevención y recuperación de la Salud Mental en la población. En esta materia se centran los siguientes objetivos:

1. *Motivar y crear condiciones para que organizaciones sociales presentes en la comunidad se integren activamente en la descripción diagnóstica, establecimiento de prioridades y resolución de problemas.*
2. *Crear y fortalecer las redes sociales, referidas al tema de la Salud Mental, presentes en la comunidad en general.*
3. *Aportar a la comunidad y al equipo de Salud Mental elementos diagnósticos y de análisis críticos, fundados en el conocimiento de la realidad sicosocial y sociocultural.*
4. *Promover cambios de estilos de vida que favorezcan el desarrollo y fortalecimiento de pautas culturales tendientes a la solidaridad, apoyo mutuo y auto responsabilidad.*
5. *Crear y promover la formación de grupos y organizaciones de auto ayuda y funcionamiento igualitario.*
6. *Promover y fomentar la identidad cultural propia de los grupos y comunidades.*

7. *Sensibilizar y motivar a la comunidad en general respecto al tema de Salud Mental.*

En este punto, es importante complementar a la información otorgada en este Documento, la colaboración en la superación del estigma que afecta directamente a las personas con discapacidad.

8. *Elaborar e implementar proyectos de intervención específicos en problemas de Salud Mental, tradicionales o emergentes en conjunto con el equipo de Salud Mental.*

9. *Propiciar la creación de programas y/o proyectos de Salud Mental en los establecimientos en que no existan (Hilda Olivares op cit.)*

La participación implica compromiso y responsabilidad de todos los agentes socializadores y dentro de ellos del Trabajo Social. La participación debe llevarse a cabo mediante técnicas que promuevan la inserción de toda la comunidad en esta problemática. El trastorno síquico y su rehabilitación es una labor que debe ser abarcada por todo el espectro social.

Esta *Problemática Social*, entonces, debe ser asumida como un elemento propio de las dinámicas que se generan dentro de nuestra Sociedad y no como un "fenómeno" externo, ajeno a nuestro devenir histórico social. En este sentido la entrega de una adecuada información y de un libre acceso a ella es el primer y fundamental paso que permite ejercer, a través del potencial propio de cada individuo y grupo, la inserción social.

Las vías utilizadas para entregar este aporte a la sociedad, dependerán del contexto histórico, cultural y social en que nos situemos. Esto es importante pues si no se respetan los espacios locales, las creencias, las tradiciones de la comunidad, toda intervención ejecutada será vista como ajena y fuera de contexto, por lo que los efectos no serán de mayor trascendencia. Por lo tanto, el Trabajo Social debe utilizar un lenguaje y canales comunicativos que sea capaz de adecuarse a cada realidad específica en la que se interviene.

Esta es la misión principal del Trabajo Social; acercar a la gente, promover la participación e integración de todas las personas, sin importar sexo, raza, religión, ni "discapacidades", en una igualdad de oportunidades en todas las esferas del ámbito social y cultural.

El quehacer con seres humanos es algo más que aplicar una solución a un problema determinado y específico. Intervenir en estas heterogéneas realidades implica un constante flujo de preguntas, de respuestas, de elaboración y creación de nuevas teorías, aplicación de instrumentos efectivos y objetivos y de metodologías adecuadas para cada contexto socio cultural. Requiere de una labor constante que significa ir contemporizando cada una de las visiones de las profesiones ligadas al tema; de esta forma, la intervención tendrá un sentido real para aquellos que queremos ser parte de un profundo y significativo proceso de cambio social.

Insertarse como Trabajador Social en el área de Salud Mental no es tarea fácil, pues se aglutinan una serie de factores que complejizan y dificultan el abordaje e intervención hacia esta realidad social:

✍ Factores administrativos. Sistema burocrático, escasez de recursos materiales y humanos.

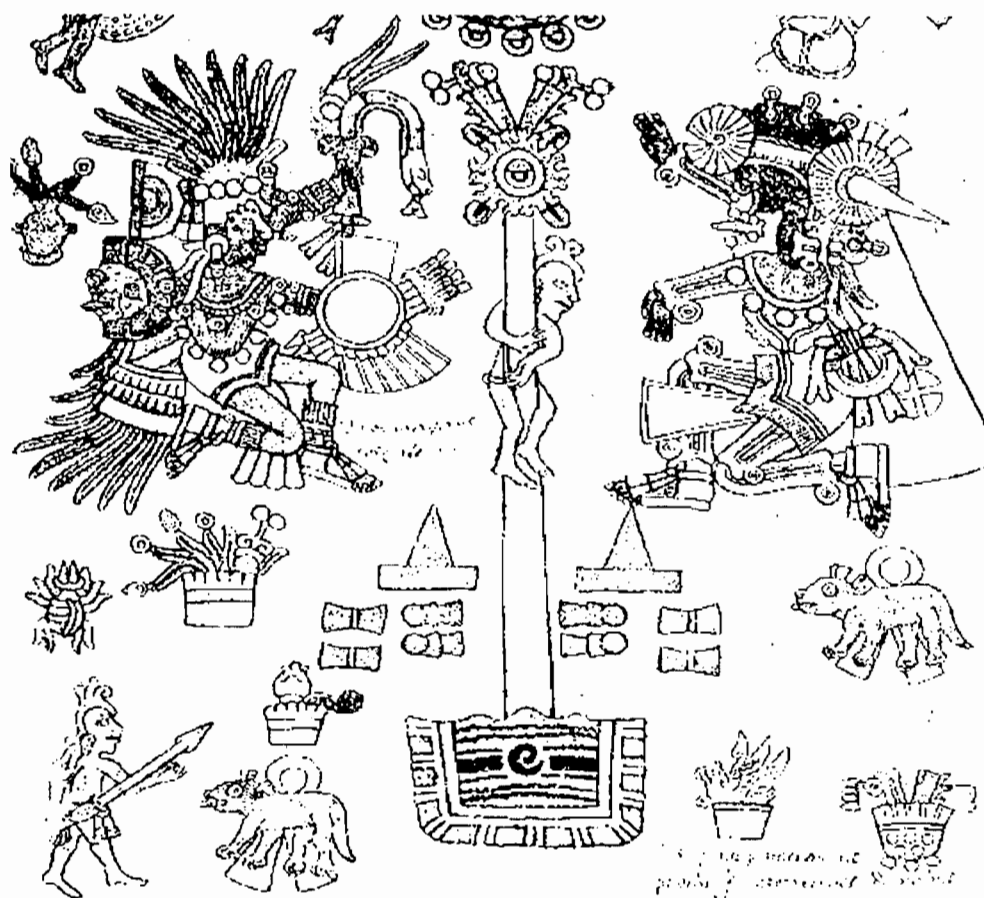
✍ Exacerbado celo profesional e intromisión en el aporte específico de cada profesión, que impiden un Trabajo multidisciplinario coordinado y efectivo.

✍ Falta de recursos humanos y materiales. Lo que impide una mayor cobertura.

✍ Características particulares de los beneficiarios del Sistema Público de Salud. Nivel socioeconómico bajo, Educación formal incompleta, pobreza cultural.

Frente a esta serie de dificultades que presenta para el Trabajador Social su inserción en el área de la Salud Mental, es necesario crear, elaborar y adecuar teorías, metodologías, instrumentos y evaluaciones pertinentes a la realidad particular de las personas involucradas. Es importante, del mismo modo, definir más claramente aún el rol que le compete al Trabajo Social dentro del Equipo Multidisciplinario, con el objeto de transformarse, en definitiva, en un aporte significativo en la integralidad del tratamiento y futura inserción social.

Cuarta Estación.



*He aquí nuestro lugar en la
tierra...*

CAPÍTULO 1.

INTERVENCIÓN DE LA SICOEDUCACIÓN EN FAMILIAS CON PROBLEMÁTICAS DE DISCAPACIDAD SÍQUICA.

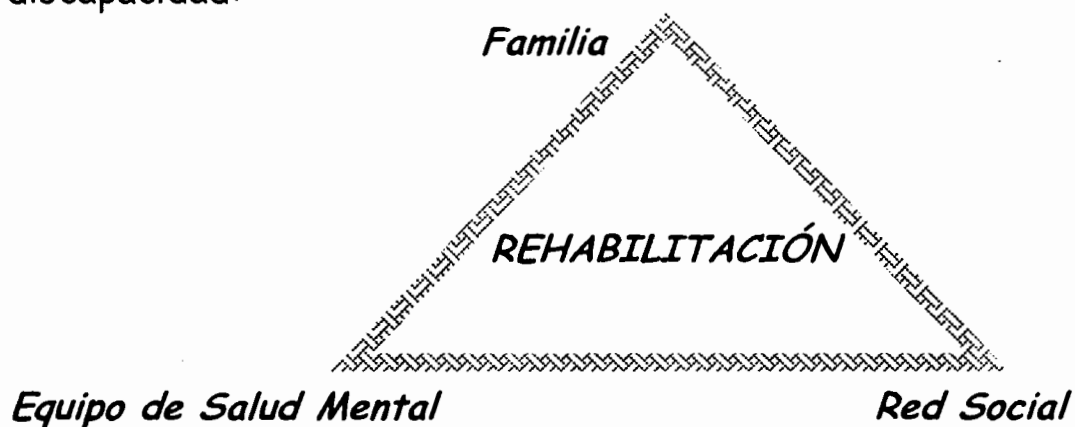
La Educación en Salud es fundamental en tanto herramienta para el desarrollo de *"aptitudes personales y comunitarias que permitan a las personas lograr una mayor autonomía y ejercer un mayor control sobre su salud"* (Dra. Paulina Gómez op cit.) Consecuentemente con esta idea, la Educación dentro de las esferas de la Salud es un elemento viable en el proceso de rehabilitación de enfermedades discapacitantes o en la prevención de actitudes y/o conductas que a futuro puedan acarrear secuelas irreversibles (drogadicción, alcoholismo, etc.) En este ámbito la Educación tiene por finalidad lograr cambios de conducta en las personas afectadas por este tipo de problemáticas.

La Educación debe ir acompañada de otros elementos que aporten en la integralidad del tratamiento en el grupo que se está interviniendo. Estos elementos son: *"apoyo social que favorezca la conducta deseada o en su defecto repruebe las conductas que se desean eliminar; un adecuado soporte político"* (Ibid.) En otras palabras, es necesaria la creación e implementación de Políticas Sociales que estimulen, apoyen y entreguen los recursos necesarios para este tipo de intervenciones. Es importante tener siempre claro que *"el éxito del proceso se basa principalmente en lograr el desarrollo de*

habilidades que permitan lidiar con el medio y en disponer de apoyo concreto del entorno” (Ibid.)

Las instancias que se han generado dentro del proceso de rehabilitación, han utilizado elementos sicoeducativos como una herramienta viable y adecuada para guiar dichos procesos.

Dentro de la Rehabilitación Sicosocial nos encontramos con tres elementos fundamentales que giran en torno al proceso de rehabilitación de la persona afectada de una discapacidad:



En este triángulo, donde lo óptimo es que las tres partes funcionen simultánea y mancomunadamente y apunten hacia un objetivo común -Proceso de Rehabilitación-, la Sicoeducación se transforma en un elemento fundamental que activa, enlaza, mueve y le otorga la consistencia necesaria a cada una de las piezas que componen el engranaje de la estructura del proceso de rehabilitación. Su importancia se manifiesta, específicamente, al intervenir con los familiares de las personas afectadas directamente por una discapacidad mental.

La Sicoeducación permite y ha permitido en experiencias anteriores, disminuir por un lado el número de recaídas y re-hospitalizaciones en las personas afectadas directamente y por otro, acercar los últimos avances y conocimientos científicos sobre enfermedades mentales y su tratamiento a la familia del usuario. Con esto las familias, poco a poco, van aprendiendo elementos que paulatinamente se traducen en una mejoría de su actitud frente al tema; además se integran y comienzan a formar parte importante de la red de apoyo que gira en torno al proceso de rehabilitación.

La atención dirigida por parte del equipo de Salud Mental hacia las Familias de las personas con discapacidad es muy importante y necesaria, pues al interior de estas se genera y desarrolla una fuerte "carga emocional" producto de la profundidad y complejidad de los síntomas propios de la enfermedad, de la severidad de ésta y de las incapacitaciones que se provocan en muchas esferas de la vida "normal", como la responsabilidad económica por ejemplo, ya que generalmente son las familias las que deben ocuparse de comprar los medicamentos. Por otro lado es muy difícil conseguir pensiones asistenciales, pues los recursos asignados por parte del Estado no son suficientes para todas las personas que padecen de estos trastornos y se otorgan sólo a "aquellas personas que más los necesitan dentro de las más necesitadas". La Familia, a la vez, debe mantener y solventar las necesidades básicas de quienes sufren de discapacidad mental, pues a estos últimos se les hace difícil mantener un empleo regido por horarios normales y por las presiones propias de una actividad laboral. Si llegado el caso, y como corolario de ésta situación, logran conseguir un trabajo, se ven enfrentados una vez más a

conductas discriminatorias, pues los empleadores, por lo general, no pagan lo suficiente como para que puedan solventar todas sus necesidades. En el caso de las personas que sufren de un trastorno síquico crónico y severo la situación antes descrita se torna más aguda.

Convivir diariamente con una persona con este tipo de enfermedad es un factor que genera actitudes altamente intrusivas y profundamente alteradoras de las interrelaciones que se generan al interior de la familia. El costo emocional producto de la situación anterior es nefasto, pues se manifiesta mediante sentimientos de ansiedad, tensión, culpa, desmoralización, depresión, dolor y frustración. Generalmente estos sentimientos en la familia redundan en una sintomatología siquiátrica. He aquí la importancia vital de tratar a tiempo a la familia, previniendo actitudes y conductas que a la larga pueden terminar en una desintegración tanto familiar como individual.

Cabe destacar que el modo de enfrentar y asumir una enfermedad mental severa es distinto según el contexto cultural de las familias afectadas. Por ejemplo: *"En Londres, aproximadamente el 47% de las familias experimenta alto estrés con criticismo y sobre-implicación. En Los Ángeles, los angloamericanos tienden más frecuentemente a responder con una alta emoción expresada (dos tercios de ellos se mostraban críticos o sobre-implicados.) Al otro lado del espectro cultural, en la India, donde el curso de la esquizofrenia parece ser más benigno que en Estados Unidos o Inglaterra, menos del 10% de familiares fue descrito como críticos o sobre-implicados"* (Robert Paul Liberman op cit.)

En nuestra cultura y en América Latina se presenta una forma particular de asumir el problema de la presencia de trastornos mentales, muy parecido al modo de actuar anglosajón y/o inglés. Este parecido puede ser producto de la intromisión y gran influencia de sus patrones culturales a nuestro sistema social de relaciones humanas. Nuestra cultura, impregnada por el estigma hacia la enfermedad mental, hace que la actitud en la mayoría de las familias afectadas y del mismo individuo que padece de un trastorno mental crónico, sea la de "*víctimas pasivas*", es decir, tienen una disposición y una actitud de "*cuidadores*" sobrecargados, hostiles, críticos (pero no autocríticos), en extremo sobreprotectores o indiferentes a su realidad. En su lógica, el tratamiento y rehabilitación es responsabilidad de los "doctores y es en el Hospital o Centro Sicosocial donde se hacen esas cosas". Según esta lógica, en la mayoría de los casos, el tratamiento no continúa en el hogar ni es responsabilidad de la familia participar.

La indiferencia de los profesionales ante las necesidades de la familia ha contribuido a mantener esta actitud pasiva en los núcleos familiares y a hacer permanente el estrés familiar producto de la presencia de estos trastornos. Este accionar tardío, por parte de los profesionales a cargo del tratamiento del usuario, ha provocado que los grados de disfuncionalidad sean altamente nocivos tanto al interior de las familias como en sus relaciones con el resto de la comunidad, haciendo más difícil la intervención y abordaje en ellas.

En el Sistema Público de Salud se ha venido repitiendo esta lógica, pues la burocracia interna, la falta de compromiso de algunos profesionales que no creen en los resultados de los

tratamientos y la falta de personal y recursos para lograr un tratamiento integral, se traduce en que muchas veces los familiares son "afortunados" si logran contactarse con el profesional a cargo del tratamiento de su familiar. A veces ni siquiera se les informa del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, o no saben en qué consiste, por qué se produce ni el porqué de ese tratamiento. A esta situación se suma que, una amplia mayoría de los usuarios de la atención de la Salud Pública corresponden a grupos con un nivel socio económico bajo, y donde sus niveles educativos generalmente son escasos o nulos. El lenguaje utilizado por los médicos, lleno de tecnicismos para explicar la enfermedad mental, no es el adecuado para estas familias y aleja cada vez más la posibilidad de un tratamiento integral.

Existe una suerte de norma social que se ha cultivado preferentemente en los sectores populares, y que consiste en respetar la palabra del médico como si esta fuese sagrada, de tal manera que preguntar es "una falta de respeto". Es de suma importancia que esta situación se vaya eliminando, tanto desde el punto de vista de algunos profesionales que avalan y fomentan esta dinámica como de las propias familias afectadas, las que deben asumir un rol más protagónico en el tratamiento.

La familia precisa de información y ayuda por parte de los profesionales a cargo. Según un estudio realizado en Norteamérica en el año 1984, en el que participaron 138 familias, ellas dieron a conocer sus necesidades frente a una problemática de trastorno mental por orden de prioridad y el resultado fue el siguiente:

1. *Motivar al usuario a hacer más cosas.*
2. *Comprensión de las expectativas adecuadas para los usuarios.*
3. *Asistencia en los períodos críticos.*
4. *Comprensión de la naturaleza de la enfermedad mental.*
5. *Aceptación de la enfermedad.*
6. *Localización de las residencias y de recursos económicos de apoyo.*
7. *Comprensión del uso de la medicación y de sus efectos secundarios. (Ibid.)*

Adecuar estas necesidades al medio ambiente cotidiano del grupo objetivo es difícil, pues muchas veces sucede que los profesionales y las familias poseen puntos de vista distintos acerca del abordaje de la enfermedad mental, lo que contribuye a que la creación de la alianza terapéutica sea cada vez más difícil. Es importante en este sentido lograr una coordinación, adecuando las necesidades de los usuarios, entre el equipo de Salud Mental, las familias y la institución propiamente tal, además del imprescindible manejo de un lenguaje adecuado, claro y concreto.

Dentro del mismo estudio antes señalado, se dieron a conocer las necesidades específicas de las familias en cuanto a la información y contacto con los profesionales. Estas familias manifestaban como necesidades importantes:

1. *Si hay curación de la enfermedad mental.*
2. *Si no hay curación, qué pueden hacer para limitar el deterioro y optimizar el funcionamiento.*
3. *Cuál es la naturaleza de la enfermedad mental y sus tratamientos.*
4. *Si el usuario debiera vivir en el hogar o en otra parte.*
5. *Cómo asegurar la consistencia y continuidad del tratamiento.*
6. *Cuál es el diagnóstico, pronóstico y estado clínico del usuario.*
7. *Cómo acceder a servicios en momentos de crisis y lograr alivio ante la escalada de síntomas y conductas perturbadoras.*
8. *Qué papel juegan la genética y la herencia en los trastornos mentales mayores, y cómo esta información puede ser brindada a otros parientes del enfermo que tengan hijos pequeños.*

Las familias necesitan de mayor información, adaptada a su nivel de comprensión, para poder hacerse una idea de su situación actual y futura en relación con el familiar enfermo (Ibid.)

Una intervención social al interior de esta problemática, realizada por el Trabajador Social en conjunto con un equipo multidisciplinario debe, en lo principal, ser extremadamente

flexible en cuanto al tipo de abordaje que se intente realizar. Aquí, las pautas ya desarrolladas, las teorías, las metodologías deben adecuarse a cada ambiente específico; adecuarse a un contexto socio cultural distinto (quizás "enfermo") en el que la familia y el usuario se desenvuelven; debe propiciar el entendimiento y la aprehensión de los sistemas de relaciones interpersonales y los códigos de lenguaje y conductas que las familias utilizan. Al tener este paso dado se puede comenzar a crear un lazo terapéutico, el que es parte fundamental para un favorable y productivo proceso de rehabilitación, tanto para el usuario como para su familia y el medio ambiente cotidiano que les rodea, además del mismo equipo de Salud Mental.

Esta investigación ha intentado ir de acuerdo a las necesidades de cada uno de los actores que giran en torno al usuario y su proceso de rehabilitación. Se han complementado las necesidades de los familiares y de la institución. Esta investigación ha cumplido su primer acercamiento que es el de satisfacer estas necesidades.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA PROGRAMA SICOEDUCATIVO

2.1 Justificación

Elaborar, diseñar e implementar Programas dirigidos a familiares que participan del Proceso de Rehabilitación de personas con discapacidad síquica es absolutamente necesario, pues los nuevos Modelos enfocados en lo socio - comunitario, más los avances de la farmacología moderna plantean la posibilidad de que dichas familias puedan aprender a convivir con este tipo de patologías y apoyar a su familiar en su integración social, de acuerdo a lo que la evolución de la enfermedad permita.

Lamentablemente aún existe reticencia, discriminación, marginación y miedo frente a esta realidad en el común de las personas, por el grado de ignorancia frente a este tema, la tergiversación de la información y la asociación de lo "violento y lo antisocial" con las enfermedades siquiátricas.

Según lo anterior, se ha provocado una desigualdad en las oportunidades ya sea de Trabajo, Educación o Salud para quienes padecen este tipo de enfermedad, situación que, de una u otra manera, termina afectando, en la mayoría de los casos, al grupo familiar.

Frente a esta situación, muchas personas que sufren trastornos mentales han optado por negar su enfermedad al resto de la Sociedad con el fin de evitar el rechazo tanto laboral como social.

La Sicoeducación se ha convertido, para los distintos Programas de Rehabilitación existentes, en una herramienta viable de ser ejecutada. Su contenido educativo, es pieza fundamental en el apoyo dirigido a los familiares y en el que estos brindan hacia la persona con discapacidad, ya que el objetivo principal en estos programas es crear cambios de conductas para superar las barreras sociales que impiden la integración plena de esta población afectada. La familia, entonces, busca transformarse en una Red de Apoyo que promueva la concienciación y desmitificación de las enfermedades mentales.

La Familia, como primera escuela y base de la sociedad, es un agente rehabilitador importante, ya que en ella se sustentan los valores, las costumbres y las bases de integración social.

La fuerte vulnerabilidad que tienen las personas con discapacidad mental al medio ambiente que les rodea, hace necesario el desarrollo de un Trabajo mancomunado con la Familia y el equipo de Salud Mental a cargo del Proceso de Rehabilitación, lo cual permite conformar una red de apoyo que visualice el tratamiento de manera integral, permitiendo de esta manera que el proceso de rehabilitación culmine en la integración a la vida comunitaria de estas personas y su grupo familiar.

El propósito final de este proyecto psicoeducativo es apoyar y hacer partícipe a la familia en el Proceso de Rehabilitación.

Este Programa Psicoeducativo enfatiza su Trabajo en el conocimiento básico, por parte de los familiares, acerca de la enfermedad mental, rehabilitación, manejo conductual y conocimiento de las distintas redes de apoyo existentes en la comunidad.

2.2 Perfil de los familiares que participan del Programa Sicoeducativo

1. Ser familiar o tutor responsable de una persona que haya sido diagnosticada con un trastorno mental.
2. El usuario debe participar en los talleres y programas que se realizan en el Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni.
3. Debe, a lo menos, tener 2 meses de antigüedad en el Centro.
4. El usuario del Centro debe ser semi - dependiente o independiente en su interacción social

2.3 Recursos Físicos, Humanos y Duración del Programa Sicoeducativo

2.3.1 Recursos Materiales

1. Este Programa se implementará en el espacio físico del Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni.
2. Se cuenta con una sala apropiada para el ejercicio de las sesiones.
3. Materiales de Escritorio (papelógrafos, pizarra, plumones, carpetas para los participantes, hojas de oficio o carta, tijeras, revistas, lápices, Scotch.)

2.3.2 Recursos Humanos

1. Alumna de Trabajo Social Tesista
2. Equipo de Salud Mental del Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni (Terapeuta Ocupacional, Sicóloga, Monitor)

2.3.3 Duración del Programa.

4 sesiones, 1 vez a la semana, durante 1 mes
Tiempo estimado: 2 a 3 hrs. por sesión.

2.4 Elaboración de objetivos

2.4.1 Objetivo General.

Implementar un Programa Sicoeducativo dirigido a familiares de personas con discapacidad mental.

2.4.2 Objetivos Específicos.

1. Integrar a los familiares de los usuarios que participan en el Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni, en el Proceso de Rehabilitación.
2. Brindar un espacio de discusión, Educación y ayuda para los familiares de los usuarios de este Centro.

2.5 Elaboración de Metodología

1. *Primer Acercamiento.* Contacto con profesional a cargo del Centro, en la selección de familiares que cumplan con el perfil señalado.
2. *Compromiso.* Esta carta compromiso es entregada en la primera sesión del Programa Sicoeducativo. Su objetivo fundamental es comprometer a cada uno de los participantes en asistencia y participación voluntaria.
3. *Objetivos de las sesiones.* Cada Sesión tendrá por objetivo dar a conocer la temática a tratar, dinámicas de integración, trabajo grupal, plenario y tareas para el hogar.
4. *Evaluaciones.* Se aplicarán evaluaciones (grupales e individuales) al finalizar cada una de las sesiones. El objetivo de estas evaluaciones es percibir el impacto generado en cada jornada realizada, así se podrá modificar u orientar las sesiones posteriores basándose en las necesidades que los mismos asistentes señalen.
Se aplicará una evaluación un mes después de finalizado el Programa, con el objetivo de constatar si los conocimientos y las herramientas otorgadas tuvieron implicancia en el diario vivir de la familia. Por otra parte se realizarán evaluaciones en conjunto con los profesionales del Centro.

5. *Apoyo Bibliográfico.* Se hará entrega de un documento resumen que contenga los temas tratados en cada una de las sesiones expuestas. Estos documentos serán elaborados por los encargados de la sesión en un lenguaje coloquial o informal. Dichos documentos cumplen el rol de apoyo bibliográfico y acercamiento de la temática al resto del grupo familiar, que no asiste a las sesiones programadas.

2.6 Desarrollo de las sesiones

A continuación se da a conocer la pauta general de cada una de las sesiones implementadas en este Programa Sicoeducativo.

2.6.1 PRIMERA SESIÓN

"SICOEDUCACIÓN, SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

Fecha: Jueves 23 de Noviembre del 2000

Horario: Inicio: _____ hrs. Término: _____ hrs.

Lugar: Centro San Benito Menni

Asistencia: _____ asistencias _____ inasistencias

Objetivos.

1. Conocer al grupo de familiares que participarán de este programa.
2. Evaluar el conocimiento acerca de temáticas: Salud v/s enfermedad mental, Sicoeducación.
3. Generar acuerdos y comprometer al familiar responsable en su asistencia y participación en este Programa.
4. Reconocer potencialidades y necesidades de los familiares respecto al aporte de este Programa Sicoeducativo en el proceso de rehabilitación de su familiar con discapacidad.

Contenidos.

1. Presentación grupal.
2. Presentación y entrega de Informativo de fechas y horas en que se ejecutarán las sesiones posteriores (Ver Anexo 6.)
3. Definición y objetivos de la Sicoeducación
4. Definición de Salud v/s Enfermedad Mental (lluvia de ideas)

5. Evaluación de potencialidades de la familia en el proceso de rehabilitación de su familiar con discapacidad.
6. Compromiso y participación del familiar en el Programa (Carta Compromiso.)
7. Evaluación oral del Taller.

2.6.2 SEGUNDA SESIÓN **"COMUNICACIÓN Y FAMILIA"**

Fecha: Jueves 30 de Noviembre del 2000
Horario: Inicio: _____hrs. Término: _____hrs.
Lugar: Centro San Benito Menni
Asistencia: _____ asistencias _____ inasistencias

Objetivos.

1. Reconocer distorsiones en la comunicación.
2. Mejorar, mediante algunas técnicas de comunicación, la relación con los familiares con discapacidad.
3. Reconocer los distintos tipos de familias y disfunciones relacionales y formas que tiene cada una en comunicarse.

Contenidos.

1. Dinámica de integración.
2. Presentación de los temas a tratar en esta segunda sesión.
3. Problemas en la comunicación, definición y objetivos.
4. Comunicación y Familia
5. Plenario
3. Evaluación de esta Segunda Sesión.
4. Entrega Documento Resumen (Ver Anexo 8).

2.6.3 TERCERA SESIÓN
"REHABILITACIÓN Y FAMILIA"

Fecha: Jueves 7 de Diciembre del 2000

Horario: Inicio: _____ hrs. Término: _____ hrs.

Lugar: Centro San Benito Menni

Asistencia: _____ asistencias _____ inasistencias

Objetivo.

Conocer el rol de la familia en el proceso de rehabilitación.

Contenidos.

1. Dinámica de integración.
2. Revisión de tarea enviada al hogar, conclusión tema de la sesión pasada (pautas de comunicación)
3. Presentación del tema y objetivo a tratar en esta tercera sesión.
4. Introducción al tema: Rehabilitación y Familia.
5. Manejo de Medicamentos
6. Prevención de Recaídas
7. Trabajo Grupal: Ambiente Saludable
8. Plenario
9. Evaluación de esta tercera sesión.

2.6.4 CUARTA SESIÓN **"RED SOCIAL Y FAMILIA"**

Fecha: Jueves 14 de Diciembre del 2000 (Por motivos de fuerza mayor, por parte del Centro, la fecha de esta sesión se cambia para el día Lunes 18 de Diciembre del 2000.)

Horario: Inicio: _____ hrs. Término: _____ hrs.

Lugar: Centro San Benito Menni

Asistencia: _____ asistencias _____ inasistencias

Objetivo.

1. Reconocer a la familia como red social importante en el proceso de rehabilitación.
2. Facilitar herramientas teóricas para llevar a cabo un Trabajo en Equipo.

Contenidos.

1. Dinámica de Relajación.
2. Presentación tema a tratar en esta cuarta sesión, objetivo y contenidos.
3. Introducción y desarrollo de temas. Apoyo Comunitario, Concepto de Red Social, la Familia como red social.
4. Trabajo Grupal: La mesa pide... (dinámica.)
5. Plenario: El Trabajo en Equipo.
6. Entrega Resumen sesión y catastro Instituciones que conforman red de la comuna de Santiago Centro.
7. Evaluación cuarta sesión.
8. Entrega incentivos por participación.
9. Convivencia.

2.6.5 QUINTA SESIÓN "EVALUACIÓN"

Fecha: Viernes 12 de Enero del 2001

Horario: Inicio: _____ hrs. Término: _____ hrs.

Lugar: Centro San Benito Menni

Asistencia: _____ asistencias _____ inasistencias

Objetivo.

Evaluar, grupalmente distintas áreas abordadas durante las sesiones de Sicoeducación.

Contenidos.

1. Bienvenida
2. Experiencias vividas después de 1 mes de realizado el Programa Sicoeducativo.
3. Presentación de objetivos y del tipo de evaluación a realizar.
4. Evaluación.
5. Síntesis Final.
6. Agradecimientos

CAPÍTULO 3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA SICOEDUCATIVO IMPLEMENTADO EN EL "CENTRO DE REHABILITACIÓN SICOSOCIAL SAN BENITO MENNI"(NOVIEMBRE DEL 2000 A ENERO DEL 2001

A continuación, se describe la ejecución de cada una de las sesiones realizadas en esta Instancia Sicoeducativa implementada en el Centro de Rehabilitación Sicosocial "San Benito Menni."

3.1 Participantes

En los registros del Centro existen 13 familiares responsables de los usuarios y beneficiarios directos, de los cuales sólo 10 asisten regularmente a las entrevistas y reuniones citadas por el equipo de Salud Mental.

El total de asistentes a las sesiones sicoeducativas, se mantuvo en un promedio de 6 participantes por sesión.

Las edades de los participantes fluctuaron entre los 40 y los 75 años, con un promedio de edad de 65 años.

La impuntualidad y el ingreso de nuevos familiares en cada una de las sesiones se presentó como un factor negativo en la

integración del grupo y en el respeto tanto para los familiares que fueron puntuales como para el equipo a cargo de las sesiones, lo cual redundó en un menor uso del tiempo destinado a trabajar en cada sesión, no lográndose muchas veces cumplir con los objetivos trazados ni concluyéndose de manera efectiva algunos de los temas de las sesiones presentadas.

3.2 Resultados de las sesiones

3.2.1 Primera sesión: "Sicoeducación, Salud y Enfermedad Mental".

PROGRAMACIÓN (Tiempo aproximado 3 hrs.)

PASOS	CONTENIDOS	TIEMPO	MATERIALES	ENCARGADOS
1. Bienvenida Dinámica de integración	Dinámica: "Los Globos" Entrega carpetas	10 min.	Globos de dos colores distintos	Asist. Social T. Ocupacional
2. Presentación del Programa y equipo a cargo	Fundamentos. Objetivos Programación	10 min.	Hojas informativas	Asistente Social
3. 1er Tema. Sicoeducación	Definición y objetivos	20 min.	Papelógrafos Plumones	Asistente Social
4. Tema "Salud y Enf. Mental"	Lluvia de Ideas Trabajo grupal	20 min.	Papelógrafos Plumones	Asist. Social T. Ocupacional
5. Plenario	Presentación de los grupos y debate	20 min.	Papelógrafos Plumones	Asist. Social T. Ocupacional
6. Potencialidades de la familia y necesidades	Apoyo del Programa y Aportes personales	20 min.	Hojas con dos preguntas claves	Asist. Social
7. Compromiso	Firma carta compromiso	10 min.	Carta Compromiso	Asist. Social
8. Reflexión y evaluación	Evaluación Síntesis <i>Doc. Resumen</i> (Ver Anexo 6) Asistencia	15 min.	Documento resumen	Asist. Social T. Ocupacional

1. Hora de Inicio y Asistencia.

La sesión se inicia a las 15:30 hrs. Pese a que se había establecido que la hora de desarrollo de todas las jornadas a realizar comienza a las 15:00 hrs. y cierra a las 18:00 hrs. Una vez por semana.

La asistencia es satisfactoria para ser la primera sesión: 8 asistentes de 13 familiares registrados en el Centro. Hay 5 inasistencias y 3 son justificadas (los familiares de los 2 restantes se han excusado repetidamente de no tener tiempo para participar de las actividades del Centro ya que trabajan todo el día. Por esta razón, esos familiares no se contemplarán en las posteriores sesiones.)

2. Objetivos.

2.1 Conocer al grupo de familiares que participarán de este programa.

El grupo de familiares ya se conocía entre sí con anterioridad, pues todos ellos conforman la Agrupación de Familiares del Centro. La recepción dada hacia la ejecutora de este Programa es positiva y los asistentes manifiestan disposición e iniciativa en su participación.

2.2 Conocimiento previo por parte de los asistentes acerca de las temáticas: Sicoeducación, Salud y Enfermedad Mental.

Frente al tema de "qué es y para qué nos sirve la Sicoeducación" las primeras dudas que se manifestaron surgieron en torno al tema del manejo conductual de sus familiares y el aporte que puede entregar la Sicoeducación en el proceso de rehabilitación.

Los temas de Salud y Enfermedad Mental se desarrollaron mediante la técnica de "La Lluvia de Ideas". Los participantes se dividieron en dos grupos, uno trabajó el tema de Salud y el otro el de Enfermedad. Cada trabajo se presentó en un Plenario en el cual el grupo completo aportó. Los temas desarrollados, se relacionaron con los estados de ánimo que presentaban sus familiares con discapacidad síquica en el hogar.

El concepto de Salud para ellos significa ver de buen ánimo y con iniciativa a su familiar. Para que esto suceda deben conjugarse cuatro elementos que ellos consideran fundamentales:

1. Correcta medicación.
2. Apoyo de la familia
3. Integración en las distintas redes sociales
4. Evolución de cada patología.

Según la definición dada del concepto de Enfermedad por los familiares asistentes, se tiende a confundir los "síntomas

propios del trastorno mental" con "malos hábitos". Basándose en este hecho, se guió y motivó a los asistentes para que ellos mismos dilucidaran las diferencias entre "sintomatología" y "mal hábito". En este proceso se manifestaron algunas contradicciones en las respuestas pues aún existen dentro de este grupo personas que no tienen "conciencia de enfermedad", es decir atribuyen la responsabilidad del origen y continuidad de esta a una "flojera deseada" por parte de sus familiares con discapacidad síquica, pese a que la mayoría de los usuarios presentan más de 10 años de evolución de enfermedad.

Tomar *conciencia de enfermedad* es un proceso que requiere de una intervención profunda y de un largo plazo. Como se mencionaba anteriormente, muchas de estas familias, por no haber trabajado y prevenido desde el principio del brote de la enfermedad, encuentran ya insertas en sus códigos de conducta y de relaciones interpersonales, patologías siquiátricas difíciles de tratar después de tantos años sin un apoyo real y concreto.

2.3 Generar acuerdos y compromiso del familiar en su participación y asistencia en este Programa Sicoeducativo.

Se utiliza la creación de una carta compromiso la cual debe ser firmada por los asistentes, los cuales se comprometen en la asistencia y participación (Ver Anexo 6.)

La mayoría de los familiares firma este documento. El problema fue que algunos de ellos no otorgaron a este documento validez ni trascendencia alguna, por lo cual se hicieron la idea previa de que podrían no asistir cuando

quisieran sin que esto acarreará ninguna consecuencia negativa, por lo que el compromiso se mantiene desde la perspectiva de su buena voluntad y de sus ganas de asistir. Esto deja en claro que el compromiso con su familiar con discapacidad, es más bien lejano y/o ajeno. A pesar de esto, sí hubo tres familiares que realmente se dieron el tiempo de asistir y participar de todas las sesiones.

2.4 Reconocimiento de potencialidades y necesidades de los familiares respecto al aporte de este Programa Sicoeducativo en el proceso de rehabilitación de su familiar con discapacidad mental.

Para este objetivo se plantearon, de manera escrita, dos preguntas claves:

- a) ¿De qué manera el Centro Diurno puede aportar en el proceso de rehabilitación de mi familiar?
- b) ¿De qué manera puedo aportar yo en el proceso de rehabilitación de mi familiar?

Los resultados arrojados fueron los siguientes:

- a) La familia puede aportar en estimular, motivar a su familiar con discapacidad y participar de reuniones y talleres de este tipo.
- b) El Centro debe apoyar en educar respecto de la enfermedad.

3. Evaluación.

La evaluación aplicada es a escala grupal y oral tocándose los puntos referidos a:

- a) Presentación y claridad en la entrega de los contenidos de esta primera sesión.
- b) Aspectos importantes y aportes para el mejoramiento de las futuras sesiones.

Los participantes consideran entretenida y participativa esta primera sesión. En cuanto a la recepción de la información, los participantes expresan que los temas tratados les han quedado claros y manifiestan interés por los contenidos de las próximas jornadas sicoeducativas que se implementarán.

4. Observaciones.

Existe una buena disposición por parte de los familiares en participar de estos talleres ya que consideran que contribuyen, de alguna manera, a crear y hacerse de un espacio de apoyo y encuentro, conocer más acerca de la enfermedad mental que aqueja a sus familiares y aportar en el proceso de rehabilitación que están viviendo.

Un aspecto importante de destacar, algo contradictorio con lo expresado anteriormente, es que los familiares, en general, muestran mayor motivación e interés en realizar actividades extra-programáticas (convivencias, paseos, juntar

fondos, etc.) o resolver trámites administrativos (pago de cuotas, reuniones, etc.) Esta situación podría leerse "entre líneas" como una forma de "escapismo" o de "enajenación" que ellos tienen para no asumir como prioridad que la rehabilitación y la futura inserción social de sus familiares con discapacidad es el objetivo que no deben nunca perder de vista.

3.2.2. Segunda sesión: "Comunicación y Familia"

PROGRAMACIÓN (Tiempo aproximado 2 hrs. y 15 min.)

PASOS	CONTENIDOS	TIEMPO	MATERIALES	ENCARGADOS
1. Bienvenida Dinámica integración	Dinámica: "Penitencias"	10 min.		Sra. Aminta (familiar participante)
2. Introd. 1er tema: Comunicación	Distorsión en la Comunicación (Dinámica Comprensión de lectura)	20 min.	Noticia del Diario Papelógrafo Plumones	T. Ocupacional
	Elementos de la Comunicación.	10 min.	Papelógrafo Plumones	T. Ocupacional
	Comunicación Verbal y no verbal- dinámica	15 min.	Fotocopias	Sicóloga
3. Trabajo Grupal "Problemas comunicación"	1. División de grupos (sonidos de animales)	5 min.	Papeles con distintivos	Monitor
	2. Preparación Dramatización	15 min.		
4. Plenario	Presentación grupal y debate	15 min.		Equipo
5. Asertividad y Familia	Pauta de habilidades.	15 min.	Documento Papelógrafo Plumones	Asistente Social
6. Tarea para el Hogar (Ver Anexo 7)	Acciones positivas y agradables.	10 min.	Hoja de Registro	Asistente Social
7. Reflexión y evaluación del taller	Evaluación Síntesis <i>Doc. Resumen</i> (Ver Anexo 7) Asistencia	15 min.	Cuestionario Documento Hoja asistencia	Asistente Social

1. Hora de Inicio y Asistencia.

Esta jornada se inicia a las 15:45 hrs. Disminuye la asistencia de los familiares en esta sesión: 6 asistencias, 4 inasistencia y 1 justificada. Se integra un nuevo participante a las sesiones.

2. Objetivos.

Los objetivos trazados para esta sesión fueron los siguientes:

2.1 Reconocer distorsiones en la comunicación.

Se manifiestan, en la dinámica utilizada para captar los problemas de comunicación, claramente aquellas distorsiones que perjudican el entendimiento dentro del grupo.

Los asistentes atribuyen estas distorsiones a factores tales como:

1. Falta de atención al escuchar a otra persona.
2. Sacar conclusiones aceleradas acerca de una situación determinada.
3. Interpretar incorrectamente un mensaje.
4. Falta de Educación y vocabulario






"...Para que dos personas se entiendan deben estar conectadas en la misma frecuencia..." (Jorge. 40 años, familiar participante.)

2.2 Mejorar, mediante algunas técnicas de comunicación, la relación con los familiares con discapacidad.

Para este objetivo, primero se definieron los canales y los códigos utilizados para comunicarnos. La mayoría de los asistentes presenta un conocimiento previo frente al tema. Este conocimiento que ellos demuestran permite ir adecuando la metodología a aplicar en futuras sesiones.

Para los asistentes este tema es de interés, pues declaran que aprender a comunicarse mejoraría en parte el acercamiento con sus familiares con discapacidad.

Los participantes de la sesión destacan que existe, en la actualidad, incomunicación en la familia pues *"el exceso de comunicación provoca incomunicación, la radio, la televisión, la vida agitada son factores que perturban la comunicación en la familia"* (Luz, 43 años. Familiar participante.) Otros factores que provocan incomunicación son:

-  La crianza que se les da a los hijos, ya que a juicio de los participantes no se les enseña a ser honestos.
-  El poco entendimiento entre las personas.
-  La falta de conocimiento individual.
-  La hipocresía social que provoca aislamiento.
-  La forma en que se establecen las interrelaciones sociales (de manera mecanizada, sin dar importancia a lo afectivo y emocional.)

- 🗣️ El modo en el que se manifiestan los deseos, las actitudes y las conductas frente a otras personas pues, a juicio de los participantes, la franqueza a veces cae mal y provoca aislamiento social.

2.3 Reconocer los distintos tipos de familias y disfunciones relacionales y comunicacionales.

Se conceptualiza y categoriza a los distintos tipos de familias existentes. Se da a conocer, en teoría, los problemas y conductas más frecuentes en familias que presentan una disfuncionalidad producto de la presencia de un trastorno mental. De esta manera se comienza a crear una especie de asimilación, por parte de los participantes, con su propia realidad, lo que les permite de alguna manera ir sacando fuera sus propias experiencias y compartiéndolas con el resto del grupo asistente a la sesión.

2.4 Tarea Para el Hogar.

Tiene como objetivo integrar el proceso de rehabilitación en la dinámica familiar. Se da énfasis a la observación dentro de la estructura y las relaciones positivas que se manifiesten al interior del hogar.

Esta tarea intenta transformar a los familiares responsables de las personas con discapacidad, usuarios de este Centro, en una Red Social vigente, que aporte de manera

efectiva a los objetivos planteados por el usuario y el Equipo a cargo del proceso de rehabilitación.

NOTA: Los resultados de esta Tarea, se describen en la 3ª Sesión.

3. Evaluación. *(Ver Anexo 7)*

Esta evaluación dirigida a los participantes intenta constatar si la información entregada está de acuerdo a las necesidades que los familiares requieren de este Programa y, a la vez, conocer sugerencias en pos de otorgar un mejor funcionamiento para las sesiones posteriores.

Esta evaluación tiene un formato de "términos excluidos" más una pregunta abierta dirigida al tema de nuevos aportes para sesiones posteriores. Este instrumento aplicado no fue el más apropiado por los siguientes motivos:

- ☞ Bajo nivel de escolaridad de los participantes.
- ☞ Las instrucciones deberían haber sido extremadamente concretas y básicas.
- ☞ El ambiente de discordia interna manipula las respuestas, utilizándolas como medio de descarga emocional.

De acuerdo a esta situación, el equipo readecua el tipo de evaluación que será implementada en la próxima sesión.

Los resultados que se pudieron obtener fueron los siguientes:


La mayoría de los participantes manifiesta que los temas tratados han sido claros pero también se exterioriza la necesidad de profundizar aún más dichas materias.


Los asistentes declaran que, para ellos, estas jornadas de Sicoeducación significan un gran aporte y ayuda en el acercamiento hacia sus familiares con discapacidad. De esta manera su contribución con el proceso de rehabilitación mejoraría notoriamente.



La mitad de los familiares evaluados, manifiesta que su participación dentro de esta jornada fue positiva. Por otra parte, una persona declara que no se le brindó el espacio para participar y otra declara no haberse motivado en esta jornada.

Para los asistentes, el Trabajo grupal es de gran importancia pues los ayuda a entender mejor su problema.

Las sugerencias que se dieron por parte de los asistentes para las jornadas futuras se orientaron en:

 Crear un espacio dentro de estas jornadas donde poder "botar tensiones" (esta respuesta se asocia directamente a la problemática interna que se genera entre los miembros de la Agrupación de Familiares.)

 Integrar más dinámicas dentro de la sesión; Reforzar la puntualidad en el inicio de las sesiones.

-  Establecer y contactar con Redes Sociales de apoyo a los Familiares que asisten a este Programa Sicoeducativo, que traten, en específico, la patología de su familiar con discapacidad.
-  Promover el conocimiento entre los familiares y de los familiares con el equipo de Salud Mental del Centro.

4. Observaciones.

Dentro de este grupo se presentan liderazgos claramente definidos. Estos son capaces de controlar al resto del grupo de manera negativa, pues asumen sus intereses personales como intereses grupales sin consultar previamente las opiniones del resto del grupo. Esta situación, también trasciende a las relaciones que ellos tienen con el equipo de Salud Mental.

De lo anterior, se destaca un clima interno en permanente tensión, lo cual afecta la entrega de información y participación de los asistentes. El motivo se asocia a roces permanentes con uno de los miembros de la Agrupación de Familiares, haciendo de esta segunda sesión un medio para descargar tensiones contra dicha persona.

Un factor importante que afectó el desarrollo de esta sesión fue la falta de coordinación por parte del equipo de Salud Mental referente al tema a tratar. Los objetivos trazados para esta sesión no fueron discutidos con detenimiento por el equipo, situación que influyó en la entrega incompleta de elementos sicoeducativos para los participantes.

Esta situación se tradujo en que para el equipo de Salud Mental queda un dejo de insatisfacción y una sensación de no haber podido concluir esta sesión como se esperaba.

Producto de lo anterior, la síntesis final de la Segunda Sesión se hará al dar inicio la Tercera Sesión. Como enganche se utilizará la revisión de la Tarea enviada al hogar, concluyendo con la lectura de una pauta para mejorar la comunicación intra familiar.

El material de apoyo bibliográfico para los asistentes no fue preparado adecuadamente por parte del Equipo de Salud Mental, la principal razón es la falta de tiempo de algunos miembros del equipo. Esta situación provoca una descoordinación en la metodología utilizada en la entrega de contenidos de esta sesión.

En este último aspecto se conversa al nivel de equipo y se replantean las responsabilidades de cada uno dentro del Programa Sicoeducativo. Para ello, Asistente Social y Terapeuta Ocupacional se hacen responsables de la preparación de los temas, metodología y preparación y entrega de documentos para los familiares asistentes. La Psicóloga y el Monitor se hacen responsables del área de integración y dinámicas de animación para los asistentes.

3.2.3 Tercera sesión: "Rehabilitación y Familia"

PROGRAMACIÓN (tiempo aproximado 2hrs.y 25min.)

PASOS	CONTENIDOS	TIEMPO	MATERIALES	ENCARGADOS
1. Bienvenida Dinámica de Integración	Dinámica: "El globo bailarín"	10 min.	Globos Radio y música	Monitor
2. Revisión Tarea para la casa.	Busca una persona agradable	10 min.		Asistente Social
3. Conclusión 2ª sesión.	Pauta Asertividad	15 min.	Papelógrafo	Asistente Social
4. Tema 3ª Sesión	Objetivos Taller	5 min.	Pizarra Plumón	Asistente Social
	1. Rehabilitación y Familia	10 min.	Papelógrafo	Terapeuta Ocupacional
	2. Manejo de Medicamentos	15 min.	Papelógrafo	Terapeuta Ocupacional
	3. Prevención de Recaídas	15 min.	Papelógrafo	Asistente Social
6. Trabajo Grupal	4. Ambiente saludable	15 min.	Papelógrafo	Equipo
7. Plenario	Presentación de los grupos y debate	20 min.	Papelógrafo Plumones	Equipo
8. Entrega Resumen de la sesión.	Papers	5 min.	Papers	Equipo
9. Reflexión y evaluación del taller	Evaluación Síntesis del taller Asistencia	15 min.	*Preguntas individuales *Registro en cuaderno de campo *Asistencia	Equipo

1. Hora de Inicio y Asistencia.

La sesión se inicia a las 15:30 hrs. La asistencia fue de 6 asistencias, 5 inasistencias y 2 justificadas.

2. Objetivos.

2.1 Conocer el rol de la familia en el proceso de rehabilitación.

Se internaliza el concepto de Rehabilitación a partir de la experiencia de vida de los asistentes. Para ellos, la rehabilitación es un proceso continuo, progresivo e integral para desarrollar potencialidades y habilidades, con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Para que el proceso de rehabilitación sea real deben existir tres entidades importantes:

1. Familia
2. Equipo de Profesionales, y
3. Comunidad.

En este proceso, la familia debe asumir el rol de:

1. Controlar los medicamentos, los que para los familiares asistentes son el instrumento de control de la enfermedad mental pues ayudan a tranquilizar a sus familiares afectados directamente. Son la base del tratamiento.
2. Crear un ambiente sano y positivo en el hogar, es decir, evitar problemas y tensiones.
3. Prevenir las crisis y las recaídas. Estar atentos a los primeros cambios de conducta que anuncien una crisis.

2.2 Revisión Tarea Para el Hogar.

Se revisa la Tarea que en la jornada anterior se dio para el hogar. Para la mayoría de los asistentes esta Tarea tuvo un resultado positivo por lo cual se cumple el objetivo planteado para esta actividad, lográndose, de alguna manera, integrar el proceso de rehabilitación en el hogar. Hubo sólo un caso en la que no funcionó (por presentar trastornos de aprendizaje y, por ende, un difícil entendimiento de instrucciones.)

3. Evaluación.

La siguiente evaluación se apoya en el uso de distintas frases, que a modo de tarjetas, fueron repartidas al azar a los participantes de la sesión. Su objetivo es rescatar impresiones respecto a los contenidos entregados, participación, percepciones, sugerencias, aplicación de dinámicas y Trabajo grupal. De este manera, esta técnica evaluativa permite mayor participación e interacción de los asistentes al taller con el equipo a cargo.

Las temáticas a evaluar en esta sesión fueron las siguientes:

- ☞ **Contenido** (para mí esta sesión significó..., lo que aprendí hoy fue ..., del tema no me quedó claro.)
- ☞ **Participación** (la participación general del grupo fue..., mi participación en esta sesión fue...)
- ☞ **Percepciones** (lo mejor de la sesión fue..., lo que no me gustó de la sesión fue..., lo que no se logró en la sesión fue...)

- ☞ **Sugerencias** (lo que yo esperaba de la sesión era..., mi sugerencia a la sesión es..., en general la sesión me pareció...
- ☞ **Trabajo Grupal** (la discusión en grupo fue..., la presentación de los grupos fue...
- ☞ **Dinámica** (la dinámica me pareció...)

Este sistema de evaluación se adecua al nivel educacional y social del grupo. Además permite la participación, discusión y cohesión de los participantes.

Las preguntas escogidas por los participantes fueron las siguientes:

1. Lo que aprendí hoy fue...

Resp. Como tratar mejor a mi hijo. Controlar la toma de medicamentos y a apoyarlo en tiempos difíciles. Lo más importante para mí fue el tema relacionado con los medicamentos.

2. Lo que yo esperaba de la sesión era...

Resp. Para mí quedó claro el tema, estoy satisfecho, se me aclararon algunas ideas y otras fueron complementadas a lo que yo ya conocía.

3. Mi participación en esta sesión fue..

Resp. Aceptable, aunque no estaba con mucho ánimo porque he tenido algunos problemas de salud. Nos reafirma lo que ya conocemos.

4. La participación general del grupo fue...

Resp. Aceptable, sentí que tenía un espacio para participar.

5. Para mí la sesión significó...

Resp. Un apoyo para mi hija.

6. Mi sugerencia a las sesiones es...

Resp. Sugiero mayor puntualidad por parte de los participantes en el inicio y término de las sesiones pues yo, personalmente, debo cumplir con otras actividades, laborales con las que debo cumplir. Para mí estas sesiones han servido para reafirmar lo que yo ya conocía en la práctica.

4. Observaciones.

Esta sesión presenta nuevamente un clima interno bastante tenso. Surge, otra vez, el problema de liderazgos en la Agrupación de Familiares. Este factor incomoda la realización de las jornadas con los familiares, pues se tiende a perder de vista la importancia de estas sesiones y el objetivo de su participación en ellas, que es precisamente el proceso de rehabilitación de sus familiares con discapacidad. Se conversa en el Equipo de Salud Mental sobre la manera correcta de hacer frente a este problema.

A pesar de este clima, se trabaja con los asistentes desviando su atención del problema y situándolos en el contexto de las sesiones sicoeducativas. Para este fin, se utilizan juegos, dinámicas y Trabajos grupales. De esta forma, se logra cumplir este primer acercamiento.

Los temas que hasta este momento se han tratado, han resultado algo difíciles en la percepción que tienen los asistentes acerca de los contenidos otorgados. Se visualiza, respecto a esta situación, que los participantes de estas

sesiones presentan un nivel educacional disímil, pues este heterogéneo grupo está conformado por profesionales y dueñas de casa con enseñanza básica y/o media incompleta por lo que el aprendizaje es lento y dificultoso.

Muchas veces los asistentes intentan decir una cosa y terminan respondiendo algo incoherente o fuera de contexto. Muchos de ellos presentan un discurso disgregado. Esta situación se justifica en la familia de origen, en la que sus interrelaciones son disfuncionales.

3.2.4 Cuarta sesión: "Red Social y Familia"

PROGRAMACIÓN (tiempo aproximado 1 hrs. y 40 min.)

PASOS	CONTENIDOS	TIEMPO	MATERIALES	ENCARGADOS
1. Bienvenida Dinámica de Relajación	Relajación	10 min.		Asistente Social
2. Presentación	Red Social y familia Objetivo taller Contenidos	5 min.	Pizarra Plumón	Asistente Social
3. Introducción y desarrollo de temas:	Apoyo Comunitario		Papelógrafo	Asistente Social
	Concepto de Red Social		Papelógrafo	Asistente Social
4. Trabajo Grupal	La Mesa Pide... (dinámica)	15 min.	Globos Papel Alfileres	Terapeuta Ocupacional
5. Plenario	El Trabajo en equipo	20 min.	Papelógrafo Plumones	Equipo
	La Familia como red social	20 min.	Papelógrafo	Asistente Social
9. Reflexión y evaluación del taller	Evaluación Síntesis <i>Doc. Resumen</i> <i>(Ver Anexo 9)</i> Asistencia	15 min.	*Preguntas individuales *Registro en cuaderno de campo *Asistencia	Equipo
10. Incentivo por asistencia Convivencia			Flores de origami Cóctel	Equipo

1. Hora de Inicio y Asistencia.

Esta sesión se inicia a las 16:00 hrs. Se cambia el día fijado para esta jornada pues muchos de los familiares asistentes tenían compromisos o problemas para asistir en la fecha programada.

Uno de los factores importantes que provocó una baja notoria en la asistencia a esta jornada fue que la fecha coincidió con una jornada que se realizó fuera de Santiago para los miembros de la Agrupación de Familiares.

Se registran: 6 asistencias, 3 inasistencias justificadas. En esta última sesión se integra un familiar.

2. Objetivos.

Los objetivos planteados por el equipo de Salud Mental para esta jornada son:

2.1 Reconocer a la familia como red social importante en el proceso de rehabilitación.

La mayoría del grupo de asistentes reconoce que la familia es importante en el apoyo de su familiar con discapacidad y en su proceso de rehabilitación. Consideran que se le debe dar mayor importancia, pues se sienten al margen de este proceso. Algunos asistentes aportan con diversas ideas para integrar a la familia en este proceso (por ejemplo: actividades recreativas

juntos, sesiones de relajación o talleres de manualidades tanto para los usuarios como para los familiares, etc.)

Se destaca en este tema un punto importante. En una familia compuesta por madre, padre, hermanos, tíos, etc. por lo general sucede que este grupo "descansa" en aquel que está apoyando a su familiar con discapacidad. En otras palabras se hace de este "familiar responsable" (aunque suene redundante) el "responsable" de esta persona con discapacidad y por tanto sólo este familiar es quien debe responder por sus acciones, por las crisis o recaídas, por los medicamentos, por la integración comunitaria, etc. Esta situación provoca en el "grupo familiar ausente" una desligación total del proceso de rehabilitación.

2.2 Facilitar herramientas teóricas para llevar a cabo un Trabajo en Equipo.

Este tema resultó ser de gran interés, de mucha importancia y pertinente con el momento que se estaba viviendo (conflictos internos en la Agrupación de Familiares.) Los asistentes destacan que este tema "a veces por ser tan básico se olvida".

Esto permite, de alguna manera, calmar los ánimos y profundizar aún más acerca de la importancia de la Familia como Red Social de apoyo fundamental en el proceso de rehabilitación de la persona con discapacidad. Por otro lado permite destacar la importancia y el valor que tiene la organización y la creación de Agrupaciones que orienten sus acciones en la defensa y la promoción de los derechos y

oportunidades de integración social que se les debe dar a las personas con discapacidad mental y a su grupo familiar.

3. Evaluación.

La evaluación se hace en forma grupal, a cargo de la Asistente Social y utilizando el formato de tarjetas con preguntas al azar ocupado en la sesión anterior. Esto estimula la participación del grupo y el intercambio de opiniones entre los asistentes a esta jornada.

Las preguntas seleccionadas hacen referencia a:

- ☞ **Contenidos.** En este punto los participantes destacan la entrega de los Documentos Resumen de las Sesiones, pues estos son importantes para profundizar su problema específico. Se pueden compartir con el resto del grupo familiar y sirven como apoyo en los momentos difíciles.
- ☞ **Dinámicas.** Para los familiares asistentes a las jornadas realizadas, la implementación de dinámicas tanto de integración como de relajación fueron altamente beneficiosas pues los ayudan a tranquilizarse, evadir sus problemas u olvidarlos por un rato y salir de la rutina diaria. Los estimula a concentrarse mejor.
- ☞ **Sugerencias.** Hubiera sido importante para los participantes él haber podido ampliar mucho más los

temas. El Programa Sicoeducativo debería continuar durante todo el año, porque este espacio significa para los familiares ampliar sus conocimientos y les aporta elementos que permiten apoyar de mejor manera el proceso de rehabilitación de sus familiares con discapacidad; además, es un lugar de encuentro y apoyo mutuo entre los familiares y el equipo de Salud Mental.

Agregan, del mismo modo, que este Programa además del Trabajo grupal debe incorporar el Trabajo de manera individual con cada familia.

4. Observaciones.

Esta sesión se presenta con un clima extremadamente tenso. El problema sigue siendo las relaciones internas en la Agrupación de Familiares, situación que perjudica cada vez más la participación y el interés en las sesiones preparadas.

Producto de este problema, fue necesario modificar la estructura de la sesión. Se interviene en los asistentes dándoles tiempo para que hablen del problema en cuestión y tomen una decisión acerca de cómo lo van a afrontar. Se les explica que ese problema es interno, propio de la Agrupación y que no por ello debe perjudicar las sesiones de Sicoeducación y menos a los usuarios del Centro. Se recalca que el objetivo de su presencia en el Centro es el proceso de rehabilitación de sus familiares.

Los asistentes toman su tiempo y deciden tener una reunión con todos los familiares que conforman la Agrupación

para dar solución al problema y en especial hablar francamente con la persona que ha sido el foco de conflicto de esta situación.

Producto de esto la dinámica de integración planificada como inicio de la sesión se cambia por una dinámica de relajación, la mayoría lo asume bien. Después de esta actividad recién se puede dar inicio a la sesión que trata los temas de "Red Social y Familia".

La entrega de los contenidos preparados resulta difícil, pues la atención aún sigue puesta en el problema antes suscitado. Por otro lado, la existencia de factores distractores constantes perjudica la recepción del contenido de la sesión.

Al finalizar esta jornada, se hace un reconocimiento a la permanencia y asistencia de los familiares mediante la entrega de estímulos y una convivencia final. Lamentablemente esta actividad también se vio afectada por los problemas internos de este grupo y, además el equipo en pleno no estuvo presente, ya que estaban en otras actividades (era necesaria esta presencia pues es importante cerrar los ciclos de Trabajo dejando en claro que estos cumplieron sus objetivos.) Además se apuraba el término de la sesión para seguir tocando el tema de la Agrupación de Familiares.

El grupo de asistentes agradece el tiempo, preparación, preocupación y apoyo brindado.

3.2.5 Quinta sesión: "Evaluación"

PROGRAMACIÓN (tiempo aproximado 1 hrs. y 10 min.)

PASOS	CONTENIDOS	TIEMPO	MATERIALES	ENCARGADOS
1. Bienvenida		5 min.		Asistente Social
2. Resumen de experiencias después de 1 mes aplicado el Programa Sicoeducativo.	Experiencias desde la perspectiva de los participantes.	15 min.		Asistente Social
3. Presentación de Objetivos		5 min.	Pizarra Plumón	Asistente Social
4. Presentación tipo de evaluación	"Flor de Evaluación"	10 min.		Asistente Social
5. Evaluación		30 min.	Cartulinas de colores Scotch Lápices pasta	Asistente Social
6. Plenario		20 min.	Papelógrafo plumones	Asistente Social
7. Reflexión y Síntesis	Síntesis del taller Registrar asistencia	15 min.		Asistente Social

1. Hora de inicio y Asistencia.

Esta evaluación se inicia a las 16:00 hrs. Asisten seis familiares, de los cuales uno no es incluido en la evaluación pues sólo había asistido a la primera sesión y de ahí en adelante no justificó sus inasistencias. Existen 5 inasistencias y 2 son justificadas.

2. Objetivos.

Esta jornada tiene por objetivo evaluar, a escala grupal, distintas áreas abordadas durante las sesiones de Sicoeducación, además de constatar si los conocimientos y las herramientas otorgadas tuvieron implicancia en el diario vivir de la familia.

3. Evaluación.

Para esta sesión se utilizó la evaluación llamada "*Flor de Evaluación*". Este tipo de evaluación consiste en que los asistentes escriben en un pétalo de la flor, que van a formar posteriormente, las respuestas a preguntas acerca de las sesiones ejecutadas. Las preguntas se entregan, a modo de tarjeta, a cada uno de los participantes al azar.

Para iniciar la evaluación propiamente tal, se enfatiza en los familiares que lo que debe motivar su participación en este Centro es la *Rehabilitación* de su familiar con discapacidad mental, pues la familia es parte vital y esencial en dicho proceso.

Los temas preparados para esta sesión fueron los siguientes:

- 🧑‍🤝🧑 Temas tratados en las sesiones.
- 🧑‍🤝🧑 Rol de la familia.
- 🧑‍🤝🧑 Exposición de las sesiones.
- 🧑‍🤝🧑 Propuestas por parte de la familia.
- 🧑‍🤝🧑 Aprendizajes.
- 🧑‍🤝🧑 Expectativas.



Las temáticas que se abordaron en esta jornada fueron las siguientes:

- 🧑‍🤝🧑 Los efectos de una enfermedad al interior de la familia.
- 🧑‍🤝🧑 Superación y contención de recaídas.
- 🧑‍🤝🧑 Rol de la familia.
- 🧑‍🤝🧑 Aportes de la familia para facilitar el proceso de rehabilitación.

- Aplicación de los conocimientos aprendidos en las sesiones en la vida cotidiana del grupo familiar.

Resultados.

Según la experiencia de vida de las personas, los *efectos que resultan de convivir con quien padece de una enfermedad mental* son variados: se provoca un tremendo desequilibrio familiar, la familia cae en depresión, son aislados de la Sociedad por el estigma que existe frente a este tipo de trastornos, todas las decisiones que se tomen dentro del hogar giran en torno al familiar con discapacidad y, por último, existe mucho temor de enfrentar y asumir un problema de esta magnitud.

Para los asistentes queda clara la forma en que deben *prevenir una recaída y enfrentar una posible crisis*. Se destaca la observación de conductas extrañas y los cambios en el estado de ánimo de su familiar, la correcta comunicación que debe tener con la persona con discapacidad, la ingestión correcta de los medicamentos, la importancia de la recreación y la distribución del tiempo libre, evitar situaciones estresantes dentro del hogar y el buen trato y la comprensión por parte de la familia hacia esta persona.

En el tema *Rol de la Familia*, los participantes tiene claro que ellos son una red importante de apoyo desde el hogar hacia el equipo de Salud Mental a cargo de los usuarios. Para ellos, su rol está en estimular la participación e integración de sus familiares en Programas de Rehabilitación comunitarios.

La necesidad manifestada por los participantes es asistir a instancias sicoeducativas, donde puedan, poco a poco, aprender acerca de la enfermedad mental y adquirir elementos que los ayuden a fortalecerse como ser individual, como familia y, junto con esto, ser un aporte importante dentro del proceso de rehabilitación.

Lo que se destaca de estos resultados es que se crean conceptualizaciones desde cada una de las experiencias personales vividas por los asistentes, fomentando la discusión, críticas y autocríticas tanto desde la participación de los familiares como hacia el Trabajo desempeñado por el equipo de Salud Mental.

4. Observaciones.

La evaluación final resultó ser la más productiva de todas las jornadas realizadas en el Centro.

Los familiares se notaban más tranquilos, relajados, con iniciativa y con disposición a trabajar.

Se sugirió, nuevamente, que este Programa debe ser permanente y ojalá se intervenga de manera individual.

Es importante destacar que las evaluaciones implementadas después de un tiempo de haber realizado el Programa Sicoeducativo (en este estudio fue un mes después), permiten tanto a familiares como al equipo de Salud Mental reflexionar, evaluar y asimilar de manera individual los conceptos recibidos y las experiencias vividas. Generalmente sucede que las familias se van más fortalecidas, se sienten con mayor capacidad de seguir haciendo frente a esta problemática tan particular como lo es el de las enfermedades mentales.

CAPÍTULO 4. NUEVOS HALLAZGOS

Las familias que pertenecen a grupos de un nivel socioeconómico deficitario e insertas en un contexto de disfuncionalidad en sus relaciones interpersonales y sociales, por lo general han dado forma a mecanismos de adaptación a la enfermedad mental y han elaborado una serie de canales, códigos y conceptos que les han permitido, de algún modo, enfrentar su propia realidad y al medio externo.

El Sistema de Salud Pública se ha caracterizado por falta de recursos tanto materiales como humanos en la prestación de sus servicios. Por ende, las atenciones han requerido de una focalización y distinción en función de una mayor o menor necesidad de atención en dicho Sistema. Como consecuencia de la anterior situación nos encontramos con el cuadro de que la mejor atención y la más integral necesariamente dependen de un mayor poder adquisitivo. De esta forma, es el factor económico quien determina y posibilita una adecuada atención en los servicios que tienen relación con las necesidades básicas de todo ser humano, entre las cuales la Salud forma parte integrante para lograr una mejor calidad de vida.

Las personas que necesitan de los servicios en el ámbito de la salud, han tenido que bregar continuamente por obtener lo mejor que pueda ofrecerle el Sistema, ya sea mediante contactos personales e internos en los servicios de atención, interconsultas, o por la capacidad de persuasión y diálogo entre los usuarios y funcionarios del Sistema, apelando a una lógica

de acción que tiene relación con la capacidad de exteriorizar sus emociones y necesidades más apremiantes. Esta capacidad, en familias con problemas de trastornos mentales se hace más notoria, pues los rasgos de disfuncionalidad en sus interrelaciones provocan, muchas veces, reacciones de fastidio, rendimiento o condescendencia frente a sus requerimientos. Mediante esta manifiesta manipulación por lo general, estas personas, obtienen sus objetivos. En parte, esta capacidad histriónica, adquirida merced a la necesidad, ha permitido agilizar la atención y la prestación de servicios del Sistema. Por otro lado, estos comportamientos disfuncionales sólo mantienen inalterable el tipo de relación vertical entre funcionarios del Sistema de Salud y usuarios de este.

Estas nuevas elaboraciones y uso de códigos de conducta, les han servido a las familias para afrontar, al interior de sus hogares, las dificultades y complejidades que acarrea el convivir cotidianamente con una persona con discapacidad síquica. La anterior situación se refleja en la forma primigenia que las familias tienen de adecuarse a la enfermedad, con sus propios y escasos medios y conocimientos, cuando la presencia de un profesional que apoye el proceso de rehabilitación aún no está cercana, cuando no existen los elementos técnicos ni las orientaciones de especialistas en el tema. En este sentido, una de las características más sobresalientes y crudas de estos mecanismos que han desarrollado las familias, es su facilidad para demostrar actitudes contrapuestas y contradictorias, como el de un supuesto compromiso real y constante con el proceso de rehabilitación que vive su familiar, cara que es mostrada al exterior y que resulta ser muchas veces su "tarjeta de presentación" hacia los demás. La otra cara es la

que desarrollan al interior de sus hogares, allí se desligan del tema, pueden ignorar a cabalidad la problemática y marginar de la vida intrafamiliar a la persona con discapacidad mental. Esta contradictoria situación puede ser vista e interpretada como un dispositivo de defensa frente a su problemática.

La familia, desde el abordaje en el Sistema Público de Salud, se ha convertido en una suerte de "representante legal" de su familiar con discapacidad. En este sentido, su participación se reduce a la labor de receptora de información de aspectos administrativos y no de participante activa en el tratamiento. Por la fuerte burocracia dentro del Sistema, las intervenciones y abordajes han sido deficientes e ineficaces, por parte de la mayoría de los profesionales del área y aunque es imposible generalizar, pues siempre existen excepciones a la regla, existe resistencia a superar la barrera de verticalidad en el trato y atención hacia el usuario que requiere su atención.

Junto con lo anterior entra en juego la disposición que los profesionales y no profesionales que trabajen en esta área tengan para flexibilizar y adecuar sus conocimientos a la realidad cultural de quienes requieren su servicio y otorgar información pertinente al usuario respecto al surgimiento de nuevos avances tecnológicos, poniéndolos a disposición de estas personas.

Las familias, en este mismo contexto, han optado por buscar mecanismos "cómodos" en su generalidad, que les permitan disponer de la mayor cantidad de beneficios y servicios que ofrece el Sistema, pero sin responsabilizarse del

tratamiento en el hogar, con una actitud de "receptor pasivo", es decir "yo recibo pero mi compromiso va a ser de acuerdo a mi voluntad, mi tiempo y mi estado anímico".

En ambos contextos, la conceptualización de Salud conserva su errada interpretación "Salud es la ausencia de enfermedad". Si una persona sufre de alguna "enfermedad", esta última debe ser responsabilidad sólo de quien la padece y no de la Sociedad en su conjunto. Este tipo de conductas, comportamientos y dinámicas entre profesionales y no profesionales y las personas vinculadas a este tipo de problemáticas, sólo conduce a que el proceso de rehabilitación siga siendo un problema individual y focalizado transformándose en un círculo vicioso.

En virtud de este escenario es importante modificar, poco a poco, los cánones preestablecidos e ir estableciendo como una necesidad prioritaria en el proceso de rehabilitación y como una concepción más integral y fraternal de la dupla Salud - Enfermedad, la importancia de la participación activa e integración social de la persona con discapacidad síquica y su núcleo familiar, conjuntamente con el apoyo mancomunado de la Sociedad Civil, el Gobierno y sus Políticas Sociales.

Es prioritario que las familias de personas con discapacidad se organicen y agrupen en instancias que las representen y que les sirvan para aunar esfuerzos en pos de lograr una presencia más sólida y organizada en el proceso de rehabilitación de su familiar, asumiendo de esta manera un rol igualitario junto a los profesionales a cargo. En este entendido la triangulación y el trabajo en equipo de *profesionales y no*

profesionales, redes sociales de apoyo y familia, permite la "integralidad del tratamiento" en el proceso de rehabilitación.

De acuerdo a la experiencia sicoeducativa en el Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni, se destacan en las familias asistentes a las jornadas distintas y diversas formas de interrelacionarse entre los miembros del grupo objetivo y entre estos y el resto de la comunidad. Lo anterior se traduce en una forma de **comunicación** difícil de comprender por el común de la gente, ya que los rasgos de disfuncionalidad se reflejan en comportamientos y conductas distintas, variables y complejas. Estas familias han ido creando códigos y canales comunicativos que se han condensado en una *Estructura Especial* de relaciones interpersonales y sociales, generada a partir de sus experiencias de vida en las cuales la presencia de una sicopatología ha sido determinante, de una **Educación** deficitaria en muchos casos y de la particular manera en que han asumido su **rol dentro del proceso de rehabilitación** de su familiar con discapacidad.

4.1 Educación.


La heterogeneidad existente en el grupo de asistentes se vio reflejada, entre otros aspectos, en los niveles educacionales de cada uno de ellos. Estos comprendían desde la enseñanza básica incompleta, enseñanza media incompleta hasta estudios superiores. Esta diversidad demostraba una clara diferencia al momento de recibir, comprender y aprehender la información y la manera en que estas personas se


desenvolvían, se manifestaban y participaban dentro del grupo en las jornadas psicoeducativas desarrolladas.


Esta pluralidad de personas y sus niveles educativos, obligaron a orientar, de alguna forma, el estilo utilizado en la intervención de este grupo, razón por la cual se hizo necesario flexibilizar cada una de las sesiones de acuerdo a dichas características. Cada una de estas jornadas se preparó mediante el uso de una metodología cuyo objetivo central se tradujo en abarcar las necesidades más urgentes del grupo en cuestión, complementando este accionar con las necesidades presentadas por el Centro de Rehabilitación.

La Educación, en las personas pertenecientes a sectores populares, ha sido utilizada como un mecanismo de control por parte del Sistema imperante. A través de los clásicos elementos socializadores no se busca otra cosa sino el aprendizaje forzado de las normas, los mecanismos de cohesión y las convenciones sociales que regulan las relaciones sociales en general, con lo cual se fortalecen las estructuras de poder en nuestra Sociedad y se mantiene a los sectores más desposeídos en un constante cuestionamiento, focalización y repartición de recursos limitados, predisponiendo a las familias a entrar en el juego del "acaparamiento de recursos en función de un beneficio individual y no social". Las familias de personas con discapacidad y puntualmente de personas con discapacidad síquica, han requerido de diversas herramientas tendientes a lograr una efectiva vinculación con profesionales y redes de apoyo y una satisfactoria búsqueda de oportunidades para disponer de recursos y de beneficios por una necesidad de sobrevivencia.

La Educación, entonces, ha sido establecida y dirigida por el Sistema hacia esta población vulnerable con orientaciones claramente *individualistas, focalizadas y asistencialistas*.

 *Individualista.* El Ser Humano es una entidad en la que sus problemáticas deben ser responsabilidad sólo de quien la padece sin existir un compromiso con su propia realidad ni con el resto de la comunidad.

 *Focalizada.* Para los sectores populares la Educación tiene un trasfondo totalmente distinto al que se le da a las personas procedentes de sectores más acomodados. A los primeros se les "capacita" para ser la mano de obra del país, sin mayores oportunidades que les permitan desarrollar mejor sus capacidades intelectuales. Para los segundos, la Educación es el elemento para dominar y poseer la mayor cantidad de recursos para obtener control y poder.

 *Asistencialista.* La familia debe ocuparse de todas las necesidades de su familiar. El Sistema sólo otorga los servicios requeridos sin un seguimiento ni una evaluación permanente ni constante de los profesionales a cargo.

Desde esta perspectiva, los elementos otorgados por la Educación en el desenvolvimiento y participación en sociedad, por sus características extremas tanto para los sectores populares como para los sectores acomodados, han demostrado

que la forma según la cual cada grupo hace frente a una enfermedad mental es ejecutada de distintas maneras.

Los sectores populares, se han valido del *conocimiento instintivo*, producto de las mismas experiencias que han vivido durante los años de evolución de enfermedad, como un referente compensatorio frente a esta problemática. El "apoyo real, humano y afectivo" de algunos pocos profesionales del Área de la Salud Mental o de personas con el mismo tipo de problemáticas, les ha servido como una herramienta de vinculación importante dentro de la limitada gama de oportunidades para una mejor atención.

Por otra parte, para las personas pertenecientes a grupos más acomodados, las formas que han ido desarrollando para obtener ayuda y apoyo se basa principalmente en el *conocimiento intelectual*, es decir, han ido informándose de la tecnología y los avances científicos que hacen referencia al tipo de trastorno mental que los afecta. Para este grupo privilegiado existen los medios económicos necesarios como para internar a su familiar y "desligarse", de alguna forma, del problema (internándolo en clínicas privadas o pasando su cuidado a una persona ajena a la familia.) Esta forma de resolver y enfrentar una problemática social tan compleja como la de las enfermedades mentales, sólo ayuda a mantener el estigma que se les ha otorgado a este tipo de trastornos.

Queda de manifiesto que ninguno de los dos extremos es positivo ni viable en la desmitificación de esta realidad. Por un lado, un sector busca publicitar su problema lo más posible para obtener la mayor cantidad de beneficios del Sistema. El otro

sector, en cambio, busca esconder y opacar esta problemática para cuidar las "apariencias".

Si se logra un equilibrio en ambos extremos, se podría enfrentar, desmitificar, contextualizar y socializar estas patologías en el común de las personas que componen nuestra sociedad, promoviendo y comprometiendo a la Sociedad Civil, el Gobierno y demás actores sociales en fortalecer el concepto de Salud como un Bien Social y, por ende, los procesos de rehabilitación como una responsabilidad que nos compete a todos en tanto ciudadanos.

4.2 Comunicación.

Las enfermedades mentales llevan consigo, por un lado, no sólo la discapacidad para la persona que es afectada directamente, sino que también afecta a su grupo familiar y su entorno directo (familia externa, grupo de pares, vecinos, relaciones laborales y comunidad en general) con secuelas difíciles de prevenir y tratar si no existe un compromiso real y constante para quienes estén vinculados con esta situación. Por otra parte, una intervención ejecutada a tiempo por un equipo de Salud Mental donde se pueda establecer un "vínculo terapéutico" basado en la confianza y el respeto entre estos y los usuarios permitiría prevenir y restablecer la integración social de este grupo de personas.

En experiencias sicoeducativas y de intervención sicosocial con familiares de personas con discapacidad mental, estos han dado a conocer métodos particulares que han creado y manejado para desenvolverse en la adquisición de beneficios y prestación de los Servicios del Sistema Público de Salud y para afrontar un problema dinámico, vulnerable, confuso, inesperado y permanente, como es el de trastornos síquicos.

Los rasgos de disfuncionalidad presentes en sus relaciones interpersonales han hecho cada vez más difícil poder realizar cambios trascendentales en su forma de abordar y manejar el problema. Esta situación se explica en que desde hace muy poco tiempo se ha dado importancia a la participación de las familias de los usuarios en el proceso de rehabilitación.

Se ha arraigado, en las familias involucradas, el concepto de que su palabra y su participación no es lo fundamental y que además, el tratamiento debe ser ejecutado sólo por los profesionales, dando principal importancia al tratamiento farmacológico, con lo cual los aspectos relacionados con el ámbito sicosocial han pasado a segundo plano.

En esta dinámica, la familia tiende a confundir la presencia de sus familiares afectados por una discapacidad síquica que acuden a este Centro de Rehabilitación, con la ida "al Colegio"; de esta forma el equipo a cargo asume el rol de "profesores" y a las jornadas sicoeducativas o de reuniones les llaman "reunión de apoderados". Esta analogía, puede ser vista desde dos ópticas:

1. Una manera de enajenarse de la realidad que les toca vivir con su familiar con discapacidad. La carga emocional se aminora y surgen esperanzas de que esta persona con discapacidad pueda lograr alguna meta importante en su vida (generalmente la meta señalada se relaciona con la integración laboral del usuario o completar estudios de la Educación formal.)
2. Respeto hacia los profesionales a cargo. Asumirlos como pedagógos implica una manera de demostrar, por parte de las familias de que esta labor que realizan con sus familiares es altamente valorada. Esta situación permite, por una parte, promover una mayor integración de la familia en el proceso de rehabilitación y, por otra, este respeto permite dar validez y credibilidad a la palabra del equipo de Salud Mental a cargo.

Dentro de esta dinámica, el equipo se ve enfrentado a la creación de metodologías adecuadas y pertinentes para cada realidad. En este contexto el equipo debe confrontar, cuestionar, criticar y autocriticar la manera más adecuada de aplicar sus conocimientos y su forma de intervención con estas personas. De otro modo se crean conflictos internos en los cuales las actitudes propias del ser humano se contraponen con la ética profesional.

En las jornadas realizadas en el Centro San Benito Menni, se confrontaron las necesidades propias de los participantes con las necesidades del equipo a la hora de abordar las temáticas relacionadas con el Proceso de Rehabilitación. Se tuvo que "jugar" con la manera de intervenir y abordar las diversas personalidades, actitudes, conductas y comportamientos evasivos frente al proceso de rehabilitación de los familiares asistentes.

Para los asistentes, la necesidad fundamental visualizada es el "apoyo afectivo y emocional". El equipo tuvo que aproximarse mediante la combinación de técnicas que incluyeran tácticas proteccionistas y que, a la vez, promovieran la necesidad de su participación y compromiso constante en el Proceso de Rehabilitación asumiendo, de esta forma, a los familiares asistentes como los ejes centrales de dicho proceso.

La disfuncionalidad en las relaciones sociales que se dan en estas familias, queda de manifiesto en la manera que tienen de poner límites dentro de los espacios en que se desenvuelven. Son capaces de mezclar sus conflictos internos en todos los ámbitos: en el hogar, en el Centro de Rehabilitación, en sus

Trabajos, con el equipo de Salud Mental, con sus familias y con los propios usuarios. Además de esto, son capaces de aprender y aprehender lo que cada medio ambiente les entrega y al momento de usar esta información pueden desenvolverse fácilmente. En otras palabras y, muy probablemente debido a su cotidiana relación con una persona con discapacidad síquica, tienen una capacidad de "desdoblarse" y de tomar de cada situación y de cada contexto los elementos que para ellos resultan ser más funcionales. Sólo así se puede explicar la paradoja de una sesión en la cual la principal motivación de los asistentes, independiente de los objetivos del equipo a cargo que preparó la sesión, era discutir en torno a complejas rencillas de poder, completamente ajenas al objetivo principal que es el proceso de rehabilitación, y pese a eso, pese a no demostrar un compromiso palpable con el devenir de las sesiones, de igual forma, en la evaluación final dieron muestras de haber comprendido a cabalidad los temas tratados durante las jornadas sicoeducativas.

Esta situación se desprende, de la variabilidad con la que se enfrentan cotidianamente en sus hogares. El trastorno síquico, a pesar de su carga negativa y perjudicial en las relaciones familiares, tiene la capacidad de generar en las personas que giran en torno al familiar con discapacidad síquica, una *inteligencia instintiva* que les permite de alguna manera hacer frente a esta enfermedad.

Esta inteligencia instintiva ha organizado sus relaciones sociales y su manera de comunicarse y comportarse de acuerdo a este enfrentamiento constante contra los patrones de conductas establecidos como "normales" por la sociedad, contra

el estigma propio de la enfermedad mental y contra su propia realidad.

Para las familias con problemas de discapacidad suica es fundamental crear una forma de adaptarse a esta realidad. Muchas veces, en este intento de adaptarse, la sintomatología propia de la enfermedad mental empieza a impregnar a cada uno de los miembros de la familia. Comienza un proceso de desorden, de caos, de disgregación, en el que uno de sus miembros y a causa de esta enfermedad provoca un quiebre dentro del sistema en el cual se ha desenvuelto la familia por mucho tiempo. La familia tiene dos opciones:

- ? Entrar en el juego de la enfermedad mental y mantenerse en esta realidad o...
- ? Buscar mecanismos protectores que permitan superar las crisis, las recaídas y enfrentar esta situación para mantener el equilibrio en la armonía familiar y restablecer la inserción social de las personas con discapacidad y su núcleo familiar, de acuerdo a sus potencialidades y capacidades.

El concepto de "disfuncionalidad" asignado para estas familias, surge de lo anterior, pues esta forma especial de comunicarse y de relacionarse crea continuas confusiones respecto a su forma de pensar y actuar (discurso disgregado.) Esta situación hace que el manejo y la integración activa de la familia hacia el Proceso de Rehabilitación sea lento y muchas veces con pocos resultados positivos.

En lo anterior la *Prevención, la Promoción y la Participación*, vinculados a elementos propios de la Sicoeducación son cimientos vitales para cumplir con el objetivo de la inserción social de la persona con discapacidad y de su núcleo familiar mediante el apoyo conjunto de la Sociedad en general.

4.3 Proceso de Rehabilitación.

Durante esta investigación se ha dado énfasis al Proceso de Rehabilitación y el rol fundamental que en él cumple el grupo familiar. La rehabilitación es un avance importante en la desmitificación de las enfermedades mentales, las cuales a lo largo de la historia se han ido cubriendo de características negativas. Esta última situación sólo ha generado un retraso en la integración y participación de las personas afectadas por esta problemática, marginándolas de la dinamicidad de los procesos sociales.

Producto de esta marginación, sólo se ha logrado privar a las familias de oportunidades que les permitan mejorar su calidad de vida, lo que se ha traducido en la práctica en no poder romper en la Sociedad la imagen de una carga con la que no se sabe qué hacer.

En este último tiempo, las Políticas Sociales que han hecho referencia a este tema han permitido, de alguna manera, comenzar un largo proceso de desmitificación frente a esta problemática social. En este sentido, se debe reforzar en la

idiosincrasia, en la noción cultural de nuestra gente, la visión de que una enfermedad síquica es precisamente eso, UNA, así como la diabetes, el cáncer, la tuberculosis, etc. y que, por ende, necesita de un tratamiento y de un apoyo fundamental por parte de la sociedad.

A partir de esto último, el rol que se le ha asignado a la familia, de ser una entidad fundamental dentro del proceso de rehabilitación, surge de la necesidad de ir desmitificando a los trastornos síquicos desde sus bases, es decir desde el hogar. La familia en tanto piedra basal de la Sociedad es la primera escuela, es quien entrega las primeras nociones socializadoras en el futuro actor social, es la reproductora y transmisora de comportamientos, actitudes y costumbres y las nuevas generaciones van absorbiendo y repitiendo los Modelos preestablecidos dentro de sus hogares. De esta forma la familia, al educar a los hijos sin los prejuicios que generen procesos como la discriminación y la marginación, facilitarán de una manera clara y rotunda la vinculación de las personas afectadas por esta problemática con el contexto sociocultural e histórico del cual forman parte.

Para efectos de este objetivo, las iniciativas que involucren un trabajo de prevención, promoción y desmitificación de las enfermedades mentales significan un avance importante en la integración de estas personas a la vida comunitaria.

Las familias que viven esta realidad no pueden quedar ajenas a este proceso, ya que ellas deben transformarse en las principales protagonistas de este cambio social. En este

aspecto, no debe quedar al margen la integración de quienes no sufren de este tipo de trastornos, pues ellos también son parte integrante de la sociedad. Para hacer efectiva esta labor, la vinculación de las familias con las redes sociales relacionadas con la problemática específica permite elaborar, junto a los profesionales y no profesionales que trabajan en esta área, nuevas metodologías que signifiquen para las futuras generaciones un aporte importante en el abordaje e intervención de los trastornos mentales desde una óptica social.

En este marco es necesario reforzar la importancia y la necesaria coherencia del funcionamiento de la Red Social. La Red Social es el eje principal sobre el cual gira el nuevo Modelo implementado en Salud Mental, basado en lo Social - Comunitario. La Red permite crear vínculos y canales expeditos de derivación siempre que los actores sociales trabajen de manera comprometida, coordinada, con claridad respecto de sus objetivos y en forma mancomunada con la Familia del usuario y el Equipo a cargo. Sólo así se podrán superar las dificultades que se han presentado hasta ahora para lograr la integralidad en el tratamiento.

EN SÍNTESIS...

Prevenir la presencia de deficiencias síquicas, rehabilitar a las personas con discapacidad y promover la igualdad de oportunidades para aquellas personas que han sido excluidas y discriminadas de los procesos sociales, son piezas

fundamentales en la superación del estigma dado a quienes sufren de trastornos siquiátricos y sus núcleos familiares.

Para evitar la entropía o comunicación distorsionada es de vital importancia que las patologías ya presentes no afecten a todos los miembros del grupo familiar y asimismo es importante prevenir que las intervenciones de profesionales del Área de Salud Mental sean deficientes o inconclusas. Es necesario, por tanto, asumir que el lenguaje y la comunicación adecuados al contexto que se está interviniendo, son herramientas vitales para generar un cabal entendimiento de la enfermedad por parte de las familias y un proceso de rehabilitación satisfactorio que facilite la inserción social del usuario.

Desde esta óptica, un profesional no debe presentarse frente al grupo vulnerable como un agente netamente "teórico"; todo lo contrario, debe presentarse como un agente facilitador de herramientas educativas, de manera que estas puedan ser utilizadas por las personas involucradas en el tema de manera efectiva y de acuerdo a sus necesidades más apremiantes.

Es profesional aquel que es capaz de contextualizarse y flexibilizarse en cada realidad social en la que le toque intervenir. En este sentido, el trato con las personas involucradas que aquí se plantea, debe ser de manera igualitaria y horizontal, dentro de los marcos de respeto, confianza mutua y compromiso real y efectivo en el proceso de rehabilitación e inserción social de las personas con discapacidad mental.

El proceso de rehabilitación, desde la perspectiva del Trabajo Social, orientado a la familia, no persigue otra cosa que lograr un equilibrio en las relaciones de esta con el usuario y con la comunidad mediante los elementos propios de la Sicoeducación y el trabajo multidisciplinario y transdisciplinario, para lograr en definitiva, una inserción social efectiva para la persona con discapacidad mental y su familia.

Quinta Estación.



*Y aquí les dejo mis
aprendizajes y conocimientos...*

CONCLUSIONES

Esta investigación ha significado un aporte importante para la institución en la que se llevó a cabo y en las propias familias que participaron del Programa Sicoeducativo.

Lo anterior se fundamenta en la necesidad, por parte de la institución, de abordar el Trabajo con las Familias desde una perspectiva social, pues debido al poco tiempo transcurrido desde la creación del Centro, los registros existentes de las experiencias en la integración de la familia al proceso de rehabilitación eran mínimos. Sólo se había realizado una jornada de familiares en la que se trataron los temas de "Salud y Enfermedad Mental". Los otros vínculos con la familia se daban de modo funcional y administrativo (pago de cuotas, estrategias para juntar fondos, etc.) Dentro de todo este contexto funciona, con Personalidad Jurídica, la "Agrupación de Familiares" que es la instancia más significativa en lo que respecta a la organización de los familiares responsables, pese a todos los conflictos que en ella se presentan.

Durante las jornadas de Sicoeducación, los familiares asistentes muestran interés en los temas presentados, especialmente los que refieren al control de medicamentos, efectos secundarios del tratamiento farmacológico y los contactos con redes sociales de apoyo.

En las evaluaciones realizadas, los asistentes dejan al descubierto las necesidades más requeridas en aras de apoyar el proceso de Rehabilitación y hacerlo integral.

<i>Necesidad Requerida por el familiar responsable</i>	<i>Instituciones, Grupos y/o personas Beneficiadoras</i>
<ul style="list-style-type: none"> ≡ Apoyo emocional / afectivo 	<ul style="list-style-type: none"> ≡ Grupo de autoayuda ≡ Familia ≡ Amigos y vecinos ≡ Equipo de Salud Mental
<ul style="list-style-type: none"> ≡ Factores protectores 	<ul style="list-style-type: none"> ≡ Equipo de Salud Mental
<ul style="list-style-type: none"> ≡ Descarga de Tensiones 	<ul style="list-style-type: none"> ≡ Espacios de recreación, relajación y distracción en el Centro Sicosocial a cargo del equipo de Salud Mental
<ul style="list-style-type: none"> ≡ Fortaleza ≡ Liberación de sentimientos de culpabilidad ≡ Liberación de sentimientos de criticismo 	<ul style="list-style-type: none"> ≡ Grupos de espiritualidad ≡ Grupos de autoayuda
<ul style="list-style-type: none"> ≡ Educación y manejo de la enfermedad mental 	<ul style="list-style-type: none"> ≡ Programas Sicoeducativos ≡ Equipo de Salud Mental ≡ Material Bibliográfico acorde con el tema.

<i>Necesidad Requerida por el familiar responsable</i>	<i>Instituciones, Grupos y/o personas Beneficiadoras</i>
≡ Abordaje individual con las familias	≧ Equipo de Salud Mental
≡ Trabajos Grupales (de autoayuda, recreación, Sicoeducación, etc.)	≧ Familiares Responsables ≧ Usuarios del Centro ≧ Equipo de Salud Mental
≡ Recursos Materiales ≡ Recursos Humanos	≧ Proyectos Sociales ≧ Financiamiento ≧ Integración de más profesionales del área.

Las preguntas que guiaron esta investigación se centraron en tres puntos fundamentales:

1. Rol de la Familia.
2. Participación de la familia en el proceso de rehabilitación desde el hogar junto con el equipo de Salud Mental.
3. Sicoeducación como herramienta efectiva en la inserción de la familia al proceso de rehabilitación.

Las familias, desde sus particulares historias de vida, manejan algunos elementos con los cuales han podido hacer frente a esta realidad. Estos elementos generalmente tienen

como base el "aprendizaje instintivo", es decir que han debido adecuarse y amoldarse a la variabilidad y la dinamicidad que presentan los trastornos mentales con el solo apoyo de sus propias vivencias en este campo. En este sentido, el grupo de asistentes a esta jornada educativa tiene una historia clínica de más de diez años de evolución de enfermedad, por lo que la experiencia en hospitalizaciones, crisis, recaídas y otras sintomatologías relacionadas con este tipo de enfermedad se han ido nutriendo, con el paso del tiempo, de los contactos con médicos, con otros profesionales vinculados al área, con grupos de autoayuda, etc.

En este aspecto, las familias reconocen que su rol principal es el de controladores y seguidores de la evolución de la enfermedad síquica que padece la persona afectada directamente en el hogar. Por otro lado, tienen un importante rol preventivo, como por ejemplo cuando controlan y condicionan aquellos factores ambientales que pueden dar origen a una recaída; un rol de estimulador constante de los avances que día a día vayan logrando sus familiares; Tienen asimismo el rol protagónico, pues sin la inserción de la familia en el proceso de rehabilitación es imposible conocer y entender las conductas y comportamientos que manifiesten los usuarios directos del Centro. Sin este previo conocimiento histórico, social y cultural de la familia, es imposible lograr un proceso de rehabilitación auténtico que pueda ser enfocado y asumido con total "normalidad" por los usuarios, su núcleo familiar y la comunidad de la cual forman parte.

La rehabilitación sicosocial debe ser asumida desde una visión sociocultural. El Equipo a cargo debe abordar el proceso

de rehabilitación desde una perspectiva horizontal, es decir, debe ser capaz de llegar a comprender las nociones y pautas culturales de las familias afectadas, su nivel socioeconómico, sus códigos de conductas, el grupo etéreo al cual pertenecen, sus diversas formas de relacionarse, de comunicarse, sus niveles educacionales y la presencia de otras sicopatologías presentes en el resto del grupo familiar. En otras palabras, el Equipo debe ser capaz de elaborar una dinámica de intervención pertinente, viable, flexible y adaptable a cada situación.



Pertinente. Se refiere a los temas a tratar. Estos deben adecuarse a las necesidades manifiestas y latentes, tanto de las familias que se encuentran en el proceso de integración y participación en la rehabilitación de su familiar afectado de una discapacidad mental, como de la Institución. Se debe crear un lazo de concordancia que permita que las necesidades de ambas partes puedan satisfacerse óptimamente en el proceso de rehabilitación.



Viable. Este aspecto se refiere a que la intervención debe ser solventada económicamente y disponer de los recursos materiales y humanos necesarios para que esta se desarrolle integralmente mientras sea necesaria.

Como el grupo objetivo presenta problemas de disfuncionalidad, los procesos que se deben llevar a cabo con ellos son a largo plazo, por lo que dejar una dinámica de rehabilitación incompleta puede remitir consecuencias negativas, perjudicando las distintas esferas en las que se desenvuelven estas personas (emocional, social, laboral, etc.)



Flexible. La flexibilidad dice relación con el "cómo yo, en tanto profesional, me presento frente a mi grupo vulnerable". Los profesionales y no profesionales que se insertan en el mundo de las relaciones humanas en general y de los trastornos mentales en particular, deben considerar de partida que lo que "yo creo que es importante para el otro" puede que no sea, efectivamente, lo más importante. En este sentido, el equipo a cargo debe ser capaz de desarrollar metodologías propias y un sistema de comunicación que se adecue con la realidad de las personas en las que se está interviniendo. De esta forma, la entrega de los nuevos conocimientos despierta una reacción empática entre el grupo objetivo y el profesional a cargo, con lo cual la credibilidad de los conceptos y elementos compartidos es mayor.



Adaptable. La realidad histórica de cada una de las personas es única e irrepetible. No sirven los "moldes preestablecidos" en el proceso de rehabilitación que viven las familias en que uno de sus miembros presenta problemas de trastornos siquiátricos. El paradigma utilizado no debe aplicarse literalmente pues, de esta manera, sólo se consigue debilitar y desperfilar la participación activa de estas familias, y los resultados de los objetivos planteados se distorsionan.

Teniendo presentes estos cuatro conceptos, los programas de rehabilitación promocionarán y potenciarán la participación e inserción de la familia en la problemática que vive su familiar afectado.

Según la hipótesis que plantea esta investigación ("*A mayor participación en el Proceso de Rehabilitación, mayor es el protagonismo y el compromiso de la familia en dicho proceso, transformándose esta última en una entidad desmitificadora y concientizadora en su propio medio ambiente. De esta manera, la familia se convierte en un importante soporte que posibilita la apertura de nuevos caminos en pos de lograr una efectiva inserción social de la persona con discapacidad síquica*") los Programas Sicoeducativos son instancias importantes en la intervención y abordaje de las personas con este tipo de problemáticas. Existen, a la vez, otros factores que contribuyen en hacer de ésta una hipótesis verdadera.

La familia debe manifestar y asumir una actitud abierta y positiva hacia el cambio. Es necesario ir perfilando, poco a poco, objetivos progresivos que se orienten a un proceso de transformación que conlleve una nueva forma de enfrentar esta realidad y estar dispuesta a asumir el proceso de rehabilitación como una *tarea de por vida*. Este trayecto es largo, los resultados no son inmediatos, lo que significa que muchas veces las personas desertan, se cansan, o no se comprometen íntegramente en este recorrido. El agotamiento, el estrés, la vulnerabilidad hacia el medio ambiente que les rodea, el estigma, las recaídas y las crisis, las hospitalizaciones y rehospitalizaciones que acarrearán un retroceso inmediato en el

proceso de rehabilitación y la carencia de recursos económicos son otros factores que desalientan las esperanzas de la familia de ver nuevamente a su familiar inserto en la sociedad.

La verdad es que, además de los factores antes destacados, esta inserción depende netamente de las posibilidades que cada persona con discapacidad disponga para hacer frente a la vida "normal" en sociedad.

Desde el principio la familia debe ser advertida de que su familiar afectado "nunca será como antes de la aparición de la enfermedad" (Ver Nota Aclaratoria 1), se debe crear conciencia en la familia de que ahora la forma en que se desarrollarán las relaciones interpersonales y con el resto de la comunidad será distinta. Se entrará a un mundo difícil, lleno de estigmas, de obstáculos y de pocas oportunidades.

En este contexto, las posibilidades de inserción social cada vez serán menores si no se cuenta con un apoyo profesional y local (comunidad, amigos, vecinos.) Por lo tanto, integrarse a Centros de Rehabilitación insertos en la comunidad, es un paso importante en la forma en que se enfrentará esta desconocida y desconcertante realidad.

Tener conciencia de enfermedad, por ende, es el primer paso y el más importante por cierto, en el apoyo e inserción en el proceso de rehabilitación. La familia, una vez superada la etapa de duelo (es decir, el momento desde el cual se les informa sobre la presencia de un trastorno síquico, de alguna manera debe buscar mecanismos que apoyen y ayuden a superar y enfrentar este nuevo escenario. En la mayoría de los casos,

este espíritu de superación necesita ser reforzado, ya sea por ayuda profesional o de algún miembro de la familia que se sienta realmente cercano tanto a la persona afectada como al núcleo familiar. La conciencia de enfermedad es vital, entonces, en todo el proceso de rehabilitación, pues se transforma en el primer paso, en la piedra basal para desmitificar el estigma que conllevan los trastornos psiquiátricos y para mejorar la calidad de vida tanto del usuario como de su familia.



El Objetivo General de esta investigación (*Describir impactos de una intervención psicoeducativa implementada y dirigida a los familiares de usuarios que participan del Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni*) se cumple; aunque es importante señalar que los resultados más significativos, es decir los cambios en las conductas y comportamientos de las personas involucradas dentro del proceso de rehabilitación sólo son visibles después de un período de intervención extenso. En este sentido, la dinamicidad, vulnerabilidad, contexto sociocultural, educacional y económico en que se desenvuelve la familia, son factores influyentes para dicho proceso de cambio.

De acuerdo a los Objetivos Específicos trazados, los resultados fueron los siguientes:

- 1. Implementar un Programa Sicoeducativo cuyos contenidos se refiera a: conocimientos básicos acerca de enfermedad mental, manejo conductual proceso de rehabilitación y conocimiento de redes de apoyo en la comunidad*

Este objetivo se cumplió a cabalidad, pues la necesidad de crear e implementar un Programa Sicoeducativo en este Centro era fundamental, debido a que la intervención en el grupo de familiares responsables había sido deficiente hasta ese momento.

Las razones fueron:

-  Falta de un profesional que ejecutara esta labor (Trabajador Social.)
-  Falta de tiempo de los profesionales que aquí trabajan, ya que estaban concentrados en el proceso de rehabilitación dirigido a los usuarios y en la organización administrativa, lo cual requiere, para un Centro de Rehabilitación Sicosocial con tan poco tiempo de vida, una mayor dedicación.

2. Elaborar con los profesionales que integran el equipo de Salud Mental una pauta que permita detectar cambios en el comportamiento de los familiares que participan en el Programa Sicoeducativo.

Este objetivo no se llevó a cabo, pues como se mencionaba anteriormente, para lograr visualizar y detectar aquellos cambios conductuales y/o comportamentales se requiere de una inserción más prolongada en la institución, de esta forma, los límites de esta investigación, en tiempo no permitieron llevar a cabo este objetivo, dejándolo como tarea para el equipo a cargo de este Centro de Rehabilitación. Una vez más queda de manifiesto que, al ser la rehabilitación y concienciación de la enfermedad un proceso tan extenso, los cambios de comportamientos o conductas deben realizarse mediante una pauta de seguimiento permanente y constante por parte de los profesionales a cargo, tanto de manera individual como en el trabajo grupal con los familiares responsables.

El impacto más notorio que se manifestó en este tiempo de intervención fue en el momento de la aplicación de la última evaluación de las jornadas sicoeducativas, la que fue realizada un mes después de implementadas las sesiones. En dicha evaluación los familiares demostraron en primer lugar una actitud abierta a contar sus particulares experiencias; por otro lado manifestaron una actitud erudita, dando a conocer un amplio e importante conocimiento de los elementos sicoeducativos aprendidos de su realidad teniendo claro el rol que debían asumir dentro del proceso de rehabilitación de sus familiares con discapacidad síquica. Se notaba mayor

disposición y compromiso frente a su propia realidad, distinto a las sesiones realizadas. Pero contradictoriamente con lo anterior, no se nota una cohesión grupal, ni la capacidad de aportar nuevos conocimientos y experiencias en el ámbito grupal. Esto último es influido por las disputas "eternas" entre los líderes de la Agrupación de Familiares.

3. Detectar aspectos nuevos y relevantes, que no han sido considerados en la investigación que pudieran influir en la integración del familiar en el proceso de rehabilitación.

Este objetivo tiene relación y se desarrolla en la CUARTA ESTACIÓN... "HE AQUÍ NUESTRO LUGAR EN LA TIERRA", capítulo 4 "Nuevos Hallazgos".

De acuerdo al objetivo general propuesto en la realización del Programa Sicoeducativo propiamente tal (*Implementar un Programa Sicoeducativo dirigido a familiares de personas con discapacidad mental*), este se cumple satisfactoriamente. Gracias a la integración de esta investigación se refuerza el trabajo multidisciplinario, ya que el equipo de Salud Mental a cargo de este Centro, compuesto de una Terapeuta Ocupacional, una Sicóloga y un Monitor, demuestra una gran disposición para crear, potenciar y promover los espacios que tienen relación con la integración del grupo de familiares, en donde estos asuman una dinámica activa y protagonista dentro del proceso de rehabilitación por el cual pasan los beneficiarios directos, en conjunto con el equipo de Salud Mental.

Dar vida a esta investigación y adecuarla a las necesidades del Centro de Rehabilitación y de los familiares responsables fue una tarea compleja, pero no imposible. La estructura del Programa Sicoeducativo debió adecuarse y flexibilizarse en cada una de las sesiones que se realizaron, pues la variabilidad e impredecibilidad de las relaciones interpersonales que en el grupo objetivo se generaron, hicieron que el trabajo en equipo fuera una labor importante y vital en todo este proceso.

Según los Objetivos Específicos del programa, se arrojan los siguientes resultados:

1. *Integrar a los familiares de los usuarios que participan en el Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni en el Proceso de Rehabilitación.*

El sólo echo de que los familiares hayan asistido a este Programa significa un avance importante en la integración de estos como "entes de rehabilitación doméstica" al proceso de rehabilitación.

La integración plena u óptima, sólo será visible en un período mucho más largo de tiempo, que involucre constancia, participación, asistencia, apoyo y protagonismo, para con el proceso de rehabilitación.

2. Brindar un espacio de discusión, Educación y ayuda para los familiares de los usuarios de este Centro.

Este espacio se otorgó a los familiares. Sin embargo, el cómo utilizaron y aprovecharon este es un aspecto importante de destacar. Lamentablemente, la Agrupación de Familiares, que en teoría se presenta como la forma más importante de organización de las personas que tienen en su seno familiar una problemática de discapacidad y en nuestro caso particular de discapacidad síquica, significó una traba enorme en la cohesión del grupo objetivo. Los constantes roces, disputas, luchas de poder entre los líderes de esta Agrupación significaron interferencias negativas en los canales de comunicación entre el equipo y el resto de los familiares asistentes, perjudicando el desarrollo de las jornadas.

En este contexto haberse realizado cinco sesiones, lo cual es un corto plazo, sumado a la presencia de estos conflictos internos, no permitieron la optimización del uso del espacio otorgado.

Los asistentes a estas jornadas sicoeducativas no son capaces de separar y contextualizar los ambientes que les rodean. Mezclan sus conflictos internos, sus problemáticas, su participación en el Centro y en la Agrupación de Familiares con su participación en este Programa Sicoeducativo.

Si no se tienen claros los objetivos individuales y grupales respecto a la importancia que tiene la inserción en el proceso

de rehabilitación del familiar afectado, más que apoyar se perjudica este proceso. De esta manera, las metas trazadas en torno a la rehabilitación no tendrán un buen resultado. Es importante concienciar en las familias que su permanencia, asistencia, participación y compromiso con la persona con discapacidad son fundamentales en estas instancias. Si no son utilizados positivamente estos espacios, la familia seguirá inserta en el círculo vicioso que genera la enfermedad mental, sin apoyo, sin recursos y sin oportunidades reales de integración social.

EN SÍNTESIS...

El propósito de esta investigación fue integrar a la familia en el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad síquica usuarias de este Centro, mediante la implementación de un Programa que girara en torno a elementos propios de la Sicoeducación, teniendo como paradigma central la Teoría de Sistemas, desde la óptica del Trabajo Social.

La familia como un Sistema Social depende de un contexto determinado. En el caso de esta investigación la familia es parte de un sistema en el que, dentro de sus interrelaciones personales y de estas para con la sociedad, se manifiestan rasgos de disfuncionalidad, por lo que el acercamiento, la comprensión y el trabajo directo con estas personas son complejos.

Para que este Sistema Social (el de las familias con disfuncionalidad) sea dinámico y pueda existir retroalimentación, las personas involucradas en el área de Salud Mental (profesionales y no profesionales) deben, por un lado, adecuarse y comprender los canales y códigos de comunicación. Por otra parte, es necesario establecer canales y códigos de comunicación comunes (familias más personas insertas en el área ya sea equipo, vecinos, amigos, etc.) que permitan un equilibrio dentro de las relaciones sociales. De esta manera, relacionar ambas partes logra un feedback que permite una adecuada, efectiva y viable intervención, abordaje y futura inserción dentro del proceso de rehabilitación.

Dentro de esta investigación, la inserción de un Programa Sicoeducativo en este medio permitió abrir un espacio para los familiares que realmente se sienten comprometidos con su familiar con discapacidad síquica y su proceso de rehabilitación. El vínculo con las familias y el reconocimiento de aquellos que realmente se sienten parte de este proceso ya está creado. Pero para que esto se cumpla y se optimice se necesita de un acercamiento, preocupación y un trabajo constante y permanente. Si este espacio logra sobrevivir a la disfuncionalidad, complejidad, desconcierto y dinamicidad de este sistema, significa que la inserción social de las personas con discapacidad síquica y de sus familiares será efectiva.

NOTAS ACLARATORIAS.

1. En el caso de los deterioros orgánicos cerebrales perinatales, asumir la enfermedad y enfrentar a la Sociedad es un proceso "más natural" pues esta última ve con "ojos compasivos y caritativos" este tipo de daños. Además, en esta situación la persona afectada no ha tenido un "antes de la enfermedad" y la familia, por ende, no tiene elementos de comparación inmediatos.

CITAS DE LA INVESTIGACIÓN.

1. Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2000 Microsoft Corporation. 1993-1999. *Declaración Universal de Derechos Humanos.*
2. Departamento de Coordinación de Políticas y de Desarrollo Sostenible (DCPDS) de las Naciones Unidas. 1994. *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas.*
3. Congreso Nacional, República de Chile. 1994. *Normas para la plena Integración Social de Personas con Discapacidad. Ley N° 19.284. Título 1 Normas Preliminares Artículo 1°.*
4. Ministerio de Planificación y Cooperación División Social 1999. *Documento: Política Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad. (versión aprobada por el Comité de Ministros Social.) S/E. Santiago.*



5. Sergio Rebolledo - María José Lobato. 1998. *Sicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia. Fundación Nou Camí. Barcelona España.*
6. Hna. Ernestina Aros y T.O. Andrea Yupanqui. 2000. *Resumen Proyecto Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni. Santiago.*
7. Laura Rueda. 1996. *Resumen de Clase de Terapia Ocupacional en Orientación Familiar. Universidad de Chile. Facultad de Medicina Terapia Ocupacional. Fotocopia. Santiago.*
8. Carmen Jorquera. Asistente Social.1997. *Apuntes Curso para Auxiliares de Terapia Ocupacional. "Familia y Redes Sociales". Unidad de Rehabilitación. Instituto Siquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Fotocopia. Santiago*
9. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. 1993 *Plan Nacional de Salud Mental. Santiago, Chile.*
10. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. 1999 - 2000 *Plan Nacional de Salud Mental. Santiago, Chile.*

11. Demetrio Casado et al.
1990. *Discapacidad y Medios de Información. Ed. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid. Fotocopia.*
12. LA GACETA.
www.lagaceta.com *Artículo "Rehabilitación Siquiátrica". España. S/F.*
13. Dra. Ximena San Martín.
1997. *Apuntes de Rehabilitación "Curso para Auxiliares de Terapia Ocupacional". Breve Historia acerca de las Enfermedades Mentales y Proceso de Rehabilitación" Unidad de Rehabilitación. Instituto Siquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Fotocopia. Santiago.*
14. Dra. Paulina Gómez. 1992. *Documento: Promoción de la Salud. Fotocopia. S/E. Washington D.C.*
15. Andrea Yupanqui.
Terapeuta Ocupacional. 1999. *Sistematización Taller "Sigamos Creciendo Juntos"- Asociación de Personas con Discapacidad de San Ramón. Santiago.*

16. Ministerio de Salud.
División Programas de Salud.
Departamento Programas de
las Personas Unidad de Salud
Mental Área prioritaria de
Discapacidad Síquica y
Rehabilitación Sicosocial. 1996. *Documento de discusión
interna: Normas Técnicas de
Acreditación de Hogares
Protegidos, Residencias
Protegidas, Centros Diurnos
de Rehabilitación, Talleres
Laborales de Rehabilitación
(Versión Final.) Fotocopia.
Santiago.*
17. MIDEPLAN. 1996 *Encuesta de Caracterización
Socioeconómica CASEN.
Definición concepto de
Discapacidad. S/E.*
18. Eduardo Ordaz. 1992. *"Rehabilitación Siquiátrica".
Edit. Científico Técnica. La
Habana. Cuba.*
19. José García et al. *Rehabilitación Sicosocial:
Conceptos y Estrategias. Ed.
Duphar. Fotocopia. S/C.
S/F.*
20. Carol Anderson et al. *"Esquizofrenia y Familia"
Guía Práctica de
Sicoeducación. Ed.
Amorrortu. Fotocopia. S/C.
S/F.*

21. Robert Paul Liberman. *Rehabilitación del Enfermo Mental Crónico. Biblioteca de Psicología, Siquiatría y Salud PRACTICA. Ed. Martinez Roca Libros Universitarios y Profesionales. S/C. S/F. Fotocopia.*
22. Ornella Flores. *El Proceso Diagnóstico N° 11 "El Estudio Social en Psiquiatría" en M. Gomberoff - J.P. Jimenez. "Psiquiatría." Ediciones MEDCOM Ltda. Santiago. S/F. Fotocopia.*
23. Morelia Martínez. 1995. *Apuntes de Clase Trabajo Social de Grupos II en Bernstein "Familia y Enfermedad Mental" Ed. Paidós. Buenos Aires. 1978. Fotocopia. Santiago.*
24. Morelia Martínez. 1995. *Apuntes de Clase Trabajo Social de Grupos II En Skinner. "Terapia Familiar". Ed. Abril Buenos Aires. 1976. Fotocopia. Santiago.*

25. Morelia Martínez. 1995. *Apuntes de Clase Trabajo Social de Grupos II. En López "El Trabajo Social y la Terapia Familiar" Ponencia IV Congreso Nacional Trabajo Social. Medellín. 1981. Fotocopia. Santiago.*
26. Hilda Olivares. *Cátedra de Medicina Social. Carrera de Trabajo Social. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Documento: Orientaciones y Normas del Asistente Social en Salud. Fotocopia S/F.*
27. Agencia EFE. 2000. *Más del 90% de Minusválidos no recibe atención adecuada en países pobres. Ginebra Suiza.*

ANEXOS



ANEXO I

ESTABLECE NORMAS PARA LA
PLENA INTEGRACION SOCIAL
DE PERSONAS CON
DISCAPACIDAD

LEY N° 19.284

Teniendo presente que el H. Congreso Nacional ha
dado su aprobación al siguiente

PROYECTO DE LEY.
TITULO 1

NORMAS PRELIMINARES

Artículo 1º. - Las disposiciones de la presente ley tienen por objeto establecer la forma y condiciones que permitan obtener la plena integración de las personas con discapacidad en la sociedad, y velar por el pleno ejercicio de los derechos que la Constitución y las leyes reconocen a todas las personas.

Artículo 2º. - La prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación del Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de su familia y de la Sociedad en su conjunto. El Estado dará cumplimiento a la obligación establecida en el inciso anterior en los términos y condiciones que fije esta ley.

Artículo 3º.-Para los efectos de esta ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social.

Un reglamento señalará la forma de determinar la existencia de deficiencias que constituyen discapacidad, su calificación y cuantificación.

Artículo 4°. - El Estado ejecutará programas destinados a las personas discapacitadas, de acuerdo a las características particulares de sus carencias. Para ello, cada programa se diseñará considerando las discapacidades específicas que pretende suplir y determinará los requisitos que deberán cumplir las personas que a ellos postulen, considerando dentro de los criterios de priorización el grado de la discapacidad y el nivel socioeconómico del postulante.

Artículo 5°. - Se consideran ayudas técnicas todos aquellos elementos necesarios para el tratamiento de la deficiencia o discapacidad, con el objeto de lograr su recuperación o rehabilitación, o para impedir su progresión o derivación en otra discapacidad. Asimismo, se consideran ayudas técnicas los que permiten compensar una o más limitaciones funcionales motrices, sensoriales o cognitivas de la persona con discapacidad, con el propósito de permitirle salvar las barreras de comunicación y movilidad y de posibilitar su plena integración en condiciones de normalidad.

Artículo 6°. - Para acceder a los beneficios que establece esta ley, se requiere estar en posesión del certificado a que se refiere el artículo 7° y encontrarse inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad.

TITULO III

DE LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN

Artículo 13. - Para los efectos de esta ley, la prevención comprende tanto las medidas tendientes a evitar las causas de las deficiencias que pueden ocasionar discapacidad, como las destinadas a evitar su progresión o derivación en otras discapacidades. Se privilegiará la prevención en las áreas de salud, Educación, Trabajo y comunicación.

Dicha prevención procurará principalmente:

- 1) La atención adecuada del embarazo, del puerperio y del recién nacido para evitar y detectar la deficiencia y discapacidad;
- 2) El asesoramiento genético;
- 3) La investigación en el recién nacido de enfermedades metabólicas;
- 4) La detección y registro de las malformaciones congénitas visibles en los recién nacidos;
- 5) La promoción de la Salud física y mental, principalmente evitando el uso indebido de las drogas, y el abuso del alcohol y el tabaco, y
- 6) La prevención en accidentes del tránsito, del Trabajo y enfermedades ocupacionales.

Artículo 14. - La rehabilitación tiene por finalidad permitir a las personas que presentan una discapacidad física, psíquica o sensorial, que dificulte su integración social, educativa o laboral, mediante el acceso a las prestaciones y servicios oportunos y necesarios, la recuperación de la funcionalidad y su

mantenimiento. De no ser posible la completa recuperación, la acción rehabilitadora consistirá en desarrollar sus destrezas funcionales y en dotar de elementos alternativos para compensar dicha discapacidad.

Artículo 15. - El Estado adecuará el equipamiento y personal necesarios para asegurar entre las prestaciones médicas, las que se refieran a la prevención y rehabilitación médico-funcional. Sin perjuicio de lo anterior, éste fomentará la creación de centros públicos o privados, de prevención y rehabilitación, velando por el cumplimiento de los objetivos señalados en los artículos 13 y 14, y la formación y perfeccionamiento de profesionales, la investigación, la producción y la comercialización de ayudas técnicas.

Asimismo, canalizará recursos para colaborar en acciones de prevención y rehabilitación a través de programas orientados a mejorar el acceso de la población discapacitada de escasos recursos a dichas acciones.

Artículo 16. - En aquellos casos que en razón de la discapacidad, sea imprescindible el uso de prótesis, de órtesis o de otras ayudas técnicas para realizar las funciones propias de la vida diaria, para la Educación o para el Trabajo, la adquisición, conservación, adaptación y renovación de dichos aparatos se entenderá como parte del proceso de rehabilitación.

Artículo 17. - Durante la rehabilitación se propenderá a la asistencia en Salud Mental, con el propósito que la persona sometida a ella desarrolle al máximo sus capacidades. De ser necesario, dicha asistencia podrá extenderse a la familia.

TITULO IV
DE LA EQUIPARACION DE OPORTUNIDADES

Capítulo I
Del acceso a la cultura, a la información, a las
comunicaciones y al
espacio físico

Artículo 18. - Los establecimientos educacionales, organismos públicos y privados de capacitación, empleadores y en general toda persona o institución, cualquiera que fuere su naturaleza, que ofrezca cursos, empleos, servicios, llamados a concurso y otros similares, exigiendo la rendición de exámenes u otros requisitos análogos, deberán adecuar los mecanismos de selección en todo cuanto sea necesario para permitir la participación de las personas con discapacidad en igualdad de oportunidades.

Artículo 19.- El Consejo Nacional de Televisión dictará las normas para que, el sistema nacional de televisión, ponga en aplicación mecanismos de comunicación audiovisual que proporcionen información a la población con discapacidad auditiva, en los informativos.

Artículo 20. - Las bibliotecas de acceso público deberán contar gradualmente con material y facilidades destinados a no videntes.

Artículo 21. - Las nuevas construcciones, ampliaciones, instalaciones, sean éstas telefónicas, eléctricas u otras

reformas de edificios de propiedad pública o privada, destinados a un uso que implique la concurrencia de público, así como también las vías públicas y de acceso a medios de transporte público, parques, jardines y plazas, deberán efectuarse de manera que resulten accesibles y utilizables sin dificultad por personas que se desplacen en sillas de ruedas. Si contaren con ascensores, éstos deberán tener capacidad suficiente para transportarlas.

Los organismos competentes modificarán las normas de urbanismo construcción vigente de manera que ellas contengan las condiciones a que deberán ajustarse gradualmente los proyectos, el procedimiento de autorización y de fiscalización; las sanciones que procedieren por su incumplimiento y el plazo y prioridades para que las edificaciones ya existentes se adecuen a las exigencias previstas en el inciso precedente.

Artículo 22. - El Ministerio de Vivienda y Urbanismo reglamentará, dentro de su sistema de subsidios, el otorgamiento de ellos para adquirir y habilitar viviendas y para la asignación de soluciones habitacionales, destinadas a ser habitual y permanentemente habitadas por una o más personas con discapacidad, su familia o representante, con quienes ellas vivan. El reglamento deberá contemplar, a lo menos, las siguientes materias:

- a) Priorización en la asignación del subsidio.
- b) Determinación de sistemas para la ubicación y construcción de soluciones habitacionales para su posterior asignación a las personas mencionadas.
- c) Mecanismos de subsidios para la adecuación gradual de las construcciones existentes y que hayan sido asignadas o adquiridas por dichas personas.

Artículo 23. - Todos los medios de transporte público de pasajeros, con la sola excepción de los vehículos de alquiler, asegurarán asientos de fácil acceso para ser usados por personas con discapacidad, señalándolos convenientemente. El número de asientos preferentes será de a lo menos uno por cada diez.

Artículo 24. - Para facilitar el desplazamiento y seguridad de las personas con discapacidad, los organismos del Estado competentes a nivel nacional, regional, provincial y comunal, y las Municipalidades, adoptarán las medidas técnicas conducentes a la adaptación de los medios de transporte de pasajeros. El Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones señalará dichas medidas y los sistemas de señalización, estableciendo la fiscalización, las sanciones que procedieren por el incumplimiento y el plazo y prioridades de su implementación.

Artículo 25. - Los establecimientos comerciales, industriales y de servicios, públicos o privados; los que exhiban espectáculos artísticos, culturales o deportivos y los edificios destinados a un uso que implique la concurrencia de público, que cuenten con estacionamientos para vehículos, reservarán un número suficiente de ellos, para el uso de las personas con discapacidad. Corresponderá a la municipalidad respectiva velar por el adecuado cumplimiento de esta obligación.

Capítulo II

De acceso a la Educación

Artículo 26. - Educación especial es la modalidad diferenciada de la Educación general, caracterizada por constituir un sistema flexible y dinámico que desarrolla su acción preferentemente en el sistema regular de Educación, proveyendo servicios y recursos especializados a las personas con o sin discapacidad, según lo califica esta ley, que presenten necesidades educativas especiales.

Artículo 27. - Los establecimientos públicos y privados del sistema de Educación regular deberán incorporar las innovaciones y adecuaciones curriculares necesarias para permitir y facilitar, a las personas que tengan necesidades educativas especiales, el acceso a los cursos o niveles existentes, brindándoles la enseñanza complementaria que requieran, para asegurar su permanencia y progreso en dicho sistema.

Cuando la naturaleza y/o grado de la discapacidad no haga posible la señalada integración a los cursos ordinarios, la enseñanza especial se impartirá en clases especiales dentro del mismo establecimiento educacional. Sólo excepcionalmente, en los casos en que los equipos del Ministerio de Educación a que se refiere el artículo 28 lo declaren indispensable, la incorporación a la Educación se hará en escuelas especiales, por el tiempo que sea necesario.

El Estado colaborará para el logro de lo dispuesto en los incisos precedentes, introduciendo las modificaciones necesarias al sistema de subvenciones educacionales y/o a través de otras medidas conducentes a este fin.

Artículo 28. - La necesidad de las personas con discapacidad de acceder a la Educación especial, la modalidad y el establecimiento pertinente, así como también el tiempo durante el cual deberá impartírseles, se determinará, sobre la base de los informes emanados de los equipos multiprofesionales del Ministerio de Educación, sin perjuicio de las facultades que esta ley otorga a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez y de los certificados que ellas emitan, todo ello de acuerdo a lo que disponga el reglamento de que trata el artículo 3° de esta ley.

Artículo 29. - Las escuelas especiales, además de atender a las personas que de conformidad al inciso segundo del artículo 27 lo requieran, proveerán de recursos especializados y prestarán servicios y asesorías a los jardines infantiles, a las escuelas de Educación básica y media, a las instituciones de Educación superior o de capacitación en las que se aplique o se pretenda aplicar la integración de personas que requieran Educación especial.

Artículo 30. - El Ministerio de Educación cautelará la participación de las personas con discapacidad en los programas relacionados con el aprendizaje, desarrollo cultural y el perfeccionamiento. Del mismo modo, fomentará que los programas de Educación Superior consideren las materias relacionadas con la discapacidad, en el ámbito de su competencia.

Artículo 31. - A los alumnos del sistema educacional, del nivel básico, que por las características de su proceso de rehabilitación médico funcional, requieran permanecer internados en centros especializados por un período superior a tres meses, el Ministerio de Educación les proporcionará la correspondiente atención escolar, la que será reconocida para los efectos de continuación de estudios de acuerdo a las normas que establezca ese Ministerio.

Artículo 32. - El Ministerio de Educación establecerá mecanismos especiales y, adaptará los programas a fin de facultar el ingreso a la Educación formal o a la capacitación de las personas que, a consecuencia de su discapacidad, no hayan iniciado o concluido su escolaridad obligatoria.

Capítulo III

De la capacitación e inserción laborales

Artículo 33. - El Estado, a través de los organismos pertinentes, promoverá la capacitación laboral de las personas con discapacidad, creando programas especiales con el fin de permitir e incrementar su inserción al Trabajo.

Artículo 34. - Las personas con discapacidad inscritas en el Registro Nacional de la Discapacidad, a que se refiere el Título V de esta ley, podrán celebrar el contrato de aprendizaje contemplado en el artículo 77 del Código del Trabajo, hasta la edad de 24 años.

Cuando el Estado, en conformidad con lo dispuesto en el Párrafo 3 del Título I del decreto ley N° 1.446, de 1976, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto con fuerza de ley N' 1, de 1989, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, financie total o parcialmente programas de capacitación, se contemplarán las medidas necesarias para permitir la participación de personas con discapacidad, sin limitación de edad.

Artículo 35. - En los casos a que se refiere el artículo anterior, se procurará que los materiales y elementos utilizados se adapten para el uso y beneficio de quienes presenten discapacidad.

Artículo 36. - El Estado, a través de los organismos respectivos, velará porque los programas de capacitación dirigidos a las personas con discapacidad se formulen y lleven a

cabo de acuerdo a las necesidades de éstas y a los requerimientos y posibilidades del mercado de Trabajo.

Artículo 37. - El Estado, a través de sus organismos pertinentes, creará condiciones y velará por la inserción laboral de las personas con discapacidad a objeto de asegurar su independencia, desarrollo personal, ejercicio del derecho a constituir una familia y a gozar de una vida digna.

Artículo 38. - La capacitación laboral de las personas con discapacidad comprenderá, además de la formación laboral, la orientación profesional, que deberá otorgarse teniendo en cuenta la evaluación de las capacidades reales del beneficiario, la Educación efectivamente recibida y sus intereses, teniendo presente el respectivo informe de diagnóstico.

Santiago, 5 de enero de 1994. -

PATRICIO AYLWIN AZOCAR
Presidente de la República

SERGIO MOLINA SILVA
Ministro de Planificación y Cooperación

ALEJANDRO FOXLEY RIOSECO
Ministro de Hacienda

Lo que transcribo a Ud. , para su conocimiento. Saluda Atte., a
Ud.,

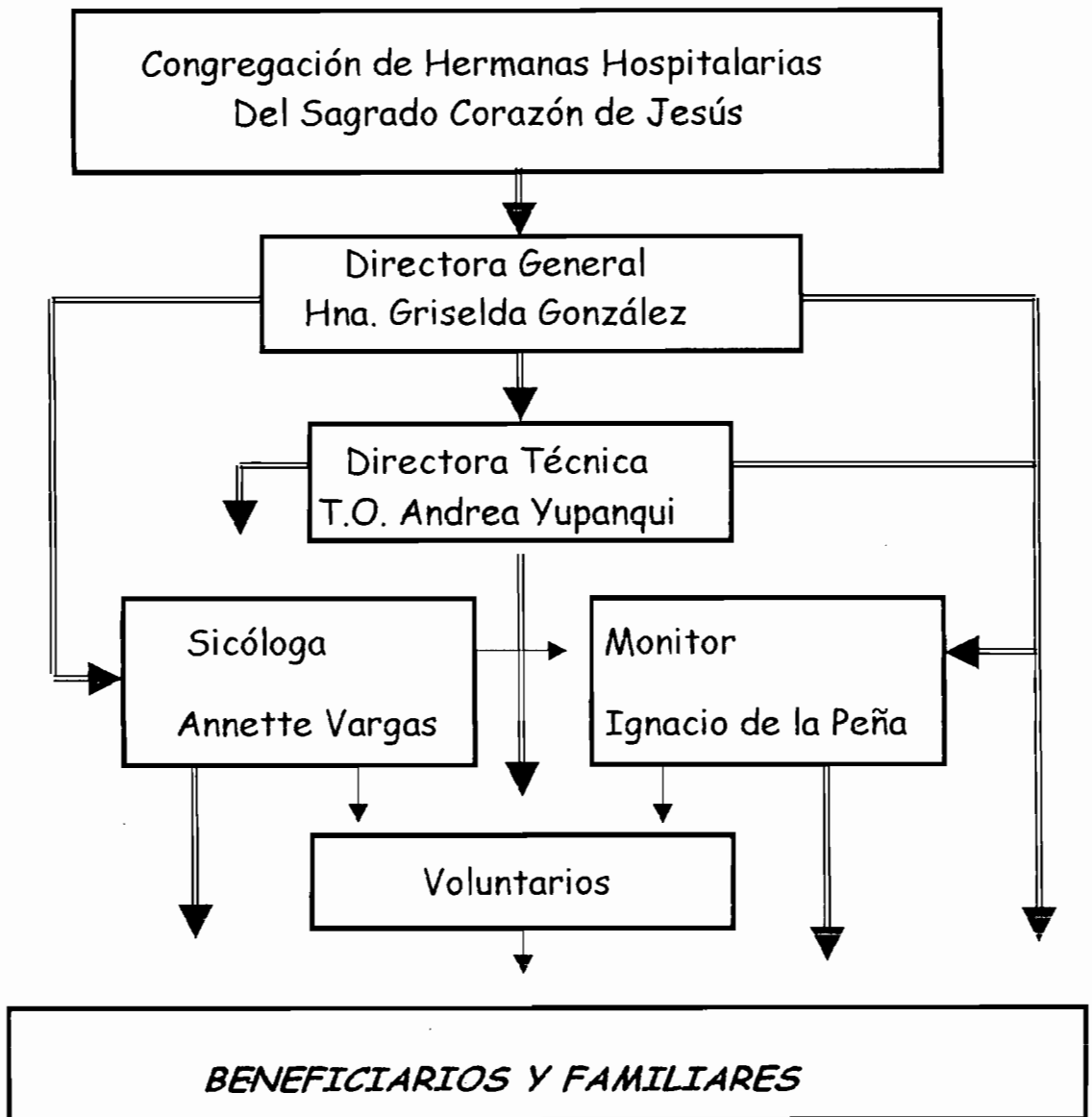
CARLOS FUENZALIDA CLARO
Subsecretario de Planificación y Cooperación

ANEXO 2

ORGANIGRAMA

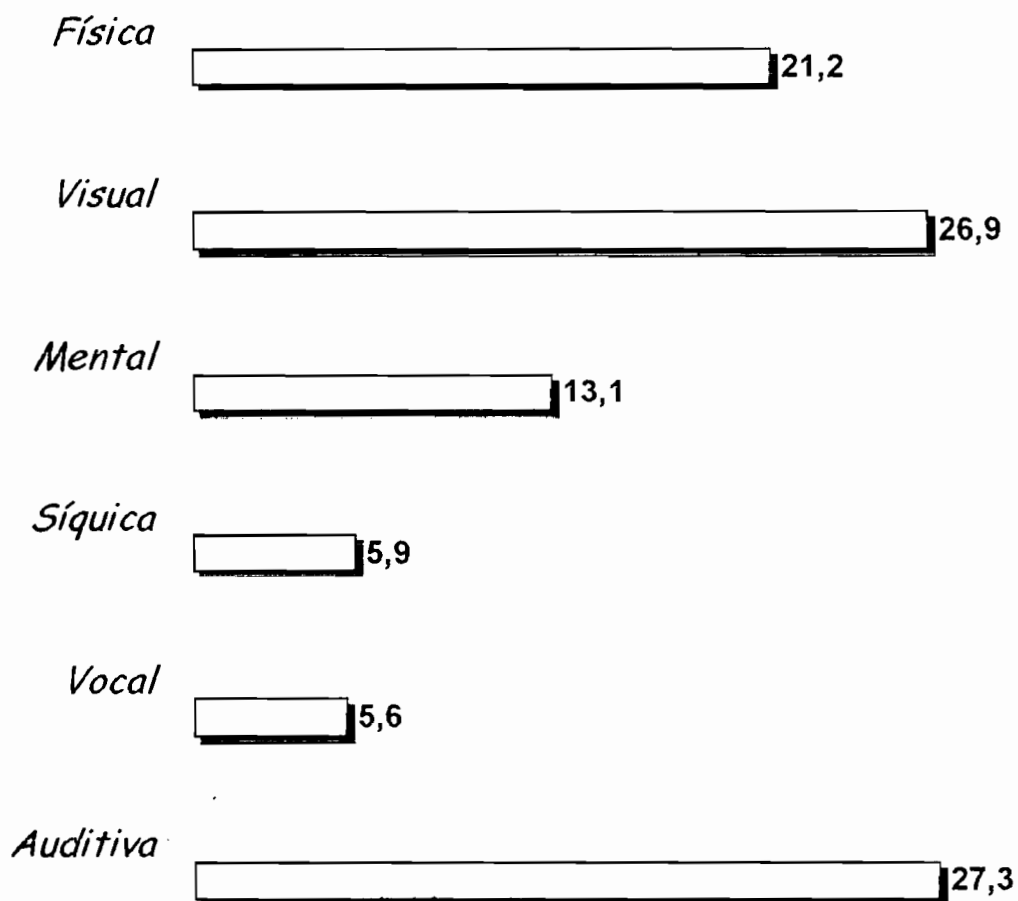
(Noviembre del 2000 a Enero 2001)

Centro de Rehabilitación Sicosocial
San Benito Menni



ANEXOS

Porcentaje de Personas con Discapacidad en Chile



**Ministerio de Planificación y Cooperación
División Social (MIDEPLAN)**

Encuesta CASEN 1996

ANEXO 4

Principios Articuladores

Política Nacional para la Integración
de las Personas con Discapacidad

Ministerio de Planificación y

Cooperación División Social. 1999.

“...Los organismos internacionales especializados en discapacidad, así como los acuerdos adoptados en reuniones de especialistas, recomiendan tener presente, para la formulación de políticas dirigida a este colectivo, los principios de universalidad, normalización, democratización y continuidad.

En el caso de la política para la discapacidad, el principio de universalidad está referido a que los recursos destinados por el Estado para abordar esta problemática deberán beneficiar equitativamente a las personas con discapacidad de todos los estratos sociales, y de forma especial a aquellas de sectores rurales y carentes de recursos. Otro factor decisivo respecto al carácter de universalidad que adquiere esta política radica en que el ámbito sobre el cual ésta se ejerce es toda la sociedad; es decir, las medidas destinadas a la comunicación y sensibilización, a la prevención, a la rehabilitación y a la equiparación de oportunidades, deben ser responsabilidad de toda la Sociedad y cada uno de sus integrantes.

De acuerdo a lo señalado, ningún sector de la vida social deberá permanecer al margen de la elaboración y ejecución de políticas relacionadas con el proceso de integración social de las personas con discapacidad.

Respecto al principio de normalización, éste responde al derecho que tienen las personas con discapacidad a vivir de acuerdo con las pautas y condiciones comúnmente aceptadas en que se desenvuelve la vida de cualquier otra persona de su edad, sexo y condición social. Por su parte, los servicios que se les presten deben significar un grado mínimo de limitación,

intrusión o apartamiento de esas pautas y condiciones de vida. Lo anterior significa que las personas con discapacidad deben ser tratadas por los Servicios, tanto Públicos como Privados, y por la comunidad en general, antes como personas que como personas con discapacidad. Así también, deben ser libres para ejercitar el más alto nivel de autonomía personal compatible con su capacidad para entender los riesgos y consecuencias de sus elecciones.

El concepto de normalización hace referencia al hecho que, para la población con discapacidad, deben regir los mismos mecanismos de distribución de las oportunidades educativas, profesionales, acceso al empleo, consumo de bienes culturales, expectativas de movilidad social, posibilidades de participación en las actividades productivas, acceso al bienestar y a la seguridad personal y familiar, que rigen para el resto de la población sin discapacidad.

Con relación al principio de democratización, éste se refiere a la necesidad de hacer accesible a todos los ciudadanos, incluidas las personas con discapacidad, el derecho a disfrutar de una vida plena y a participar del desarrollo económico, social y cultural de su comunidad, mediante la generación de políticas, estrategias y medios que promuevan el incremento y la calidad de las oportunidades en Educación, Salud y Trabajo. Para garantizar la efectividad de este principio, es preciso abrir posibilidades de participación que permitan a las personas con discapacidad tomar parte en las decisiones respecto a la formulación, planificación, ejecución y control de las acciones que los involucran.

Por otra parte, esta política que representa la actitud y disposición del actual Gobierno para abordar el problema de la discapacidad, debe ser sustentada con los instrumentos y recursos necesarios que le permitan una efectiva permanencia en el tiempo, como una forma de salvaguardar el principio de continuidad de las acciones.

Lo anterior, en tanto se entiende que la discapacidad es un problema social que forma parte de la estructura social y su impacto en ésta, sólo puede ser disminuido o atenuado, sin que pueda ser totalmente erradicado, aún cuando, los progresos en la Salud pública, la elevación de los niveles de vida, la mayor información de que dispone la población y en suma todo cuanto contribuye a la prevención de enfermedades y accidentes, ha modificado sensiblemente la magnitud y la naturaleza de la discapacidad en la Sociedad actual. No obstante, esta conserva una presencia cuantitativa y cualitativa alimentada principalmente por nuevas patologías que cobran importancia, en la medida en que las endemias tradicionales han perdido terreno.

Lo señalado significa que las acciones destinadas a favorecer la prevención, la rehabilitación y la equiparación de oportunidades, para asegurar la integración social de personas con discapacidad, deben tener permanencia en los procesos estructurales en torno a los cuales gravita el quehacer social.

De esta forma, una política que reúne los atributos de Universalidad, Normalización, Democratización y Continuidad -actualizándolos regularmente- asume el desafío de oponer con

éxito la idea de integración social, por sobre la segregación y la discriminación de quienes se "diferencian" o "son diferenciados" por la mayoría, a causa de una deficiencia o de una discapacidad".

ANEXO 5

FORMATO FICHA SOCIAL DEL USUARIO Y GRUPO FAMILIAR

Centro de Rehabilitación Sicosocial

"San Benito Menni"

1. Antecedentes Personales del usuario.

Nombre: _____

Edad: _____ años.

Estado Civil: _____ Hijos _____

Núcleo de Convivencia: _____

Fecha de Ingreso Centro San Benito Menni: _____

Área de Procedencia: _____

2. Antecedentes Educativos del usuario.

Enseñanza Básica: Completa
 Incompleta (último curso realizado)

Enseñanza Media: Completa
 Incompleta (último curso realizado)

Otros Estudios o Cursos realizados:

3. Antecedentes Laborales del usuario.

Cargos u oficios realizados:

4. Diagnóstico Siquiátrico del usuario.

Diagnóstico Siquiátrico:

Tiempo de evolución: _____

Antecedentes Sicopatológicos en la familia: _____

5. Red Social presente en el usuario.

<i>Red Social</i>	<i>FAMILIA</i>	<i>INSTITUCIONES</i>	<i>COMUNIDAD</i>
<i>CERCANA</i>			
<i>LEJANA</i>			

6. Antecedentes Familiares.

Familiar Responsable:

Edad: _____ años

Estado Civil: _____

Antecedentes Educativos:

Situación Laboral:

7. Antecedentes Socioeconómicos.

Nivel Socio económico: _____

Beneficiario PASIS. Sí No Año: _____

Otras Entradas: _____

8. Informaciones Generales.

Conductas

Actuales: _____

Problemas Corrientes:

Potencialidades:

Observaciones:

ANEXO

1ª Sesión: "Sicoeducación, Salud y Enfermedad Mental"

Este informativo es entregado a los asistentes de la primera sesión con el fin de que tengan claros los días, fechas y horario en que se desarrollarán cada una de las sesiones. Además se anotan los temas que se tratarán.

INFORMATIVO SESIONES.

Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni

PROGRAMA SICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES.

PRIMERA SESIÓN.

Tema: "Sicoeducación, Salud y Enfermedad Mental"
 Fecha: Jueves 23 de Noviembre del 2000
 Hora: Desde las 15⁰⁰ a 18⁰⁰ hrs.

SEGUNDA SESIÓN.

Tema: "Comunicación y Familia"
 Fecha: Jueves 30 de Noviembre del 2000
 Hora: Desde las 15⁰⁰ a 18⁰⁰ hrs.

TERCERA SESIÓN.

Tema: "Rehabilitación y Familia"
 Fecha: Jueves 7 de Diciembre del 2000
 Hora: Desde las 15⁰⁰ a 18⁰⁰ hrs.

CUARTA SESIÓN.

Tema: "Redes Sociales"
 Fecha: Jueves 14 de Diciembre del 2000
 Hora: Desde las 15⁰⁰ a 18⁰⁰ hrs.

QUINTA SESIÓN

Tema: Evaluación Pos Programa
 Fecha: Viernes 12 de Enero del 2000
 Hora: Desde las 15⁰⁰ a 18⁰⁰ hrs.

CARTA COMPROMISO

Yo _____, me comprometo a participar activamente en los encuentros sicoeducativos para Familiares del "Centro de Rehabilitación Sicosocial San Benito Menni", como forma de integrarme al proceso de rehabilitación vivido por mi familiar _____.

Firma: _____

Santiago, 23 de Noviembre el 2000.

DOCUMENTO RESUMEN PRIMERA SESIÓN.

"Sicoeducación, Salud y Enfermedad Mental".

SICOEDUCACIÓN.

La Sicoeducación es la elaboración y entrega de información acerca de:

- Trastornos físicos, mentales o emocionales.
- Recursos y servicios disponibles en la comunidad.
- Fomento de las habilidades de auto cuidado de las personas con discapacidad.
- Convivencia familiar u otros temas relacionados.

La Sicoeducación, junto con ser un aprendizaje desde la experiencia particular de cada uno de los participantes, busca informar y dar a conocer desde una visión científica lo que se sabe acerca de estos temas. Pretende, del mismo modo, que este conocimiento sea aplicado en mejorar la calidad de vida y desarrollo personal y familiar de quienes sean parte de este tipo de experiencia.

De esta manera, la asistencia y participación activa en este espacio permitirá, de algún modo, la **ayuda mutua** de las partes involucradas en el Proceso de Rehabilitación: el equipo de Salud Mental, la red social, la persona con discapacidad y por supuesto, la familia.

SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL.

La Salud se define como el estado de aquel que no padece ninguna enfermedad física ni mental.

Se llama enfermedad a una afección bien definida, ya sea por su causa cuando esta es conocida (la mayoría de las enfermedades infecciosas, de las enfermedades orgánicas, de las enfermedades provocadas por intoxicación, etc.) ya sea, cuando la causa es desconocida, por manifestaciones semejantes que crean una entidad clínica (la diabetes, ciertas enfermedades del corazón, de los nervios o mentales.)

El rasgo característico que diferencia ambos conceptos se encuentra determinado por los "síntomas" que se encuentran ausentes cuando hablamos de salud. Es importante, entonces ser capaz de establecer las diferencias de aquellas manifestaciones o comportamientos (físicos, conductuales o emocionales) que forman parte de un trastorno de aquellos que pueden resultar de causas distintas y que en definitiva no corresponden a la enfermedad.

ÁREA DE SÍNTOMAS IMPORTANTES.

- A) Percepción. Alteraciones de los sentidos (visión, oído, gusto, tacto, olfato, percepción del tiempo, percepción de la posición en el espacio, equilibrio, etc.)
- B) Pensamiento. Confusión, pérdida de memoria, inhabilidad de poner atención, delirios.
- C) Ánimo. Depresión, excitación, irritabilidad, cambios de ánimo.

D) Comportamiento. Retraimiento, agresión / violencia, inquietud, agitación, comportamiento inusual.

NOTA: Estos síntomas son algunos ejemplos generales de alteraciones que podemos hallar en los distintos trastornos mentales. Si desea más información sobre una enfermedad en particular puede acercarse a cualquiera de los profesionales del Centro.

ANEXO 7

2ª Sesión: "Comunicación y Familia"

FORMATO: EVALUACIÓN TÉRMINOS EXCLUIDOS.

En la siguiente evaluación, responda las siguientes preguntas encerrando en un círculo la respuesta que le parece más adecuada

1. Los temas tratados hoy día (Comunicación y Familia) a mí me parecieron:
 - b) Claros
 - c) Fue poco lo que entendí
 - d) No entendí nada
 - e) Faltó profundizar más los temas

2. Este taller para mí significó:
 - a) Una gran ayuda para acercarme mejor a mi familiar.
 - b) No necesitaba saber acerca de este tema
 - c) Me fue indiferente

3. Mi participación en este taller fue:
 - a) Positiva
 - b) No me motivé a participar
 - c) No me brindaron el espacio para participar

4. Respecto al Trabajo en grupos, a mí me parece:
 - a) que es importante
 - b) me aburre discutir temas con otras personas
 - c) me ayuda a entender mejor mi problema

Responda:

Para los talleres posteriores yo sugiero

TAREA PARA LA CASA.

A partir de este jueves, usted deberá ir anotando en este cuadro **alguna situación vivida en el hogar** que a su juicio le parezca positiva, tanto con su familiar participante de este Centro Sicosocial o con otro miembro de su familia.

Ejemplos de acciones positivas:

<i>Tener buen aspecto</i>	<i>Trabajar en el jardín</i>	<i>Ofrecer ayuda</i>
<i>Mostrar interés</i>	<i>Tomar los remedios</i>	<i>Limpiar</i>
<i>Ser amable</i>	<i>Ser puntual</i>	<i>Ayudar en casa</i>
<i>Conversar</i>	<i>Hacer la cama</i>	<i>Seguir tratamiento</i>
<i>Cocinar</i>	<i>Poner la mesa</i>	<i>Dar sugerencias</i>
<i>Ser considerado</i>	<i>Llamar por teléfono</i>	<i>Salir a pasear</i>

Busque una persona agradable

Día	Nombre de la persona que hizo algo agradable	¿Qué exactamente hizo esta persona que le satisfizo?	¿Qué le dijo usted?
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			

DOCUMENTO RESUMEN SEGUNDA SESIÓN.

Santiago, 30 de Noviembre del
2000.

"Comunicación y Familia".

La familia es la primera escuela de todo ser humano. Es aquí donde aprendemos a desarrollarnos, relacionarnos y convivir con otras personas.

La familia tiene su propio ciclo de vida: formación de la pareja; crianza; familia con hijos preescolares, escolares, adolescentes; período terminal de la familia (cuando el último de los hijos abandona el hogar.)

La familia cumple las funciones de:

- a) Satisfacción de necesidades sexuales de la pareja.
- b) Reproducción y crianza de los hijos proporcionándoles lo necesario para vivir.
- c) Transmisión de valores, conductas y pautas sociales.
- d) Desarrollar entre los integrantes de la familia estrechos lazos emocionales basados en obligaciones mutuas y sentimientos de pertenencia.

Existen distintos tipos de familia:

1. Nuclear: constituida por madre, padre e hijos.
2. Extendida: familia nuclear más otros miembros de la familia (tíos, cuñados, suegros, etc.)
3. Uniparental: donde hay sólo uno de los progenitores (papá o mamá y sus hijos.)

4. Agregada: parejas que se han separado y se han unido formando una nueva familia, contribuyendo cada uno con sus propios hijos.

Existen algunas familias con diversos problemas de tipo conductual y -se les ha denominado como: **familias disfuncionales**.

Como características especiales en estas familias:

- a) Existe incapacidad de acomodarse a situaciones de estrés, desequilibrios o crisis.
- b) Se hace difícil cuestionar el funcionamiento familiar y tener una actitud para el cambio.
- c) Predomina un bajo nivel de autoestima en sus miembros.
- d) La comunicación no es clara, ni directa, se habla con mensajes encubiertos.

Las familias disfuncionales se dividen en dos tipos:

Familia Disfuncional Aglutinada. Existe un fuerte sentido de pertenencia de sus miembros, si uno de sus miembros presenta un problema, este problema afecta a todo el grupo familiar.

Familia Disfuncional Desligada. Cada uno de sus miembros funciona por su propia cuenta y la existencia de algún problema en cualquier integrante del grupo familiar pasa desapercibida frente a las necesidades y sentimientos individuales de quienes componen este tipo de familia.

FAMILIAS EN QUE UNO DE SUS MIEMBROS PADECE DE DISCAPACIDAD MENTAL.

Generalmente en las familias en las que existe un miembro con discapacidad, los sentimientos más comunes son enojo, vergüenza y auto recriminación; formándose, a la larga, un círculo vicioso basado en la crítica y en la despreocupación.

Muchas veces, las familias que presentan este tipo de problema tienden a sobreproteger al miembro con discapacidad, despreocupándose del resto del grupo familiar (hijos, cónyuge, hermanos, etc.) Sacrifican sus vidas y las del resto de la familia llegando, en algunos casos, a ser controlados por la persona afectada por esta enfermedad mental.

La falta de recursos y espacios para preparar a las familias que tienen este tipo de problemas ha obligado a estas a asumir un rol de tipo asistencialista. En otras palabras, las familias han debido tomar las riendas de su propio problema asumiendo funciones tales como:

- a) vincular a su familiar enfermo en las distintas redes de apoyo
- b) preocuparse de sus necesidades globales (vestuario, aseo, salud, etc.)
- c) controlar la calidad de los servicios recibidos
- d) participar en grupos de apoyo y defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

Prácticamente en todas las áreas de las relaciones humanas la comunicación es base fundamental para expresar emociones y satisfacer necesidades. Para lograr estos objetivos es

necesario tener presente ciertas habilidades que puedan facilitar nuestra relación con las demás personas; estas son:

1. Iniciar conversaciones y hacer sugerencias positivas.
2. Reconocer acciones positivas de los demás.
3. Realizar solicitudes a los demás de modo positivo.
4. Escuchar atentamente a los demás demostrando empatía.
5. Expresar constructivamente los sentimientos negativos.

En el presente documento haremos entrega de una pauta que hará más simple la comunicación con nuestro familiar con problemas y quizás también aporte en el mejoramiento de nuestra forma de expresarnos con otras personas que nos rodean a diario.

PARA UNA ADECUADA RELACIÓN TERAPEUTICA.

Se sugiere:

- 1) Dé instrucciones claras.
- 2) Haga preguntas abiertas.
- 3) Dele tiempo para responder.
- 4) Ayude con algunas palabras a completar su frase si es necesario. Pídale que de ejemplos concretos que sean más fáciles de expresar.
- 5) Apóyelo con gestos o frases cortas cuando se expresa. Por ejemplo "sí", "claro", "te entiendo", "está bien", "continúa".
- 6) Pídale la opinión acerca de las tareas o proyectos que están realizando.
- 7) Verifique el por qué de las conductas.
- 8) Exprese simpatía y refleje sentimientos.
- 9) Critique el comportamiento y no la persona.
- 10) Use afirmaciones en primera persona.
- 11) Exprese preocupación y apoyo.
- 12) Sea concreto y breve.
- 13) Observe signos de cansancio.
- 14) Actúe tranquilo, calmado.
- 15) Evite problemas de *poder* (quien controla al otro.)
- 16) No mienta, conteste las preguntas con la verdad y delicadeza.
- 17) Déjele tiempo de desahogo, a solas.

- 18) No grite ni levante la voz.
- 19) Mantenga un balance en la estimulación ambiental (Ni mucho, ni muy poco.)
- 20) Inclúyalo en las conversaciones relativas a la tarea o proyectos que se estén realizando en el hogar.
- 21) Ignore algunas actitudes negativas del usuario si éstas no son demasiado perturbadoras y reconozca los logros aunque sean pequeños.
- 22) Deje a otros intervenir cuando usted se sienta cansado o impaciente. Trate de relajarse y dejar que otros manejen la situación - problema.
- 23) Deje saber al usuario que usted también necesita tiempo en privado. Ponga límites a las exigencias de atención permanente y dé otras alternativas.

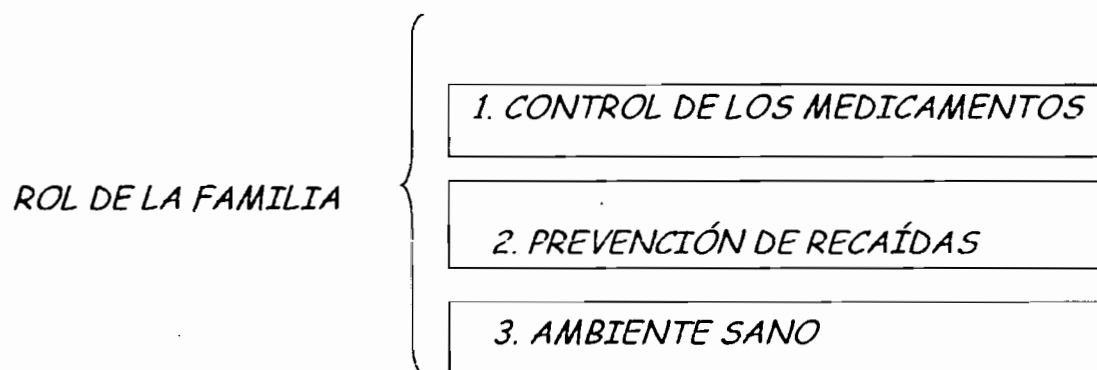
ANEXOS

3ª Sesión: "Rehabilitación y Familia"

DOCUMENTO RESUMEN.

*"REHABILITACIÓN Y FAMILIA"**REHABILITACIÓN.*

Es un proceso continuo, progresivo e integral, cuyo objetivo final es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, ayudándolas a obtener o recuperar las destrezas y habilidades que les permitan funcionar en su medio en la forma más independiente posible.

*1. CONTROL DE LOS MEDICAMENTOS.*

¿Qué son? Son la base esencial del tratamiento de personas con discapacidad síquica. Sin embargo, la medicación por sí misma no constituye un programa completo de tratamiento.

¿Para qué sirven? Ayudan a reducir o eliminar síntomas en las áreas de pensamiento, sentimientos, Trabajo y ocio, y en autocuidado.
Los medicamentos mejoran la capacidad de la

persona para aprender del medio, posibilita que pueda adquirir nuevas habilidades y pueda utilizar otras formas de terapia.

No obstante, los medicamentos no le pueden enseñar a la persona cómo hacer y mantener amistades, encontrar Trabajo o vivir en comunidad.

Reglas para el manejo de medicamentos.

- ✓ Tomar medicamentos sólo cuando el médico lo ha prescrito.
- ✓ Entender y hacer preguntas acerca del por qué los medicamentos. Anote todas las indicaciones que pueda olvidar.
- ✓ No tomar medicamentos de otras personas.
- ✓ Si olvida tomar UNA dosis, sáltesela.
- ✓ Si olvida MAS DE UNA DOSIS, consulte a su médico.
- ✓ No tomar ni ingerir drogas.
- ✓ No dejar de tomar los medicamentos, aunque la persona se sienta mejor.
- ✓ Use métodos para recordar tomar las dosis.
- ✓ Informe al resto del equipo de Salud acerca de cualquier cambio en los medicamentos.
- ✓ Informe al doctor se hay posibilidades de estar embarazada.

ATENCIÓN... - Si se dejan de tomar los medicamentos, puede que los síntomas más graves no vuelva de inmediato, pueden tomar entre 25, 30 o más días.

MONITOREO DE LA ENFERMEDAD.

Es importante estar alerta frente a las siguientes situaciones que nos podrían indicar una posible recaída. Para estos casos debemos tomar ciertas precauciones:

<i>Situación de alerta</i>	<i>qué debo hacer</i>
Cambio en los medicamentos	*Ubicar al medico tratante *Asegurar que mi familiar esté tomando sus remedios.
Enfermedad Física (Ej. : gripe, torcedura, dolor de muelas, etc.)	*Tratamiento médico * Descanso
Situación estresante o sobre estimulación	*Disminuir los estímulos * Evadir situaciones estresantes
Consumo de drogas y/o alcohol	* No consumir drogas y/o alcohol
Ciclo de la enfermedad	*Disminuir estimulación *Ubicar al médico tratante para un posible ajuste de medicamentos.

2. PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS.

Para prevenir una recaída en nuestro familiar enfermo debemos tener en cuenta que las personas que padecen de algún trastorno mental son muy vulnerables o sensibles al medio ambiente que les rodea. Si se presenta algún problema o trastorno emocional, económico, laboral o de otra índole (en la casa, en su Trabajo, con sus amigos o familiares, etc.), esta situación puede provocar en ellos la alteración de todo su ritmo de vida.

Estas situaciones que provocan estrés o tensión son generalmente las relacionadas con:

- La *sobreprotección* de nuestro familiar con discapacidad; es decir, se le niega la posibilidad de tomar sus propias decisiones, de tener su independencia, etc.
- un *ambiente de violencia y agresividad* dentro del hogar, situación que puede provocar bajos niveles de autoestima, tensiones permanentes, etc.
- el *aislamiento* total o parcial de nuestro familiar, sin contemplar su participación o sus opiniones dentro de las decisiones que se tomen en familia.

Otro factor importante que puede generar una recaída es la *mala comunicación*, lo que provoca una ineficaz solución de un problema determinado, lo que se traduce finalmente en una *descompensación* de nuestro familiar. Si mejoramos nuestra capacidad de comunicarnos, de darnos a entender, de saber escuchar lo que se nos está diciendo y sin tomar decisiones aceleradas, podríamos evitar dichas recaídas y

toda la "carga" que significa volver al principio del tratamiento (nuevos medicamentos, rehospitalizaciones, nuevas terapias.) De esta manera, podemos prevenir y evitar ese dolor tan profundo que deja la recaída.

3. AMBIENTE SANO.

Es de vital importancia vivir y propiciar un ambiente saludable tanto para nosotros como para nuestro familiar con discapacidad. Un ambiente saludable es aquel donde los niveles de estrés sean los mínimos; donde exista una rutina y una estructura diaria de acuerdo a las necesidades de la familia en el diario vivir; donde todos y cada uno de los miembros de nuestra familia colaboren en las acciones y decisiones del hogar, incluyendo a nuestro familiar con discapacidad; donde exista una estimulación balanceada (ruidos soportables, luces que nos permitan descansar, niveles de exigencias de acuerdo a nuestra capacidad) y donde se puedan evitar tensiones innecesarias. También la presencia de un estilo de vida sano es de vital importancia, es decir, una alimentación balanceada, practicar ejercicios, evitar el consumo de drogas y/o alcohol, descanso adecuado, momentos de distracción y relajación, niveles de actividad dentro del hogar de acuerdo a nuestras capacidades y mantener una higiene y aseo personal que estimule nuestra autoestima.

En tanto familia con problemas de discapacidad, debemos asumir un rol protagónico y participativo en la rehabilitación de nuestro familiar afectado.

Los siguientes puntos son *muy importantes* de considerar:

1. Vigilar la correcta ingestión de los medicamentos, siguiendo al pie de la letra las indicaciones del médico tratante y del equipo de Salud Mental.
2. Mantener un estilo de vida sano
3. Propiciar un ambiente con bajos niveles de tensión o estrés.

ANEXO I

4ª Sesión: "Red Social y Familia"

DOCUMENTO RESUMEN.

"RED SOCIAL Y FAMILIA"

Con el proceso de desinstitucionalización, es decir, con la salida de muchas personas que sufrían trastornos psiquiátricos crónicos de los hospitales hacia la comunidad, se generó toda una crisis en el proceso de integrar a estas personas a la vida cotidiana.

Estas personas, que no estaban "curadas ni estabilizadas", son trasladadas a sus hogares, situación que afecta a la familia pues esta no conoce la forma de tratarlos adecuadamente ni tiene las herramientas de apoyo necesarias para llevar a cabo un proceso de rehabilitación en el hogar. Muchos de estos "excluidos" de las instituciones psiquiátricas no tuvieron más remedio que vagar por las calles y, en el peor de los casos, fueron llevados a las cárceles.

Producto de esta situación se generan espacios de discusión dentro de la comunidad y como consecuencia de esto surge, bajo la iniciativa de diversas organizaciones y equipos multidisciplinarios, la necesidad de llenar este vacío dejado por la falta de infraestructura hospitalaria y por ende de recursos estatales, lo que ha permitido que personas con discapacidad síquica sean acogidas y encuentren un lugar donde poder desarrollar y potenciar distintas habilidades y conocer otras, que quizás estaban ocultas, a partir de nuevos Modelos de atención y tratamiento. A estos nuevos Modelos se les llamó *"Programas de Apoyo Comunitario"*. El Centro Sicosocial San

Benito Menni es un programa de rehabilitación inserto en la comunidad.

Los programas de apoyo comunitario sirven como protecciones ambientales que ayudan a reducir el estrés del medio ambiente que rodea a la persona con discapacidad. Además, dichos programas ayudan a fortalecer las potencialidades presentes en estas personas adiestrándolos en habilidades sociales, actividades ocupacionales, de recreación, conversacionales y de autocuidado. De esta manera, el usuario de estos programas se compromete a cumplir objetivos realistas y mejora notoriamente sus resultados clínicos y sociales.

Muchas de las personas con discapacidad crónica que participan de estas instancias obtienen, con mayor probabilidad, satisfacción a sus necesidades conforme aprenden a enfrentar y resolver sus conflictos y problemas en la vida cotidiana. Sobre la base de esto, no debe sorprender que las personas que participan de estos programas en la comunidad, a la larga recaen menos que aquellos que no tienen ningún tipo de apoyo o vínculos en la misma.

Muchas veces sucede que al dar el alta en el hospital, su familiar no tiene donde ir, donde seguir con un tratamiento que lo ayude a reincorporarse a la vida diaria o simplemente la familia no sabe de qué manera se puede hacer cargo de esta persona. Frente a esta realidad, generalmente existe al menos un miembro de la familia que se siente responsable y cercano a esta persona enferma y toma la iniciativa de llevarlo a algún lugar donde le puedan proporcionar algún tipo de apoyo, tanto a

quien padece de la enfermedad siquiátrica como a sí mismo. Esta aproximación es vital pues a este vínculo es a lo que llamamos red social.

La red social, en teoría, es un sistema de vínculos entre personas, grupos u organizaciones dirigido a intercambiar distintas clases de apoyo ya sea social, afectivo / emocional, material, financiero, laboral, etc. Lo más importante dentro de la red es que dichos vínculos funcionen adecuadamente y se genere esta entrega y ayuda mutua. El tener demasiados vínculos y que ninguno de estos funcione no es un Trabajo de red social.

La creación de Agrupaciones de Familiares, en donde se entregue un apoyo mutuo en el largo y difícil camino que es el de las enfermedades mentales y su proceso de rehabilitación, es de vital importancia y más importante aún es que estas Agrupaciones funcionen adecuadamente. Para este efecto, es necesario un Trabajo en equipo que contenga participación de todos sus miembros de manera igualitaria en la toma de decisiones y resolución de conflictos, una comunicación franca y respetuosa donde se escuche al otro y no se formen prejuicios antes de tiempo y por último, una organización interna transparente que *no pierda nunca de vista que su razón de ser es la rehabilitación de su familiar enfermo.*

CATASTRO DE INSTITUCIONES (Región Metropolitana)

Alcohólicos Anónimos.

Dirección: Serrano N° 135 - 2° piso, Santiago.

Teléfono: 638.34.55

Población atendida: personas con problemas de alcoholismo y sus familiares, de cualquier comuna de Santiago.

Arzobispado de Santiago - Vicaría Zona Centro.

Dirección: Serrano N° 135 - 2° piso, Santiago.

Teléfono: 638.34.55

Población atendida: personas con problemas de alcoholismo y sus familiares, de cualquier comuna de Santiago.

Asociación Latinoamericana Para el Desarrollo e Integración de la Mujer.

Dirección: Estado N° 115 - Of. 703. Santiago.

Teléfono: 233.24.91

Población atendida: Mujeres de las comunas de Santiago y San Bernardo, que viven el problema de la violencia doméstica.

CARITAS CHILE - Escuela de Educación de la Cruzada del Servicio Voluntario

Dirección: Av. Libertador Bernardo O'Higgins N° 2182. Santiago.

Teléfono: 698.87.14 - 698.57.29

Población atendida: Adultos de la Región Metropolitana. Amplio programa de cursos a bajo costo en las áreas de: salud, secretariado, alimentación, confección.

CARABINEROS DE CHILE - Asuntos de la Familia

Dirección: República N° 351. Santiago

Teléfono: 689.30.70 - 689.89.50

Población atendida: Habitantes de Santiago que denuncien situaciones de violencia intrafamiliar.

CASA DE LA MUJER - La Moneda

Dirección: Av. Salvador N° 1498. Providencia

Teléfono: 225.47.82

Población atendida: Programa de violencia doméstica para mujeres cesantes, dueñas de casa de la comuna de Santiago.

CEMA CHILE

Dirección: Santa Victoria N° 340. Santiago

Teléfono: 222.26.45

Población atendida: Mujeres de todas las comunas. Amplio programa de cursos a bajo costo, en las áreas de: alimentación, confección, artesanía.

CENTRO DE ACCIÓN PROFESIONAL

Dirección: Santo Domingo N° 792 - 5° piso. Santiago.

Teléfono: 638.25.69

Población atendida: Programas de Desarrollo Local, que incluyen servicios de vivienda, Educación y salud.

CENTRO DE ASISTENCIA A VICTIMAS DE ATENTADOS SEXUALES

Dirección: Román Díaz N° 817. Providencia

Teléfono: 698.22.11

Población atendida: Adultos, adolescentes y niños, que sufran atentados sexuales. Se proporciona a la persona y al grupo familiar médica, sicológica y social.

CENTRO DE CAPACITACION TÉCNICA DE LA MUJER

Dirección: Simón Bolívar N° 1909. Ñuñoa.

Teléfono: 225.40.33

Población atendida: Cursos de operación recta, overlock industrial y digitación computacional.

CENTRO DE EXPERIMENTACIÓN Y CAPACITACION EN TECNOLOGÍA APROPIADA

Dirección: Ureta Cox N° 1034. San Miguel

Teléfono: 551.60.56

Población atendida: Jóvenes y adultos. Capacitación para trabajadores de talleres laborales y microempresas de la Región Metropolitana.

CENTRO NACIONAL DE LA FAMILIA

Dirección: Bellavista N° 61. Santiago

Teléfono: 777.54.19

Población atendida: Adultos de las comunas de Santiago, La Cisterna y La Florida que requieran asistencia en terapia de pareja o problemas familiares. La atención es pagada de acuerdo a la socioeconómica del interesado.

FUNDACIÓN CREDHO

Dirección: Santa Sara N° 687. Santiago.

Teléfono: 778.44.81

Población atendida: Programa de rehabilitación para jóvenes con problemas de adicción, de cualquier comuna.

LIGA CHILENA CONTRA LA EPILEPSIA

Dirección: Erasmo Escala N° 2220. Santiago.

Teléfono: 699.22.88

Población atendida: Menores y adultos de cualquier comuna de la Región Metropolitana, con diagnóstico de epilepsia. Programa de atención en: banco de medicamentos, laboratorio clínico para exámenes, programas educativos, atención neurológica, cursos para profesores.

CORPORACIÓN DE ASISTENCIA JUDICIAL.

Población atendida: Atiende a todas las personas que no cuentan con recursos económicos suficientes para contratar abogados particulares y necesitan atención jurídica y orientación social. La atención es gratuita en aspectos sociales, juicios de menores, juicios penales y laborales.

Comuna	Dirección	Teléfono
Santiago	General Mackenna N° 1341	698.22.66
San Miguel	Ureta Cox N° 855	556.98.68
Pudahuel	San Pablo N° 8444	643.12.03
La Pintana	Porto Alegre N° 12537	528.10.79
Renca	Balmaceda N° 4130	641.18.24
Lo Prado	Los Aromos N° 0896	773.00.73
Conchalí	Av. Vivaceta N° 3450	736.12.03