



Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

“Abandono familiar: como impacta en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos, institucionalizados en el Centro de salud y rehabilitación La Florida (CSLF) y casa Los Boldos, 2022”.

Previo a la obtención del título de Pregrado:

Licenciado en Trabajador Social

AUTOR:

Diego Antonio Sepúlveda Medel

TUTOR:

Académico: Sr. Igor Alzueta-Galar

SANTIAGO-CHILE

Año: julio-2022

Pensamiento:

“La salud mental necesita una gran cantidad de atención.
Es un gran tabú y tiene que ser encarado y resuelto”

Adam Ant.

Agradecimientos:

El agradecimiento de este trabajo es dirigido a todos aquellos que brindaron su apoyo incondicional en este camino de formación profesional, recorrido largo y no ajeno a dificultades, que sin ellos y su empuje no hubiese sido posible.

En especial a mi profesor tutor Sr. Igor Izueta-galar, a mis compañeras (os) casa matriz y Centro de Salud La Florida, Capredena, quienes me brindaron su ayuda y apoyo total en mi proyecto de Tesis.

A todos ellos, ¡MUCHAS GRACIAS!

Dedicatoria:

El presente trabajo está dedicado a todos/as los/as pacientes psiquiátricos que sufren el abandono de sus familias, cayendo en el desamparo y desprotección por quienes nunca debieron olvidarlos.

A Cecilia Ramos y Benjamín Sepulveda, mi pequeña y amada familia que siempre estuvieron a mi lado apoyándome.

A mi madre Margarita pieza fundamental en mi vida, a mi hermana Carmen quien fue un gran apoyo durante mi proceso académico (sus correcciones y sugerencias fueron de gran ayuda) y a todas las personas que me alentaron a seguir adelante, sobre todo en los momentos difíciles que genero este proceso de estudiante universitario.

Y muy especialmente a mi padre “CHE DIEGO” (QEPD) a quien antes de fallecer le prometí que sacaría mi carrera adelante, a mi hermano “PATO” (QEPD), porque sé que desde el cielo me incentiva y apoya a superar los momentos difíciles.

A todos ellos/as MUCHAS GRACIAS.

INDICE GENERAL

ITEM	TEMA	PAGINA
	Pensamiento	I
	Agradecimiento	II
	Dedicatoria	III
	Índice general	IV
	Capítulo primero	1
1.	Introducción	1
1.2	Resumen	3
1.3	Planteamiento del problema	4
1.4	Presentación de antecedentes	6
1.5	Factores de riesgos a la salud mental	9
1.6	Justificación	11
1.7	Causas del problema	13
1.8	Enunciado del problema	14
1.9	Pregunta de investigación	14
1.10	Objetivo general y específico	14
	Capítulo segundo	15
2	Marco teórico	15
2.1	Pensando la discapacidad mental	16
2.2	El abandono familiar en el paciente psiquiátrico	18
2.3	Relevancia penal: elementos del tipo penal	20
2.4	Tipos de abandono	22
2.5	La importancia de la rehabilitación	23
2.6	Familia: Relevancia en la rehabilitación psicosocial	25
2.7	Rehabilitación psicosocial	26
2.8	Posibles causas del abandono familiar	27
2.9	La incidencia del abandono familiar en las conductas sociales problemáticas	28
2.10	Incidencia del abandono familiar en el aprendizaje de conductas agresivas como medio de socialización	29
2.11	El abandono familiar y su incidencia en la esfera afectiva del paciente psiquiátrico	31
2.12	Características del paciente psiquiátrico	32
	Supuestos	34
3	Hipótesis	34
3.1	Hallazgos	34
	Capítulo tercero	35
4	Marco metodológico: tema-objetivo general y específico	35
4.1	Tipo de investigación	35
4.2	Metodología: Investigación cualitativa	38

ITEM	TEMA	PAGINA
4.3	Paradigma de la investigación	40
4.4	Tipo de investigación: Exploratoria – descriptiva	42
4.5	Técnica de investigación: entrevista semiestructurada	42
4.6	Criterios de selección de la muestra: método de muestreo no probabilístico	43
4.7	Selección de la población y muestra de investigación	44
	Análisis de datos	47
	Capítulo cuarto:	48
5	Unidad análisis de datos	48
5.1	Análisis subdimensión: idoneidad y competencia profesional	48
5.2	Análisis subdimensión: las conductas sociales problemáticas son agentes de intervención y socialización reducida	51
5.3	Análisis de subdimensión: la participación familiar de los pacientes a marcado la forma de enfrentarse en su diario vivir	60
5.4	Análisis de subdimensión: la presencia familia es promotor de conductas sociales problemáticas (visitas v/s no visitas)	63
5.5	Análisis subdimensión: el medio social reduce la sensación de abandono	67
5.6	Análisis subdimensión: el abandono familiar ha marcado la historia de vida de los pacientes institucionalizados	69
	Conclusión	75
6	Conclusión general	76
6.1	Hipótesis	79
6.2	Pregunta de investigación	80
6.3	Hallazgos de la investigación	81
6.4	Aporte al Trabajo Social	82
	Bibliografía	83
7	Bibliografía general	84
8	Anexos	87
	Anexo Nº 1 Autorización entrevistas profesionales CSLF.	88
	Anexo Nº 2 Autorización entrevista profesional casa Los Boldos	89
	Anexo Nº 3 Pauta guía entrevista semi estructurada	90
	Anexo Nº 4 Cuadro Subdimensiones	92
	Anexo Nº 5 Solicitud de autorización entrevistas CSLF-CAPREDENA	95
	Anexo Nº 6 Autorización para realizar entrevista CSLS-CAPREDENA	96
	Anexo Nº 7 Entrevista profesional TS1.	97
	Anexo Nº 8 Entrevista profesional EJ2.	112
	Anexo Nº 9 Entrevista profesional TENS3.	117
	Anexo Nº 10 Entrevista profesional AS4.	123
	Anexo Nº 11 Entrevista profesional TENS5.	129
	Despedida.	136

Capítulo primero.

1. Introducción:

No todas las personas que sufren de alguna discapacidad mental pueden salir adelante por si solas, muchas de ellas requerirán de una intervención profesional que les permita recuperar su estabilidad psíquica-emocional para poder continuar con sus vidas, y más aún mantener el control de ella. En este proceso es fundamental contar con el apoyo familiar en donde encontrarán la contención emocional y afectiva necesaria que les permita enfrentar las crisis. Es importante considerar que una buena cantidad de personas que sufren desequilibrios mentales terminan internados en algún hospital psiquiátrico o dejados en alguna casa de acogida por algún familiar.

El abandono familiar es una realidad y aparece como resultado de una sociedad individualista en donde lo "anormal"¹ es mal mirado y destinar tiempo en ellos es un periodo perdido. La comunidad se ha estancado en su desarrollo, y está desamparando a los que más la necesitan, en este caso pacientes psiquiátricos, cuyo pecado es vivir en una realidad distinta.

La desidia familiar se ha transformado en una problemática social y de vulneración de derechos, el descuido y abandono de un familiar es un conflicto ético-moral que en este caso afecta a enfermos psiquiátricos que se convierten en hijos de la indiferencia, no solo parental, sino también de una sociedad permisiva e indolente. Es por eso por lo que es fundamental que los gobiernos, fundaciones e instituciones que velan por los cuidados personales de ellos, también lo hagan por remediar el abandono del cual son víctima.

1. La conducta anormal es aquella que viola las normas sociales y constituye una amenaza o produce ansiedad en quienes la observan" (Davison, 2002:31). Se considera que algo es anormal porque sucede de manera poco frecuente: se desvía de la norma; la conducta de una persona es anormal si viola normas sociales (Barlow & Durand, 2001:04). Sue, Sue & Sue (1994:06) de acuerdo están, ya que ellos refieren que la anormalidad es definida en términos de "aquellas conductas que ocurren con menor frecuencia". Así mismo se entiende por conducta anormal a "aquella que se aparta de alguna norma y que perjudica al individuo afectado o a los demás" (Sue, Sue & Sue, 1994:12). Fuente: Conducta anormal & salud mental. En: monografias.com.

La dejadez familiar en los pacientes psiquiátricos institucionalizados, en casas de acogidas, tiene un impacto profundo en su calidad de vida causada por dos factores básicos, primero, por la situación mental en la que se encuentran “enajenación mental”² y en segundo, por su vulneración de sus derechos. El desequilibrio mental³ los transforma de personas a objetos que no aportan en nada al grupo familiar y social.

La presunción del abandono parental puede ser factor de conductas sociales dañinas o agresivas, no solo para él, sino también para el resto de los pacientes y funcionarios. El hecho de no contar con el apego familiar, relación íntima afectiva, puede ser causante o contribuir en algún grado en las nocivas conductas de los pacientes internos, por lo cual se considera importante investigar más profundamente esta problemática del abandono familiar y su impacto en las conductas sociales en ellos. Por este motivo decido investigar el tema que a continuación indico: “Abandono familiar, como impacta en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos institucionalizados en el Centro de Salud y Rehabilitación La Florida y casa Los Boldos.

2. La enajenación no es innata, sino que surge como una perturbación mental o una forma patológica de adaptación a la realidad. Fuente: Psicología: enajenación mental. En: esradio.libertaddigital.com.

3. El término desequilibrio puede referirse a: El desajuste en ciertos parámetros que mantienen el equilibrio en un sistema; En psicopatología, un trastorno mental, o bien trastorno psicológico, expresado como un desajuste en las facultades psíquicas de un individuo (Fuente: Diccionario de la Real Academia española de la Lengua).

1.1 Resumen:

La presente investigación ha sido generada pensando en los pacientes psiquiátricos que se encuentran sumidos en la problemática del abandono familiar, hecho que en la actualidad se ha potenciado debido al modelo económico existente que ha transformado en lo más íntimo a la sociedad chilena, en donde prima lo monetario, generando seres individualistas, fríos, sin sentimientos y sobre todo apáticos; destinar tiempo en el cuidado y atención del otro es tiempo perdido.

La incidencia del abandono familiar no solo conlleva la indiferencia familiar del paciente psiquiátrico, también involucra un desamparo que más allá de la vulneración de sus derechos, ajena a la discapacidad que presenten, siguen siendo seres humanos con dignidad que merecen respeto y valoración personal.

Aunque mantengan una condición de pacientes psiquiátricos con diagnósticos severos, no les quita el derecho de ser tratados con dignidad y recibir contención, afecto y amor de quienes por esencia debiesen ser el pilar fundamental en su tratamiento y estabilidad física-emocional. La familia es la llamada a mejorar la calidad de vida de sus parientes discapacitados, el desamparo genera la indiferencia y frialdad de terceras personas que al ser testigo del desabrigo puede ser un incitador de malos tratos o desprolijidad en sus cuidados. Es por esto por lo que es valioso que las familias de los enfermos internos tengan la deferencia de visitar a sus parientes, lo que permitiría mantener o recuperar los lazos perdidos; el apego es fundamental en el tratamiento y estabilidad emocional de los pacientes institucionalizados, hecho que pudiera ser un aporte positivo en las conductas sociales de los residentes de las casas de acogidas.

Palabras claves: pacientes psiquiátricos, abandono familiar, conductas, internos

1.2. Planteamiento del problema:

El abandono familiar de pacientes psiquiátricos es incuestionable, solo basta retroceder algunas décadas y veremos que solo han cambiado las antiguas técnicas inhumanas de la cual eran víctimas, pero hay un hecho que se ha mantenido en el tiempo, y es, la ausencia familiar en los procesos de rehabilitación de sus parientes. Es importante tener presente que la parentela es pieza fundamental en la recuperación y estabilidad emocional del paciente, sin importar la incapacidad que presente; “la familia es un agente sanador”, además cumple un rol fiscalizador de las casas de acogidas, la sola presencia de familiares en el recinto genera una supervisión de los servicios entregados; lo que de una u otra forma permite una mejor calidad de vida, como también evita posibles actos vejatorios.

En nuestros tiempos, el abandono familiar de pacientes psiquiátricos es un acto que se ha naturalizado y proliferado dentro de nuestra sociedad, en donde las personas consideradas “anormales” se transforman en un estorbo, molestias y gastos por presentar un “desarrollo físico o intelectual inferior al que corresponde a su edad”⁴. Es importante tener presente que el abuso y vulneración de sus derechos no es solo de la familia, sino también social, la indiferencia y apatía de la comunidad hacia ellos es inaceptable, dolorosa y habla de la poca capacidad que hoy en día, como sociedad tenemos.

Esta problemática la evidencian a diario los funcionarios a cargo de sus cuidados y tratamientos, son ellos la única contención que tienen al momento de sufrir alguna crisis emocional o conductual, con respecto a esta estrecha relación, es inevitable que se generen interacciones al interior de la residencia. La interacción entre pacientes y funcionarios está encaminada al cuidado y contención, es importante tener presente que se han registrado agresiones hacia funcionarios, pero la mayor interacción se genera entre los mismos internos (pacientes), cuya relación está encaminada a una dinámica de poder; visualizándose dos tipos de control: La primera, se basa a los niveles de agresividad (hegemonía de la violencia), y en segundo, está el nivel sexual, acá el macho alfa es el que mantiene predominio de relaciones sexuales (Comunicación personal con el Sr. Cristian Aguilera⁵, TENS, área psiquiátrica, casa Los Boldos, 10/05/2022).

4. “En términos simples, la sociedad a menudo percibe o etiqueta lo normal como “bueno”, y lo anormal como “malo”. Esta simplificación puede tener profundas consecuencias para una persona, tal como la exclusión o la estigmatización por parte de la sociedad”. Psicólogos Córdova. ¿Qué es lo “normal” y “anormal” para la Psicología? El desafío de definirlo. En: <https://psicologoscordova.org/normal-anormal-psicologia/>

5. Cristian Aguilera, técnico nivel superior en enfermería, prestador de servicio casa Los Boldos.

En este punto, es importante tener presente que la hegemonía sexual la tiene un paciente en silla de rueda y no precisamente el interno que controla los niveles conductuales, aunque el nivel sexual no está ajeno a conflictos, ya que cuando el macho alfa tiene que decidir con quien quiere estar, los internos no considerados hacen notar su molestia mostrando conductas violentas. Acá lo relevante es que el control de la casa la mantienen dos internos, los que manejan las conductas y sometimiento del resto de los pacientes (Comunicación personal con el Sr. Cristian Aguilera, TENS, área psiquiátrica, casa Los Boldos, 10/05/2022).

Los niveles de agresividad que se presentan en la casa son elevados, llegando inclusive a actos considerados brutales, como fue el caso del interno “Miguel”, el cual sufrió una golpiza grupal que lo dejó en estado postrado, por un lado, y por otro, están los altos niveles de sexualización que presentan los internos, las relaciones íntimas se dan a toda hora y en cualquier lugar y espacio. Es importante considerar que existen varias parejas sentimentales que mantienen una vida sexual activa, ajenas al control que mantiene el macho alfa con los otros internos. Es importante a considerar que la población de la casa Los Boldos es de veintiséis hombres que mantienen sus roles sexuales definidos (Comunicación personal con el Sr. Cristian Aguilera, TENS, área psiquiátrica, casa Los Boldos, 10/05/2022).

Las agresiones físicas al interior del pabellón “Los Boldos” son una constante entre los internos, “mordidas”, “agresiones con armas blancas”, “piedras” o “ataques grupales” son frecuentes entre los pacientes, y los funcionarios es muy poco lo que pueden hacer cuando suceden, ya que, también corren el riesgo de ser agredidos. Los niveles de descontrol emocional y conductual son eminentes como los efectos que conllevan. También hay que reflexionar sobre las autoagresiones que son igual o peor que las producidas por terceros, como fue el caso que sufrió “Nico” al momento de un intento de fuga se produce un corte tan profundo que estuvo a punto de perder su pie derecho, recibiendo sutura (30 puntos), y también está el caso de “Jairo” que hoy en día tiene más de 100 puntos en su cuero cabelludo a consecuencia de golpes que se autoproduce, entre otros hechos (Comunicación personal con el Sr. Cristian Aguilera, TENS, área psiquiátrica, casa Los Boldos, 10/05/2022).

Dentro de su discapacidad ellos sienten y sufren del abandono, se cansan del encierro y muchos intentan escapar. Me pregunto ¿Dentro de su “locura” sentirán la sensación de libertad al salir del recinto? ¿Si sus familias los visitaran o sacaran a pasear, sus conductas sociales mejorarían?

1.3 Presentación de Antecedentes:

Es innegable que la sociedad chilena ha presentado cambios importantes en su forma de vida durante los últimos 30 años. El país ha crecido económicamente, generando una mejora en la calidad de vida de las personas, pero no ajena de conflictos. Este auge económico ha conllevado a que los sujetos se transformen en seres egoístas, individualistas, apáticos y con un alto grado de frialdad hacia el otro, afectando claramente la forma de relacionarse socialmente, en pocas palabras la sociedad chilena está enferma y solo podrá salir de esta cuando los seres humanos, pensantes y lógicos entiendan que la sociedad la componen todos sin excepciones, condiciones o afecciones.

Como es bien sabido, “Todo acto conlleva un efecto y ese efecto a una consecuencia”, y es innegable que como sociedad ya estamos pagando las consecuencias de vivir en un ambiente dañado, en el cual se ha generado un aumento significativo en las enfermedades mentales en el país. Los problemas de salud mental se han constituido en la principal fuente de carga de enfermedades. Según el último estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuibles (2017), arrojó un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA)⁶ están determinados por las condiciones neuropsiquiátricas.

El mismo estudio, anteriormente mencionado, señala que para el caso de los niños de entre 1 y 9 años, un 30,3% de los Años de Vida Perdidos por Discapacidad o Muerte (AVISA) se debe a estas condiciones de Salud Mental. Ello, mientras que entre los 10 a 19 años, la proporción se incrementa a un 38,3% de los AVISA. (Fuente Ministerio de Salud Chile, 2017).

Según la Ley N° 21.331, se entenderá por enfermedad o trastorno mental como “Una condición mórbida que presenta una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitorio o permanente”.

6. AVISA (años de vida saludable perdidos o ajustados por discapacidad) Ofrece una medida de la carga global de enfermedad. Expresa la cantidad de años perdidos como resultado de enfermedad. Incluye tanto los años de vida perdidos por muerte precoz además de los años de vida sana perdidos por enfermedad o discapacidad. AVISA combina morbilidad y mortalidad en una medida única (Fuente: Ministerio de Salud. Estudio Carga de Enfermedad y Carga atribuible 2017).

Siguiendo con la misma línea legal, la Constitución Política de la República (1980) garantiza en su capítulo I, artículo 1 “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad”, y en su capítulo III, artículo 19, “el derecho a la protección de la salud”.

Con respecto a lo anteriormente expuesto, La Familia” es considerada “el núcleo fundamental de la sociedad”. Cada miembro de esta es parte fundamental de ella, ya que la componen personas que sin excepción tienen en su interior una relevancia, sin exclusión o limitaciones, porque la ley no indica o menciona limitaciones de personas discapacitadas o enfermas, y en el apartado de los derechos y deberes constitucionales, cap. III, artículo 19, inciso nueve, que habla de los derechos a la protección de la salud, se entiende por una obligación legal que tiene el Estado chileno de garantizar el acceso de la salud pública a todos sus ciudadanos.

Según Román, “Chile se ha dotado de un extenso catálogo normativo que resguarda la discapacidad en general y a la discapacidad mental en particular”, siguiendo con el mismo autor, plantea que con respecto a los pacientes psiquiátricos estas normativas “resguardan sus derechos y protegen antes acciones y omisiones arbitrarias o ilegales que les priven”, perturben o amenacen” (2017, pág. 2).

El Plan de Acción de Salud Mental (2019-2025) del Ministerio de Educación, plantea que “la realidad epidemiológica de la salud mental en Chile esboza la necesidad de poner en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, continuidad de cuidados e inclusión social de las personas que presentan enfermedades mentales, integrando enfoques transversales basados en los determinantes sociales en salud, curso de vida, equidad en salud y derechos humanos”. (2021, pág. 7).

Siguiendo con el Plan de Acción de Salud Mental, plantea que los “estudios recientes han demostrado que la carga de enfermedades asociadas a problemas de salud mental ha sido usualmente subestimada, lo que se ha traducido en una baja prioridad y asignación de recursos destinados a un problema de gran magnitud en relación con el impacto en la calidad y la expectativa de vida (Vigo et al., 2016). Otros estudios nacionales, muestran que la presencia de enfermedades mentales en la población genera una alta carga en la sociedad, principalmente debido a los costos asociados a la discapacidad, deterioro en la condición de salud de los ciudadanos, muerte prematura y los costos económicos derivados de las mismas” (2021, pág. 7)

El mismo Plan de Acción referente a la Salud Mental contempla un Acuerdo Nacional por la Infancia, en la que se promoverá el desarrollo integral y bienestar de todos los niños, niñas y adolescentes que habiten en el territorio nacional, planteando lo siguiente:

1. Protección universal: Promover el desarrollo integral de todos los niños, niñas y adolescentes, potenciando sus factores protectores.
2. Protección a niños, niñas y adolescentes en riesgos de vulneración de derechos. Promover el máximo desarrollo de sus capacidades, previniendo que cualquiera de ellos se quede atrás, a través de mecanismos de alerta y acciones oportunas de reacción y mitigación que permita actuar antes de que se produzcan vulneraciones graves.
3. Protección y restitución de derechos a niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados. (2021, pág. 7)

1.4 Factores de riesgos a la Salud Mental:

Prevención del consumo de alcohol y drogas: La prevención del consumo de alcohol y drogas, el Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en la población de Chile, la prevalencia⁷ de consumo de alcohol en los últimos 12 meses llega a 63,9%, mientras que el “consumo en el último mes” es de 46,0%, no observándose una variación significativa en el último caso (SENDA, 2017). Específicamente en población escolar, la prevalencia de “consumo en el último mes” es de 31,1%, es decir, menor que el valor para la población general, reportando una disminución en el año 2016, sobre una tendencia regular que se mantenía los últimos estudios (SENDA, 2018).

Indicadores: En el consumo de marihuana es posible observar un aumento sistemático del consumo en el país, tanto a nivel de consumo año, como de consumo mes. Para “consumo en el último mes”, variando 1,9 puntos porcentuales respecto de 2014, llegando a 8,7% en 2016 (SENDA, 2017). A diferencia de lo observado para alcohol, en caso del consumo de marihuana “en el último mes”, para la población escolar específicamente, se reportó un 17,3%, es decir, casi el doble de prevalencia que la encontrada en la población general (SENDA, 2018).

Con respecto al consumo de cocaína, el “consumo en el último mes” llega a 0,4% y, el de pasta base puntúa 0,2%. En ambos casos el estudio no observa variaciones significativas en relación con los estudios anteriores (SENDA, 2017). También para cocaína y pasta base, las prevalencias homólogas de consumo en el último mes. Para población escolar, son superiores a las encontradas para la población general: 1,1% y 0,8%, respectivamente.

Con respecto al “consumo problemático” de marihuana, sobre la población general ha tenido un aumento sostenido, llegando a 2,9% en el año 2016. Diferente es la tendencia de “consumo problemático” para cocaína y pasta base (0,4% y 0,2% respectivamente) donde el valor es estable en las últimas mediciones.

7. La prevalencia de una enfermedad es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país. En: [Enciclopedia Salud: Definición de Prevalencia.](#)

Por parte del “consumo de riesgo” de alcohol en la población general es de 6%. Siendo el mayor consumo en hombres 9,5% que en mujeres 2,4%, concentrándose fundamentalmente entre los 19 y 34 años.

Estos datos son relevantes, ya que el consumo riesgoso de drogas y alcohol pueden ser factores que causan daños irreversibles a la salud, causando severos deterioros físicos y psicológicos a los consumidores.

Siguiendo con la misma línea el Plan de Acción indica que en relación con la magnitud de los problemas por consumo de alcohol y drogas, según el estudio de Carga de Enfermedades y Carga Atribuibles para nuestro país (MINSAL, 2008), el consumo de alcohol es el primer factor de riesgos que causa más muerte o discapacidad en Chile, relacionándose con el 12,4% de los años de vida saludable (AVISA) perdidos por muerte o discapacidad.

1.5 Justificación:

El presente trabajo investigativo, se realiza considerando a cada uno/a de los/as personas que sufren algún grado de discapacidad mental, y sobre todo de aquellos que se encuentran internos en residencias psiquiátricas que día a día sufren el abandono, desinterés e indiferencia de sus familias. Este hecho antiguamente podría haber sido entendido o comprendido a causa de la discriminación de la cual eran víctimas o la ignorancia del tema, y algo no menor es el caso de que los parientes no sabrían que hacer con ellos al momento de sus descompensaciones y temores que su condición provoca al interior del hogar, pero en la actualidad la realidad es otra, los familiares pueden aportar significativamente en el cuidado, tratamiento y control emocional de sus parientes que sufren de alguna discapacidad mental; la parentela es pieza fundamental y necesaria en la calidad de vida de los enfermos psiquiátricos y es fundamental en su estado emocional y conductual su presencia en todo los procesos, tratamiento y estancia en los centros de acogida.

La pertinencia de la presente investigación se encuentra dentro del ámbito legal, bajo la Ley N.º 20.584, que habla de los deberes y derechos que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, más conocida como ley de deberes y derechos de los pacientes, Ley N.º 21.331, que otorga reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de la salud mental, por el Decreto 570, que en su título V, artículo 50, inciso tercero, la cual entrega derechos a los tutores o apoderados de los pacientes, por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que obliga a las naciones adheridas a respetar y salvaguardar los derechos de sus ciudadanos en toda índole y por último, el Observatorio de derechos humanos de las personas con discapacidad mental que entregan diagnósticos de la situación mental en Chile.

Además, el presente trabajo de indagación pretende ser un aporte a la problemática del abandono familiar del cual son víctima los enfermos psiquiátricos que se encuentran internos en residencias de acogidas en todo el país, ya que con los análisis a lograr es posible la generación de planes de intervención que permitan o mejoren la relación paciente-familia optimizando la interrelación del afectado, equipo tratante y parentela, dando una posible solución de dicha problemática, aportando a mejorar la calidad de vida.

Dentro del abandono familiar de los pacientes psiquiátricos, se pueden aludir aspectos que pueden ser considerados, notables, en la comprensión del por qué muchos de los pacientes internos presentan distintos tipos de comportamiento. Esto se puede diferenciar a través de los pacientes que reciben y los que no reciben visitas, ya que, normalmente los que presentan mayor conflictividad son los internos que no son visitados, también depende de los lapsos entre visitas, según lo expuesto por el Sr. Aguilera, TENS en enfermería de la Casa Los Boldos. Los internos a pesar de su estado mental igualmente se dan cuenta de que otros residentes son visitados, lo que provoca descontrol y tristeza en los demás internos.

Por todo lo aludido en los párrafos anteriores, es importante y oportuno el desarrollo del presente trabajo investigativo, ya que, la realidad lo amerita y es imprescindible mejorar la calidad de vida de cada uno de los pacientes psiquiátricos que se encuentren internos en hospitales o casas de acogidas a lo largo del país.

1.6 Causas del problema:

En los últimos años se ha notado un aumento en las enfermedades psiquiátricas, la forma de vida, el sistema económico, pandemia, entre otros, son los causantes de esta nueva crisis social, no bastando con eso, nuestra sociedad se enfrenta al dilema del abandono familiar de sus parientes psiquiátricos internados en recintos de acogidas. Al no contar con el apoyo de sus progenies es el Estado el que debe asumir este rol, cubriendo las necesidades y costos que esta patología conlleva.

Entender las causas del abandono familiar de pacientes psiquiátricos es fundamental para dar respuesta a esta problemática social. Las causas pueden ser múltiples, desde lo económico, desintegración familiar, castas disfuncionales, problemas de consumo de alcohol o drogas, falta de afecto, ignorancia cultural o en gran parte a los estigmas sociales frente a la discapacidad mental, ya que no solo afecta al paciente, sino también a su entorno familiar directo transformándose en un dilema social.

Cualquiera que fuese la causa de la internación, un porcentaje cae en el abandono familiar transformándose en víctima de la indiferencia, y pasividad de su entorno inmediato, generando dos tipos de pacientes los que reciben y no reciben visitas, y esto es lo que queremos determinar: ¿Como impacta este hecho en sus conductas sociales problemáticas?

1.7 Enunciado del problema:

Percibiendo esta situación problemática en pacientes psiquiátricos institucionalizados, se hace inevitable la realización de la presente tesis de investigación en la que se pretende dar respuesta al siguiente problema de investigación:

1.8 Pregunta de Investigación:

¿Cómo impacta el abandono familiar en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos institucionalizados en el Centro de Salud y Rehabilitación La Florida y casa Los Boldos, año 2022?

1.9 Objetivos: General y Específicos.

Objetivo General:

Evaluar el impacto del abandono familiar en las conductas sociales que presentan los pacientes psiquiátricos institucionalizados en el Centro de Salud y Rehabilitación La Florida y casa Los Boldos, 2022.

Objetivos Específicos:

- Categorizar los tipos y niveles de conductas que muestran los pacientes institucionalizados.
- Identificar el impacto del abandono familiar en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos institucionalizados.
- Comparar conductas sociales entre pacientes visitados v/s no visitados.

Capítulo segundo.

2. Marco Teórico:

Según, la tercera versión del Termómetro de salud mental de Chile ACHS/UC- 2021, indican que un 32,2% de las personas presentaron síntomas asociados a problemas de salud mental, registrando 6% puntos más que la medición de noviembre de 2020. Además, en la escala específica sobre temas relacionados a la depresión, un 46,7% de las personas presentaron sospechas de esta patología en algún grado.

Las personas que sufren discapacidad mental no solo deben lidiar con su trastorno, sino también, con el estigma de la cual son víctimas. Según Cazzaniga y Suso (2015), el “estigma” es una condición social de inferioridad que se pretendía dar al otro, como por ejemplo a los esclavos y ladrones a quienes se estigmatizaban con hierro candente.

Siguiendo con el Estudio anterior, el sociólogo Goffman recupera el concepto de estigma, entendiéndolo como la expresión de una identidad social devaluada, acá hace referencia a características personales que son interpretadas como defectos, como el caso del género, el trastorno mental, la homosexualidad, el encarcelamiento o la adicción (1963, pág. 21). Entonces, se podría considerar que el estigma genera actitudes discriminatorias, de rechazo e inclusive a posibles actos vejatorios en contra de personas que no siguen las pautas o patrones establecidas como conductas sociales. “Los patrones de conductas corresponden a normas específicas, que son guías que orientan la respuesta o acción ante situaciones o circunstancias específicas” (Soriano, 2019, pág. 1).

En el ámbito de los Enfermos psiquiátricos (diagnóstico severo) en hospitales o residencias, las familias debieran constituir un recurso invaluable y fundamental en todos los procesos relativos al cuidado, tratamiento y rehabilitación del paciente, permitiendo una mayor y mejor calidad de vida. Para Liberman, el desempeño de la familia genera un “proceso en el cual se trasciende lo terapéutico para conseguir la resolución del deterioro y la limitación, consiguiendo el mayor nivel de integración posible del paciente que le permita ser autónomo y participar en la sociedad”. Las familias se pueden transformar en agentes generadores de la recuperación o al contrario en promotores de un mayor deterioro físico-mental. (Citado en Amico, 2004, pág. 32).

Es necesario que las instituciones hagan cumplir las normativas vigentes con respecto a las obligaciones que tienen las familias en relación con los derechos de los pacientes psiquiátricos. Atender a las personas con discapacidad mental es un deber no solo jurídico, también ético-moral. También es relevante que los establecimientos otorguen las condiciones mínimas a las familias que les permita mantener el contacto con sus seres queridos en espacios adecuados, seguros y que brinden las condiciones necesarias para ello. Además, es necesario que la residencia mantenga personal idóneo que permita generar las confianzas y buenas relaciones en pro del discapacitado mental.

Cuando los pacientes son internos (residentes) las instituciones se arrogan el control del interno, asumiendo el abandono como una constante, lo que puede ser mal entendido y promotor del abandono familiar. Afirman Bradshan y Burton, (1976): “A menudo la familia queda sin autoridad, ni responsabilidad, mientras el personal hospitalario asume el rol parental frente al paciente” (Citado en Amico, 2004, pág. 32)

2.1 Pensando la discapacidad mental:

Como pensamos y entendemos la discapacidad mental, es la forma de cómo nos relacionamos con las personas que la padecen, esto implica entender, comprender y empatizar con el otro y su flagelo, que no solo lo afecta a él, sino también a su grupo familiar y social.

Antiguamente la enfermedad mental era considerada socialmente como un castigo de Dios, o peor, un hecho sobrenatural. La demencia era un motivo de burla y discriminación, eran los mal llamados “locos” o “dementes”. Al principio los “tratamientos de locura” en Chile se producían a puertas cerradas, los pacientes eran aislados y las familias separadas, lo que promovió tratamientos crueles e inhumanos, en definitiva, los pacientes pasaban a ser parte exclusiva del hospital y médico tratante.

Foucault (1961), plantea que la locura ha estado desde siempre relacionada a la sinrazón humana, tal fenómeno en el ámbito religioso el “loco” o “demente” actuaban en forma contraria a los cánones o normas de conductas correctas o establecidas, por lo general eran personas estigmatizadas y excluidas socialmente, viviendo en el más profundo encierro y desprotección. “proceso en el cual se trasciende lo terapéutico para conseguir la resolución del deterioro y la limitación, consiguiendo el mayor nivel de integración posible del paciente que le permita ser autónomo y participar en la sociedad” (Citado en Gómez, 2017, pág. 1).

En la actualidad, las familias están siendo integradas en todas las etapas del tratamiento y rehabilitación de su familiar, amparadas por leyes y acuerdos internacionales que brindan protección y resguardo de sus derechos humanos, de los cuales Chile es garante. Lo importante no es solo sacar leyes o ratificar acuerdos, acá le cabe un rol de avalista de derechos al Estado chileno. El Estado debe realizar un “Control vigilante” en el cumplimiento de las legislaciones vigente y acuerdos internacionales que amparan y protegen a los pacientes psiquiátricos.

La expresión “control vigilante” no hace alusión al concepto de biopolítica de Foucault (2001) el que refiere al “Estado con un papel de vigilancia y control con respecto a los habitantes” con referencia a la conducta, sino a una mayor y mejor fiscalización (cumplir con su rol de garante de los derechos ciudadanos) de las residencias especializadas, sobre todo aquellas que reciben subvención del Estado (Citado en Gómez, 2017, pág. 1).

Más allá del control del Estado, acá las familias deben mantener un rol protagónico, manteniendo un contacto permanente que permita una integración significativa y efectiva en todos los procesos que involucra al paciente psiquiátrico.

El control que deben ejercer las familias sobre las residencias es primordial, ya que, la sola presencia de las familias en las instalaciones, de por sí, es un agente fiscalizador de servicios y de calidad en la atención personal del paciente.

Los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificado por Chile el año 2008, en donde se mencionan los siguientes derechos:

1. Reconocimiento jurídico.
2. Reconocimiento de su personalidad jurídica.
3. Igual de protección legal, No discriminación.
4. Derecho a la vida.
5. Acceso a la justicia.
6. Libertad y seguridad la persona.
7. Movilidad personal.
8. Educación
9. Salud.
10. Habilitación y rehabilitación.
11. Trabajo y empleo.
12. Participación en la vida política y pública.

Y con respecto al hogar y familia dice: “Los Estados parte tomarán medidas efectivas y pertinentes para poder poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todos los asuntos relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales de manera tal de lograr que las personas con discapacidad estén con igualdad de condiciones con los demás” (Citado en SENADIS, 2011, pág. 3)

Los pacientes psiquiátricos o cualquier paciente internado en algún centro hospitalario, su estabilidad física y emocional no debe depender del criterio, ética o profesionalismo de los funcionarios tratantes, es por esto por lo que las familias deben ser parte fundamental durante todo el proceso de rehabilitación y estadía en los centros de acogidas, por lo cual, sus visitas son importante.

Las familias deben ser los agentes controladores y veladores de los derechos de los discapacitados mentales, no basta con su internación, también es su deber aportar en la tranquilidad y estabilidad del paciente.

2.2 El Abandono Familiar en el Paciente Psiquiátrico.

Como se mencionó anteriormente, la Constitución chilena consagra a “La familia como el núcleo fundamental de la sociedad” y es deber del Estado dar protección y preponderar su fortalecimiento. En otras palabras, la “familia es la unidad social” por excelencia y se considera como una “organización social primaria” que se caracteriza por mantener vínculos y relaciones afectivas en su interior, además, dentro de este grupo primario los miembros se asignan roles y funciones que les permiten interactuar (1-relacionarse) con la sociedad, ejemplo: el barrio, escuela, trabajo, etc.

Entender la lógica de la institución familiar es compleja, su forma de relación es dinámica, constante y dependen de factores del exterior, como son el geográficos (rural o urbano), culturales o religiosas, los que intervienen en las formas de relacionarse, además, también se pueden observar cambios en los roles, en donde el hijo pasa hacer el proveedor y toma mayor protagonismo dentro del hogar, generados por el factor económico, rupturas matrimoniales, fallecimientos, etc.

La familia es compleja, no debemos olvidar que la conforman seres vivientes, pensantes y lógicos, por ende, las relaciones interpersonales son difíciles. Lo importante es que sean capaces de generar procesos de desarrollo, que facilite el crecimiento de sus integrantes.

Las relaciones afectivas son elementos propios de cada grupo familiar, no todas presentan el mismo nivel de afectividad, la pérdida de un cónyuge, pariente o amigo ya sea por fallecimiento o por separación puede gatillar un quiebre interno (en lo personal) o externo (relación con el otro), lo que indudablemente generará modificaciones en sus miembros, por ejemplo: cambios de conductas de alguno de sus integrantes (depresión, estrés, etc.; o cambios en las relaciones entre hermanos, amigos, padres (Miller, 1990).

Edinberg (1987) plantea que “existen barreras que no facilitan la vida en común de la familia. Unas de estas barreras es la estigmatización y nociones preconcebidas acerca de la discapacidad psíquica o intelectual, de partida entender ¿Qué es una persona con discapacidad? es comprender su lógica”, entonces es fundamental comprender que son personas que presentan “una o más deficiencias, sea por causas psíquicas o intelectuales, de carácter temporales o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

La familia es pieza esencial en el desarrollo cognitivo, emocional y psicológico de sus miembros y necesaria cuando uno de ellos presenta alguna complejidad o desequilibrio en su condición física o mental, es por eso por lo que su presencia es elemental en el tratamiento y rehabilitación. Por eso que están significativo cuando se producen abandonos del grupo familiar en estos procesos, ya que atentan significativamente a la lógica de familia causando un deterioro emocional profundo en el familiar afectado.

Entender del porqué del abandono, es complejo y diverso, pueden existir múltiples factores o miles de razones usables para su justificación. Lo claro es que cualquiera que sea la razón el efecto es el mismo, “nefasto” para quien lo sufre.

Inclusive la legislación chilena la contempla en el Código Penal en donde se considera un delito el abandono de personas desvalidas, y se encuentra tipificado en el artículo 352, que dice: “El que abandonare a su cónyuge o a un ascendiente o descendiente, legítimo o ilegítimo, enfermo o imposibilitado, si el abandonado sufre lesiones graves o muere a consecuencia del abandono, será castigado con presidio mayor en su grado mínimo” (Fuente: Biblioteca del Congreso Nacional).

2.3 Relevancia penal: Elementos del tipo penal.

El delito del abandono de personas desamparadas está tipificado en el artículo 352 Código Penal. Que sanciona: “El que abandonare a su cónyuge a un ascendiente o descendiente, legítimo o ilegítimo, enfermo o imposibilitado, si el abandonado sufre lesiones graves o muere a consecuencia del abandono, será castigado con presidio mayor en su grado mínimo”.

Torres (2014), con respecto a lo anterior dice que el delito del abandono plantea diversas interrogantes relativas al bien jurídico protegido. Para poder entender y comprender de mejor forma lo que plantea la legislación, referente al delito del abandono de personas, se profundizará sobre el tema del bien jurídico, lo que facilitará el entendimiento de lo mencionado.

Welzel (1956), plantea que: “El bien jurídico se ha definido tradicionalmente como un bien vital de la comunidad o individuo que debido a su significado social es amparado y protegido por el ordenamiento jurídico, en este caso particular por el sistema penal”. También, indica que “se ha afirmado que puede presentarse en las formas más diversas, como objeto psicológico, ideal-psíquico, como estado real, relaciones de vida, relaciones jurídicas e incluso como conductas de un tercero” (Citado en Torres, 2014, pág.274).

Al referirse al interés protegido, artículo 352 del Código Penal, se implican tanto la “vida y seguridad de la persona como el deber de asistencia impuesto por la ley”. En efecto, Garrido M. (2007), sostiene que lo protegido, según el espíritu del legislador, “es el desarrollo adecuado de la familia, a la cual la Constitución le reconoce en el artículo 1, inciso 2º su carácter de “núcleo fundamental de la sociedad” la cual tiene, entre otros, un rol de mutua protección de los que la integran, a los cuales el ordenamiento jurídico les ha impuesto deberes recíprocos de asistencia. La violación de esa obligación cuando significa un riesgo para la vida o salud de la víctima, la reprime con sanción penal- de esta manera- el deber de asistencia del cónyuge o pariente se alza como bien jurídico digno de protección penal” (Citado en Torres, 2014, pág. 274).

Lo anterior asevera que el delito, abandono de personas, se trataría en un quebrantamiento en la Cual Sepúlveda M. (2014) plantea que “el bien jurídico protegido sería la seguridad de las personas, pero ello unido al cumplimiento de derechos de asistencia que impone la ley entre personas relacionadas por lazos familiares” (Citado en Torres, 2014, pág. 275).

Así por lo demás, lo sostiene la Corte de Apelaciones de Valparaíso en un fallo pronunciado en 1973, en donde se dictaminó sentencia condenatoria por este delito⁸. En relación con todo lo expuesto, Etcheberry (1998), postula que lo que se sanciona es “primordialmente la violación de deberes de asistencia familiar” (Citados en Torres, 2014, pag.275)

Comprendiendo a De la Fuente, F. (inédito), se podría entender que las sanciones previstas para este delito están condicionadas a que las víctimas mueran o resulten lesionadas, lo que revela que ni siquiera en este caso el cumplimiento de deberes familiares es lo que en primera línea se busca proteger, sino concretamente la vida y a la salud del abandonado” (Citado en Torres, 2014, pág. 276).

Conducta:

Referente al tema de la conducta, Torres (2014), en su texto “Delito de abandono de personas desvalidas”, indica que el artículo 352 sanciona al que “abandonare” a su cónyuge, ascendiente o descendiente, el cual podríamos definir, según el Diccionario de la Real Academia Española como “dejar, desamparar a alguien o algo” (2014, pág. 276).

Labatut (1968), indica que la doctrina nacional ha entendido que el abandono de personas puede ser físico, material, económico o simplemente moral pero que sólo el primero constituye delito. (Citado en Torres, 2014, pág. 276).

La autora, con respecto al derecho comparado, citando a Soler (1992), sostiene que “el abandono puede asumir dos formas: o bien llevar a la persona fuera del ambiente de protección en que se encontraba, dejándolo sin otra, en cuyo caso se procede trasladando al que luego es abandonado, o bien, alejándose el sujeto activo mismo del ambiente de protección y dejando en el mismo lugar al abandonado. En la primera forma, el hecho no consiste en privar al sujeto pasivo de la propia protección, sino en dejarlo sin ninguna. En consecuencia, no existe este delito cuando la víctima es abandonada en un lugar donde es seguro que prontamente y sin peligro para la salud, no ya para la vida, será atendida, sea por personas determinada o indeterminada, sin que corra realmente ningún riesgo apreciable de daño en la persona”. (citado en Torres, 2014. pág. 277).

8. Sentencia de la Corte de Apelaciones de Valparaíso, 28/11/1973, en Revista de Derechos, Jurisprudencia y Ciencias Sociales y Gaceta de los Tribunales, 70 (1973), pp. 111-114. (Citado en Torres, 2014, p. 275)

Valencia, Rascón, Otero y Ryan (1987), plantean que uno de los aspectos más importantes en la valoración de los pacientes es el que se refiere a la evaluación de la conducta, especialmente cuando se trata de pacientes psiquiátricos.

También indican que en el paciente psicótico además de la evaluación de la sintomatología y de los aspectos clínicos, la conducta es, en muchos casos, uno de los motivos de consulta que puede conducir al internamiento, además hacen referencia a cuando un sujeto empieza a manifestar una serie de conductas incoherentes, consideradas como inesperadas, perturbadoras, o incomprensibles para la mayoría de la gente, se trata de una emergencia que requiere que el mismo sujeto, un observador o un familiar solicite ayuda. El paciente en esta situación es definido por Knox como: “aquel que se da cuenta de que su capacidad de adaptación ha sido reducida a tal punto, que no puede manejar sus problemas sin ayuda profesional”. La conducta adquiere un contenido social del cual Jackson opina que: “no es probable que las personas lleguen a un hospital mental sólo por el hecho de ser infelices o por estar sufriendo, sino que generalmente son enviadas allí cuando su conducta provoca inconvenientes, vergüenza, o el sufrimiento de otros. Aunque el diagnóstico puede ser psiquiátrico, los síntomas por medio de los cuales se revela la enfermedad están relacionados con la conducta social”. (pág. 82).

2.4 Tipos de abandono:

- Parcial: cuando la familia del paciente se niega a llevar nuevamente a su hogar al individuo, ya sea por temor o porque carece de recursos para manejarlo, pero continúa en contacto con el individuo.
- Total: donde familiares y allegados pierde todo tipo de vínculo y contacto con el paciente.

Es tan relevante un desarrollo familiar armónico, constructivo, bajo la lógica del cuidado y protección familiar en el progreso de sus miembros, sobre todo de quienes más requieren de la protección y enseñanza de la buena lógica, un estudio encabezado por el Doctor Jeffrey Johnson de la Universidad de Columbia, en Nueva York (Estados Unidos) plantea en su estudio “ El papel del padre puede influir en la salud mental de su hijo”, este estudio pretendía indagar sobre los posibles trastornos psiquiátricos y mal comportamiento paterno (abusos verbales, peleas entre los padres delante de sus hijos, mala supervisión y aplicación inconsciente de las normas), lo cual arrojó que el 60% de los niños que experimentaron niveles elevados de estos comportamientos paternos acabaron desarrollando un trastorno de ansiedad o personalidad, depresión o abuso de sustancias durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta (Fuente: Cuídate Plus, 2001).

2.5 La importancia de la Rehabilitación:

El trastorno mental es una patología médica que requiere tratamiento, y más allá de ser un derecho que tenemos todos los ciudadanos de recibir asistencia médica, hecho consagrado en la Constitución Política y Tratados Internacionales, es un deber ético-moral que las familias deben cumplir, asumiendo el rol que les cabe, desempeñando su responsabilidad legal de brindar protección y amparo a los miembros de su grupo familiar. Por lo cual es necesario comprender lo que sobrelleva ese proceso.

Cuando en salud mental se habla de rehabilitación, se hace referencia a la “conducta humana y su inserción en la sociedad”, donde el entorno es esencial para dicha recuperación. Por ende, es necesario fomentar la autonomía de la persona que presente la discapacidad mental y potenciar sus fortalezas. La rehabilitación, según Del Castillo, Villar y Dogmanas “puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad” (Del Castillo et al, 2011, pág. 85).

El modelo biopsicosocial es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, psicológico, conductuales, sociales y culturales, desempeñan un papel significativo de la actitud humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad” (Dowling, A, 2005, pág. 1).

Según lo planteado, para el tratamiento de los pacientes psiquiátricos es fundamental mantener el contacto con su entorno, enfoque psicosocial, y sobre todo mantener los lazos familiares. Aquí, los parientes cercanos juegan un rol esencial, son ellos los que deben potenciar al máximo sus habilidades sociales, que favorezcan la autonomía del sujeto que presenta la discapacidad, dando todas las posibilidades de integración y socialización, en pro de su tratamiento.

El objetivo es aportar a mejorar la calidad de vida de sus cercanos, ayudándolos a asumir la responsabilidad de su propia vida, brindarles autonomía que permita que tomen el control de su diario vivir, favoreciendo su relación con la comunidad y entorno social.

“Los programas de rehabilitación psicosocial están concebidos para reforzar las habilidades del individuo y para desarrollar los apoyos ambientales necesarios para mantenerse en su entorno” (Aguilar, 2003, p. 38).

Con el proceso de rehabilitación se busca avivar a las personas para que se transformen en seres autosuficientes, que logren una independencia que les facilite el control de su vida (dentro de los márgenes de su discapacidad), basado en el derecho y no en el asistencialismo (verlos como sujetos de derechos). “El sentido de rehabilitar no es sólo recolocar en un nuevo lugar con un tiempo ocupado, es hacer que esa persona sea de nuevo dueño de su vida, de sus proyectos, con un sentido realista, sabiendo cuáles son sus posibilidades” (Aguilar, 2003, p. 26).

En otras palabras, no sólo hay que hacer hincapié en la rehabilitación como “recuperación”⁹, sino, que se debe complementar con diversas interacciones que potencien las fortalezas de la persona y por otro lado trabajar con su entorno, con las potencialidades que presentan de forma natural en el medio en el que vive (Florit-Robles, 2006, p. 227).

Florit-Robles (2006), rescatando contribuciones de Rodríguez (1997), plantea que el objetivo principal de la rehabilitación psicosocial es “el ayudar a las personas con discapacidad psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantener en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles”, con respecto a la normalidad, Nirje (1969) , plantea que “la normalidad de las personas con discapacidad no es sinónimo de normalidad, cada persona es como es, con sus peculiaridades; se trata de ofrecer oportunidades y apoyo para permitir un estilo de vida similar al resto de los miembros de su comunidad. De hecho, la normalización no es un todo o nada, sino un continuum” (p. 228).

9. “De manera general, recuperación no significa curación en el sentido de desaparición de síntomas, o vuelta a niveles de funcionamiento homologables a los previos a la enfermedad. Recuperación significa alcanzar una forma de vida en que es posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad, de manera que ésta se asume y se logra definir una expectativa de vida más allá de los efectos de la enfermedad” (IMSERSO, 2007, pág. 34).

2.6 Familia: Relevancia en la Rehabilitación Psicosocial.

Las familias tienen una relevancia fundamental en todos los procesos que conlleven un tratamiento de rehabilitación, permitiendo al paciente psiquiátrico mejorar su calidad de vida no solo en el ámbito familiar, sino, también social. Para lo cual es necesario conceptualizar el término familia, no solo para saber conceptos, también es primordial saber cuáles son funciones y deberes hacia los miembros que la componen.

Giddens (1991), la familia se puede definir como un grupo de personas directamente ligadas por nexos de parentesco, cuyos miembros adultos asumen la responsabilidad, el cuidado, la responsabilidad y la educación de los hijos. Los lazos de parentescos se establecen a través del matrimonio (unión de dos personas) y a través de los linajes genealógicos que unen a los consanguíneos (madre, padres, descendientes, abuelos...) (citado en: Fernández & Ponce de León, 2011, pág. 29).

Gouh (1977) define la familia como “la pareja u otro grupo de parientes adultos que cooperan en la vida económica, en la crianza y educación de los hijos, donde la mayor parte de los cuales comparten una morada común”. (citado en: Fernández & Ponce de León, 2011, pág. 29)

Alberdi (2004) la define como la institución que conecta a los individuos y la sociedad desde el comienzo de la vida y que cumple con una función esencial para ambos: a la sociedad le ofrece un apoyo fundamental socializando a cada ser individual y a cada uno de éstos, le abre el camino hacia aquella con el proceso básico de socialización, por lo tanto, la familia es una “institución social”. Una estructura cultural de normas y valores organizados por la sociedad para regular la acción colectiva en torno a ciertas necesidades básicas, como podrían ser la procreación, el sexo, la aceptación y seguridad afectiva entre personas, la educación de los recién nacidos, e incluso, la producción y el consumo de bienes económicos. (citado en: Fernández & Ponce de León, 2011, pág. 29)

Según Fernández y Ponce de León, concluyen que estas definiciones determinan que “la familia es el lugar donde se construye la identidad individual y social de las personas. De ahí su importancia para la organización social”, pero más allá de lo que se determine conceptualmente, queda claro que dentro de sus funciones y obligaciones la familia debe velar por el cuidado y protección de sus integrantes, transformándose en una “...unidad cuidadora básica de salud, socio estratégico para el sector salud” (Diplomado en Atención Primaria y Salud Familiar, Talca, 2000).

2.7. Rehabilitación psicosocial:

La rehabilitación psicosocial requiere de la participación de la persona que sufre desequilibrio mental. Acá es donde la familia debiese tomar un papel relevante con respecto al tratamiento terapéutico. En esta etapa es donde se debiera mostrar la empatía y entereza familiar con respecto al integrante que sufra discapacidad mental. Es relevante considerar que cada familia es distinta (presentan lógicas, dinámicas y valores propios), por ende reaccionan y actúan diferente ante cualquier escenario, pese a esto la lógica debe estar encaminada al auxilio y socorro de alguno de sus miembros que la requiera, por lo cual la familia se considera un cimiento fundamental en el proceso de rehabilitación, con esto, es necesario que se entienda lo fundamental que es para los pacientes psiquiátricos internos que se mantengan los lazos familiares, la interacción y contención de sus parientes que sufren de una patología psiquiátrica.

Dentro del proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos, las necesidades de las familias tienen que ser tomadas en cuenta, ya que todo el grupo familiar se involucra en la lógica del enfermo, por ende, deben ser consideradas como parte de un todo. Con lo anterior se pretende indicar que la persona discapacitada es la parte visible de la problemática, pero detrás de ella se presentan un conjunto de hechos o situaciones que agravan la problemática familiar. Como plantea Amico (2004) “en la mayoría de los casos la persona que padece la enfermedad es la punta del iceberg de un combo de situaciones conflictivas que padece la familia”.

Mioto (2015) “establece que más allá de las reconstrucciones cotidianas y conflictos que la familia enfrenta, la misma es concebida como unidad de cuidado”. A este dilema es el que se debe enfrentar la familia que presenta en su entorno (grupo) un enfermo psiquiátrico, y donde se espera que los lazos afectivos, roles de protecciones y cuidados no solo se mantengan, sino, aumenten con relación a la necesidad que la persona discapacitada requiera, por ende la familia debe ser considerada pieza fundamental en el proceso de rehabilitación, es ideal que el equipo tratante y la familia trabajen en conjunto en pro de mejorar la calidad de vida del afectado.

2.8. Posibles causas del abandono familiar.

Todo acto conlleva una consecuencia y nuestras acciones son conscientes, porque de una u otra forma sabemos lo que hacemos, y no debemos obviar que todo acto tiene un por qué; y esto no se aleja de la realidad de la desidia familiar del discapacitado mental. Una de las variadas consecuencias es la disminución de los vínculos sociales que genera la internación.

La identidad de estos individuos depende de la interrelación que ellos logren con otros sujetos en su entorno social; lo que el abandono genera es un proceso de desunión continuo con las familias y sociedad.

Las personas con patología mental se enfrentan a la problemática de su discapacidad. En las familias donde uno o más de sus integrantes presentan estas patologías chocan con el dilema no saber que hacer frente a este hecho, años atrás se pensaba que al tener un hijo “loco” era un castigo de Dios, hoy en día nos encontramos con la ignorancia de no saber qué hacer, como convivir y enfrentar el problema, también es tema la discriminación de la cuál son víctimas, pasando a transformarse en estorbos, molestias y gastos, al no ser capaces de aportar ingresos económicos al hogar. Pero no se puede generalizar ya que existen familias que dentro de su posibilidad tratan de mantener ese rol de protección, pero muchas veces chocan con la falta de red de apoyo, ligado a los temores que produce el cuidado de pacientes psiquiátricos lo que termina en internación y la mayoría de las veces en abandono.

Otro factor relevante en el abandono es la pérdida de los lazos familiares, algunos casos se dan por la falta de información acerca de la discapacidad mental, por agotamiento físico-emocional (pacientes con frecuentes descontrol-agresividad), falta de soluciones oportunas del sistema de salud, factor monetario u otros factores que hacen que los familiares se alejen y los pacientes terminen en el más absoluto abandono.

Caballero y Remolar (2000) y Goikoetxea (2008) proveen características familiares aptas de pensar como situaciones de riesgos, pensadas en adulto mayor, pero significativas en el caso del abandono de los pacientes psiquiátricos:

- Requieren numerosos cuidados y que además exceden la capacidad familiar para asumirlos.

- Cuidadores que expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir el papel de cuidado y pérdida de control de la situación.
- Cuidadores familiares que presentan signos de estrés (sentimientos de frustración, ira, desesperanza, baja autoestima, soledad, ansiedad).
- Enfermos mentales que viven en un entorno familiar perturbado por otras causas (conflictos de pareja, hijos problemáticos, enfermedad crónica de algún miembro).
- Familias en las que el cuidador experimenta cambios inesperados en su estilo de vida y en sus aspiraciones o expectativas sociales, personales y laborales.
- Cuidador con narco-hábito, alcoholismo y/o ludopatía.
- Cuidador con escasa red de apoyo familiar y/o social.
- Cuidador con otras tareas de cuidado, obligaciones y responsabilidades (paternofiliales, conyugales, laborales y domésticas).
- Nivel pobre de relaciones entre cuidador y Enfermo.
- Familias con problemas económicos.

2.9. La incidencia del abandono familiar en las conductas sociales problemáticas.

Amico (2004) plantea que “la familia es un actor fundamental en el proceso de rehabilitación: puede acelerar el proceso de deterioro de la persona con sufrimiento psíquico o por el contrario ser quien impulse el bienestar de esa persona y brinde apoyo frente a las diversas crisis que la misma puede llegar a enfrentar” (pág. 28).

En este proceso de rehabilitación, como lo planteo Amico, es fundamental la presencia de la familia, es por eso por lo que las visitas de los parientes a los centros de internación se transforman en un factor motivador psico-emocional de gran ayuda en todos sus procesos de mejoras y sobre todo de estabilidad.

Las alteraciones emocionales son estados transitorios usualmente debidos a situaciones percibidas por los individuos como amenazas o de peligro. Entre las más frecuentes se encuentran la ansiedad, la ira o el estrés (Miguel-Tobar, casado, Cano-Vindel, & Spielberger, 2001).

El paciente internado que no recibe visitas de sus familiares cae en el más profundo abandono y desamparo, dependiendo única y exclusivamente de los cuidados de los funcionarios, de la dedicación que cada uno de ellos les brinden.

2.10. Incidencias del abandono familiar en el aprendizaje de conductas agresivas como medio de socialización.

“Es de suma importancia enfatizar dentro de la misma. La responsabilidad de la familia en el tratamiento y cuidados de sus pacientes, que por motivos de la limitación en sus facultades mentales quedan expuestos a ser abandonados por ellos mismos” (Camargo. E, 2018).

Aunque suene reiterativo la familia juega un rol fundamental en el cuidado y tratamiento de sus parientes, con el simple hecho de visitarlos ellos inconscientemente generan un control y fiscalización de los internados, los cuales se verán en la obligación de mantener estándares adecuados que satisfagan la demanda de las familias (apoderados). Eso es por una parte, y por otra es mantener los lazos familiares que permita continuar con la interacción familiar, a través de las visitas los lazos afectivos se conservan, se mantiene una buena relación afectando positivamente en el tratamiento, inclusive, pudiendo incidir favorablemente en las conductas.

La presencia de la familia de por si es un factor positivo que aporta a la calidad de vida, al sentirse aceptados y queridos su forma de relación es más propicia, ayudando en todo sentido a su desarrollo personal y social; también es regulador de conductas. Al contrario, cuando los internos son abandonados (sin visitas), su lógica es limitada y gira en torno al espacio común donde se relaciona con los otros internos, en pocas palabras no existe otro mundo más aquel que los rodea, en la cual desarrollan su interacción social.

La interacción social de la cual se habla se refiere a la relación que se genera al interior de la casa Los Boldos, ya que es la única que mantienen los internos, esta correlación social se efectúa en un espacio reducido en donde los funcionarios y otros internos son la única forma de interacción, socialización y, es por ello por lo que las frustraciones, alegrías y agresiones se generan hacia ellos.

Debido a esta estreches de relación, producto del encierro, los pacientes generan una dinámica del más fuerte, visualizándose conductas aprendidas de otros internos, con respecto a este tema, en una entrevista, el Técnico de nivel superior en enfermería (TENS), Sr. Cristian Aguilera¹⁰, comenta que los pacientes más antiguos traspasan a los nuevos sus conductas habituales, los que las hacen propias.

10. Cristian Aguilera, técnico nivel superior en enfermería, prestador de servicio casa Los Boldos.

La sexualización e inclusive casos extremos de violencia son actos aprendidos, acá los pacientes que mantienen el control incentivan o patrocinan actos de violencia a terceras personas (agresiones grupales), hechos considerados de extrema gravedad, por las agresiones y daños provocados.

El Sr. Aguilera, expone el caso del interno “Marcelo” quien fue castigado trasladándolo de la casa el Alba (mediana gravedad) a Los Boldos (pacientes severos), es un joven de diecisiete años que presentaba una buena conducta. Antes de esta situación mantenía una relación sentimental con la interna “Verónica”, la que se vio interrumpida por el traslado. Al principio se hacía notar por su tranquilidad, se diferenciaba del resto de los residentes, (en pocas palabras se notaba que Marcelo tenía un menor grado de discapacidad mental), pero con el pasar del tiempo se empezó a visualizar a otro joven, ya sus rasgos físicos no eran los mismos; su cara comenzó a mostrar mayor grado de demencia, asimiló actitudes de los otros residentes, inclusive llegó a un nivel de sexualización elevada.

“De un día a otro, Marcelo comenzó a tener conductas eróticas (tocaba su cuerpo y acariciaba sus partes íntimas en público), manoseaba los genitales de sus compañeros cada vez que podía, a diario hacía notar claramente sus intenciones de mantener relaciones sexuales” (C. Aguilera, comunicación personal, 10 de mayo de 2022).

También, indica que al interior de Los Boldos se forman parejas (relaciones sentimentales) y que las relaciones carnales son frecuentes. Como ejemplo está el caso del interno René, macho alfa, tiene a más de una persona para tener relaciones íntimas. Todas estas prácticas son hechos aprendidos y asimilados como forma de vida; ellos no equiparan el daño que causan al momento de atacar a un tercero, y menos saben de pudor o enfermedades de transmisión sexual. Ellos solo viven el día a día de la mejor forma de relación social que conocen: agresiones físicas (mordidas con desgarros) pérdidas de orejas, cortes profundos en cuero cabelludo (cortes de 30 puntos o más) o golpizas grupales con secuelas profundas, como fue el caso de “Esteban” quien fue víctima de un ataque grupal que lo dejó internado en la UCI., por un mes, quedando en estado postrado.

Como funcionarios es muy complicado actuar frente a ciertos hechos de conductas que se presentan en el pabellón, ya que en ocasiones los niveles de agresividad y descontrol son altos, se corre el riesgo de sufrir algún daño. Con respecto al tema sexual, la intervención se genera cuando un paciente es obligado a tener sexo o cuando soliciten ayuda, de lo contrario el acto sexual continua. Muchas de estas conductas son aprendidas y muy difícil de erradicar. (C. Aguilera, comunicación personal, 10/03/2022).

2.11 El abandono familiar y su incidencia en la esfera afectiva del paciente psiquiátrico.

“Esto es parte de lo que es una familia, no sólo es amor. Es saber que tu familia estará allí cuidando de ti. Nada más te dará eso. Ni el dinero. Ni la fama. Ni el trabajo” (Mitch Albom).

Los seres humanos son personas pensantes, que se desarrollan bajo las lógicas del raciocinio y afectividad que nos diferencia de otros seres. Estas diferencias se reflejan al momento de enfrentar situaciones difíciles en nuestras vidas, en las cuales cada ser actúa según su propia forma de pensar y sentir, para entender, debemos tener claro que “no somos seres que actuemos con una base meramente cognitiva o afectiva, sino que aquello va a combinarse e interaccionarse para que las expresiones sean parte de nuestra respuesta” (Delgado, J. 2012, pág. 21).

Cada vez que se toman decisiones respecto de acontecimientos en nuestra vida estas provocarán un impacto en lo personal; sobre todo si estos sucesos involucran o afectan a terceros. sobre todo, si tiene que ver con el abandono de personas con discapacidad mental. Los enfermos psiquiátricos son personas que poseen características particulares, pero este hecho no les quita su valor humano y poseedor de derechos, cualquier acto que atente a su estabilidad psíquica-emocional atentará significativamente a su condición, generando situaciones estresantes dentro de su espacio afectivo.

El abandono familiar tiene consecuencias incontables dentro del ámbito afectivo del paciente psiquiátrico, el que se refleja en sensaciones de soledad, desamor, desinterés y desesperanza; por cualquier motivo que la familia tenga, cuando una persona es separada de su espacio de confort de por sí va a provocar efectos negativos, nefastos y dañinos en él.

Para comprender de mejor manera en que consiste el estado psicológico del abandono, plantearemos lo expuesto por el señor Carrillo (2019), Psicólogo y redactor en la revista electrónica Psicología y Mente (sitio web), quien señala que: “El sentimiento de abandono consiste en un estado anímico en el cual la persona demuestra estados de angustia, los cuales son expresados mediante la sensación de que no le importamos a nadie o que seremos abandonados”

También plantea que cuando se experimentan sentimientos de abandono constantes, las personas tienden a adoptar formas de pensar trágicas. Es decir, que de cualquier hecho, por mínima que esta sea, la persona se imagina lo peor, aunque este muy alejada de la realidad.

La mente es poderosa y cuándo se hace idea de algo es muy difícil de erradicar, más aún para personas con discapacidad mental, en donde su vida depende de los lazos de apego y protección familiar, es por ello por lo que “Los pensamientos se apoderan de la mente de las personas, y las hacen tener ideas recurrentes de abandono; por ejemplo, “nadie quiere estar conmigo”, le soy indiferente a los demás”, “no tengo nada que ofrecer a nadie”, etc. (Carrillo, 2019).

Continuando con el tema de la afectividad y abandono familiar, el señor Aguilera (anteriormente citado) expone que la mayoría de los residentes de la casa Los Boldos no son visitados por algún pariente y que existe un porcentaje mínimo que si reciben visitas. Aquí se presenta el dilema del desapego, olvido y rechazo producto de los largos periodos de visita a visita. Para ejemplificar: “Mirian”, paciente interna por más de 8 años, fue visitada el sábado 12/03/2022 por su madre y ella reacciono de forma negativa, rechazando la invitación que, hacia su madre a subirse al auto, ella pretendía llevarla a cortarse el pelo, tuvo que intervenir un funcionario y alentarla a aceptar la invitación. Ajeno a su condición mental, su actuar era razonable, ya que la última visita registrada de su mamá fue el año 2018.

2.12 Características del paciente psiquiátrico.

Valencia (1987) plantea que “Uno de los aspectos de importancia en la valoración del paciente es el que se refiere a la evaluación de la conducta, especialmente cuando se trata de pacientes psiquiátricos”. También indica que, además de la evaluación de la semiótica y los aspectos clínicos, la “conducta” es, prioritariamente, una de las causas de consulta, con esto se refiere a que el nivel conductual que presenten puede ser usado como motivo de internación. Es por esto por lo que, “Cuando un sujeto empieza a desarrollar una serie de conductas incoherentes, consideradas como inesperadas, perturbadoras o incomprensibles por la mayoría de la gente, el caso se trata como una emergencia, lo que implica la solicitud de ayuda por parte del sujeto mismo, de un familiar o de un observador”. El usuario (paciente) que se enfrenta a esta problemática se enfrenta a la desadaptación social, llegando a un nivel que limite su propia capacidad de resolver sus problemas, lo que conllevará a requerir de ayuda profesional (pág. 81).

Siguiendo con el mismo autor, menciona que existe una escasa probabilidad de que pacientes lleguen a una internación médica por situaciones puntuales en su estado de ánimo, sino más bien indica que “No es probable que las personas lleguen a un hospital psiquiátrico solo por el hecho de ser infelices

o de estar sufriendo; generalmente los pacientes son enviados cuando su conducta provoca inconvenientes, vergüenza o sufrimiento a otros, de manera que aunque el diagnóstico pueda ser psiquiátrico, los síntomas están relacionados con la conducta social” (pág. 81).

Además de lo anterior, plantea que los estudios existentes acerca de las características de la conducta de los pacientes psiquiátricos se han encaminado a la evaluación de los cambios conductuales que presentan según situaciones vividas, por ende, es esencial su evaluación antes, durante y después del tratamiento. Con respecto a la evaluación de la conducta del paciente psiquiátrico dice que es “fundamental”, ya que puede proporcionar información relevante acerca de la situación en que se encuentra el paciente antes de su hospitalización, considerando qué aspectos de su conducta proporcionaron su internamiento. De la misma forma, puede identificar los cambios favorables de conducta durante el tratamiento, así como la aparición de nuevas conductas surgidas a raíz de la hospitalización (Valencia, 1987, pág. 81).

Para entender lo planteado, se podría indicar que el aspecto conductual es una característica fundamental de las personas con discapacidad mental, que se enfrenta al dilema de las familias qué no saben cómo sobrellevar estas conductas violentas o agresivas.

Supuestos:

3. Hipótesis

- Existe una relación directa entre no recibir visitas y conductas sociales que afecten la convivencia y normalidad de la residencia.

Capítulo tercero.

4 Marco Metodológico:

Tema:

- Como impacta en las conductas sociales el abandono familiar de pacientes psiquiátricos institucionalizados.

Objetivo General:

Calificar el impacto del abandono familiar en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos institucionalizados en el Centro de Salud y Rehabilitación La Florida y casa Los Boldos, 2022.

Objetivos Específicos:

- Categorizar los tipos y niveles de violencia que muestran los pacientes institucionalizados.
- Identificar el impacto del abandono familiar en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos institucionalizados.
- Comparar conductas sociales entre pacientes (internos psiquiátricos) visitados v/s no visitados.

4.1. Tipo de Investigación:

Debido a que el propósito de la investigación es conocer y categorizar el impacto que provoca en los pacientes psiquiátricos institucionalizados el abandono familiar, el hecho de no recibir visitas por parte de sus parientes directos, como esto impacta en sus conductas sociales. El tipo de estudio es cualitativo, dependerá fundamentalmente de la observación de los actores en su propio terreno y de la interacción con ellos, lo que permitirá conocer sus formas de socialización (interna-externa) conductas sociales y hábitos en sus mismos términos.

Para los propósitos de esta investigación las conductas sociales son un rol fundamental, ya que ellas nos indicarán si existen diferencias conductuales entre los pacientes internos visitados y los que no reciben visitas de sus familiares, entonces es esencial comprender que las conductas sociales son un “conjunto de acciones de un individuo que van dirigidas a la sociedad en general o hacia los miembros de su misma especie” (Rodríguez, 2020).

Valencia, Rascón, Otero y Ryan (1987), plantean que uno de los aspectos más importantes en la valoración de los pacientes es el que se refiere a la evaluación de la conducta, especialmente cuando se trata de pacientes psiquiátricos.

Los mismos autores, también indican que el paciente psicótico, además de la evaluación de la sintomatología y de los aspectos clínicos, la conducta es, en muchos casos, uno de los motivos de consultas que pueden conducir al internamiento, además hacen referencia a cuando un sujeto empieza a manifestar una serie de conductas incoherentes, consideradas como inesperadas, perturbadoras o incomprensibles para la mayoría de la gente, se trata de una emergencia que requiere que el mismo sujeto, un observador o un familiar solicite ayuda. El paciente en esta situación es definido por Knox (1968), “Como aquel que se da cuenta de que su capacidad de adaptación ha sido reducida a tal punto, que no puede manejar sus problemas sin ayuda profesional”. La conducta adquiere un contenido social del cual Jackson (1975) opina que: “no es probable que las personas lleguen a un hospital mental sólo por el hecho de ser infelices o por estar sufriendo, sino que generalmente son enviadas allí cuando su conducta provoca inconvenientes, vergüenza, o el sufrimiento de otros. Aunque el diagnóstico puede ser psiquiátrico, los síntomas por medio de los cuales se revela la enfermedad están relacionadas con la conducta social” (Valencia, Rascón, Otero y Ryan, 1987, pág. 82).

Ávila (2004) para la psiquiatría la característica esencial de la conducta es la respuesta al “medio” dada por un organismo viviente. “El medio es todo que nos rodea”. Existe también otro medio que llevamos dentro de nosotros. Es el “medio” interno donde se originan las motivaciones primarias de la conducta: hambre, sed, necesidades de oxígeno.

Ávila, indica que la conducta además está regulada por el medio social, de donde surgen las exigencias de los familiares, los amigos, los vecinos y configuran las motivaciones sociales de la conducta. También menciona que existen formas de conductas humanas que se apartan de lo habitualmente aceptado en el medio social ordinario, “conductas anormales” (2004, págs. 1-2).

Es importante destacar que el estudio considerará todo tipo de conducta social que los internos presenten en su diario vivir, pero el énfasis estará puesto en las conductas agresivas o violentas producidas a terceras personas. Las que afectan a internos, en su seguridad física, como, también al personal tratante, en su aspecto físico y psicológico, por ende, estas situaciones son las que causan mayor connotación y temores al interior de la residencia, afectando la calidad de vida de todos los involucrados.

Saiz y Carrasco, en su texto “Conductas Violentas” plantean que la Teoría Instintivas representaba principalmente por Konrad Lorenz, consideraban la agresividad como una tendencia innata que deriva del instinto de lucha presente en todos los seres vivos evolucionados. La energía agresiva se produce espontáneamente y su conversión en conductas agresivas depende de la cantidad de energía acumulada, así como de la intensidad de los estímulos provocadores de agresión. La agresión, de acuerdo con esta teoría, es inevitable. Para el psicoanálisis freudiano, la agresividad es la manifestación de un “instinto de muerte” que debe ser sublimado o dirigido hacia los otros para evitar la autodestrucción. Es por tanto un mecanismo mediante el cual el sujeto canaliza el empuje de unas fuerzas instintivas. (pág. 822).

También indican que las ramificaciones sociológicas del psicoanálisis, representadas por E. Fromm, desplazaron el origen de la violencia a las estructuras sociales. Bajo esta perspectiva no es el ser humano el que genera en sí mismo la violencia, sino las estructuras sociales que establecen una dinámica de frustración, sometimiento y alienación del sujeto, empujándole a la conducta agresiva como modo de supervivencia. Los teóricos de las escuelas conductistas conciben las conductas agresivas como respuestas aprendidas en el proceso adaptativo. La agresividad no es, por tanto, una consecuencia de impulsos reactivos internos ni de instintos biológicos deterministas, sino una función aprendida para la adaptación a un medio social y cultural que premia dichas conductas agresivas. De esta forma, el papel del medio en el que se desarrolla el individuo es determinante en la manifestación de conductas agresivas en la vida adulta (págs. 823-824).

“Las conductas violentas tienen lugar en todo el espectro de las enfermedades mentales, siendo más frecuentes en pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar, estados depresivos agitados, y trastorno de conducta en la infancia. Los pacientes psiquiátricos son responsables solo de un pequeño porcentaje de los homicidios y de otras conductas violentas que tienen lugar en la sociedad, aunque es evidente la relación entre algunos trastornos mentales y el aumento de riesgo de presentar una conducta violenta. Entre un 10 y un 15% de los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos han presentado conductas violentas hacia otros, fundamentalmente los que contaban con diagnóstico de esquizofrenia, alcoholismo, retraso mental, trastornos mentales orgánicos, epilepsia y trastornos de personalidad. En pacientes ambulatorios, la incidencia de conductas agresivas se halla entre 2-4%, cifra muy similar a las agresiones en la población general” (Jara, 2003, pág. 5).

4.2. Metodología:

- **Investigación Cualitativa.**

Sandoval (1996), plantea que para “comprender la caracterización metodológica de una opción investigativa, resulta necesario y conveniente indagar por sus bases epistemológicas, de modo que se halle el sentido o la razón de ser de sus procedimientos para producir conocimiento científico” (pág. 23).

Siguiendo con el argumento anterior, el abordaje de los enfoques de investigación en el terreno de las ciencias sociales busca establecer cuáles son las ópticas que se han desarrollado para concebir y mirar las distintas realidades que componen el orden de lo humano, así como también comprender la lógica de los caminos, que se han construido para producir, intencionada y metódicamente conocimiento sobre ellas (Sandoval, 1996, pág. 23).

En relación con esto último, Taylor y Bogdán (1992) señalan que lo que define la metodología es simultáneamente tanto la manera cómo enfocamos los problemas, como la forma en que le buscamos las respuestas a los mismos (Citados en Sandoval, 1996, pág. 23).

En un planteamiento relacionado, Guba (1990) logra una interesante síntesis, que permite diferenciar los enfoques o paradigmas de investigación social, a partir de la respuesta a tres preguntas básicas:

Características comunes a las diversas modalidades de investigación:

- ¿Cómo se concibe la naturaleza tanto del Conocimiento como de la realidad?
 - ¿Cómo se concibe la naturaleza de las relaciones entre el investigador y el conocimiento que genera?
 - ¿Cuál es el modo en que construye o desarrolla conocimiento el investigador?
- (Citado en Sandoval, 1996, pág. 23).

De acuerdo con las respuestas que se han propuesto históricamente en estos interrogantes se han configurado los diferentes paradigmas de investigación social hoy conocidos Positivista y Postpositivista, (correspondientes a los enfoques cuantitativos); Crítico Social, Constructivista y Dialógico (correspondientes a los enfoques cualitativos) respectivamente (Sandoval, 1996, pág. 23).

Se comprende como metodología cualitativa “la investigación que actúa sobre un contexto real, y el observador procura acceder a las estructuras de significado propias de esos contextos, mediante su participación en los mismos. Su presupuesto fundamental es que, la investigación social tiene que ser más fiel al fenómeno que se estudia, que a un conjunto de principios metodológicos” (Vasilachis, 1992, pág. 25)

Taylor y Bogdán (1986: 20) consideran la investigación cualitativa como “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”.

Para LeCompte (1995: 3), la investigación cualitativa podría entenderse como “una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video cassettes, registros escritos de todo tipos, fotografías o películas y artefactos”.

Según Lincoln y Denzin (1994: 576), la investigación cualitativa es un campo interdisciplinar, transdisciplinar y en muchas ocasiones contra disciplinar. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas.

4.3 Paradigma de la Investigación:

- **Método Fenomenológico:**

El método para utilizar en la investigación cualitativa será Fenomenológica. “La fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad, en definitiva, busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia. El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando” (Morse, 1994).

Trejos (2012) explica que “la fenomenología surgió como una necesidad de explicar la naturaleza de las cosas (fenómenos). Los primeros pensadores trataron de definir si era un método o una filosofía, dado que lejos de ser una secuencia de pasos, es un nuevo paradigma que observa y explica la ciencia para conocerla exactamente, y de esta forma, encontrar la verdad de los fenómenos (pág. 98).

No obstante, lejos de dilucidar si se trataba de una estructuración de pensamiento para llegar a la verdad, se encontró que la representación de los fenómenos es una subjetividad del pensamiento; de esta manera, al intentar darle un sentido indiscutible encontraron que existe dos razonamientos: uno precientífico y otro científico se refiere a aspectos del espíritu; el científico a los de las ciencias objetivas (pág. 99).

El problema fundamental consiste, por lo tanto, en la fijación del modo preciso de incomparabilidad entre las relaciones de los hechos espirituales y las regularidades de los procesos materiales, que descarta una inclusión de los primeros, una concepción de ellos como propiedades o aspectos de la materia, y que, por consiguiente, tiene que ser de índole completamente distinta que la diferencia que existe entre los círculos particulares de leyes de la materia, como muestran la matemática, la física, la química y la fisiología” (W. Dilthey. Introducción a las ciencias del espíritu, pág. 18).

Resumiendo, conforme lo que explica tanto Husserl como Heidegger se define a la Fenomenología como el estudio de los fenómenos (o experiencias) tal como se presentan y la manera que se vive por las propias personas (Trejo, 2012, pág. 99)

Siguiendo con Trejos (2012) indica que las etapas del método fenomenológico. Para la realización de estos estudios de corte cualitativo se recurre a las siguientes etapas: descriptivas, estructurales y de discusión.

Para nuestro interés profundizaremos en la etapa descriptiva:

Etapas descriptiva:

El objeto de esta etapa es lograr una descripción del fenómeno de estudio, lo más compleja y no prejuiciosamente posible, que refleje la realidad vivida por la persona, su mundo, su situación en la forma más auténtica. Consta de tres pasos:

1). Elección de la técnica o procedimiento. Aquí se pretende lograr la descripción lo más exacta posible utilizando varios procedimientos:

La observación directa o participativa, en los eventos vivos (se toman notas, recogiendo datos, etc.), pero siempre tratando de no alterarlos con la presencia del investigador.

La entrevista coloquial o dialógica, con los sujetos de estudio con anterioridad a esta etapa; se deben de estructurar en parte esencial para obtener la máxima participación de los entrevistados y lograr la mayor profundidad de lo vivido por el sujeto.

La encuesta o el cuestionario deben ser parcialmente estructurados, abiertos y flexibles, de tal manera que se adapte a la singularidad de cada sujeto en particular.

El autorreportaje. Éste se lleva a cabo a partir de una guía que señale las áreas o preguntas fundamentales a ser tratadas. Estos procedimientos no son excluyentes, sino que más bien se integran a la práctica.

2). La aplicación de la técnica o procedimiento seleccionado toma en cuenta lo siguiente: que nuestra percepción aprende estructuras significativas; generalmente vemos lo que esperamos ver; los datos son casi siempre para una u otra hipótesis; nunca observamos todo lo que podríamos haber observado, y la observación es siempre selectiva y siempre hay una correlación funcional entre la teoría y los datos, tanto como éstos en el establecimiento de las teorías.

3). Elaboración de la descripción protocolar: un fenómeno bien observado y registrado no será difícil de describir con características de autenticidad (Trejo, 2012, pág. 100).

4.4 Tipo de investigación: Exploratoria-Descriptiva.

Considerando la clasificación de Taylor y Bogdán sobre los tipos de investigación, la investigación será exploratorio-descriptivo, debido a que existe un desconocimiento del impacto que pueda producir en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos institucionalizados el abandono familiar con la posibilidad de llevar a cabo una exploración más completa que permita comprender e interpretar los diversos aspectos, dimensiones o componentes de estas acciones (Taylor, S. y Bogdán, R. 1992).

Apoyándonos en Hernández Sampieri se podría afirmar que esta investigación es de tipo exploratoria-descriptiva, ya que el tema ha sido poco estudiado o no ha sido abordado en la problemática en cuestión “abandono familiar y su impacto en las conductas sociales”, por ende, su calidad de exploratoria. Ahora, es descriptiva porque se trata de especificar las pertenencias importantes de persona, grupo, comunidad o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis. La investigación de este tipo mide o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (Hernández Sampieri, 1991). Según el mismo autor en Metodología de la investigación está “descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito” (1991: 61).

4.5. Técnicas de investigación:

En relación con la metodología, se desplegarán técnicas de recolección de datos y reedificación de información, así como de análisis, reflexión, y una conclusión personal. El objetivo central de las técnicas de investigación es partir de ideas e hilos conductores que ordenen el proceso investigativo. Tal técnica se desarrollará a continuación.

- **Entrevista semi - estructurada:**

La entrevista es comprendida como una conversación acordada, en la cual ambas partes aceptan participar libremente en un diálogo que aporte información necesaria a la investigación, en donde se pueda repreguntar, intercambiar ideas y sentimiento y que comprenda no solo la comunicación verbal, sino también la no verbal entre las personas. El fin de la reciprocidad se plantea para alcanzar un propósito escogido de manera consciente (Kadushin, A. 1984).

Se decide acortar el número de entrevistas ya que el estudio va encaminado a indagar las conductas sociales de pacientes psiquiátricos severos-profundos, por ende, no se encuentra en condiciones intelectuales pertinentes que permita recabar la información directamente de ellos, por lo cual se aplicará dicha técnica de recolección de datos a los informantes claves, quienes serán: cinco (5) funcionarios del área psiquiátrica (profesionales, técnicos o asistentes) que mantengan una relación directa con los pacientes, conociendo sus conductas y relaciones sociales.

Según Hernández (2006), las entrevistas semiestructuradas “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas)” (pág. 597). Estas entrevistas individuales se desarrollarán a cinco funcionarios del área de la salud (área psiquiátrica).

Según J. Mayan en Una introducción a los métodos cualitativos “La entrevista semiestructurada se usa cuando el investigador sabe algo acerca del área de interés, por ejemplo, desde la revisión de literatura, pero no lo suficiente como para responder las preguntas que se ha formulado” (M. J. Mayan, 2001).

Este tipo de entrevista puede diseñarse como una conversación trivial, es decir, una entrevista que busca indagar sobre determinados temas.

“La pauta o guía de la entrevista no es un protocolo estructurado, sino una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante. “En la situación de entrevista el investigador decide cómo enunciar las preguntas y cómo formularlas. La guía de entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas” (S.J. Taylor y R. Bogdán, 1987:119.).

4.6. Criterios de selección de la muestra:

En esta investigación la muestra es no probabilística. Lo que significa que la selección de la muestra ha sido imparcial y “la elección de los elementos (de la muestra) no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de tomas de decisiones” (Hernández Sampieri et al, 1991: 207) y de los objetivos de la indagación.

- **Métodos de muestreo no probabilístico:**

Según Cottrell (2014), en un muestreo no probabilístico, los individuos se seleccionan en base a criterios no aleatorios, y no todos los individuos tienen la posibilidad de ser incluidos.

El muestreo no probabilístico es una técnica de muestreo en la cual el investigador selecciona muestras basadas en un juicio subjetivo en lugar de hacer la selección al azar (Citado en: Muestreo no probabilístico: definición, tipos y ejemplos (questionpro.com)).

El muestreo no probabilístico es aquel donde el investigador selecciona la muestra basada en un juicio subjetivo, por lo cual no toda la población tiene la misma posibilidad de ser elegidos para formar parte de la investigación (G. Westreicher, 2022).

La utilidad de la muestra no probabilística es un diseño de estudio en que no se requiere tanto de una representatividad de elementos de una población, sino la muestra de sujetos expertos respecto de un tema. Según Sampieri (1991). “En ciertos estudios cualitativos y exploratorios para generar hipótesis más precisas” (pág. 227); pero también explica que los sujetos-tipo también son una muestra “utilizada en este tipo de investigación donde el objeto es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización” (1991: 227).

Entre los tipos de muestreo no probabilístico, el más indicado para esta investigación es el Discrecional.

- **Discrecional, opinático o intencional:**

El investigador, según su reflexión, elige a un conjunto de personas que considera son la más idóneas para la investigación. Por ejemplo, si se desea realizar una encuesta que aborde la salud mental en Chile, se seleccionarán a los doctores del Hospital psiquiátrico que el investigador considere son los más idóneos y confiables en dar respuesta a la entrevista (Westreiche, 2022).

4.7. Selección de la población y muestra de investigación:

Para poder entender las diferencias entre población y muestra comenzaremos definiendo ambos conceptos: (ver cuadro 1).

Población: conjunto o totalidad de elementos sobre los que se realizan estudios, estos pueden poseer características en un lugar y momento determinado, por lo cual podemos entender que se refiere al universo.

Muestra: es una parte de los elementos que se escogen o seleccionan que es representativo de una población. El tipo de la muestra depende de la cantidad y cuan representativo se es de la investigación.

Los tipos de muestras a estudiar pueden ser:

- Aleatoria: selección al azar, cada miembro tiene la misma oportunidad de ser incluido.
- Estratificada: la muestra se subdivide en subgrupos o estratos según características.
- Sistemática: se establece un criterio al seleccionar la muestra.

Al realizar un estudio, y que este sea exitoso se debe tomar la muestra de una población, elementos indispensables. Ya que estudiar todos los elementos que componen una población puede ser complejo.

Cuadro 1.

Población	Muestra
La característica medible de la población, como la media o la desviación estándar, se conoce como parámetro.	La característica medible de la muestra se llama estadística.
Los datos de población son un todo y completo.	La muestra es un subconjunto de la población que se obtiene utilizando el muestreo.
Una encuesta realizada a toda una población es más precisa, sin margen de error, excepto la inexactitud humana en las respuestas. Sin embargo, esto no siempre es posible.	Una encuesta realizada con una muestra de la población arroja resultados precisos, solo después de factorizar aún más el margen de error y el intervalo de confianza.
El parámetro de la población es un elemento numérico o medible que define el sistema del conjunto.	La estadística es el componente descriptivo de la muestra, el cual se encuentra mediante el uso de la media o la proporción muestrales.

Fuente: QuestionPro. 2022.

Para nuestro estudio se considera lo siguiente:

Población: corresponde a los pacientes institucionalizados en el Centro de Salud y Rehabilitación La Florida, CAPREDENA, del área de psiquiatría y los residentes de la Residencia Los Ceibos la cual la componen cuatro casas y dos pabellones.

Muestra: corresponde a los 16 pacientes institucionalizados en el área psiquiátrica del Centro de Salud La Florida con diferentes grados patológicos de ambos sexos de entre 18 a 99 años y los 26 pacientes institucionalizados de la Casa Los Boldos con patologías severas, sexo masculino de entre 17 a 99 años.

ANÁLISIS DE DATOS

Capítulo cuarto.

5. Unidad Análisis de datos:

En este capítulo, se presentarán los resultados obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas y posterior análisis de los datos obtenidos. Así se expondrá cada una de las dimensiones propuestas para responder a los objetivos planteados, vale decir, se abordarán las dimensiones de “Relación profesional”, “Conductas sociales”, “Participación familiar”, “Presencia familiar”, “interacción comunitaria” y, por último “Abandono familiar”, las cuales pretenden dar una respuesta empírica-hermenéutica de los aciertos encontrados.

Dimensión Relación Profesional: Esta dimensión tiene relación con la idoneidad profesional y sus experiencias laborales en el área psiquiátrica, los niveles de relaciones que mantienen con los pacientes institucionalizados y el hacer profesional ante esta problemática social.

5.1 Categoría: idoneidad y competencia profesional.

A) Respecto a la categoría experiencia profesional, emerge un subdimensión, la cual está relacionada con los años de servicio profesional en el área de psiquiatría, ya que como requisito para ser parte de esta investigación es incluyente tener un año de experiencia.

1. Asistente de enfermería (**AS4**) siete años de experiencia profesional.
2. Técnico enfermería (**TENS3**) seis años de experiencia profesional.
3. Trabajador Social (**TS1**) un año y cinco meses de experiencia.
4. Enfermera (**EJ2**) un año y cuatro meses de experiencia profesional.
5. técnico en enfermería (**TENS5**) un año de experiencia profesional.

B) Respecto a la categoría de relación profesional, emerge un subdimensión, la cual está relacionada con el trato directo con los pacientes institucionalizados, en la cual todos los entrevistados indican tener un trato directo, según lo expresado de la siguiente manera:

Trabajador Social: Es el encargado de la rehabilitación psicosocial, además cubrir las necesidades y demandas del paciente, preocuparse de la relación paciente/familia, cobro de pensión cuando corresponde, proveer de los insumos básicos a los internos, entre otras funciones a su cargo.

Enfermera: Desde hace 4 meses es la enfermera jefa del área psiquiátrica, y es la encargada de velar por el tratamiento farmacológico de los internos, supervisar el pabellón psiquiátrico, coordinar las contenciones emocionales y ambientales, entre otras funciones a su cargo.

TENS: Los técnicos de enfermería son los responsables del cuidado y tratamiento de los internos. Deben suministrar los medicamentos, realizar curaciones cuando se producen heridas o lesiones a causa de agresiones de terceros o auto agresiones, entre otras funciones a su cargo.

Asistente de enfermería: Son las encargadas de brindar los cuidados y aseo confort del paciente (aseo personal, mudado, alimentación, entre otras funciones a su cargo).

C) Pertinencia profesional:

Respecto a la categoría pertinencia profesional, emerge una subdimensión, la cual está relacionada con la valorización de este tipo de investigación, en la cual todos los entrevistados indicaron lo siguiente:

Como profesionales del área psiquiátrica, consideramos valioso y significativo ser parte en la búsqueda de soluciones que permitan mejorar las conductas sociales de los internos, para eso es relevante conocer del porqué de esas conductas. Este tipo de investigación nos puede brindar esas respuestas, sabemos que se pueden generar conductas conflictivas (violentas o agresivas) que causen daños (descompensaciones farmacológicas), las conductas conflictivas inesperadas son las que causan mayores daños, y esas son las que se requieren enmendar.

“La verdad es que con este tipo de investigaciones se espera que aporten información relevante a nuestro quehacer profesional, la que nos permita de alguna u otra manera mejorar nuestras acciones, todo lo que conlleve potenciar de alguna manera las redes de apoyo de los pacientes para su proceso hospitalario y también en su proceso de alta (en algún futuro), me refiero a un alta positiva, sea a su domicilio particular o reubicación en algún otro centro de internación.

Como trabajador social espero que nos permita mejorar nuestros planes de acción, planes de intervención y las redes de apoyo, sobre todos de los más vulnerables” (Entrevista: Trabajador Social (TS1) CSLF. 13/06/2022).

“Como pertinencia espero que esta investigación nos aporte Información relevante que nos permita entender las conductas sociales que muestran los pacientes psiquiátricos institucionalizados a causa del abandono familiar, como también a conocer los efectos que esto causa en el tratamiento-rehabilitación y a mejorar los planes de intervención y red de apoyo en beneficio directo de nuestros pacientes internos” (Enfermera jefa (EJ2) CSLF. 14/06/2022).

“Para mi profesión, este tipo de investigación, considero, sería de gran ayuda poder contar con información que nos permita mejorar las relaciones sociales de los pacientes, porque al optimizar su relación familiar aportamos a una mejor y mayor convivencia. Además, considero que la institución está muy cerrada, muy protocolizada, si no está normado no se puede hacer, lo que limita a los internos. Creo que como institución podríamos hacer más cosas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los pacientes, sobre todo de aquellos que se encuentran en estado de abandono y encierro; aportar a la convivencia y estabilidad emocional de los pacientes, no solo sería significativo para ellos, sino también para los funcionarios” (Técnico nivel superior en enfermería (TENS3) CSLF. 14/06/2022).

“Totalmente, todo lo que aporte a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes es valioso, como funcionarios de la salud sabemos que la presencia familiar es importante en su desarrollo psicoemocional, al contrario, la ausencia es un perjuicio y retroceso ante cualquier avance. Por lo cual considero que esta es relevante en mi quehacer profesional, ya que nos permitirá mejorar sus niveles de socialización, contención emocional/ambiental, tratamiento/rehabilitación y, en especial ser más empático, al comprender mejor su dolor” (Entrevista: Técnico nivel superior en enfermería) (TENS5) CLB. 14/06/2022).

5.2 Categoría: Las conductas sociales problemática son agentes de internación y socialización reducida.

Dimensión Conductas sociales: Esta dimensión tiene relación con la clasificación, características y grados conductuales que mantienen los pacientes institucionalizados.

Las conductas sociales son un factor de consideración por los conflictos que producen al interior del pabellón, los que afectan a los funcionarios y pacientes que normalmente sufren desajustes emocionales las que conllevan actos conductuales problemáticos, Rascón, Otero y Ryan (1987), plantean que uno de los motivos más influyentes al momento de la evaluación es el que tiene que ver con su conducta, especialmente cuando se trata de pacientes psiquiátricos, lo que en muchos casos es el motivo principal de consultas e institucionalización (pág. 82).

La institucionalización ligada a la ausencia de socialización afectan, por un lado se enfrentan al aislamiento social (institucional), y por otro lado a la estigmatización social y temor a las conductas que presentan; y con respecto a lo último López-Muñoz, Álamo, Martín & Cuenca (2001) plantean que las conductas agresivas y violentas, desde la mirada sociosanitaria conllevan una gran problemática social (pág. 1), por lo cual es importante entender que las conductas sociales que presentan los pacientes no son hechos al azar, sino son producto de sus patologías o consecuencia de situaciones anexas a su sintomatología, como es el caso del abandono y ausencia de socialización, según lo planteado por los entrevistados **TS1, EJ2, TENS3, TENS5** (2022) son causantes de descompensaciones emocionales que provocan estados violento y agresivos.

Es importante entender que la visualización de estas dos conductas se deben a la complejidad que producen al interior del pabellón, y como ya se mencionó son las que producen mayor connotación y daño no solo hacia ellos, sino también hacia terceras personas, los autores Mulvey (1994), Hiday (1995), Swanson y Cols 1997) han puesto de manifiesto que los principales factores de riesgo de las conductas violentas y agresivas son los trastorno mentales, Monahan (1992), indica que la relación entre actos violentos cometidos en la sociedad y enfermedad mental puede ser minoritaria, en ciertos tipos de patologías psiquiátricas la agresividad juega un papel importante. De hecho, una serie de estudios epistemológicos han constatado unos elevados índices de violencia en pacientes con trastornos mentales (Swanson y Cols., 1990; Steuve y Link, 1997), especial en aquellos sometidos a tratamientos psiquiátricos desde la adolescencia (Kjelsberg y Dahi, 1998) y en pacientes psicóticos, en dependencias de sustancias y en malos cumplimentadores del tratamiento (Tardiff y Cols., 1997). (Citados en: López-Muñoz, Álamo, Martín & Cuenca, 2001).

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastorno Mentales (DSM-IV) plantea que las conductas son intencionalmente dirigidas a provocar un daño físico a otros.

El presente análisis estará dividido en 3 etapas:

A) Las patologías clínicas conllevan asociadas conductas sociales problemática:

“La categorización social es un proceso psicológico que tiende a ordenar el entorno en términos de categorías: grupos de personas, de objetos, de acontecimientos, en tanto que son semejantes, de objetos, de acontecimientos, en tanto que son semejantes, equivalentes unos a otros para la acción, las intenciones o las actitudes de un individuo” (Tajfel, 1969. págs. 79-97).

La categorización corresponde a los pacientes internos y sus patologías psiquiátricas que conlleven asociadas conductas sociales que afecten la convivencia y normalidad del pabellón, que nos permita continuar con una clasificación de sus tipologías y niveles conductuales.

Los pacientes en estudio presentan las siguientes patologías:

- **Trastornos neurológicos,**
- **Problemas de aprendizaje**
- **Retraso mental.**

Los trastornos neurológicos: Son afecciones médicas que afectan el manejo del sistema nervioso del cuerpo, que involucra al sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo, el sistema nervioso periférico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico. Es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular y los músculos. Entre esos trastornos se cuentan la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedades cerebrovasculares tales como los accidentes cerebrovasculares, la migraña y otras cefalalgias, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson, las infecciones neurológicas, los tumores cerebrales, las afecciones traumáticas del sistema nerviosos, tales como los traumatismos craneoencefálicos, y los trastornos neurológicos causados por la desnutrición. El sistema nervioso puede verse afectado por numerosas infecciones: bacterianas, víricas, fúngicas o parasitarias. Los síntomas neurológicos pueden deberse a la infección en sí misma o a la respuesta inmunitaria.

Los Problemas de aprendizajes: Cuando nos referimos a problemas de aprendizaje y de atención se describe una extensa gama de conflictos en todo ámbito y en la sociedad en general, causadas por daños a nivel de cerebro y, por lo general, aluden a causas hereditarias.

Dentro de los sujetos en estudio encontramos pacientes que muestran trastornos de aprendizajes, en el área de habilidades motoras que afectan su capacidad de desplazamiento.

Retraso mental: Las discapacidades intelectuales se conocen comúnmente como retraso mental, generalmente son patologías congénitas (hereditables), son afecciones que acompañan durante toda la vida al afectado. Por lo tanto, la discapacidad intelectual presenta a las personas que las padecen arduos desafíos.

En consecuencia, el análisis realizado a los datos recopilados indica que los pacientes institucionalizados presentan los siguientes trastornos:

- **Trastornos afectivos:** pacientes depresivos y bipolaridad, los pacientes pasan de un estado depresivo a una euforia de forma rápida.
- **Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y de ideas delirantes:** la esquizofrenia y otros similares como las alucinaciones, delirios y los llamados episodios maniáticos (en los últimos el ánimo está anormalmente elevado o irritable, y la persona que lo padece es un riesgo para sí misma o para otras personas).
- **Determinadas discapacidades mentales:** los pacientes que padecen trastornos mentales de distinto índole e intensidad, desde lo más leve a los más graves, llamados profundos.
- **Trastornos orgánicos del cerebro:** pacientes que padecen demencias, Alzheimer, Parkinson y otros trastornos ocasionales por lesiones u otras disfunciones cerebrales.
- **Afecciones neuróticas derivadas del estrés:** pacientes que padecen de ansiedad, trastornos del estrés postraumáticos.
- **De personalidad y del comportamiento:** pacientes que padecen trastornos de la atención y de la actividad y la hiperactividad.
- **Del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y somatizaciones:** pacientes con trastornos alimenticios y alteraciones del sueño (insomnio, hipersomnia o los terrores nocturnos).

Cabe destacar que los pacientes pueden presentar más de una patología clínica, y además es importante tener presente que existen patologías que conllevan conductas sociales violentas o agresivas, pero según lo indicado por la Enfermera Jefe del área psiquiátrica, Centro de Salud La Florida, los pacientes que se encuentran con un tratamiento farmacológico al día, no debieran presentar descompensación emocionales que conlleven actos violentos o agresivos, pero no niega que se puede presentar en algún momento por ajuste de medicamentos o temas del abandono/encierro (Entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF).

Para comprender lo expuesto se darán a conocer algunas patologías que conllevan conductas sociales violentas o agresivas, como son las:

- Esquizofrenia: es una patología psiquiátrica donde las conductas de agresividad son más evidentes, asociándose, bien agitación psicomotriz o ideas paranoides (Kennedy, 1993).
- Las depresiones con rasgos psicóticos pueden inducir al sujeto a actos violentos contra sí mismo y contra los demás.

- Síndrome por estrés post traumático pueden existir conductas agresivas, debido a la hiperactividad autonómica, este trastorno está causado por unas conductas violentas, el cual se gatilla por situaciones que recuerden el acontecimiento traumático.
- Retraso mental: caracterizado por conductas desafiantes y opositoristas pueden incluir también conductas violentas, así como la demencia.
- Trastorno de personalidad o antisocial: conllevan conductas agresivas, entre otras.

B) Los tipos de conductas son motivos de institucionalización:

El análisis arrojó los siguientes datos referentes a los tipos de conductas que presentan los pacientes:

- Conductas agresivas-violentas (físicas o verbales)
- Conductas emocionales (ira, irritabilidad, envidia, etc.)
- Trastorno o problemas alimenticios.
- Conductas depresivas.
- Conductas estrés post traumático.
- Conductas nostálgicas.
- Conductas de estrés.

El análisis de datos arrojó que los cinco entrevistados, indicaron que los pacientes en estudio mantienen dos tipos de conductas como prevalencia, las cuales son: las conductas VIOLENTAS y AGRESIVAS.

Conductas agresivas y violentas: se entiende como conducta agresiva a aquellas en la que la obtención del propio beneficio o la gratificación de las propias necesidades se pone por delante del bienestar de los demás. (conducta de tipo dominante y se expresa con violencia).

Según lo indicado por los entrevistados, acá encontramos violencias de diferentes tipos como:

- **Violencia autoinfligida:** el propio paciente se daña a sí misma.
- **Violencia interpersonal:** pacientes que agreden a otro de forma directa o en un pequeño grupo (personal o grupal reducido).
- **Violencia colectiva:** se producen agresiones grupales masivas (todos con todos o todos en contra de uno).
- **Violencia física:** es cuando un paciente daña el cuerpo de otro paciente produciendo dolor y sufrimiento (cortes, rasguños, mordidas, etc.)
- **Violencia verbal:** es cuando un paciente daña a otra persona de forma verbal (produce ansiedad y daña la autoestima).
- **Violencia sexual:** contactos sexuales sin el consentimiento del otro/a.

“La mayoría del tiempo es una rutina tranquila, pero por ejemplo, si estamos en el comedor y un paciente comienza una discusión con otro paciente nos genera alteraciones masivas (no requiere de razones de peso, hasta lo más simple puedo producir conflictos) y por lo general termina produciendo peleas entre dos o más pacientes (agresiones y violencia), por lo cual, siempre en nuestro piso tiene que haber supervisión, aunque es importante recalcar que estos hechos dependen de la personalidad o sexo del paciente; porque normalmente las mujeres suelen ser más retraídas y los hombres más confrontacionales al momento de problemas.” (Entrevista: EJ2. CSLF. 14/06/2022).

El análisis de datos indica que dentro de los tipos de conductas que presentan los pacientes en estudio, se encuentran las conductas EMOCIONALES:

Conductas emocionales: son las respuestas de un individuo ante eventos o situaciones relevantes que favorecen la adaptación y cumple con distintas funciones, las cuales son divididas en tres partes importantes:

Dentro de las conductas emocionales, los pacientes muestran los siguientes tipos de conductas: Miedo, tristeza, Ira e Irritabilidad.

- **Miedo:** su función es protección, la respuesta es correr, huir o luchar y se presenta ante la amenaza (Plutchik, 1980).
- **Tristeza:** su función es reunión (apoyo), la respuesta es pedir ayuda y se presenta ante una pérdida de algo o alguien (Plutchik, 1980)
- **Ira:** se caracteriza por sentimientos de enojo o de enfado de intensidad variable, forma parte del continuo Ira-Hostilidad-Agresividad, en el que la hostilidad haría referencia a una actitud persistente de valoración negativa de, y hacia, los demás; y la agresividad se entendería como una conducta dirigida a causar daños en personas o cosas (Cano, A. y Dongil, E., 2020).
- **Irritabilidad:** estado que aparece y desaparece como llega, (no es un hecho crónico) presentan conductas hostiles, responde de manera desmesurada ante estímulos insignificantes (reacción exagerada). Habitualmente el sujeto se encuentra en estado de estrés y muestra problemas de regulación emocional (Sánchez, E. 2022).
- **Ansiedad:** como trastorno psiquiátrico es algo completamente diferente. El paciente tiene un trastorno de ansiedad cuando su cuadro de preocupación es prolongado, intenso e incontrolable a punto de interrumpir sus actividades personales y profesionales. A menudo, esas crisis de ansiedad se presentan sin una causa aparente o justificada (Dr. Pinehiro, P. 2022).

“Los pacientes muestran conductas agresivas producto del abandono y encierro, las cuales reflejan con actos violentos hacia otros pacientes, las víctimas reaccionan por una parte con violencia u otros de forma pasiva, los que normalmente suelen pedir ayuda. Estos hechos de agresiones y violencia producen bastante miedo y periodos de tristeza, más allá de su situación familiar, porque dentro de su patología saben que en cualquier momento pueden sufrir alguna agresión o por otro lado transformarse en agresores, dependiendo de su estado emocional, pueden reaccionar con ira en cualquier momento. También se puede observar momento de soledad, estrés y periodos de inapetencia” (Entrevista: AS4. CSLF. 14/06/2022).

El análisis de datos arrojó que los tipos de conductas que presentan los pacientes en estudio, se observa las conductas PASIVAS.

Conductas pasivas: es el comportamiento vinculado a la forma que tenemos de relacionarnos con el entorno (vinculación del medio), y con el resto de la comunidad (vinculación social), caracterizados por sometimiento, sumisión y limitación de nuestros propios deseos y necesidades en favor de otros.

- **Conductas de envidias:** esta conducta la muestran normalmente cuando otros pacientes reciben visitas.
- **Conductas de agresividad verbal:** esta conducta se caracteriza por insultos constantes.
- **Conductas de sabotaje:** acá, normalmente se presenta cuando otros pacientes no dejan que los demás realicen sus tareas y funciones en forma normal.

“Las conductas sociales que los pacientes presentan en general son conductas agresivas, sobre todo entre ellos mismos, normalmente se muestran irritables, presentan estrés en especial post traumático (accidentes violentos), por cosas simple se trenzan a golpes, ejemplo: si uno tiene pan y el otro no, se pelean y las sillas vuelan. También observo muestras de envidia sobre todo cuando otros pacientes reciben visitas, además puedo ver que hay pacientes que reaccionan negativamente cuando otros pacientes quieren hacer cosas (actividades recreativas y ejercicios) otros pacientes sabotean sus intenciones, y por lo general todas estas conductas causan violencia y agresividad entre ellos. Debo hacer notar que estas conductas se producen a causa de la falta de socialización familiar y a veces por tema de desajuste farmacológicos” (Entrevista: TENS3. CSLF. 14/06/2022).

El análisis de datos arrojó que los tipos de conductas que presentan los pacientes en estudio, se observan conductas producto de ESTRÉS POST TRAUMÁTICO Y ESTRÉS.

Trastorno del Estrés post traumático o TEPT: es un trastorno que aparece como respuesta a una situación altamente estresante o “traumática”. Este trastorno se caracteriza por la presencia de las siguientes manifestaciones sintomáticas relacionadas con la exposición a ese acontecimiento traumático:

- Alteraciones del sueño.
- Pesadillas que recuerdan el evento traumático (agitación, gritos).
- Sensaciones de soledad, preocupación y tristeza.
- Sentimientos de culpa y remordimiento (causante/fallecimiento).
- Arrebatos de furia e ira, con baja tolerancia a la frustración.
- Pensamiento de hacerse daño a uno mismo o a los demás.
- Alteraciones del estado de ánimo (ansioso e irritables)

Estrés: es producto de estados emocionales alterados que afectan las condiciones psicológicas, como aumento de estados de ansiedad.

“La ansiedad es una conducta visualizada, a mi parecer con mayor frecuencia, pero también puedo decir que también se visualizan conductas estresantes a causa de accidentes traumáticos (tenemos un gran número de pacientes que provienen de estrés post traumáticos) y estrés en general” (Entrevista: TS1. CSLF. 13/06/2022).

El análisis de datos arrojó que los tipos de conductas que presentan los pacientes en estudio, se observan conductas producto de estados DEPRESIVOS, NOSTÁLGICOS Y SOLEDAD.

Depresión: es un trastorno mental que presenta estados de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento.

Los síntomas de la depresión son la tristeza patológica, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y una disminución de la vitalidad que limita el nivel de actividad y produce un cansancio exagerado.

Además, pueden aparecer otros síntomas, como los sentimientos de culpa o de incapacidad, la irritabilidad, el pesimismo ante el futuro, las ideas de muerte o de suicidio, la pérdida de confianza en uno mismo o en los demás, provoca trastornos del sueño y la disminución del apetito, entre otros (Dr. J. Pla, 2022).

Nostalgia: es un sentimiento anclado en el pasado, de hecho, es entendida como la añoranza a todo tiempo pasado fue mejor. Esta emoción es vivida cuando sentimos pena, tristeza y melancolía cuando sentimos la ausencia de nuestros seres queridos. Es querer que un tiempo pasado sea revivido (Nahum R. 2021).

Sentimiento de Soledad: es una percepción del individuo de carecer de relaciones interpersonales adecuadas o de calidad, lo que le hace sentirse aislado del mundo y no tener cubiertas sus necesidades vitales para su completo desarrollo como ser humano, lo cual le genera sensaciones desagradables a nivel psicológicos, pudiendo ir acompañado también de un malestar físico (Martínez, L. 2020).

“En general, las conductas sociales más frecuente o predominante que se visualiza al interior de la casa son las conductas agresivas físicas y verbales, violentas, emocionales, nostalgia, soledad, problemas falta de apetito y últimamente se han observados que algunos pacientes muestran estados depresivos” (TENS5. CLB. 14/06/2022).

El análisis de datos arrojó que los tipos de conductas que presentan los pacientes en estudio, se observan conductas de estados por TRASTORNOS O PROBLEMAS ALIMENTICIOS.

Trastornos o problemas alimenticios: son afecciones médicas, afectan la capacidad del cuerpo para obtener una nutrición adecuada, Esto puede provocar problemas graves de salud como enfermedades cardíacas y renales, o incluso la muerte (Enciclopedia Medica A.D.A.M. {internet} Actualizado 18/11/2021)

Problemas alimenticios (falta de apetito): acá, los pacientes presentan una falta de apetito o inapetencia a causa de motivos patológicos, y además acarrea consecuencias graves. Muchas veces son producto de sus estados emocionales.

“Las conductas sociales más frecuente o predominante que se visualizan al interior de la casa son las conductas agresivas físicas y verbales, violentas, emocionales, nostalgia, soledad, problemas ligados a la alimentación en donde los pacientes muestran falta de apetito” (Entrevista: TENS5. CLB. 13/06/2022).

c) Los niveles conductuales afectan la convivencia y normalidad de la institución.

Según, el análisis realizado a las cinco entrevistas ejecutadas a los profesionales de la salud, área psiquiátrica, referentes a los niveles conductuales que presentan los pacientes, cuatro de ellos indicaron que presentan un ALTO nivel de problemas conductuales, los que generan desajustes conllevando un aumento en sus niveles conductuales.

(Problemas conductuales  Desajustes  Aumento nivel conductual)

Según el análisis realizado, identificó las conductas con mayor prevalencia en sus niveles conductuales, en pocas palabras son las conductas que presentan mayoritariamente los internos en sus comportamientos diario, las cuales son:

conductas de AGRESIVIDAD y VIOLENCIA, son las que generan más conmoción, desajustes y daños físicos.

Como indicaron los profesionales, los pacientes muestran un alto nivel de conductas problemáticas que producen desajustes masivos, lo que conlleva a un descontrol generalizado del pabellón; las conductas agresivas y violentas son las que prevalecen en la unidad y las que causan mayor daño, no solo a los pacientes que la presentan, sino también a los demás internos o funcionarios quienes al intervenir (separando) deben realizar contenciones ambientales o emocionales con el fin de reducir los niveles de desajustes.

*“Con respecto a los niveles, los pacientes normalmente muestran niveles **elevados** de conductas **agresivas y violentas** que afectan al conjunto en general dañando las relaciones sociales de los demás pacientes y el funcionamiento normal del área”* (Entrevista: AS4. CSLF. 14/06/2022).

*“Con respecto a los niveles conductuales, considero que la recurrencia de los actos **violentos o agresivos** son **elevados**”* (Entrevista: EJ2. CSLF. 14/06/2022).

También, el análisis arrojó que los pacientes muestran otros tipos de conductas, como es el caso Emocional el que conlleva profundos estados de ansiedad. Los estados emocionales son reconocidos por los profesionales como gatillantes de conductas de ira o irritabilidad.

*La **ansiedad** es una conducta visualizada, a mi parecer con mayor frecuencia **(elevadas)**, pero también puedo decir que también se visualizan conductas estresantes a causa de accidentes traumáticos (tenemos un gran número de pacientes que provienen de **estrés post traumáticos**)* (Entrevista: TS1. CSLF. 13/06/2022).

Y la tercera conducta que se identificó, está relacionada con el Estrés post traumático.

*Con respecto a los niveles diría que son **elevados**, en relaciona las conductas **agresivas/violentas**, seguidas por las conductas **irritables y trastornos post traumáticos**.* (Entrevista: TENS3. CSLF. 14/06/2022).

5.3 Categoría: La participación familiar de los pacientes a marcado la forma de enfrentarse en su diario vivir.

Dimensión Participación familiar: Esta dimensión tiene relación con la presencia, percepción y actitudes que presentan los pacientes institucionalizados.

Es innegable que las familias juegan un rol positivo en su tratamiento y rehabilitación, es por eso por lo que el abandono familiar es un tema complejo cuando hablamos de pacientes psiquiátricos que se encuentran en estado institucionalizado. Por ende, es relevante tener presente que la participación familiar es un factor potente, ya que “la familia es la responsable de la satisfacción de las necesidades de sus miembros”, “Los enfermos que pueden contar con un ambiente familiar positivo, con estabilidad afectiva y modos adecuados de enfrentarse a los problemas cotidianos, pueden adaptarse de modo más positivo a las crisis que supone el proceso de su enfermedad, con la ayuda del resto de la familia” (Martínez. M, 1992, pág. 91).

Para comprender los efectos que genera el apego y lazos familiares en los pacientes psiquiátricos institucionalizados, se expondrán los dos tipos de afecto que puedan generar:

A) La ausencia de lazos familiares es un factor nocivo en su diario vivir:

El apego y mantención de los lazos familiares es relevante en la vida del paciente institucionalizado, Amico (2004) plantea que “la familia es fundamental para iniciar un proceso de rehabilitación” (pág. 28), a lo que Liberman, considera un proceso en el cual se difunde lo terapéutico para conseguir la resolución del deterioro y la limitación, consiguiendo el mayor nivel de integración posible del paciente que le permite ser autónomo y participar en la sociedad (1991).

La mantención del apego familiar potencia en los pacientes sus ganas de vivir, aporta al tratamiento, rehabilitación y conlleva a una mejor relación social al interior de la institución, al sentirse queridos motiva sus ganas de luchar, además contiene conductas problemáticas; pero al contrario la ausencia familiar afecta en su diario vivir, dañando su entrega al tratamiento, rehabilitación, socialización, estados emocionales y sobre todo en sus tipos y niveles conductuales. Lo que causa un perjuicio profundo en la normalidad y estabilidad de la institución.

Con el propósito de entender como la falta de apego y lazos afectivos familiares interfiere en el diario vivir en los pacientes institucionales, se presenta un análisis de los datos aportados en las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud, área psiquiátrica, la que entrega los siguientes datos:

El análisis determinó que el nivel de participación familiar es medio/bajo, como plantea la Enfermera jefa (**EJ2**), “Acá, se puede visualizar que existe un compromiso reducido, más bien una obligación legal que los compromete a

cumplir para no tener problemas” y siguiendo con las entrevistas, el Trabajador Social (**TS1**) plantea que “La vinculación afectiva y apego que mantienen las familias con nuestros pacientes es medio-bajo” (ambas entrevistas realizadas el 14/06/2022. CSLF). Comprendiendo lo expresado por los entrevistados, se entiende que la falta de apego produce efectos nocivos en la cotidianidad de los pacientes, lo que se reafirma con lo expresado por la Asistente de enfermería (**AS4**) quien indica que “Por supuesto que necesitan a sus familiares, sí ellas entendieran el valor que tienen para los pacientes su presencia, lo significativo para su tratamiento a lo mejor entenderían y participarían manteniendo los lazos familiares, apego e interacción lo que mejoraría la calidad de vida del interno”, la misma entrevistada dice: “hay gente que ni siquiera tiene apego con ellos”. (Entrevista: 14/06/2022. CSLF).

B) Impacto que causa la ausencia de apego en su vida diaria.

Con respecto al impacto que produce la falta de apego y lazos familiares, se puede decir que el impacto que produce la falta de lazos y apego familiar en los pacientes, el Trabajador Social (**TS1**) dice que “Conlleva un impacto negativo en la vida de los pacientes, ya que el hecho de ver o sentir la presencia de familiares de otros pacientes (visitas) provoca un efecto negativo en ellos, porque siente el vacío, la usencia, la soledad, la necesidad de sentirse queridos y de sentir que son parte de una familia. Eso es lo que el apego y participación familiar produce, deseos de vivir, de sanarse y en forma paralela ayuda significativamente en las conductas” (Entrevista realizada el 13/06/2022. CSLF) y la **TENS3**, menciona que “Las familias tienen muy poco compromiso familiar, más bien considera que es un compromiso legal, ya que cobran sus pensiones, por lo cual se ven obligados a cubrir sus necesidades básicas” (Entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF), y en referencia a lo mismo, la **EJ2**, plantea que existen, mayoritariamente, familias que requiere ser recordadas para cumplir con sus obligaciones hacia sus parientes institucionalizados (Entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF), lo que refleja claramente el nivel de abandono que los pacientes se encuentran, apoyado por lo expresado por el **TENS5**, quien indica que los pacientes se encuentran en total abandono, solo dos mantienen una participación, lazos y apego familiar afectivo (Entrevistado el 14/06/2022. CLB).

En consecuencia, se puede confirmar que la participación de los familiares en la vida de los pacientes es media-baja, y el impacto que esta provoca en la vida del paciente son profundas y significativa, es un agente negativo, que daña y afecta en su diario vivir. Los pacientes que sufren del desapego familiar presentan estados emocionales alterados que promueven estados depresivos y bajos deseos de vivir.

C) Consecuencias de la falta de lazos familiares en las conductas.

Con respecto a las conductas, el **TS1**, plantea que “Con respecto a las conductas de los pacientes en estado de abandono y lazos familiares reducidos, considero que causan alteraciones emocionales que provocan estados de ira, frustración, tristeza y sobre todo profundos periodos de ansiedad que afectan sus deseos de vivir, alimentarse, y aumentan sus niveles de agresividad y violencias” (Entrevista realizada 13/06/2022. CSLF).

Siguiendo con la misma línea, la **TENS3**, indica que las conductas que los pacientes presentan son conductas agresivas, violentas, de iras e irritables a causas del abandono y desapego familiar, lo que en ocasiones genera en ellos que se auto agredan o/u agredan a terceras personas (Entrevista realizada 14/06/2022. CSLF), y para confirmar la prevalencia postural, el **TENS5**, plantea que “El nivel de compromiso familiar en nuestros pacientes, no estoy tan segura, entre medio y bajo, son muy pocos los visitados, otros solo reciben llamada o la mayoría en abandono, lo que produce conductas agresivas, violentas y muchos estados de ira, pasan mucho tiempo irritables (Entrevista realizada el 14/06/2022. CLB.).

En consecuencia, las conductas que presentan prioritariamente los pacientes institucionalizados son conductas emocionales, estados de ira, irritabilidad promotores de conductas con mayor connotación al interior del pabellón, ya que la sensación de abandono y soledad produce una descompensación general en el paciente gatillando momentos de agresividad y violencia que causan daños al afectado como a otros internos, afectando profundamente la normalidad del área.

5.4 Categoría: La presencia familiar es promotor de conductas sociales problemáticas (visitas v/s no visitas).

Dimensión Presencia familiar: Esta dimensión tiene relación con la interacción, presencia y ausencia familiar de los pacientes institucionalizados.

Amico (2004) plantea que “La familia es un actor fundamental en el proceso de rehabilitación: puede acelerar el proceso de deterioro de la persona con sufrimiento psíquico o por el contrario ser quien impulse el bienestar de esa persona y brinde apoyo frente a las diversas crisis que la misma puede llegar a enfrentar” (p. 28).

“El sentido de rehabilitar no es sólo recolocar en un nuevo lugar con un tiempo ocupado, es hacer que esa persona sea de nuevo dueño de su vida, de sus proyectos, con un sentido realista, sabiendo cuáles son sus posibilidades” (Aguilar, 2003, pág. 26).

A) Que impacto tiene en el paciente la presencia v/s ausencia familiar en el paciente institucionalizado.

Presencia familiar: en la vida del paciente la presencia familiar es un agente positivo y motivador, según plantea el Dr. Rodríguez (2011), indica que la presencia del acompañante-cuidador, así como las visitas de seres queridos al enfermo hospitalizado es de una gran importancia para elevar la moral que ayude a superar el miedo y la inseguridad que comporta cualquier enfermedad, y más aún si la naturaleza de esa enfermedad obliga a la hospitalización.

AS4, plantea que “Es innegable que la familia es importante y su participación en la rehabilitación de su familiar aportaría a un tratamiento efectivo y eficaz, mejorando la calidad de vida no solo del paciente, sino de la comunidad en general, pacientes/funcionarios (Entrevista realizada el 14/26/2022. CSLF).

TS1: “Bueno, siempre se ha dicho en las intervenciones médicas que la familia cumple un rol fundamental, o sea, los pacientes no solamente se vienen a hospitalizar, a ocupar una cama, es todo un proceso de recuperación que incluye a todas las ramas de la medicina en pro de la rehabilitación, hablamos de la kinesiología, Terapia Ocupacional, fonoaudiología, Psicología entre otras disciplinas. Pero el rol familiar juega un papel fundamental, porque hablamos de la vinculación, o sea, aunque el paciente esté aquí meses hospitalizado debe saber qué existe una familia afuera que lo estará esperando en un futuro, para asumir su cuidado y protección” (Entrevista realizada el 13/06/2022. CSLF).

EJ2, plantea que “La presencia de la familia colabora mucho cuando vienen a verlos, ellos se acuerdan, los mencionan y lo cuentan; por ejemplo, cuando uno llega el lunes los encontramos felices y nos cuentan que el sábado los vinieron a ver, porque me quieren” (Entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF).

TENS3, plantea que “Los pacientes que reciben visitas se sienten contentos y con una sensación agradable, normalmente después de las visitas se portan bien, además acá se presenta un punto no menor, ellos mismos regulan su comportamiento, para seguir teniendo visitas, en cierto modo hacen méritos para que sus familiares no tengan excusas de no visitarlos. Por lo que considero que la familia es un controlador de conductas, ya que produce un efecto positivo al tratamiento, interacción y socialización de los pacientes, mejorando su calidad de vida (Entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF).

Ausencia familiar: cuando los familiares toman la decisión de institucionalizar algún pariente que presente patologías psiquiátricas, suponemos que es por un bien mayor, ya que no es de está determinar las razones de la internación, lo que se pretende comprender es si ella va ligada a

un abandono, “el sentimiento de abandono consiste en un estado anímico en el cual la persona demuestra estados de angustia, los cuales son expresados mediante la sensación de que no le importamos a nadie o que seremos abandonados” (Carrillo, 2019, sitio web).

Con respecto a la ausencia familiar en la vida de los pacientes institucionalizados, los entrevistados dicen lo siguiente:

TS1: *“El fenómeno de estar desligados o abandonados por sus familiares es como un doble sufrimiento, ya que, se encuentran hospitalizados (institucionalización forzada) ligado a la soledad, por la falta de red familiar, pueden ser hechos negativos”* (Entrevista realizada el 13/04/2022. CSLF).

AS4: *“Yo, atiendo a cuatro pacientes y ninguno de ellos recibe visitas, claro, cuando otros pacientes reciben visitas ellos se acercan a saludarlos, abrazarlos en cierto modo a robar cariño, ellos quieren visitas, quieren a sus familias acá, ejemplo: hoy vinieron a visitar a un paciente y otro se acercó, los saludó y actuó como si fueran sus familiares, pero no lo son”.*

“La forma en cómo se comportan es producto de la falta de afecto, cariño e interés, lo que se podría suplir con una simple llamada, aunque no es lo mismo, pero reduce la sensación de abandono y de una u otra forma ayuda a mejorar estabilidad emocional” (Entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF).

TENS3: *“Con respecto a los pacientes no visitados estaríamos hablando de 11, y con respecto a sus reacciones, lo primero que observado es que tratan de meterse en las visitas de otros y las conductas que muestran es de envidia y enojo con los que, si reciben visitas, me atrevería a decir que le afecta, porque ellos si quieren ser visitados, quiere recibir gente de afuera y romper esa rutina diaria”* (Entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF).

Investigador: *¿En pocas palabras, como reaccionan cuando otros pacientes reciben visitas?*

TENS3: *“Los pacientes no visitados reaccionan de dos maneras: Primero, reaccionan con conductas agresivas, irritables y de rabia, las cuales las reflejan con su actuar ante las visitas y encierro, por lo muchas veces dejan de alimentarse, se auto agreden, y en segundo, tratan de meterse en las visitas de otros con la intención de recibir afecto, porque digo esto, porque yo lo veo, lo observo cada día de visita de como ellos se acercan al familiar de forma sumisa, los acarician y esperan lo mismo (quiere ser parte de algo)”* (Entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF).

TENS5: *“Tenemos pacientes en abandono total, me atrevería a decir que ya ni recuerdan la cara de su mamá, acá se siente la necesidad de tener*

una interacción familiar, de tener una vida afuera de la institución, que los saquen, que los quieran; en el fondo necesitan lo que cualquier persona necesitaría en algún momento de su vida, sentirse queridos, tener relación familiar y la ausencia de estas en nuestros pacientes provoca conductas agresivas y violentas que afecta profundamente la seguridad personal del paciente y otros residentes de la institución” (Entrevista realizada el 14/06/2022. CLB.).

B) La presencia de los familiares son promotores de conductas positivas.

Según el análisis realizado a las entrevistas, se puede concluir que las familias son un aporte positivo en la vida del paciente, son agentes promotores de estabilidad emocional, conductual, aporta a mejorar los niveles de miedo e inseguridad, y también es un promotor moral lo que en conjunto mejora su calidad de vida.

Es importante destacar que el análisis considera de sumo valor la mantención del apego y lazos familiares afectivos, ya que a través de la sola presencia (visitas) genera en los pacientes reacciones positivas, como ya se mencionó, favorecen al tratamiento, rehabilitación y personal, como también son un agente fiscalizador de la calidad del servicio, cuidados y tratamiento que recibe el familiar institucionalizado.

“El sentido de rehabilitar no es sólo recolocar en un nuevo lugar con un tiempo ocupado, es hacer que esa persona sea de nuevo dueño de su vida, de sus proyectos, con un sentido realista, sabiendo cuáles son sus posibilidades” (Aguilar, 2003, p. 26).

Aludiendo a lo planteado por Aguilar, sobre “sus posibilidades” entendemos que ellas dependen no solo de la entrega del paciente, sino es parte de un total que conformación cuidador-paciente-familia, las que en conjunto trabajan por el bienestar del familiar que sufre de la patología psiquiátrica.

C) La presencia de los familiares son promotores de conductas negativas.

Según el análisis realizado a las entrevistas, se puede concluir que existe un gran número de pacientes que no reciben visitas, manteniendo un desapego total con sus seres queridos, producto del abandono, lo que aporta de forma negativa en la vida del paciente.

El abandono familiar provoca en los pacientes estados emocionales que perjudican su tratamiento y no ayudan en nada a su rehabilitación, la ausencia familiar y falta de socialización generan episodios de conductas agresivas o violentas y sentimientos de baja autoestima, deseos de morir, algunos se niegan a comer, otros se postran, entre otros efectos.

“Sí, muchos pacientes tienen hijos (as) se preocupan por ellos, además sienten la necesidad de sentirse útiles de alguna manera y empiezan los cuestionamientos ¿porque no me llamarán? ¿no me necesitarán? Se presentan ansiedad por qué no son visitados, dentro de sus necesidades, siempre está el mantener contacto con sus familiares” (EJ2: Entrevista realizada el 13/06/2022. CSLF).

“Llevo un año prestando servicio a los mismos pacientes, y me atrevería a decir que a pesar de su condición psiquiátrica ellos se dan cuenta y sufren el abandono del cual son víctima” (TENS5: Entrevista realizada el 14/06/2022. CLB.).

“El encierro los transforma en personas violentas, irritables y descargan su rabia con terceras personas y lo peor es que no se dan cuenta, en el fondo afecta profundamente” (TENS3: Entrevista realizada el 14/06/2022).

“El hecho de estar encerrados toda su vida afecta en sus conductas sociales, por ejemplo, tengo pacientes que están desde niños encerrados, ellos han pasado toda su vida institucionalizados lo que influye mucho en sus conductas sociales, se ponen agresivos porque quieren salir, aunque sean psiquiátricos el encierro los mata y esto provoca, por un lado, estados de agresividad, y por otro intento de fuga todos los días” (TENS5: Entrevista realizado el 14/06/2022).

5.5 Categoría: El medio social reduce la sensación de abandono.

Dimensión interacción comunitaria: Esta dimensión tiene relación con la participación social, en donde se pueda identificar presencia, ausencia y actitudes que presentan los pacientes institucionalizados.

El medio social es el espacio en donde las personas se relacionan y expresan sus conductas, es necesario comprender la relación entre conductas y medio ambiente, para lo cual expondremos lo planteado por Ávila (2004), quien expresa que “la conducta está regulada por el medio social, de donde surgen las exigencias de los familiares, los amigos, los vecinos y configuran las motivaciones sociales de la conducta. También menciona que existen formas de conductas humanas que se apartan de lo habitualmente aceptado en el medio social ordinario, “conductas anormales” (págs.1-2).

Es de importancia mantener una relación social efectiva, en donde las personas pueden desarrollarse e interactuar con el medio, es esencial, sobre todo en los pacientes psiquiátricos, ya que ayuda a suplir el abandono y encierro.

A) Participación comunitaria efectiva:

Para entender, el bien que causa en los pacientes mantener una relación comunitaria activa, se planteará lo expresado por el **TENS5**, Nuestros pacientes tiene salidas (uno o dos semanales), donde los llevamos al fundo, al cerro o al parque y cuando esto sucede ellos llegan felices, contento, cansados y controlados, Ejemplo: cuando ven llegar el furgón se ponen felices porque saben que saldrán de la institución, y ese simple hecho de cruzar el portón los relaja. Las salidas no generan actitudes negativas, sino al contrario, genera actitudes positivas las que se visualizan en su comportamiento y actitudes e inclusive me atrevería en decir que ellos saben cuándo comportarse (Entrevista realizada el 14/06/2022. CLB.).

B) Ausencia de participación comunitaria:

Al inverso, cuando no se genera una relación comunitaria ideal, produce efectos negativo en el paciente, ya que potencia el abandono y el encierro causa más angustia y ansiedad en ellos, para entender cómo se visualiza el efecto en los pacientes, se planteará lo expresados por los profesionales entrevistados, en donde la **EJ2**, indica que en la institución no existe una interrelación entre los pacientes y la comunidad, la única interacción que se desarrolla es interna y la realizan los Terapeutas Ocupacionales, él es quien realiza una socialización local, en talleres y jardín terapéutico, y también plantea que si existiera una relación social entre los internos y la comunidad, con eso se refiere a salidas a la feria, al parque, al mall, etc., serviría en su tratamiento, pero se tendría que ver caso a caso (Entrevista realizada el 14/6/2022. CSLF).

La **AS4**, menciona que la institución no tiene contemplado ese tipo de interacción, lo que considera un error, ya que es algo positivo y permitiría mejorar sus relaciones conductuales, tenemos pacientes que ni siquiera saben que la micro se paga con tarjeta bip, llevan años encerrados, no saben nada de la realidad actual (Entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF).

Lo planteado por la **TENS3**, refleja perfectamente la consecuencia que estima a causa de la falta de socialización comunitaria, en donde indica que la institución no tiene contemplado salidas, además menciona que “la vida de los pacientes giran en torno al ámbito interno de la institución, lo que a mi parecer es un error que afecta a la rehabilitación”, también revela que “la recuperación de los pacientes psiquiátricos es total y debe ser integral, con eso me refiero a que deben interactuar con el medio y socializar con la comunidad”, haciendo alusión a que es bueno para ellos realizar actividades tan simple como ir a la feria.(Entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF).

C) Consecuencia de la socialización limitada:

En consecuencia, a través de lo analizado se podría decir claramente que la ausencia de relación social, que permita a los institucionalizados mantener un contacto con el medio social que los rodea es perjudicial a su tratamiento, ya que el hecho de sufrir el doble, por un lado su patología y por otro la ausencia familiar ligado a un encierro permanente provoca en ellos la pérdida de la realidad social lo que conlleva al extravío de ciertas habilidades, lo que para los pacientes psiquiátricos es un tema relevante, porque ellos por sus patologías, ya sufren de una condición que les provoca pérdida de habilidades, y debemos entender que cualquier destreza que no se ejerza se olvida, lo que produce:

1. Agravamiento de trastorno propios por la falta de socialización.
2. Deterioro crónico de las relaciones sociales ya adquiridas, entre otras.

5.6 Categoría: El abandono familiar ha marcado la historia de vida de los pacientes institucionalizados.

Dimensión abandono familiar: Esta dimensión tiene relación con las conductas y tipos de conductas (positivas-negativas y daños) que causa en los pacientes institucionalizados.

Como ya se ha mencionado, la familia de por sí es generadora de lazos afectivos y es pieza esencial en el desarrollo cognitivo, emocional y psicológico de sus integrantes, pero es necesario tener presente que existen problemáticas que atentan a la armonía familiar, como indica Edinberg (1987), existen barreras que dificultan la vida cotidiana de la familia, a causa de la estigmatización y nociones preconcebidas acerca de la discapacidad psíquica o intelectual y estas barreras presentes en el medio social impiden o restringen su participación o integración plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones.

Con el fin de poder entender los efectos que pueda producir en los pacientes institucionalizados el abandono familiar en sus vidas; debemos partir entendiendo que es un problema complejo, ya que como plantea Edinberg, la sociedad es un factor en contra ligada a los problemas familiares, obliga a muchas familias institucionalizar a sus parientes discapacitados. Acá lo que se pretende es comprender los efectos y consecuencias que provoca el abandono familiar y como a marcado su historia de vida, porque a pesar de que exista una legislación (Código Penal, art. 352) que considera un delito y sanciona el abandono de personas desvalidas, estos hechos aún siguen sucediendo.

Para entender la situación en que se encuentran los pacientes en estudio, se realizará un análisis de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud, área psiquiátrica.

A) Como afecta en sus conductas ser o no ser abandonados por sus familiares.

1. La presencia familiar es causante de conductas positivas:

Según el análisis realizado se puede entender que las familias son promotores y facilitadores de salud, y como plantea el Trabajador Social **(TS1)**, que la familia puede ser un aporte significativo en la rehabilitación, tratamiento y estados emocionales del paciente siempre y cuando mantengan una presencia efectiva, ya que la presencia familiar no es un elemento menor y minoritario es algo que realmente influye en los procesos de rehabilitación, y también en la contención conductual de los pacientes; lo que es reafirmado por la Enfermera jefa **(EJ2)**, quien indica que colabora mucho cuando los familiares vienen ellos se acuerdan y lo cuentan. Por ejemplo, cuando uno llega el lunes los encontramos felices y nos cuentan que el sábado me vinieron a ver, porque me quieren.

Con lo expuesto se deduce que las familias son promotores de conductas positivas y “los pacientes que reciben visitas se sienten contentas y con una sensación agradable, y normalmente después de las visitas se portan bien **(TENS3)**, lo que se puede entender que “las visitas constantes que mantienen el apego, lazos afectivos, control emocional, conductual y estabilidad del paciente, son visitas significativas” **(TENS5)**.

El Técnico en enfermería **(TENS5)**, plantea que “las familias son un aporte significativo, valioso y aplaudido, porque se observa en sus conductas sociales, en su forma de relacionarse, en su estado emocional, en sus ganas de vivir en pocas palabras en su estado en general” lo que genera una diferenciación sustancial entre tener una red de apoyo y lazos afectivos en comparación con los pacientes que se encuentran en estado de abandono”, el Trabajador Social **(TS1)**, confirma la diferencia que genera ser o no ser visitados, ya que la presencia familiar es sin duda un aporte, indicando que son “muy favorable en el desarrollo de sus tratamientos, en la contención de sus patologías y, también en la tranquilidad en general del paciente”, lo que es apoyado por la Enfermera jefa **(EJ2)**, la que indica que “los pacientes se muestran más felices, les baja la ansiedad, quedan contentos, se ríen, cuentan la experiencia; en el fondo quedan con una sensación agradable”, es valioso considerar lo expresado por la Técnica en enfermería quien indica que “la familia es un controlador de conductas, ya que produce un efecto positivo al tratamiento, interacción y socialización de los pacientes mejorando su calidad de vida (Entrevista realizadas 13-14/06/2022).

El análisis realizado, considera que los efectos de la presencia familiar son las siguientes:

- **Cumple un rol positivo:** producen un efecto positivo en el paciente.
- **Cumple un rol afectivo:** mantenedor del apego y lazos familiares.
- **Cumple un rol emocional:** aumenta los niveles de felicidad.
- **Cumple un rol controlador:** controla las conductas violentas o agresivas.
- **Cumple un rol de socialización:** minimiza la sensación de abandono.
- **Cumple un rol clínico:** apoya el proceso de tratamiento y rehabilitación.
- **Red de apoyo:** velar por el cuidado y mantención del paciente (Fuente: EJ2, entrevista realizada el 14/06/2022).

En consecuencia, el análisis ha determinado que las familias que mantienen un sistema de visitas contantes con una red de apoyo y lazos efectivos cumplen un papel fundamental e irrefutable en la vida de los pacientes institucionalizados, ya que los efectos positivos que aporta son considerables en todo sentido, no solo en el ámbito emocional, sino más allá, porque su efecto aporta significativamente en la salud y estabilidad del paciente.

También, el análisis determinó que los pacientes visitados son la minoría de los pacientes en estudio, ya que de los dieciséis (16) pacientes solo dos (2) tienen visitas contantes, tres (3) esporádicas y once (11) no mantienen ningún tipo de contacto familiar.

Con lo analizado se pudo identificar que produce efectos positivos en sus estados:

- **Emocionales:** sensaciones positivas, mejora sus sensaciones en general (felices y participativos, reduce la ira, rabia, irritabilidad y nostalgia).
- **Conductuales:** controla niveles de agresividad y violencia.
- **Psicológico:** disminuye estados depresivos y melancólicos.
- **Clínico:** mejora su estado de salud psicológico y físico.

2. La ausencia familiar es de conductas problemáticas:

Para comprender la significancia que tiene el abandono en los pacientes psiquiátricos, es necesario entender que “la familia es un actor fundamental en el proceso de rehabilitación: puede acelerar el proceso de deterioro de la persona con sufrimiento psíquico o por el contrario ser quien impulse el bienestar de esa persona y brinde apoyo frente a las diversas crisis que la misma puede llegar a enfrentar” (Amico, 2004, p. 28).

Como se mencionó, anteriormente, el abandono familiar no solo conlleva la indolencia familiar, también involucra un desabrigo que sobrelleva vulneración de sus derechos, a lo mejor, inconscientemente pensamos que ellos no sienten, pero no debemos olvidar que ajeno a su patología clínica, siguen siendo personas, con dignidad que merecen respeto y valoración personal.

Para poder entender la realidad de los pacientes en estudio, se presenta un análisis de las entrevistas, las que aportan los siguientes datos:

La Asistente de enfermería (**AS4**), comenta que bajo su experiencia profesional y trato directo con los pacientes puede decir claramente que la ausencia familiar produce efectos negativos en la vida de los internos y esos efectos se reflejan en sus rostros, por lo que menciona que “se nota en los rostros de los pacientes su abandono, su soledad, su tristeza, y puedo decir fehacientemente que he visto en sus mejillas sus lágrimas. Lo que a mi parecer es producto directo del estado de abandono del cual son víctima, lo que aumentan sus patologías clínicas. A lo que la Enfermera jeja (**EJ2**), aporta indicando que “el estado de abandono afecta profundamente a los pacientes” lo que generan en ellos, los siguientes efectos: Bajos estados de ánimos (aislamiento y falta de apetito), Desajustes emocionales (periodos de tristeza), Desajustes conductuales (ataque de ira, elevados niveles de ansiedad y angustia), Estados de irritabilidad (periodos de malestar generalizado, niveles de agresividad (generación de conflictos violentos) y Estados de soledad (aislamiento) (Entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF).

Apoyando lo anterior, la Técnica en enfermería (**TENS3**), plantea que “el hecho de encontrarse en estado de abandono produce en ellos mucha envidia, sobre todo cuando otros pacientes reciben visitas, y normalmente preguntan ¿porque a ellos los vienen a ver y a mí no?”, para lo cual el Técnico en enfermería (**TENS5**): indica que las familias “se transforman en rostros y voces desconocidas, ya no existe ese apego producto del abandono, en síntesis existe cero compromisos familiares, los traen para abandonarlos” (Entrevistas realizadas el 14/06/2022. CSFL-CLB).

En consecuencia, el análisis ha determinado lo siguiente: se puede confirmar que los pacientes institucionalizados en estado de abandono presentan un deterioro psicosocial y físico-emocional, lo que empeora y profundiza sus condiciones patológicas preexistentes, dañando claramente su calidad de vida, tratamiento y rehabilitación lo que acarrea conflictos en sus relaciones sociales al producirse reiterados episodios de descontroles conductuales lo que aumenta sus niveles de agresividad y violencia.

B) Que tipos de conductas problemáticas causan en los pacientes el abandono familiar.

1. El abandono puede ser un agente motivador.

Según el análisis realizado se puede mencionar, aunque no mayoritariamente, solo dos de los cinco entrevistados menciona que dentro de sus observaciones diarias de los pacientes institucionalizados han visualizados que el abandono familiar ha causado efectos positivos, en donde una paciente X a tomado el abandono como un efecto motivador de rehabilitación, ha expresado que lo único que quiere es recuperarse, porque en su interior cree que si se sana, su familia se la podría llevar a su casa, y así estar con sus seres queridos, eso la incentiva y motiva a luchar día a día.

“Tenemos a una paciente que se encontraba semi postrada por decisión propia, no recibía visitas, por lo que presentaba un estado emocional bajo, triste, desanimada, se negaba a recibir medicamentos, no asistía a terapia, y de la nada, ya no era la misma, cambio sus actitudes, se empezó a levantar, comer sola y comento que ella se quería sanar para poder irse a su casa con su familia” (TENS3, entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF).

“Acá, tenemos un caso muy especial, dentro del pabellón psiquiátricos se encuentra una paciente que no recibe visitas, se encontraba semi postrada por decisión propia, pero de un día a otro la angustia, tristeza y soledad la transformo en algo positivo, en pocas palabras transformo su pena en un agente motivador, en donde ella expresa claramente que ahora me quiero sanar para poder irme a vivir con mi familia, si yo me encuentro bien ellos me llevaran a mi casa” (TS1, entrevista realizada el 13/06/2022. CSLF).

En consecuencia, el análisis ha determinado lo siguiente: aunque no sea un hecho mayoritario, no se puede negar lo significativo del caso planteado, pero como se mencionó, es un caso aislado y depende netamente del ámbito personal, psicológico y emocional del paciente. No se puede dejar de mencionar lo valioso que seria que todos los internos tuvieran la capacidad de superar circunstancias traumáticas o adversas que les permita potenciar su felicidad (Resiliencia).

2. Que tipos de conductas problemáticas perjudiciales presentan los pacientes:

Según, el análisis realizado arrojó que de los dieciséis (16) pacientes en estudio dos (2) de ellos mantienen una red de apoyo efectiva y otros tres (3) se mantienen con visitas esporádica (entre cuatro a seis al año) o con solo llamadas telefónicas, y la realidad es que la mayoría se encuentra en estado de abandono

total, acá no existe red de apoyo, llamadas telefónicas o ayuda económica dependiendo completamente de la institución la que debe asumir la responsabilidad completa del paciente, a través del área social deben gestionar pensiones que permita cubrir en algo sus necesidades básicas como útiles de aseo, calzado y vestuario, como también muy importante cubrir fármacos que la institución no puede proveer. Ligado a todo lo anterior se suma la falta de socialización y encierro que mantienen la mayoría de los pacientes por años, en este aspecto el **TENS5**, menciona que “el hecho de estar encerrados toda su vida afecta en sus conductas sociales, por ejemplo: tengo pacientes que están desde niños encerrados, ellos han pasado toda su vida institucionalizados lo que influye mucho en sus conductas sociales, se ponen agresivos porque quieren salir, aunque sean psiquiátricos el encierro los mata y esto provoca estados de agresividad.” (14/06/2022).

Continuando con el análisis es necesario comprender las consecuencias del abandono, ya que “en sus miradas y rostros se pueden observar que reflejan soledad y aunque pasen años sin visitas, ellos a pesar de sus patologías necesitan afecto, abrazos y lo penoso es que tengo un paciente en abandono total por años y el hasta el día de hoy llora y llama a su madre” (TENS5, 14/06/2022). Los pacientes reflejan el vacío, se aíslan y en algunos casos extremos algunos internos llegan a la postración voluntaria por la falta de interés de vivir, se niegan a comer a realizar terapias lo que son muestras claras de sus estados emocionales nostálgicos, melancólicos y tristeza, la mayoría asume estados de ira, irritabilidad y violencia lo que conlleva una serie de conflictos al interior del pabellón, ya que los niveles conductuales que los internos muestran es con un nivel de agresividad elevada y perjudicial para las personas (internos-funcionarios) que cohabitan al interior del pabellón (un paciente agresivo normalmente genera desajustes masivos).

También, es relevante considerar el deterioro que ocasiona en la salud de los pacientes el abandono, la falta de afecto, la añoranza de haber sido parte de una familia; ligado a los problemas psicológicos gatilla en los internos estados depresivos aumentando sus patologías clínicas a un nivel tan intenso, llevando a algunos pacientes a atentar en contra de su vida, a pesar de sus patologías y desconexión de la realidad ellos de igual forma muestran el dolor de no tener amor y afecto lo que genera el desapego a la vida.

Con respecto al análisis la **TENS3**, indica que “el abandono que sufren nuestros pacientes afecta claramente en sus conductas sociales, lo que se observa al momento de alimentarlos se niegan a comer, a realizar terapias y a participar en actividades recreativas, no quieren nada, nada los motiva, se entregaron a la vida y sus conductas más frecuentes son estados de melancolía, irritación e inclusive episodios de agresividad lo que causa altercados al interior

del pabellón”, además me atrevería a decir que “a pesar de su condición psiquiátrica se percatan de cuando otros son visitados y ese hecho les provoca una afección en lo personal, no podrán expresarlo, pero su rostro lo dice todo” (Entrevista realizada el 14/06/2022). En pocas palabras, “el hecho de ser abandonados por sus familiares afecta profundamente en sus conductas sociales” muy especialmente en conductas agresivas y violencias que alteran la tranquilidad y armonía del pabellón, también indica que los pacientes presentan estados psicológicos alterados lo que en algunos casos han provocado que atenten en contra de su vida (**AS4**, entrevista realizada el 14/06/2022. CSLF).

Siguiendo con el análisis, el **TENS5**, plantea que el abandono afecta en sus conductas, indicando que las más frecuente son las conductas que conllevan agresividad a través de actos violentos que afectan la seguridad física de todos los internos, También indica que el hecho de ser abandonados produce un daño profundo en los pacientes y expone que tiene un interno que a pesar de sus años de abandono siguen preguntando por sus familiares, “me quiero ir a Limache” a pesar de los años de soledad y encierro él sabe que su familia vive en Limache, lo que hace pensar en su estado de severidad y la capacidad de sentir el encierro y la ausencia de sus seres queridos. “Si usted me pregunta por el impacto del abandono en los pacientes honestamente en la respuesta quedo corto”

La **EJ2**, expone la complejidad que provoca en el pabellón cuando un paciente presenta problemas conductuales, ya que normalmente conllevan desajustes masivos con mayor complejidad en el pabellón (Entrevista realizada el 14/06/2022) y otro tema relevante del análisis es lo presentado por el **TS1**, en el que presenta el caso de una paciente que sufre visitas irregulares, “digo yo irregulares porque ser visitado cada seis (6) meses no habla de un compromiso real de la familia; pero a pesar de ser visitada con esa irregularidad o recibir una llamada telefónica, la paciente muestra señales de alegría (se ríe) es como un hito, un evento agradable para ella. ¡Me vino a visitar mi hermana! Claro que la próxima visita será en 6 meses más” (Entrevista realizada el 13/06/2022).

Con lo anteriormente expuesto queda clara la importancia que tiene mantener una red de apoyo efectiva y real.

CONCLUSIÓN

6. CONCLUSIONES GENERALES:

A lo largo de este capítulo, a propósito de los objetivos planteados a través de esta investigación, se podrá dar respuesta a la pregunta anunciada.

La presentación partirá de los objetivos específicos y concluirá con la pregunta de investigación, la que se presentará en forma cronológica y estructuras coherentes.

Con base a las evidencias podremos responder los objetivos planteados anteriormente, **Respondiendo al primer objetivo de la investigación que es:** Categorizar los tipos y niveles de conductas que muestran los pacientes institucionalizados; se presentan las siguientes:

- a) Conductas emocionales: las conductas que mayormente presentan los internos son de ansiedad, angustias, soledad, irritabilidad e ira.
- b) Conductas psicológicas: los pacientes muestran estados mentales: depresivos y melancólicos.
- c) Conductas agresivas: los pacientes muestran claras intenciones de producir daños a terceros. La violencia física que conllevan las agresiones genera graves consecuencias a los agresores y víctimas. Es importante considerar que cada acto de agresividad o violento gatilla un desajuste emocional generalizado, poniendo en riesgo la seguridad en general, ya que de una u otra forma se ven envuelto en conflictos (produciéndolas o siendo el afectado), como también se encuentra en peligro la seguridad física y emocional del personal tratante (profesionales) o a cargo de sus cuidados personales (asistentes).

Con respecto a los niveles conductuales se ha encontrado que los pacientes presentan un nivel elevado, ya que son situaciones reiterativas, en cualquier momento y de lo más mínimo (un pan, una silla, un lápiz, un roce físico, etc.) se puede producir una discusión que traspase a conductas mayores. Si fuesen hechos más esporádicos o con intervalos en el tiempo, por un lado, permitirían un mayor control, dando tiempo para la contención emocional o ambiental, por otro lado, está la frecuencia en que se dan y los niveles de agresividad/violencia que conllevan motivados por el desinterés que presentan de la vida.

Teniendo todos estos indicadores claros se podrá mencionar que los tipos y niveles conductuales que los pacientes presentan son las conductas agresivas/violentas, ya que estas son las que exhiben una mayor connotación social al interior del área psiquiátrico y son hechos que se desarrollan a diario con una frecuencia elevada, causando severos daños físicos y materiales a las personas o institución.

Al mismo tiempo es importante tener presente que las conductas emocionales también mantienen una gran frecuencia, son estados prolongados en el tiempo que afectan sus capacidades psicológicas y que en gran medida son promotores de actos con mayor connotación social. No se puede negar la relación entre las conductas emocionales con las conductas agresivas; pero el estudio consideró que las conductas agresivas y violentas son las que se presentan de forma más generalizadas, en varias ocasiones al día y cualquier interno las puede generar.

Respondiendo al segundo objetivo de la investigación que es: Identificar el impacto del abandono familiar en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos. Se ha identificado que el impacto que produce en los pacientes el abandono es tan profundo y dañino en sus estados emocionales, psicológicos, clínicos, y en especial en las conductuales que ocasionan un menoscabo tan intenso en la normalidad institucional. Como se ha planteado el abandono es una realidad y aparece por la indolencia familiar y social, por un lado tenemos a un núcleo familiar que intenta mantener en el ámbito privado sus conflictos y temores cuando dentro de su grupo íntimo alguien presenta patologías psiquiátricas. Si esté al interactuar con la comunidad enseña conductas consideradas incomprensibles a las normas sociales establecidas, ligado a la problemática interna familiar de coexistir con un sujeto que ponga en riesgo la seguridad, economía y estabilidad familiar; lo que en conjunto en gran medida es promotor de la institucionalización.

Respondiendo al tercer objetivo de la investigación que es: Comparar conductas sociales entre pacientes visitados v/s no visitados se ha identificado que ambas posturas presentan una gran diferenciación en todo sentido. Los pacientes visitados presentan conductas sociales positivas, estados emocionales armónicos y conductas relajadas, se muestran felices, con deseos de vivir.

En contraparte se encuentran los pacientes no visitados, los que presentan conductas sociales alteradas, con un alto nivel de agresividad/violencia y estados emocionales sobresaltados. Es normal que expresen deseos de morir. Estos tipos de pacientes presentan un deterioro profundo es su estado de salud por la falta de apego y lazos familiares, lo que hace que muestren poco interés de aportar al tratamiento y rehabilitación, potenciadas por una ausencia total de interacción comunitaria, amparada por protocolos institucionales que la promueven. El abandono y el encierro permanente (ausencia de socialización con el exterior), atenta a una rehabilitación integral.

Por último, lugar, respondiendo al objetivo general de la investigación que es: Evaluar el impacto del abandono familiar en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos institucionalizados, se ha encontrado que las conductas sociales que presentan un mayor grado de complejidad son las conductas que violentan la armonía, seguridad física, psicológica, emocional y social del pabellón. Estas conductas suelen suceder en cualquier momento, pero por lo general se observan con mayor frecuencia a la hora de alimentarse (desayuno, almuerzo, once) y en las actividades recreativas (salón de juego y televisión). Son estos espacios en donde se generan los conflictos que promueven discusiones, agresiones físicas, verbales y violencia descontroladas. Es importante considerar que los niveles disminuyen en horario nocturno, siendo las habitaciones los espacios más seguros (aunque no se puede negar que se han presentado casos).

A propósito de lo anterior es necesario tener claro que el abandono en sí y como lo han planteado gatilla deseos de morir, en pocas palabras el abandono potencia conductas agresivos y violentos.

En conclusión, El abandono de parte de la familia es un problema que conduce consecuencias innumerables, pero cuando son ejecutadas hacia enfermos psiquiátricos es aún peor. Por eso se podría decir que la ausencia familiar produce efectos severos en sus conductas sociales, ya que esta daña profundamente su calidad de vida, llegando a tal nivel de alterar sus patologías y sintomatologías clínicas, promoviendo un deterioro generalizado de la salud.

Para finalizar, se podría indicar que la familia es pieza esencial en el desarrollo cognitivo, emocional y psicológico de sus miembros y necesarias cuando uno de ellos presenta alguna complejidad psiquiátrica.

6.1 HIPOTESIS:

Existe una relación directa entre no recibir visitas y conductas sociales conflictivas que afecten la convivencia y normalidad de la residencia

En respuesta a la hipótesis planteada se podría mencionar que existe una relación estrecha entre ser pacientes institucionalizados que no mantienen una red de apoyo familiar en donde no existen lazos afectivos y menos una interacción social con sus conductas conflictivas que afectan la convivencia y normalidad de la residencia.

Continuando con lo anterior, el abandono es producto de la indolencia familiar, que produce un desamparo total en los pacientes, además es relevante mencionar que son promotores de nuevas patologías clínicas que inducen un deterioro progresivo a las ya preexistentes, lo que en conjunto conlleva a un aumento en sus niveles conductuales.

Para contextualizar el aumento de las diversas sintomatologías que presentan los pacientes producto del estado de abandono, se ve que muestran nuevas formas de interactuar al interior del pabellón y este aumento patológico va ligado al acrecentamiento de conductas conflictivas, empeorando aún más las condiciones en las cuales socializan y desarrollan sus tareas los profesionales tratantes, ya que la violencia que ejercen, no siempre es para provocarse autolesiones, sino también para causar daños a terceras personas las que se ven envueltas en esta problemática conductual.

Para finalizar se debe comprender que la falta de ganas de vivir que muchos internos presentan es producto del estado de abandono, ya que al sentirse desprotegidos y no queridos gatilla en ellos indiferencia y desapego de todo lo que lo rodea y causar daños a otros no tiene significancia. Es importante en esto entender que el encierro de años en un espacio reducido, que los obliga ver las mismas caras todos los días es un descontrolador emocional y conductual, es un factor que produce efectos psicológicos negativos que potencian y dañan lo ya dañado. Producto de esta trilogía (Patología-abandono-encierro) se producen actos conductuales severos, en donde la institución aporta con un sistema de encierro forzado, y por último lo relevante fue haber visualizado intentos de suicidios de pacientes, lo que no estaba contemplado encontrar.

6.2 Pregunta de Investigación:

¿Cómo impacta el abandono familiar en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos institucionalizados en el Centro de Salud y Rehabilitación La Florida y casa Los Boldos, año 2022?

En respuesta a la pregunta de investigación planteada con anterioridad se podría indicar que el abandono se ha transformado en una problemática social que no solo involucra a la familia, sino también a la sociedad, instituciones y al Estado, ya que la indolencia que mantienen con las personas que sufren de alguna discapacidad mental son causantes directas del deterioro clínico, emocional, psicológico y conductual que ellos presentan en su estado de salud. No olvidemos que su único mal es sufrir de patologías psiquiátricas, ellos no son delincuentes, por ende, no es justo que vivan en un encierro y soledad permanente, de la cual son víctimas inocentes.

Con respecto a lo anterior, es importante reconocer que la postura de la sociedad ante las personas con discapacidades mentales ya no son las mismas, la noción de locura o del mal llamado “loco” ha ido cambiando y la violencia absurda de la que eran objeto se transformó a una indiferencia social, en la cual las familias también aportan significativamente a este hecho. Ellas son las llamadas a brindar los cuidados y bienestar total del paciente no solo económico, sino también afectivo, en donde su presencia es fundamental y valiosa en todos sus procesos reparatorios; por lo cual es vital que existan políticas públicas que vayan en pro del bienestar general del discapacitado en donde se hagan cargo de un tratamiento integral que haga parte obligatoria a las familias y reinserción social, que les permita a los pacientes mantener un contacto con la comunidad. Por esto las instituciones psiquiátricas, también debiesen promover un tratamiento que involucre una atención y rehabilitación psicosocial integral que valla en beneficio directo del afectado.

En conclusión, se puede dar hincapié en que la presencia familiar es vital para el desarrollo integral del paciente.

6.2 HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION:

En este capítulo se van a exponer los contenidos empíricos y de campos encontrados, en la cual no se tenían consideradas o contempladas las variables del suicidio y abandono de proyecto (intentos de fugas) por parte de pacientes psiquiátricos institucionalizados.

La investigación es una invitación a comprender de una manera ordenada y metódica una determinada realidad, en este caso el impacto que produce el abandono familiar en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos institucionalizados en el Centro de Salud La Florida; con las patologías preexistentes ligadas a nuevas enfermedades que puedan adquirir a causa del deterioro cognitivo que el abandono y encierro produce en ellos, hecho indiscutible, que produce efectos nocivos en la vida de los internos, afectándolos en lo más íntimo de su ser, quitándoles los deseos de vivir. Este fue uno de los hechos que me generó bastantes cuestionamientos en lo personal, ya que se suele creer que los pacientes psiquiátricos debido su estado mental no tienen la capacidad de sentir y expresar sentimientos, y esta investigación demostró lo contrario; ellos a pesar de todas las secuelas cognitivas y psíquicas tienen la capacidad de sentir y expresar de alguna u otra forma sus emociones: lloran, se aíslan, se postran, no se alimentan y mayoritariamente la expresan con estados conductuales conflictivos con elevados grados de agresividad y violencias. Pero lo más revelador de mencionar fueron los intentos de suicidios que se han presentado en el CSLF., y los reiterados intentos de fugas en Casa Los Boldos producto de su estado de abandono total y encierro en el cual viven.

En resumen, se puede indicar lo revelador que significó encontrar casos de intentos de suicidio y fugas, que en muchas ocasiones han quedado con diferentes secuelas (heridas profundas, perdidas de alguna extremidad etc.) y estados de frustración (desajuste emocional) por no lograr escapar. Estos actos desesperados no los tenía considerados y demuestran claramente la necesidad que tienen los internos de mantener lazos familiares que les permitan romper con la rutina y encierro que los está dañando cada día más.

Propuestas para nuevas investigaciones:

¿Cómo interfieren en la calidad de vida de las personas con discapacidad mental la falta de políticas públicas que promuevan su integración social?

¿Cómo las faltas de normativas claras de reinserción social de pacientes psiquiátricos por parte de las instituciones de acogidas interfieren en una socialización positiva y rehabilitación integral?

6.3 APOORTE AL TRABAJO SOCIAL:

Después de todo lo realizado, se presentará una línea de trabajo para enriquecer esta arista profesional del Trabajo Social, en forma descriptiva.

La propuesta al Trabajo Social se elabora desde el principio de poder contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos institucionalizados, considerando que es un conjunto de pacientes que se encuentran en estado de abandono, los cuales por este hecho muestran conductas sociales agresivas y violentas. Se suma a esto que se encuentran en un estado de encierro forzado, en donde los usuarios en su mayoría son de alta vulnerabilidad social. Proviene de situación calle, que demandan por atención médica especializada y servicio social, por lo tanto, es un deber ético no exagerar su situación de dolor o sufrimiento que produce en ellos la falta de lazos familiares y el encierro del cual son víctimas, lo que conlleva conductas negativas al interior del pabellón. Con estas consideraciones a priori, las propuestas son las siguientes.

La primera de estas tiene que ver con la capacidad de generar los espacios necesarios que permitan promover políticas públicas que aporten a la integración social de los pacientes psiquiátricos institucionalizados, en pro de mejorar su calidad de vida en general (clínica-familiar-psicosocial).

Con respecto a lo anterior se podría aportar indicando que es fundamental tener las capacidades para buscar actores relevantes que permitan promover políticas públicas que irían en directo beneficio de los pacientes psiquiátricos, que a consecuencia de ausencia de lazos familiares se encuentran en estado de abandono y encierro forzado.

Y en segundo tiene que ver con generar o promover normativas institucionales (residencias psiquiátricas) que permita la reinserción social de los pacientes psiquiátricos, que facilite una interacción social, rehabilitación integral y minimizar al máximo los intentos de suicidios y fugas de los pacientes en abandono.

En consecuencia, se podría decir que los Trabajadores Sociales que prestan servicio en instituciones de residencia psiquiátrica tienen mucho que aportar y hacer, más allá de ser los generadores de recursos económicos que favorezcan la adquisición de insumos para el paciente, también es importante que sean los promotores del bienestar psicosocial del interno y velar por su integridad física y psicológica, abriendo los espacios para su socialización y rehabilitación integral.

BIBLIOGRAFIA

7.0 BIBLIOGRAFIA:

1. Amico, Lucia. (2004) Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud mental. Periódico de Trabajo Social, Edición N.º 35. Publicado en Revista Margen, Edición electrónica. Santiago-Chile.
2. Asociación Chilena de Seguridad y el Centro de Estudios Longitudinales de la Universidad Católica de Chile (2021) Estudio Termómetro de la Salud Mental. Santiago, Chile. En: www.achs.cl/portal/centro-de-noticias/Documents/Termometro_SM_version2.pdf
3. Ávila (2004) Citado en: Gaceta Médica de Caracas, La Conducta, v. 112. N. 3 Caracas, Versión impresa ISSN 0367-4762. Jul. 2002. Venezuela, Caracas. Pg. 2-3. [La conducta \(scielo.org\)](http://scielo.org)
4. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2014) Decreto 570 del Ministerio de Salud. "Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan". www.leychile.cl. Valparaíso-Chile.
5. Camargo, E. (2018) Abandono de pacientes psiquiátricos. Boletín CONAMED-OPS, volumen 4, numero 21. México. Disponible en: www.gob.mx/vonamed
6. Carrillo, A. (20 de junio de 2019) Sentimiento de abandono: 7 señales de que te afecta. [Sentimiento de abandono: 7 señales de que te afecta \(psicologiaymente.com\)](http://psicologiaymente.com).
7. Cazzaniga y Suso (2015) Estudio: Salud mental e inclusión. Situación actual y recomendaciones contra el estigma". Confederación Salud Mental España. RED2RED Consultores, Madrid, España. 1ª edición. En: conferencia@consalumental.org
8. Chaiña, N. [Paciente psiquiátrico y sus características \(monografias.com\)](http://monografias.com)
9. Cuídate Plus (2001) El papel del padre puede influir en la salud mental de su hijo. En: cuidateplus.marca.com/familia/niño/2001/05/17/papel-padre-influir-salud-mental-hijo-9432.html. Actualizado 18/05/2001.
10. Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 4, 83 "96. Disponible en <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>
11. Delgado, J. (2012) "Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores "{Tesis titulación, Universidad de Guayaquil, Ecuador}. [TESIS COMPLETA.pdf \(ug.edu.ec\)](http://tesis.completa.pdf)
12. Dowling, A.S. (2005) Imágenes en psiquiatría: George Engel, 1913-1999. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/re-impreso/162/11/2039>
13. Fernández & Ponce de León, (2011) Trabajo social con familia. Ediciones Académicas. Madrid. España.
14. Fernández Castrillo, Beatriz (2015) Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de salud mental en el Uruguay progresista. Ediciones Universitarias, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR).
15. Florit-Robles, A. (2006) La rehabilitación psicológica de pacientes con esquizofrenia crónica. En Apuntes de Psicología. Vol. 24 (1-3) Junio, pp. 223-244.

16. Gómez, T. (2017) Intervención en salud mental desde el trabajo social. Periódico de Trabajo Social, Edición N.º 86. Publicado en Revista Margen, Edición electrónica. Santiago-Chile.
17. IMSERSO (2007) Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Doc. N.º 21005. 1ª ed. España: disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermedad.pdf>.
18. Jara, M. 2003. Violencia y Trastornos de Personalidad, Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P. y P. ISSN: 2253-749X Vol. 3 (2013) n.º 4.
19. Lorenz K. On aggression. New York: Harcourt, Brace and World, 1966. Citado en: J. Siaz Ruiz, & J. L. Carrasco Perera. Conductas Violentas. Tratado de Psiquiatría, Capítulo 48. Págs. 821-829
20. Ministerio de Salud (2021) Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025. Gobierno de Chile. En: [Plan de Acción Salud Mental 2019-2025 - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile \(minsal.cl\)](#)
21. Mito, R. (2015) Conferencia: Familia, trabajo con familias y servicios social. Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales, {S.I.}, n. 12 p. 38-47. 0719-7721. Disponible en: <http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/235>
22. Nucci, N. Prácticas pedagógicas y modalidades de supervisión en el área de la familia (pp. 43 a 55) en De Mónica; Gabin, Blanca (2008) Prácticas pedagógicas y modalidades de supervisión en el área de familia, Universidad de la República – FCS-DTS-CSE.
23. Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnostico de la Situación en Chile. Santiago, Chile. En: www.observatoriodiscapacidadmental.cl
24. Rodríguez Puerta, Alejandro. (15 de junio de 2020). Conducta social: teoría, tipos, normas, ejemplos. Lifeder. Recuperado de <https://www.lifeder.com/comportamiento-social/>.
25. Román Francisco (2017) Pacientes Psiquiátricos en abandono familiar o institucional en situación de calle hacia una intervención socio-jurídica. Fundación Gente de las Calle, E-mail: info@gentedelacalle.cl, Recoleta, Santiago-Chile.
26. Sainz y Carrasco. Conductas violentas. Tratado de Psiquiatría, N.º 45. Recuperado de [821-830 \(psiquiatria.com\)](http://821-830(psiquiatria.com))
27. Sandoval, C. (1996), Investigación Cualitativa. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES. Bogotá. Colombia. Composición electrónica: ARFO Editores e Impresores Ltda. diciembre de 2002. En: [INVESTIGACIÓN CUALITATIVA CARLOS SANDOVAL CASILIMAS.pdf \(google.com\)](#)
28. Santrock, J. W. (11 de junio de 2022): En Wikipedia. [Modelo biopsicosocial - Wikipedia, la enciclopedia libre.](#)

29. Soriano, L. (2019, 27 de mayo) Patrón de conducta. Psicologíadirecta. [http://Patrón de conducta – psicologíadirecta \(wordpress.com\)](http://Patrón de conducta – psicologíadirecta (wordpress.com))
30. Torres (2014) Delito del abandono de personas desvalidas. Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, XLII (Valparaíso, Chile, 2^a semestre de 2014), pp. 261-294.
31. Valencia, Rascón, Otero y Ryan (1987) Descripciones de la conducta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Salud Mental V. 10 No. 3. septiembre de 1987. Págs. 81-89.
32. Valencia. M, (1987) Descripción de la conducta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz. Vol. 10. N.º 3. México. En: Descripción de la conducta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados | Valencia | Salud Mental (revistasaludmental.com)
33. Vasilachis de Gialdino. I. “Métodos cualitativo I: los problemas teóricos-epistemológicos”. Centro editor de América Latina. Bs. As. 1992. Pág. 25.
34. Welzel, Hans. Derecho penal general (Buenos Aires, Depalma, 1956), p. 6.
35. Taylor, S. y Bogdán, R. “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”. Ed. Paidós, Bs. As, 1992.
36. S.J. Taylor y R. Bogdan, 1987:119.
37. Cottrell, Stella. Dissertations and Project Reports: A Step by Step Guide. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, 2014. (Citado en: Bastis Consultores, (2021).
38. Citado en: Bastis consultores (2021) “Muestreo probabilístico y no probabilístico”. Online-tesis. Página: Muestreo Probabilístico y No Probabilístico - Online Tesis (online-tesis.com)
39. G. Westreicher (2022). *Muestreo no probabilístico*. Economipedia.com
40. Pyrczak, Fred. Writing Empirical Research Reports: A Basic Guide for Students of the Social and Behavioral Sciences. 8th edition. Glendale, CA: Pyrczak Publishing, 2014. (Citado en: Basits Consultores. 2021).
41. F. López-Muñoz, C. Álamo, B. Martín, E. Cuenca (13/02/2001) Psicofármacos y tratamiento de base del paciente violento {última revisión 02/07/2022} Referencia: [www. Psicofármacos y tratamiento de base del paciente violento | Psiquiatria.com](http://www.Psicofármacos y tratamiento de base del paciente violento | Psiquiatria.com)
42. Orbe, C. (28/01/2013) El abandono de la familia: el enfermo mental puede ser abandonado por su inestabilidad emocional {WEB} Actualizado el 04/06/2022. Recuperado en: PROTECCIÓN - El abandono de la familia | Listín Diario (listindiario.com)

ANEXOS

8. ANEXOS:

Anexo N°1:

Autorización Entrevista Personal a Profesional de la Salud.

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Consentimiento Informado Entrevistas Profesionales Centro de Salud La Florida.

Yo _____, de profesión _____, declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio llamado “**Abandono familiar: como impacta en las conductas sociales de los pacientes institucionalizados**”, consistirá en responder una entrevista que pretende aportar a la investigación en mi calidad de profesional del área psiquiátrica que lleva a cabo el estudiante de noveno semestre de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

De esa manera, acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis, de quién participa y guía la investigación.

El investigador responsable del estudio, **DIEGO SEPÚLVEDA MEDEL**, también se ha comprometido en responder o aclarar cualquier duda que se genere acerca de los procedimientos concernientes al manejo de mi información en dicha investigación. La información recabada solo será utilizada para la investigación en curso.

Por consiguiente, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la investigación.

He leído este documento y acepto participar en este estudio según las condiciones dispuestas.

Firma Participante

Firma Investigador

Santiago a ____/____ de 2022

Anexo N° 2

Autorización Entrevista Personal a Profesional de la Salud.

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Consentimiento Informado Entrevistas Profesionales Residencia Los Boldos.

Yo _____, de profesión Técnico nivel superior en enfermería, declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio llamado **“Abandono familiar: como impacta en las conductas sociales de los pacientes institucionalizados”**, consistirá en responder una entrevista que pretende aportar a la investigación en mi calidad de profesional técnico del área psiquiátrica que lleva a cabo el estudiante de noveno semestre de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

De esa manera, acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis de quién participa y guía la investigación.

El investigador responsable del estudio, **DIEGO SEPÚLVEDA MEDEL**, también se ha comprometido en responder o aclarar cualquier duda que le genere acerca de los procedimientos concernientes al manejo de mi información en dicha investigación. La información recabada solo será utilizada para la investigación en curso.

Por consiguiente, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que la información que proporcione será utilizada para dar respuesta a las interrogantes planteadas, referente a las conductas sociales de pacientes psiquiátricos institucionalizados y serán parte del documento, para ser presentado como parte de la investigación.

He leído este documento y acepto participar en este estudio según las condiciones dispuestas.

Firma Participante

Firma Investigador

Santiago a _____ de abril del 2022.

Anexo N°3:
Modelo Entrevista Semi-Estructurada
UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Pauta Guía Entrevista Semiestructurada

Datos del Entrevistador:

- Nombre: Diego Sepúlveda Medel
- Ocupación: Estudiante carrera Licenciatura en Trabajo Social.
- Explicar el propósito de la entrevista:

El propósito de esta entrevista busca indagar el impacto que causa o provoca en los pacientes psiquiátricos institucionalizados el abandono familiar en sus conductas sociales.

Datos del Entrevistado:

- Nombre:
- Ocupación:
- Años de servicio:

Antecedentes de la Entrevista:

Informar la finalidad de la entrevista, explicar el tiempo de durará, leer el consentimiento informado, responder consultas y solicitar permiso para utilizar grabadora de voz.

Temas Guías Para Desarrollar en la Entrevista:

- Experiencia profesional en el área psiquiátrica.
- Relación profesional con el grupo de estudio.
- Nivel y tipos de conductas sociales que se visualizan al interior de la instalación.
- Nivel de compromiso familiar de los pacientes institucionalizados.
- Diferencia de conductas sociales que se presentan al interior de la institución, entre pacientes visitados y no visitados.
- Perjuicios o daños que se identifican a causa del abandono familiar.
- Coexiste interacción entre los institucionalizados y la comunidad.
- Niveles de socialización con su entorno.
- Perjuicio que pueda producir en la interacción afectiva y social el hecho de no recibir visita.

Pauta Guía de Preguntas:

Objetivos Específicos:

- a). Categorizar los tipos y niveles de conductas que muestran los pacientes institucionalizados.
- b). Identificar el impacto del abandono familiar en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos institucionalizados
- c). Comparar conductas sociales entre pacientes visitados y no visitados.

Preguntas:

1. ¿Qué experiencia tiene en el área psiquiátrica?
2. ¿Qué relación profesional mantiene con los (as) pacientes psiquiátricos en estudio? Profundizar.
3. ¿Para su profesión (identificar) que aporte tiene está? Pertinencia profesional.
4. ¿Qué tipos de conductas sociales presentan los pacientes en general y cuáles serían los niveles conductuales que muestran?
5. ¿La reclusión y socialización reducida es un factor de conductas sociales nocivas?
6. ¿Cuántos de los (as) 26 pacientes institucionalizados (en estudios) no reciben visitas y cómo reaccionan cuando otros pacientes son visitados?
7. ¿Cuál es el nivel de compromiso que presentan las familias de los (as) pacientes institucionalizados y cuáles cree usted serían las causas?
8. ¿Según su experiencia se podrían identificar daños o perjuicios a causas del abandono familiar? Porqué-cuales.
9. ¿Las familias, a través de las visitas, son un aporte emocional mantenedores familiares e interacciones afectivas? Porqué.
10. ¿Los (as) pacientes visitados, cada cuanto tiempo reciben visitas (días y horas) y cuáles son sus conductas sociales apreciadas?
11. ¿Cuáles son las conductas sociales apreciadas en los (as) pacientes no visitados?
12. ¿Existe algún tipo de interacción entre los (as) pacientes institucionalizados y la comunidad y cual sería esa interacción?
13. ¿Bajo su experiencia y conocimiento diario en la vida de los pacientes institucionalizados, podría confirmar si el hecho de ser abandonados por sus familiares afecta en sus conductas sociales y cuáles serían esas conductas?

Hipótesis

- Existe una relación directa entre no recibir visitas y conductas sociales conflictivas que afecten la convivencia y normalidad de la residencia.

Anexo N° 4

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Cuadro Dimensiones

A continuación, se presentan unos cuadros de dimensiones para cada uno de los espacios.

Categoría Dominante: Relación Profesional

Cuadro 1: Dimensión: Relación Profesional

Dimensión	Subdimensión	Propiedad	Esperado
Relación Profesional	Experiencia	Con experiencia	Experiencia profesional en el área psiquiátrica que favorezca el tratamiento farmacológico y sicosocial de los pacientes institucionalizados
	Relación profesional	Dependencia	Conocer la relación profesional que mantiene el especialista en su área y como esta se relaciona con los pacientes (interacción paciente/profesional)
	Pertinencia Profesional	El hacer profesional	Valoración de la investigación bajo su competencia profesional.

Categoría Dominante: Conductas Sociales

Cuadro 2: Dimensión de Conductas Sociales

Dimensión	Subdimensión	Propiedad	Esperado
Conductas Sociales	Categorización	Clasificación	Determinar patologías clínicas que presentan los pacientes, para establecer su implicancia en las conductas sociales que permita precisar los tipos y niveles conductuales a causa de su estado psiquiátrico.
	Tipos de conductas	Características	Identificar los distintos tipos de conductas sociales que se presentan al interior de la institución.
	Niveles de conductas	Grados	Identificar los distintos grados de conductas sociales que se presentan al interior de la institución.

Categoría Dominante: Abandono Familiar.

Cuadro 3: Dimensión: Participación Familiar

Dimensión	Subdimensión	Propiedad	Esperado
Participación Familiar	Apego	Presencia	Determinar los niveles de participación de las familias en el tratamiento y rehabilitación de sus parientes y cómo influye la falta de apego familiar en sus conductas sociales.
	Impacto	Percepción	A través de la percepción de los profesionales, determinar el impacto que tiene en los pacientes institucionalizados el hecho de ser abandonados por sus familiares.
	Conductas	Actitudes	Identificar las conductas que presentan los pacientes institucionalizados, producto del abandono

Categoría Dominante: Presencia familiar (visitas v/s no visitas)

Cuadro 4: Dimensión Presencia Familiar.

Dimensión	Subdimensión	Propiedad	Esperado
Presencia Familiar	Interacción	Con visitas	Presencia permanente de los familiares en la vida del paciente (conductas positivas)
		Sin visitas	Ausencia total de los familiares en la vida del paciente (conductas dañinas)
	Presencia familiar	Aporte	• Que las familias se transformen en un aporte positivo en el tratamiento y rehabilitación del paciente. • Mantenedor de lazos familiares afectivos (apego familiar). • Agente fiscalizador del cuidado personal y tratamiento de su familiar.
	Sin presencia familiar	Desventaja	• Que los pacientes dependan única y exclusivamente del profesionalismo y voluntad del personal tratante. • La falta de interacción y socialización sea un agente negativo en sus conductas sociales. • La ausencia de afecto y contención emocional sea causante de estados dañinos y atentatorios al tratamiento.

Categoría Dominante: Interacción Comunitaria

Cuadro 5: Dimensión Interacción Comunitaria.

Dimensión	Subdimensión	Propiedad	Esperado
Interacción Comunitaria	Participación Social	Presencia	El paciente mantiene una socialización interna y externa, se relaciona con la comunidad y participa en actividades recreativas que ayudan a su desarrollo personal.
		Ausencia	El paciente no mantiene ningún grado de socialización con la comunidad, su interacción esta reducida a nivel interno, su mundo gira en torno a la instalación, personal y pacientes del recinto de internación.
	Conductas	Actitudes	El paciente muestra niveles de frustración, desamparo y conductas dañinas que afectan su integridad física, producto de los intentos de fuga o agresiones.

Categoría Dominante: Abandono Familiar

Cuadro 6: Dimensión: Abandono Familiar

Dimensión	Subdimensión	Propiedad	Esperado
Abandono Familiar	Conductas Sociales	Afecta (Conductas Dañinas)	El abandono familiar afecta en la calidad de vida del paciente institucionalizado, la cual producto de la falta de afecto, apego e interacción familiar genera conductas sociales dañinas.
		No afecta (Conducta Positivas)	El abandono familiar no afecta en las conductas sociales de los pacientes institucionalizados, los cuales mantienen conductas sociales positivas.
	Tipos Conductas	Normales (Dañinas)	Conductas Sociales agresivas, violentas,
		Dañinas	Conductas Sociales agresivas, violentas que afectan la integridad física personal y de terceras personas. • Golpes (puño, pies, objetos contundentes) • Mordidas • Golpizas grupales, etc.



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



CAPREDENA

Anexo N° 5

SOLICITUD DE AUTORIZACION ENTREVISTAS

PRESENTACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. Presentación del Investigador Principal

Nombre completo: Diego Sepúlveda Medel	
RUT: 11630087-7	Profesión: Trabajo Social (E)

2. Exposición de generalidades de la investigación (anexar la siguiente información)

Nombre de la Investigación: “Abandono familiar: como impacta en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos institucionalizados”
Resumen: La presente investigación ha sido generada pensando en los pacientes psiquiátricos que se encuentran sumidos en la problemática del abandono familiar, hecho que en la actualidad se ha potenciado debido al modelo económico existente que ha transformado en lo más íntimo a la sociedad chilena en donde prima lo monetario, generando seres individualistas, fríos, sin sentimientos y sobre todo apáticos; destinar tiempo en el cuidado y atención del otro es tiempo perdido. La incidencia del abandono familiar no solo conlleva la indiferencia familiar del paciente psiquiátrico, también involucra un desamparo que más allá de la vulneración de sus derechos, ajena a la discapacidad que presente, siguen siendo seres humanos con dignidad que merecen respeto y valoración personal. Aunque mantengan una condición de pacientes psiquiátricos con diagnósticos severos, no les quita el derecho de ser tratados con dignidad y recibir contención, afecto y amor de quienes por esencia debiesen ser el pilar fundamental en su tratamiento y estabilidad física-emocional. La familia es la llamada a mejorar la calidad de vida de sus parientes discapacitados. Es por esto que es valioso que las familias de los enfermos internos tengan la deferencia de visitar a sus parientes, lo que permitirá mantener o recuperar los lazos perdidos; el apego es fundamental en el tratamiento y estabilidad emocional de los pacientes institucionalizados, hecho que pudiera ser un aporte positivo en las conductas sociales de los residentes de la casa de acogida.

Anexo N° 6

AUTORIZACION ENTREVISTA CSLF.



CRLF D.T. N° 82/2022.
REF.: No hay
MAT.: Proyecto investigación

La Florida, 22 JUN 2022

DE: DIRECTOR TÉCNICO
CENTRO DE REHABILITACION LA FLORIDA

A: SR. DIEGO SEPULVEDA MEDEL
CENTRO DE REHABILITACIÓN LA FLORIDA

Luego de revisado y analizado el proyecto de investigación "Abandono familiar: cómo impacta en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos institucionalizados" esta Dirección Técnica autoriza su desarrollo e implementación en las dependencias del Centro de Rehabilitación La Florida.

Saluda atentamente,

A blue ink signature is written over a circular official stamp. The stamp contains the text 'CASA DE PREVISION', 'DIRECTOR TECNICO MEDICO', 'CENTRO DE REHABILITACION LA FLORIDA', and 'DE LA DEFENSA NACIONAL'. Below the stamp, the name 'EDUARDO GALLEGOS CHAVES' is printed, followed by 'Director Técnico' and 'Centro de Rehabilitación La Florida'.

EGCH/cor

Distribución

- 1 Sr. Sepulveda
- 2.- Archivo
- 3.-Oficina de Calidad

ANEXO N° 7

ENTREVISTA PROFESIONAL TS1

Soy Trabajador Social (TS1) del área psiquiátrica del Centro de Rehabilitación La Florida, y llevo aproximado un año y cinco meses prestando servicio.

Investigador: Pregunta 1. ¿Qué experiencia tiene en el área psiquiátrica?

TS1: Mi principal experiencia de trabajo con paciente que presentan patologías psiquiátricas ha sido en este espacio laboral. Y anteriormente preste servicio en hospitales, donde vi algunos casos sociales de pacientes en situación calle con patologías psiquiátricas, pero han sido casos muy aislados, es aquí donde he tenido la mayor experiencia en término profesional.

Investigador: ¿Esta ha sido su experiencia en el área psiquiátrica?

TS1: Si, mi experiencia ha sido principalmente en este actual trabajo. Atender pacientes con patologías como esquizofrenia; hacer una buena intervención, por ejemplo, ser lo más competente posible que me permita generar todas las redes de apoyo hacia los pacientes, para que puedan sobrellevar de mejor manera su hospitalización.

Investigador: ¿Con qué tipo de pacientes son los que usted se relaciona?

TS1: La verdad es que el tipo de paciente es bastante diverso, digámoslo así. Si, tenemos pacientes adultos mayores, principalmente, también tenemos adultos jóvenes y de acuerdo con su patología psiquiátrica presentan diversas realidades sociales. También hay pacientes que cuentan con familias presentes que son totalmente una red activa ante el proceso de hospitalización, como también otros pacientes que provienen de situación calle, pacientes en abandono o que han tenido familias desligadas. O sea, quiero decirte que en el momento del ingreso presentaron familias, pero en el proceso de hospitalización se han desligado de su responsabilidad.

Investigador: ¿Presentan distintos tipos de patologías?

TS1: Si, distintos tipos de patologías, sin entrar en tanto detalle, por ejemplo, en trastornos de la personalidad, esquizofrenia específicamente. Distintas patologías y distintas reacciones, también hay que mencionar que evidentemente, hay un equipo clínico que está muy bien capacitado para su contención.

Investigador: Pregunta 2. ¿Qué relación profesional mantiene con los pacientes Siquiátricos en estudio? ¿Cómo se relaciona directamente con ellos?

TS1: Bueno, al ser el trabajador social estoy a cargo de ver todo lo que respecta a la red de apoyo familiar de los pacientes, indagar las redes familiares (activas o agotadas), por ejemplo, de que un solo familiar asuma como apoderado y también cuidador, ver las posibilidades de que esa persona (apoderado) pueda tener las facilidades y apoyo suficiente, para brindar el cuidado necesario al paciente. También estamos muy atentos a su sistema previsional (Seguridad Social), y también sobre el sistema de salud que tiene los pacientes. Es relevante contar con la información de cuáles son sus coberturas, a que beneficios podríamos llegar ante alguna necesidad especial, en términos de salud cuál es su cobertura básica, en tema de seguridad social, que tipo de pensión, cuáles son sus ingresos económicos. En realidad, tenemos que cubrir un amplio esquema referente al ámbito social de los pacientes, es nuestra labor.

Investigador: Pregunta 3. ¿Para su profesión (identificar) que aporte tiene está? Pertinencia profesional.

TS1: La verdad, es que con este tipo de investigación se espera que aporte información relevante a nuestro quehacer profesional, que nos permita de alguna u otra manera mejorar nuestras acciones y todo lo que acceda potenciar de alguna manera las redes de apoyo de los pacientes para su proceso de hospitalización y también en su proceso de alta (en algún futuro), me refiero a un alta positiva, sea a su domicilio particular o reubicación en algún otro centro de internación; como trabajador social espero que nos permita mejorar nuestros planes de acción, planes de intervención y las redes de apoyo, sobre todos de los más vulnerables, nos ayudaría mucho. Esta es la pertinencia que yo siento de la investigación.

Investigador: ¿Usted como trabajador social considera que es valioso realizar este tipo de investigación?

TS1: Ayudaría mucho, si es valioso, porque bueno, nosotros tenemos nuestro plan de acción para todos los pacientes, con sus diferentes características. Pero una investigación así, la verdad es que nos podría ayudar asumir otro criterio, otra mirada, quizás una mirada más integradora del punto de vista social. yo creo que nunca es suficiente el trabajo y siempre es perfectible.

Ciento que nos ayudaría bastante, me ayudaría mucho para generar cambios en los planes de acciones para los pacientes de psiquiatría.

Investigador: Según usted, ¿tiene valor para trabajo social indagar el abandono familiar?

TS1: Por supuesto, abordarlo siempre como un fenómeno importante, siempre, nunca va a estar demás y la verdad como le decía Diego, nos permite mejorar los planes de acción, los planes de intervención, ¿qué más podemos hacer con las familias? ¿Qué acciones podríamos tomar cuando hay un evidente abandono de la familia? ¿Qué acciones legales, en el ámbito jurídico podríamos tomar?

Investigador: Pregunta 4. ¿Qué tipos de conductas sociales presentan los pacientes en general y cuáles serían los niveles conductuales que muestran?

TS1: Bueno, desde el ámbito social, desde la óptica social que no es clínica, eso hay que diferenciarlo. Nosotros en servicio social hemos percibido mucha ansiedad en los pacientes, independiente de su daño o deterioro cognitivo o de su patología psiquiátrica se ve una conducta ansiosa, frente, cuando no hay visitas, por ejemplo, o cuando va en curso este abandono por parte de los familiares; cuando han tocado casos así.

Este tipo de conducta se observa, por ejemplo, cuando consultan reiteradamente al personal clínico o al trabajador social ¿qué sucede con mi familia? ¿porque no me vienen a ver? ¿qué pasa con mi familia que no me traen los útiles de aseo? por ejemplo, esa es una de las responsabilidades de todos los pacientes del centro, o sea, la familia debe aportar con los útiles de aseo, con la vestimenta, y también con lavado de ropa que es algo fundamental y básico para las actividades de rehabilitación. Entonces, cuando los pacientes perciben esa desligación o abandono (hemos evidenciado algunos casos), lamentablemente se ven estas conductas ansiosas; ¡No me está llegando al champú!, ¡no me está llegando la crema corporal! qué pasa con eso, ¿qué pasa con el lavado de mi ropa?, me preguntan muchos pacientes; porque no me llama mi hija que me hace falta este producto y hace 3 meses. Ellos tienen una noción de tiempo quizás diferente, ellos pueden decir, hace 6 meses que mi hija no me viene a ver, cuándo quizás en realidad es un mes. La ansiedad es una conducta visualizada, a mi parecer con mayor frecuencia (alta), pero también puedo decir que también se visualizan conductas estresantes a causa de accidentes traumáticos (tenemos un gran número de pacientes que provienen de estrés post traumáticos).

Investigador: Pregunta 5. ¿La reclusión y socialización reducida es un factor de conducta sociales nociva de los pacientes que acá se atienden?

TS1: Mire, la verdad es que no se si nociva, ¡podría ser!, nosotros tenemos pacientes que están en internación hace mucho tiempo, o sea, uno piensa que

la hospitalización puede darse en meses, pero dadas las circunstancias de la realidad social de los pacientes; tenemos un paciente que lleva 11 años internado, efectivamente, por ejemplo, 11 años, en la misma unidad, con las mismas caras, con las mismas conductas, con los mismos espacios. Posiblemente este hecho pueda tener algún efecto nocivo en el paciente cuando pueda salir del centro de rehabilitación. Entonces, ahí se requiere quizás de una red de apoyo que siempre lo acompañe, que siempre lo guíe.

Puede ser, por ejemplo, que ese paciente que estuvo con años de internación no sepa los nombres de las calles de Santiago; o no sepa la ubicación de la comuna donde vive su familia, entonces, claro, por las necesidades se requiere internación, pero puede tener, también algún efecto nocivo ante ese ámbito de la vida, de la socialización, de la ubicación espacial, geográfica, entre otras cosas.

Directamente un paciente que tenga muchos años de hospitalización es muy propenso a que se pierda si es que sale de alta y salga solo a la calle, porque hace mucho tiempo que no tiene contacto con el medio. Ahora quizás el equipo clínico, el médico psiquiatra, la enfermera, la psicóloga pueden profundizar más en este tema, pero desde el punto de vista social, efectivamente, se ven ahí dificultades importantes en la reinserción del paciente porque estamos hablando de una reclusión, o sea, como un, digámoslo así, como una persona privada de libertad durante muchos años; esto también requiere de un proceso de reinserción. Yo creo que un paciente psiquiátrico también debiese tener un proceso de adaptación en el medio.

Investigador: Habló de que se pueden perder cuando son dados de alta. ¿los pacientes psiquiátricos pueden salir solo cuando son dados de alta?

TS1: Lo que pasa, es que existen patologías que son estabilizadas, entonces, también existe el derecho a la autonomía de los pacientes. Sí, cuando hay una patología estabilizada se comprende que el paciente puede hacer sus actividades y si no mantiene una dependencia física puede desarrollarse autónomamente, al contrario, si su patología está estabilizada, pero tiene alguna discapacidad física, puede ser dependiente.

Investigador: ¿Cuándo los pacientes psiquiátricos severos tienen daños más profundos y son dados de alta, sí o sí, necesita salir con una tercera persona (familiar)?

TS1: La verdad, es que se dificulta el alta cuando está esa realidad, cuando es una patología severa, daño o discapacidad sea severa, la verdad es que ahí se ve compleja el tema del alta; es por esto por lo que tenemos pacientes con larga

estadía, también se repite esta realidad en otros centros de internación. Son pacientes que quizás necesitan estar con internación psiquiátrica, porque no pueden, dada la circunstancia de su patología y vivir el día a día fuera de su centro.

Investigador: ¿Por algún motivo, si fuera dado alto un paciente que su condición no fuera severa, necesitaría de un familiar o de una tercera persona para ser dado de alta si no cuenta con ese apoyo familiar, ¿cómo se hace?

TS1: Simplemente no se da de alta el paciente, porque aquí hay una decisión social importante. Cuando los pacientes no tienen una red de apoyo adecuada que puede garantizar que el alta del paciente va a tener el cuidado, vigilancia y acompañamiento, simplemente no se da de alta. No se puede dar de alta un paciente con esa característica.

Investigador: ¿Si un paciente médicamente está habilitado para ser de alta, no se hace porque no tiene protección familiar o una red de apoyo?

TS1: Efectivamente, o no tenga seguro, por ejemplo, el tema de la reubicación en otro centro, que también puede ser. Si estos factores no están seguros, el/la paciente simplemente continúa aquí.

Investigador: Pregunta 6. ¿Cuántos de los pacientes institucionalizados (en estudio) no reciben visitas y cómo reaccionan cuando otros pacientes son visitados?

TS1: Mire, ahí se está hablando de número, verdad / **Investigador:** exactamente.

TS1: Actualmente en el centro de rehabilitación, unidad de psiquiatría del primer piso, servicio de salud mental, siempre el número de pacientes va rotando entre 10 pacientes, 12 paciente, 13 pacientes, ese es el número, entiende, el número que siempre tenemos en la unidad de psiquiatría.

Y ahora en torno a lo que significan las visitas, aquí, te digo inmediatamente, tenemos registros de los que no reciben visitas, y está el caso (ejemplo) de la señora M. R., una de nuestras pacientes: está internada hace mucho tiempo (larga estadía) y no recibe visitas

Las conductas que se ven ahí, Bueno, son conductas más relacionadas con la emocionalidad. Ver que otros pacientes están recibiendo visitas, efectivamente, desde la emocionalidad puede perjudicar, no perjudicar, pero puede haber alguna reacción (puede significar una reacción). Entonces, por ejemplo, cuando algunos pacientes son visitados los pacientes en situación de abandono no la

tienen, ahí se hacen más recurrentes las consultas ¿Oiga, a mí no me vinieron a ver? ¿oiga, a mí me hace falta esto? ¿alguien me lo habrá traído? ¿me hace falta este insumo de aseo, quien me lo podría traer? Se ha presentado o se ha visualizado por parte del Servicio Social que esas conductas de preguntas, quizás de manera ansiosa son más presentes cuando ellos visualizan otras visitas.

Investigador: Se generan reacciones en ellos cuando otros pacientes son visitados.

TS1: Efectivamente, yo podría hablar de que generalmente son como 5 o 6 pacientes que no tienen visitas regulares, contando obviamente de que hay pacientes en situación de abandono, que no tienen visitas. Nunca han sido visitados.

Acá, tenemos un caso muy especial, dentro del pabellón psiquiátricos tenemos a una paciente que no recibe visitas, se encontraba semi postrada por decisión propia, pero de un día a otro la angustia, tristeza y soledad la transformó en algo positivo, en pocas palabras transformó su pena en un agente motivador, en donde ella expresa claramente que ahora me quiero sanar para poder irme a vivir con mi familia, si yo me encuentro bien ellos me llevarán a mi casa.

Lo que ella refleja es positivo y motivador, pero no es algo generalizado.

Investigador: Pregunta 7. ¿Cuál es el nivel de compromiso que presentan las familias de los/as pacientes institucionalizados y cuáles cree usted que serían las causas?

TS1: Bueno, si lo podemos evaluar a nivel general en la unidad, el nivel de compromiso de la familia podría ser, digamos, medio-bajo porque hay casas en que las familias son muy presentes, con redes totalmente constituidas, disponibles para servir, dar respuesta a las necesidades de los pacientes, a los procesos de hospitalización y otras necesidades básicas, pero también, no podemos cerrar los ojos y hacernos los tontos, porque también encontramos (en forma mayoritaria) familias desligadas; con eso me refiero a familias que vienen a visitar esporádicamente asumiendo irregularmente los gastos de sus necesidades básicas y también encontramos pacientes en total estado de abandono.

Desde el punto de vista de la vinculación socio familiar, Sí, efectivamente hay una distinción y siempre se refleja, cómo le había comentado, desde cómo se presenta la ansiedad en los pacientes.

Primero, la vinculación afectiva y apego que mantienen las familias con nuestros pacientes es medio-bajo, porque a mi parecer las pocas familias que mantienen un apego familiar efectivo son potente y significativo, y las que no vienen realizan llamadas constantemente, pero no causa el mismo efecto en el paciente, ellos necesitan un contacto directo que genere la interacción y mantengan los lazos y apego. Y en segundo, conlleva un impacto negativo en la vida de los pacientes, ya que el hecho de ver o sentir la presencia de familiares de otros pacientes (visitas) provoca un efecto negativo en ellos; porque sienten el vacío, la usencia, la soledad, la necesidad de sentirse queridos y sentir que son parte de algo. Eso es lo que el apego y participación familiar produce, deseos de vivir, de sanarse y en forma paralela ayuda significativamente en las conductas, y con respecto a las conductas, considero que causan alteraciones emocionales que provocan estados de ira, frustración, tristeza y sobre todo profundos periodos de ansiedad que afectan sus deseos de vivir, alimentarse, y sus niveles de agresividad y violencias.

Investigador: ¿Existe una buena cantidad de pacientes institucionalizado con visitas o por lo menos cada cierto tiempo los sacan? (ejemplo: son llevados sus casas por el fin de semana) ¿Hay una relación estrecha entre los familiares y los pacientes?

T.S.1: Es muy relativo, es demasiado relativo. La verdad es que bueno, con las familias que vienen, efectivamente se percibe eso. Sí, pero no es de todos los pacientes de la unidad, no es el total, no es el universo. Son diferentes realidades, como le comentaba Diego, y la verdad es que por lo menos acá las familias si son presentes y son redes adecuadas. Se percibe aquello, siguen las instrucciones del equipo, están pendiente del paciente, preguntan de manera muy proactiva ¿Qué le hace falta al paciente? sin esperar a que la enfermera los llame para decirles, pero hay otros casos que se tiene que llamar ¿le falta ropa al paciente para que le traigan? entonces es muy relativo, son diferentes realidades.

Investigador: Pregunta 8. ¿Según su experiencia se podría identificar daños, perjuicios a causa del abandono familiar? Porqué y cuáles.

TS1: Diversos, diversos daños desde lo emocional, efectivamente, se refleja mucho la ansiedad de los pacientes cuando ya no ven el ente significativo, como la familia, amigos o una tercera persona que antes visitaba al paciente, al perder esa relación, unión, integración o lazo afectivo, efectivamente, desde lo emocional hay una repercusión.

También en lo conductual, por ejemplo, tuvimos una paciente que su hermano era su apoderado, la abandonó todo el proceso de hospitalización y presentó

muchas conductas desde lo funcional, dejo de levantarse a diario, era una paciente relativamente autovalente, realizaba sus propias actividades. Dejo de ser semindependiente a pasar a tener dependencia de sus actividades.

El abandono influye el ánimo, influye todo (desorden de las conductas) obviamente, paso a ser una paciente que ya no tenía control de su propio esfínter, tenía que ser asistida en el baño, ahora tenía que usar pañales cuando antes no lo usaba. Ese tipo de repercusiones genera en los pacientes cuando hay abandonos, ahora es muy importante tener presente que hay pacientes que ingresaron en estado de abandonado, los que han mantenido siempre la misma conducta.

Investigador: No conocen otra vida que él abandono.

TS1: El abandono, como en los pacientes de situación calle, por ejemplo, pero es muy importante visualizar el efecto nocivo negativo, cuando ingresa un paciente con un familiar (responsable o apoderado) y en el transcurso del tiempo su responsabilidad disminuye o desligan. Es ahí donde se ven las repercusiones.

Investigador: ¿Se genera un efecto?

TS1: Exactamente, la repercusión es tanto del ámbito social, emocional, clínico y conductual, si tuvieras que encasillar los ámbitos de repercusión del abandono familiar en los pacientes, estos cuatros serian.

Investigador: Pregunta 9 ¿Las familias a través de las visitas son un aporte emocional e interacciones afectivas? Por qué.

TS1: Bueno, siempre se ha dicho en las intervenciones médicas que la familia cumple un rol fundamental, o sea, los pacientes no solamente se vienen a hospitalizar, a ocupar una cama, es todo un proceso de recuperación que incluye a todas las ramas de la medicina en pro de la rehabilitación, hablamos de la kinesiología, Terapia Ocupacional, fonoaudiología, Psicología entre otras disciplinas. Pero el rol familiar juega un papel fundamental, porque hablamos de la vinculación, o sea, aunque el paciente esté aquí meses hospitalizado debe saber qué existe una familia afuera que lo estará esperando en un futuro, para asumir su cuidado y protección.

En todos los procesos de internación, sea aquí o en otros centros de internación, cuando no hay una red familiar presente, obviamente, el diseño médico (intervención) para cada paciente cambia, es por esto por lo que en los informes médicos siempre sale un ítem donde dice: el ámbito social o red familiar presente

no presente. ¿Activa o no activa? por ejemplo, sí un paciente necesita una medicación que su sistema de salud no le da cobertura, evidentemente que necesitamos de un sistema, o sea una red familiar que pueda comprar ese medicamento, pero si no lo hay, efectivamente no tenemos cómo abastecerlos.

Investigador: ¿La familia es un aporte positivo en la rehabilitación, tratamiento y puede aportar en las conductas sociales del paciente?

TS1: Cuando están presente, obviamente que sí, sin duda. O sea, no es un elemento menor, no es un factor minoritario, es algo que realmente influye mucho en los procesos de rehabilitación y también en la contención de pacientes con patologías siquiátricas.

Investigador: Pregunta 10 ¿Los pacientes visitados cada cuanto tiempo reciben visitas (días y horas) y cuáles son sus conductas sociales apreciadas durante y después de las visitas)?

TS1: Bueno, aquí existe un reglamento de visitas como centro de rehabilitación, aquí se permite visitas una vez a la semana por cada paciente, y tienen un rango de media hora. Las visitas son autorizadas desde las 16:00 horas de la tarde a 16:30 horas.

Investigador: Constantemente, o por un tema de pandemia.

TS1: Antes de la pandemia, la realidad era totalmente distinta y era más permisiva. Bueno, cuando estuvimos crítico en el año 2020, los primeros meses de pandemia simplemente se prohibieron las visitas, o sea, por muy buenas intenciones, por muy buena red de apoyo que fuese no se podía autorizar sus ingresos.

Por tema de pandemia, estuvieron suspendidas por varios meses las visitas, para todos los pacientes, acá también se presenciaron algunas conductas sociales de pacientes, independientes de la realidad social, porque todos no tenían visitas. Esto fue hace dos años.

Investigador: Entonces, los que sí están acostumbrados a recibir visitas empezaron a mostrar algún tipo de conductas, por el hecho de no ser visitado por tema de pandemia.

TS1: Hablando desde la óptica social, se notaba la ansiedad de los pacientes cuando veían a cualquier funcionario en los pasillos, decían, oiga señorita, ¿Mi mamá cuándo va a venir?, señorita, ¿Mi hija, cuando va a venir? hay una ansiedad desde la óptica social, se ve una ansiedad.

Investigador: Al sentir que esa interacción familiar se cortó, afectó o modificó sus conductas.

TS1: Ahí se hicieron algunas modificaciones, por ejemplo, desde Terapia Ocupacional. Los terapeutas, de alguna manera prestaban sus celulares a los pacientes para que realizaran videollamadas a sus familias. Entonces, a través de las videollamadas podían ver a sus apoderados o familiares; de alguna manera se trató de suplir esa necesidad tan importante de ver a sus seres queridos.

Investigador: ¿Pero, los pacientes visitados, ¿cuáles serían sus conductas, normalmente?

TS1: Bueno, las conductas que tienen, por ejemplo, si lo pudiéramos evidenciar desde lo social, es la contención, o sea, son pacientes contenidos de alguna manera, siempre quedan contentos, quedan alegres, quedan fascinados por que vieron hace poco a su nieta, vieron hace poco a su hermano, vieron hace poco a su hijo. Entonces, al visualizar su rostro se ven bien, notan alegría y satisfacción, y del punto de vista social, se deslumbra una contención. La presencia de un familiar, el mantener una conversación con ellos favorece en sus conductas que se traspasan a los demás días.

Investigador: ¿Según sus observaciones, se podría decir que existe una diferencia entre las conductas sociales de los pacientes visitados y no visitados? ¿Hay una diferenciación entre esos dos hechos?

TS1: Desde el punto de vista de la vinculación socio familiar, Sí, efectivamente hay una distinción y siempre se refleja, cómo le había comentado, desde cómo se presenta la ansiedad en los pacientes.

También, estas conductas ansiosas se pueden observar en paciente con muchas patologías psiquiátricas o con un deterioro cognitivo, aunque sea visitado regularmente, igual presenta alguna conducta ansiosa o de desajustes. Pero eso ya es un tema totalmente patológico. Sí, pero del punto de vista de la vinculación socio familiar, efectivamente se ve una diferencia, se nota una diferencia.

Investigador: Pregunta 11 ¿Cuáles son las conductas sociales apreciadas de los pacientes no visitados?

Investigador: ¿Entonces, ¿cómo le estaba comentando, si se genera una diferenciación en las conductas por el hecho de recibir o no recibir visitas? Dentro de esas conductas, a veces se muestran conductas sociales agresiva, violentas, acá no se presentan esos casos.

TS1: Si, hay conductas violentas de pacientes, por diversos motivos (descompensación, encierro y por supuesto abandono familiar.

Investigador: ¿Eso es por la falta de socialización, el encierro lo produce?

TS1: Por supuesto que sí. Eso desde un punto de vista más patológico, sí, hemos tenido algunos pacientes que han presentado esa conducta agresiva.

Investigador: Las conductas sociales negativas podrían ser evitadas, si fueran visitados o los familiares los sacaran cada cierto tiempo: Ejemplo: los llevaran a sus casas los fines de semana.

TS1: Bueno, eso podría aportar desde el punto de vista de la contención del paciente, sí, pero si viene con anterioridad un nivel de desajuste conductual, ya sea por temas de medicamento o porque su deterioro cognitivo va en decadencia. Puede que la contención familiar no sea suficiente, porque pasa por un tema netamente clínico (reajuste de medicamento) lo que permitiría ajustar y controlar conductas excesivas.

Investigador: Un paciente estabilizado, con sus medicamentos al día, que mantenga el apego familiar, que sepa o pueda darse cuenta de que mantiene una relación de apoyo, con visitas regulares y sea sacados del encierro que produce la internación. Estas acciones serían un agente controlador de conductas negativas, aportarían en la contención, tratamiento y estabilidad emocional del paciente.

TS1: Eso sin duda, hemos visto en algunos casos que han sido muy favorable, muy favorable en el desarrollo de sus tratamientos, en la contención de sus patologías y también en su tranquilidad en general del paciente.

Investigador: ¿Cuándo hablamos del abandono familiar, estamos hablando del apego y la contención familiar?

TS1: Exacto, Diego hay que sumar algo muy importante, con esta distinción que hago de los pacientes que han ingresado ya en abandono, siempre han tenido las mismas conductas sociales y quizás, puedan tener alguna variación producto de su patología.

Los pacientes que ingresan con redes de apoyo, y se evidencia la participación efectiva de sus seres queridos (familiares). Ahí, hay un efecto positivo, pero, también está el caso de los pacientes en abandono, situación de calle. Ellos sufren el doble, por un lado, está la ausencia del medio ambiente (calle) y la ausencia de apoyo familiar.

La desvinculación con el medio y la desvinculación sociofamiliar repercute mucho en ese sentido. Porque no están en contacto con el medio y además están viviendo que están en un proceso de abandono. La familia no está presente. Cómo se podría decir en pocas palabras, ¡viven en su mundo!

Investigador: Entiendo, Los pacientes que provienen de situación de calle, sufren la doble problemática, por un lado, la institucionalidad, y por otro, la falta de red familiar ligado al encierro mismo, ya que su mundo gira en un medio ambiente libre (calle)

TS1: Efectivamente, el fenómeno de estar desligados o abandonados por sus familiares es como un doble sufrimiento, ya que, se encuentran hospitalizados (institucionalización forzada) ligado a la soledad, por la falta de red familiar, pueden ser hechos negativos.

Investigador: ¿Para los pacientes que provienen de situación de calle, la internación es forzada en algunos casos?

TS1: Efectivamente, cuando nos llegan pacientes en situación calle, estoy hablando de adultos-jóvenes, con un historial de internaciones anteriores y patologías sin tratamientos, normalmente vuelven a las calles, porque es su decisión de vivir en las calles. Es una decisión que claramente afecta su tratamiento, pero en muchos casos la institucionalidad a estado ahí disponible para su internación.

Ahora, es diferente, cuando hay una situación compleja de un paciente psiquiátrico que pone en riesgo la vida de los demás en el medio (calle), cuando hay un paciente psiquiátrico en la vía pública que hace daño a las personas. Evidentemente es un fenómeno que requiera la institucionalización forzada, porque es un peligro para el, para la sociedad. Ejemplo: paciente con esquizofrenia normalmente agreden a las personas en la vía pública, vecinos de un barrio, Ahí, ya es otra situación.

Investigador: Pregunta 12. ¿Existe algún tipo de interacción entre los pacientes institucionalizados y la comunidad que fase de interacción?

TS1: Fuera del centro de rehabilitación, no existe ningún tipo de vinculación con la comunidad, internamente el equipo clínico (terapeutas ocupacionales) realizan actividades terapéuticas, como son el huerto en donde cultivan hortalizas y plantas que posteriormente salen a vender a otras áreas de la institución, eso es la interacción o socialización que realizan sin salir del centro de rehabilitación.

TS1: Eso no existe, no existe. Este centro de rehabilitación, quizás muchos años atrás se permitió alguna salida en particular, pero no es una constante, no es una actividad que realice el centro de rehabilitación.

Investigador: **Pregunta 13. ¿Bajo su experiencia y conocimiento diario en la vida de los pacientes institucionalizados, podría confirmar si el hecho de ser abandonado por sus familiares afecta en sus conductas sociales y cuáles serían esas conductas?**

TS1: Como le decía. El hecho que se presente la ansiedad, conductas ansiosas, de alguna manera repercute en los tratamientos, la vinculación social familiar, como hemos venido hablando a lo largo de la entrevista, cumple un rol fundamental en lo que es la contención y rehabilitación (neurorrehabilitación) de los pacientes.

Cuando hay patologías siquiátricas ¿Qué se necesita? obviamente la estabilización, por ejemplo: para la esquizofrenia la vinculación familiar es fundamental. Acá se presentan distintas realidades, como se ha dicho, una persona que siempre ha vivido en la calle, cuando vive el desapego, abandono familiar. La verdad es que las conductas pueden ser bastantes, bastantes negativas para los pacientes y equipo clínico que los atiende. El tema en cuestión es que cuando un paciente se desajusta produce un desajuste masivo afectando inclusive a los pacientes que se encuentran estabilizados, me explico, cuando hay conductas disruptivas de algún paciente, este hecho repercute en toda la unidad. Eso sí, se ve de manera muy negativa ¿Cuándo existe este abandono? ¿Cuándo se evidencia este abandono?

Investigador: Consulta: ¿Existe alguna relación directa entre no ser visitado y conductas sociales? conflictividad que afecten la convivencia de la unidad?

TS1: Efectivamente, si, existe una diferencia en las conductas, fundamentalmente, ahora también, debo mencionar que en algunos pacientes que no cuentan con buenas redes familiares, pero aun así quieren estar presentes de alguna manera. Pero se ve desde el equipo clínico que no son buenos aportes, se restringe. Claro en algunos casos muy específicos que no he mencionado a lo largo de la entrevista, lo digo ahora, se ve que la presencia de la familia no les hace bien. Entonces, cuando eso se evidencia la doctora, el médico psiquiatra instruye la suspensión de las visitas de ciertos familiares.

Investigador: ¿Bajo su experiencia, los pacientes que son visitados, por ejemplo, cada 3 meses, tiene algún impacto en ellos, en relación con los pacientes que registran visitas con más frecuencias?

TS1: Tenemos el caso de una paciente que sufre esa realidad, tiene una familia desligada, pero la viene a visitar de vez en cuando, con muchos meses de vacíos,

Investigador: ¿Pero tiene algún impacto en el fondo? he sabido de casos en donde las visitas que son muy esporádicas los pacientes reaccionan negativamente al momento del reencuentro (rechazo o agresivas).

TS1: Tenemos un caso así, una paciente sufre de visitas irregulares, digo yo, irregulares, porque ser visitado cada 6 meses no habla de un compromiso real de la familia; pero a pesar de ser visitada con esa irregularidad o recibir una llamada telefónica, la paciente muestra señales de alegría (se ríe) es como un hito, un evento agradable para ella. ¡Me vino a visitar mi hermana! Claro que la próxima visita será en 6 meses más.

Investigador: Como reflexión, qué importante es la familia y su presencia.

Imagínese, es visitada cada 6 meses y es feliz, pensemos si fuera visitada con una mayor y mejor frecuencia, lo significativo que podría ser para su tratamiento y estabilidad emocional.

TS1: La verdad es que sí, es muy importante y nuestra labor como servicio social es trabajar en pro del bienestar del paciente y aportar en las buenas relaciones paciente-familia, la idea es que no se quebrante y sigan siendo un aporte, ya que las visitas tienen una importancia emocional, de vinculación y también material. Todo lo que no pueda cubrir su sistema de salud, lo puede cubrir la familia.

Me explico, la familia es muy importante y tiene una relevancia significativa, además es un hecho fundamental para todo el proceso. Ejemplo, ¿Cuál va a ser el destino de alta? es un punto de vista decisivo.

Investigación: ¿Es un tema para ustedes? / **TS1:** Si, es un tema, cuando hay una desligación, es un problema grave.

Investigador: ¿Ustedes no pueden dejar a un paciente en la puerta y decirle hasta aquí llegamos?

TS1: No, no se puede hacer eso, acá se presenta una nueva problemática a causa del abandono, la cual tiene que ver con la extensión hospitalaria, por esa causa.

Si el paciente no cuenta con una red de apoyo familiar que lo reciba y se haga cargo de cuidado y tratamiento, sino se cuenta con un lugar para una reubicación

en otro centro, aunque el paciente se encuentre en condiciones médicas para ser dado de alta, el proceso se dilatará a causa del abandono del cual es víctima.

En el área psiquiátrica, no existe la condición de alta médica a domicilio, siempre se ha esperado que la red familiar aporte a la reubicación del paciente (hogar o centro) a causa de esta situación mantenemos pacientes con larga estadía.

Investigador: Pregunta 14. Como trabajador social, ¿cree usted que sería un aporte para prevenir y mejorar las conductas sociales problemáticas de pacientes que sufren del abandono familiar?

TS1: Qué gran pregunta, la verdad es que, desde el servicio social, se pueden tomar muchas acciones de diferentes puntos de vista, como de la investigación, efectos programáticos y plan de acciones, a través de estos puntos de vistas se pueden realizar muchas actividades que favorezcan los procesos de los pacientes.

Establecer una red de protección, mucho tiene que ver lo social, la vinculación del paciente con todas sus problemáticas, con la Seguridad Social, es esencial. Entonces, por ejemplo, desde el punto de vista clínico, el paciente requiere de algún medicamento, pero quizás, algún medicamento o insumo no son cubiertos, como he dicho en otros ejemplos, por su sistema de salud; bueno, si no puede ser cubierto por el sistema de salud lo tiene que cubrir la familia, si es que el paciente cuenta con una red familiar, porque si no la tiene, el área social tiene que ver si tiene una Pensión, si esta adherido a una pensión de Dipreca, atención del ISL; por un accidente laboral.

Servicio Social es el responsable de realizar las vinculaciones institucionales, Seguridad Social y socio familiar, lo que es muy importante para la recuperación y contención de los pacientes.

ANEXO 8

ENTREVISTA PROFESIONAL EJ2.

Enfermera (E2).

Investigador: Pregunta 1. ¿Qué experiencia tiene en el área psiquiátrica?

EJ2: Un año en el área psiquiátrica y como enfermera jefa del área hace 4 meses.

Investigador: Pregunta 2. ¿Qué relación profesional mantiene con los pacientes Siquiátricos en estudio? ¿Cómo se relaciona directamente con ellos?

EJ2: Soy la enfermera jefa del área psiquiátrica, por lo cual mantengo una relación profesional estrecha con los pacientes institucionalizados.

Soy la encargada de que los pacientes reciban su tratamiento farmacológico, según instrucciones del médico psiquiatra tratante, además debo velar por el cuidado personal del paciente (aseo confort) alimentación, curaciones (cuando se auto agreden o son agredidos) y notificar al trabajador social de las necesidades básicas del paciente, y principalmente coordinar y supervisar las contenciones emocionales u ambientales, entre otras.

Investigador: Pregunta 3. ¿Para su profesión (identificar) que aporte tiene está? Pertinencia profesional.

EJ2: Como pertinencia espero que esta investigación nos aporte Información relevante que nos permita entender las conductas sociales que muestran los pacientes psiquiátricos institucionalizado a causa del abandono familiar, como también a conocer los efectos que está causa en el tratamiento-rehabilitación y a mejorar los planes de intervención y red de apoyo en beneficio directo de nuestros pacientes internos.

- Información relevante que permita entender las conductas sociales que muestran los pacientes psiquiátricos a causa del abandono familiar.
- Conocer los efectos que causa en el tratamiento y rehabilitación el abandono familiar.
- Mejorar los planes de intervención.
- Redes de apoyo.

Investigador: Pregunta 4. ¿Qué tipos de conductas sociales presentan los pacientes en general y cuáles serían los niveles conductuales que muestran?

EJ2: En general los pacientes, bajo mi perspectiva, tienen mayoritariamente conductas tranquilas las que se ven afectadas cuando un paciente genera alguna discusión, lo que provoca conductas sociales negativas

- Agresividad
- Violencia física.
- Emocionalidad

Investigador: Pregunta 5. ¿La reclusión y socialización reducida es un factor de conducta sociales nociva de los pacientes que acá se atienden?

EJ2: Sí, influye bastante en las conductas sociales.

- Desajustes conductuales: violencia y agresividad.
- Emocionalidad.
- Desajustes emocionales.
- Irritabilidad.

Investigador: Pregunta 6. ¿Cuántos de los pacientes institucionalizados (en estudio) no reciben visitas y cómo reaccionan cuando otros pacientes son visitados?

EJ2: Tengo 16 pacientes de los cuales 5 reciben visitas esporádicas y 11 se encuentran en abandono total, y sus reacciones son :

- Emocionalidad, (nostalgia, ansiedad)
- Conductas violentas
- Conductas agresivas
- Conductas ansiosas
- Conductas irritables.

Investigador: Pregunta 7. ¿Cuál es el nivel de compromiso que presentan las familias de los/as pacientes institucionalizados y cuáles cree usted que serían las causas?

EJ2: El nivel de compromiso que presentan las familias es: Reducido (compromiso legal, no efectivo).

- Pacientes con una excelente red de apoyo (3)
- Pacientes solo con llamadas telefónicas (2)
- Pacientes en abandono total (11), y con respecto a las causas del abandono: falta de compromiso.

Investigador: Pregunta 8. ¿Según su experiencia se podría identificar daños y perjuicios a causa del abandono familiar? Porqué y cuáles.

EJ2: Basado en mi experiencia profesional, considero que el abandono familiar si causa daños o perjuicios en el paciente institucionalizado, siendo las siguientes:

- **Ámbito social:** ausencia familiar en la vida social del paciente, ausencia de afectividad y ausencia de socialización (necesidades básicas no cubiertas).
- **Clínico:** el abandono causa en el paciente estados emocionales que afecta su tratamiento y rehabilitación (ansiedad, nostalgia, irritabilidad, aislamiento, etc.).
- **Conductual:** el abandono y encierro produce conductas irritables que generan violencia y agresiones que perjudican el normal funcionamiento del pabellón y producen daños a terceras personas.

Investigador: Pregunta 9 ¿Las familias a través de las visitas son un aporte emocional e interacciones afectivas? Por qué.

EJ2: Sí, por supuesto, colabora mucho cuando los familiares vienen, es algo positivo y se nota en su rostro, irradian felicidad.

- **Por qué: Cumple un rol positivo:** producen un efecto positivo en el paciente.
- **Cumple un rol afectivo:** mantenedor de lazos familiares.
- **Cumple un rol emocional:** aumenta los niveles de felicidad.
- **Cumple un rol controlador:** permite controlar conductas violentas o agresivas.
- **Cumple un rol de interacción y socialización:** minimiza la sensación de abandono y encierro del paciente.
- **Cumple un rol clínico:** apoya y potencia el proceso de tratamiento y rehabilitación.
- **Red de apoyo:** velar por el cuidado y mantención del paciente.

Investigador: Pregunta 10 ¿Los pacientes visitados cada cuanto tiempo reciben visitas (días y horas) y cuáles son sus conductas sociales apreciadas durante y después de las visitas)?

EJ2: Una vez a la semana por media hora. (16:00 a 16:30 horas) sin salidas de la instalación, con autorización anterior.

Las conductas sociales apreciadas son:

Durante:

- Conducta social pasivas (relajados, tranquilos).
- Conductas emocionales positivas (el paciente se siente feliz, alegre, con una sensación agradable).
- Ansiedad (temor a quedarse solo).
- Ansiosos (querer hacer todo en tan poco tiempo).

Después: Normalmente después de las visitas se reflejan dos tipos de conductas:

Positivas: se encuentran relajados y tranquilos, lo que reduce su estado de irritabilidad lo que aporta a bajar los niveles de violencia y agresividad, es un controlador de conductas.

Negativas: Algunos pacientes al terminó de las visitas quedan más ansioso, probablemente porque quedo con ganas de seguir compartiendo con su familia y querer irse con ellos, lo que los pone violentos o agresivos.

Investigador: Pregunta 11 ¿Cuáles son las conductas sociales apreciadas de los pacientes no visitados?

EJ2: Los pacientes muestran conductas más bien asumidas, pasivas de resignación y viven el día a día.

Las conductas observadas son:

- Comportamientos agresivos
- Comportamientos violentos
- Descompensaciones emocionales (desajustes).
- Actitudes irritables.
- Conductas pasivas (muestra poca o ninguna expresión, aislamiento).

Investigador: Pregunta 12. ¿Existe algún tipo de interacción entre los pacientes institucionalizados y la comunidad que fase de interacción?

EJ2: NO, acá los pacientes no mantienen ningún tipo de contacto con la comunidad.

La única interacción que presentan los internos es con el personal tratante, los demás pacientes y los pocos visitados con sus familiares, pero considero que la falta de socialización es un factor negativo al tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Investigador: Pregunta 13. ¿Bajo su experiencia y conocimiento diario en la vida de los pacientes institucionalizados, podría confirmar si el hecho de ser abandonado por sus familiares afecta en sus conductas sociales y cuáles serían esas conductas?

EJ2: Si, de todas maneras, afectan profundamente en los pacientes y generan:

- Bajo estado de ánimo (aislamiento, falta de apetito)
- Desajustes emocionales (periodos de tristeza)
- Desajustes conductuales (ataque de ira, elevados niveles de ansiedad y angustia)
- Estados de irritabilidad (periodos de malestar generalizado)
- Niveles de agresividad (generación de conflictos violentos)
- Estados de desorientación (se pierden en el tiempo)
- Estados de soledad (aislamiento)

Investigador: Pregunta 14. ¿Existe alguna relación directa entre no recibir visitas y conductas sociales conflictivas que afecten la convivencia y normalidad de la institución?

EJ2: Si, el hecho de que no tengan visitas sí genera actitudes agresivas, de hecho, los pacientes que muestran un mayor nivel de ansiedad por ver a sus familiares son los que se alteran más, (los pacientes que llevan años sin ver a sus familiares son los que muestran un mayor nivel de agresividad, producto del abandono).

ANEXO 9

ENTREVISTA PROFESIONAL TENS3.

Soy M.J. Campos, **TENS3**. de enfermería. funcionaria del área de psiquiatría.

Investigador: Pregunta 1. ¿Qué experiencia tiene en el área psiquiátrica?

TENS3: Llevo 6 años de experiencia en el área psiquiátrica, 4 años en el área de psiquiatría, primer piso y 2 años en el área psicogeriatría, segundo piso del Centro de Salud Capredena.

Investigador: Pregunta 2. ¿Qué relación profesional mantiene con los pacientes Siquiátricos en estudio? ¿Cómo se relaciona directamente con ellos?

TENS3: En el área de psiquiatría, tenemos pacientes con patologías severas, trastorno de la personalidad, esquizofrénicos, etc.; pero ahora se nos presentan más pacientes teclados.

Investigador: ¿Cómo teclados?

TENS3: Pacientes teclados quiere decir que son personas que sufrieron algún accidente que los dejó con alguna secuela mental.

Investigador: Pregunta 3. ¿Para su profesión (identificar) que aporte tiene está? Pertinencia profesional.

TENS3: Si, para mi profesión, este tipo de investigación, considero, sería de gran ayuda poder contar con información que nos permita mejorar las relaciones sociales de los pacientes, porque al optimizar su relación familiar aportamos a una mejor y mayor convivencia. Además, considero que la institución está muy cerrada, muy protocolizada, si no está normado no se puede hacer.

Creo que como institución podríamos hacer más cosas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los pacientes, sobre todo de aquellos que se encuentran en estado de abandono, aportar a la convivencia y estabilidad emocional de los pacientes, no solo sería significativo para ellos, sino también para los funcionarios: ejemplifico: sacarlos un día domingo a la feria, es algo tan simple, pero tan significativo a la vez para alguien que lleva años en un encierro rotundo, imagínese lo valioso que sería para ellos.

Investigador: Pregunta 4. ¿Qué tipos de conductas sociales presentan los pacientes en general y cuáles serían los niveles conductuales que muestran?

TENS3: Las conductas sociales que los pacientes presentan en general son conductas agresivas, sobre todo entre ellos mismos, normalmente se muestran

irritables presenta estrés en especial post traumático (accidentes violentos), por cosas simple se trenzan a golpes, ejemplo: si uno tiene pan y el otro no, se pelean y las sillas vuelan, también observo muestras de envidia, sobre todo cuando otros pacientes reciben visitas, además puedo ver que hay pacientes que reaccionan negativamente cuando otros pacientes quieren hacer cosas, (actividades recreativas y ejercicios), otros pacientes sabotean sus intenciones, y por lo general todas estas conductas causan violencia y agresividad entre ellos; debo hacer notar que estas conductas se producen a causa de la falta de socialización familiar y a veces por tema de desajuste farmacológicos.

Con respecto a los niveles diría que son elevados, en relación con las conductas agresivas/violentas, seguidas por las conductas irritables y trastornos post traumáticos.

Investigador: Pregunta 5. ¿La reclusión y socialización reducida es un factor de conducta sociales nociva de los pacientes que acá se atienden?

TENS3: Sí, porque cuando vienen pacientes que no son del piso son mal tratados, el hecho de estar 24 horas reclusos en un espacio reducido, con las mismas caras los limita profundamente, y es producto de la falta de socialización, en pocas palabras el encierro los transforma en personas violentas, irritables y descargan su rabia con terceras personas, y lo peor es que no se dan cuenta, en el fondo afecta profundamente.

Investigador: Pregunta 6. ¿Cuántos de los pacientes institucionalizados (en estudio) no reciben visitas y cómo reaccionan cuando otros pacientes son visitados?

TENS3: Con respecto a los pacientes no visitados estaríamos hablando de 11, y con respecto a sus reacciones, lo primero que observado es que tratan de meterse en las visitas de otros y las conductas que muestran es de envidia y enojo con los que si reciben visitas, me atrevería a decir que le afecta, porque ellos si quieren ser visitados, quiere recibir gente de afuera y romper esa rutina diaria.

Investigador: ¿En pocas palabras, como reaccionan cuando otros pacientes reciben visitas?

TENS3: Los pacientes no visitados reaccionan de dos maneras: Primero, reaccionan con conductas agresivas, irritables y de rabia las que reflejan al momento de las visitas, muchas veces dejan de alimentarse, se auto agreden y en segundo, tratan de meterse en las visitas de otros con la intención de recibir afecto, porque digo esto, porque yo lo veo, lo observo cada día de visita de como ellos se acercan al familiar de forma sumisa, los acarician y esperan lo mismo (quieren ser parte de algo).

Investigador: Pregunta 7. ¿Cuál es el nivel de compromiso que presentan las familias de los/as pacientes institucionalizados y cuáles cree usted que serían las causas?

TENS3: En respuesta a la consulta, diría que las familias se desligan de sus familiares institucionalizados, porque no los vienen a ver, no los llaman, no preguntan por ellos cuando vienen a dejar los insumos y soy testigo de que cuando los pacientes llaman a sus familiares en muchos casos le cuelgan.

Investigador: ¿Usted cree la institución podría hacer algo con respecto a las familias?

TENS3: La familia, se supone que siempre es responsable hasta la muerte del paciente, pero cuando no sucede la institución tiene que asumir el rol 100%, no debiera suceder, ya que la familia debe estar en los buenos y malos momentos y ellos son los que institucionalizan al padre, madre, hijo o quien fuese, pero llegar al abandono no se comprende.

Y con respecto a si la institución debiera hacer algo, no creo que judicialmente se pueda obligar a alguien a entregar afecto, cuando no lo sienten, podrán venir a dejar los insumos, pero a quedarse, tener un encuentro afectivo lo dudo.

El nivel de compromiso familiar en nuestros pacientes, no estoy tan segura, entre medio y bajo, son muy pocos los visitados, otros solo reciben llamada o la mayoría en abandono, lo que produce conductas agresivas, violentas y muchos estados de ira, pasan mucho tiempo irritables.

Es importante indicar que la institución si ha puesto recursos judiciales en favor de algunos pacientes en abandono, logra de asuman los gastos de insumos, pero nada de visitas.

Investigador: Pregunta 8. ¿Según su experiencia se podría identificar daños, perjuicios a causa del abandono familiar? Porqué y cuáles.

TENS3: La envidia, entre ellos, porque algunos vienen a ver y a otros no, en la institución durante un tiempo tuvimos un alto nivel de agresividad e inclusive intentos de suicidios, la cual en estos tiempos se han visto reducidas.

Investigador: ¿Los pacientes que se intentaban suicidar, por qué sería?

TENS3: Yo creo que es más un todo, se sentían inútiles, que no valen, me vinieron a tirar, en el segundo piso, psicogeriatría, los abuelitos dicen me vinieron a tirar acá. A mí me suena a deshacerse del problema.

Tenemos a una paciente que se encontraba semi postrada por decisión propia, no recibía visitas, por lo que presentaba un estado emocional bajo, triste, desanimada, se negaba a recibir medicamentos, no asistía a terapia, ya no era la misma, cambio sus actitudes, se empezó a levantar, a comer sola y comento que ella se quería sanar para poder irse a su casa con su familia

Investigador: Pregunta 9 ¿Las familias a través de las visitas son un aporte emocional e interacciones afectivas? Por qué.

TENS3: Si, los pacientes que reciben visitas se sienten contentos y con una sensación agradable, normalmente después de las visitas se portan bien, además acá se presenta un punto no menor el que ellos mismos se regulan su comportamiento, para seguir teniendo visitas, en cierto modo hacen méritos y sus familiares no tengan excusas de no visitarlos.

Considero que la familia es un controlador de conductas, ya que produce un efecto positivo al tratamiento, interacción y socialización de los pacientes mejorando su calidad de vida.

Investigador: Pregunta 10 ¿Los pacientes visitados cada cuanto tiempo reciben visitas (días y horas) y cuáles son sus conductas sociales apreciadas durante y después de las visitas)?

TENS3: Las visitas son una vez a la semana, duran alrededor de media hora y normalmente al término observamos que los pacientes quedan más contentos, calmados, menos agresivos, relajados y sobre todo más dispuesto a recibir órdenes del equipo tratante.

El tema en cuestión es que a través de las visitas los pacientes salen de su rutina diaria, pueden interactuar con personas que ellos consideran cercanas, donde existe afecto, en ese pequeño pero gran rato realiza otras actividades, comen lo que les traen, en el fondo se sienten queridos, aceptados y que todavía importan. Para ellos estar con sus hijos, esposa u otro pariente es valiosos y significativo al máximo.

Reconozco que a veces utilizamos las visitas para controlar conductas, ya que le decimos, si te comportas mal no vendrán a verte, por ende, mantienen una actitud positiva, alegre, participativa, tratan de recuperarse, por ejemplo: tenemos a una paciente que se encontraba semi postrada, por decisión propia, pero empezó a recibir visitas, y ya no era la misma, cambio sus actitudes, se empezó a levantar y comer sola que es gran aporte. Es claro e innegable que las visitas producen un efecto positivo. Pero, también tenemos el extremo de los no visitados, en los cuales encontramos pacientes que no quieren recuperarse, no aportan en su tratamiento, no tienen ganas de vivir.

Investigador: Pregunta 11 ¿Cuáles son las conductas sociales apreciadas de los pacientes no visitados?

TENS3: Los pacientes no visitados normalmente se observan anímicamente mal, con menos ganas de hacer terapias o recuperarse, con menos ganas de comer, yo lo veo así, aunque después coman, pero de igual forma se observa en ellos una sensación de nostalgia, soledad, angustia e inclusive han llegado al punto de auto lastimarse (intento de suicidio)

Investigador: ¿A pesar de su condición psiquiátrica, los pacientes muestran señales de afección a causa del abandono?

TENS3: Si, en el día a día se puede observar la falta de afecto, soledad y la ausencia de lazos familiares, sus rostros irradian tristeza, anhelos de ver a sus familiares, sobre todo se refleja en sus pocas ganas de vivir, al sentir que no le importan a nadie, ellos se entregan a la vida, a pesar de nuestra entrega y afecto, nosotros no somos su familia, suplimos, sí, pero solo somos el personal tratante.

TENS3: Sabe, no sé si será importante, pero acá haces intervención emocional, con el fin de tranquilizar a los pacientes cuando están desajustados, y lo que haces es nosotros mismos los llamamos a su celular y nos haces pasar por sus familiares y tiene un efecto potente en ellos, al creer que sus familiares los llaman asumen que los quieren, que aún le importan y en el fondo no están solo (reaccionan positivamente).

Investigador: Pregunta 12. ¿Existe algún tipo de interacción entre los pacientes institucionalizados y la comunidad que fase de interacción?

TENS3: Actualmente no, pero antes de la pandemia se realizaron salidas, pero ahora por la contingencia sanitaria y protocolos se suspendieron, por lo cual la vida de los pacientes gira entorno al ámbito interno de la institución, lo que a mi parecer es un error que afecta a la rehabilitación.

La recuperación de los pacientes psiquiátricos es total y debe ser integral, con eso me refiero a que deben interactuar con el medio y socializar con la comunidad. No olvidando sus patologías tenemos que entender que cosas tan simples, ejemplo: ir a la feria, mall, etc., para ellos se transforman en un reto, y además deben saber manejarse a fuera de la institución de una manera que permita por lo menos un desarrollo básico y menos conflictivo.

La socialización con el entorno es parte del tratamiento y ojalá se retomen las salidas, además era una forma de contención de conductas, porque a pesar de su condición, ellos entienden y si uno les decía que, si se porta mal, no tendrán permiso para salir, ellos automáticamente mejoraban sus conductas, y aún

recuerdo las caras de algunos pacientes que, por el simple hecho de salir, e ir a la feria, cuando llegaban de vuelta su cara era otra, ellos eran felices, disfrutaban ese momento como si fuera algo de otro mundo.

Investigador: Pregunta 13. ¿Bajo su experiencia y conocimiento diario en la vida de los pacientes institucionalizados, podría confirmar si el hecho de ser abandonado por sus familiares afecta en sus conductas sociales y cuáles serían esas conductas?

TENS3: Si, el hecho de ser abandonado afecta profundamente en sus conductas sociales y sobre todo en su forma de relacionarse con los demás, además, yo, veo que les da miedo volverá estar con gente, miedo a su reacción, también se observa que anímicamente no están bien, y se niegan a realizar actividades, simplemente no quieren hacer nada, no los motiva levantarse, no quieren comer.

TENS3, En lo personal me atrevería a decir que el abandono del cual sufren nuestros pacientes afecta claramente en sus conductas sociales, lo que se observa al momento de alimentarlos se niegan a comer, a realizar terapias y a participar en actividades recreativas, no quieren nada, nada los motiva, se entregaron a la vida y sus conductas más frecuentes son estados de melancolía, irritación e inclusive episodios de agresividad lo que causa altercados al interior del pabellón.

Para que se entienda muchos pacientes se sienten solos, se sienten abandonados y hay pacientes que dicen necesitar a sus familias. Hay un paciente que echa de menos a su mamá y llora por ella, la necesita, pero a su madre parece que no le interesa, porque si le interesara vendría a verlo, es inevitable que uno sienta tristeza o un poco de impotencia de ver a un joven de 24 años que lleva 6 años de su vida internado y abandonado.

Investigador: Pregunta 14. ¿Existe alguna relación directa entre no recibir visitas y conductas sociales conflictivas que afecten la convivencia y normalidad de la institución?

TENS3: Como lo hemos dicho a través de la entrevista, claramente afecta en el 100%. Yo creo que acá se presenta mucha envidia de los pacientes no visitados en contra de los pacientes visitados, acá cualquier cosa que pueda provocar al paciente visitado es usada para afectar su visita, inclusive, como ya lo comenté, se quieren hacer parte de la visita, ejemplifico: se acercan y pretender generar un contacto que les permita ser parte de la visita, hecho que provoca malestar en el otro paciente visitado.

Yo, en mi condición y trato directo con los pacientes y testigo en los días de visita, puede decir que ellos a pesar de su condición psiquiátrica se percatan de cuando otros son visitados y ese hecho les provoca una afección en lo personal, no podrán expresarlo, pero su rostro lo dice todo.

ANEXO 10

ENTREVISTA PROFESIONAL AS4.

Soy Karen, asistente de enfermos (AS1), área psiquiátrica, primer piso, Centro de Salud y Rehabilitación La Florida, Capredena.

Investigador: Pregunta 1. ¿Qué experiencia tiene en el área psiquiátrica?

AS4: La experiencia que tengo en atención de pacientes psiquiátricos es de 7 años, y todas en el Centro de Salud La Florida, Capredena.

Investigador: Pregunta 2. ¿Qué relación profesional mantiene con los pacientes Siquiátricos en estudio? ¿Cómo se relaciona directamente con ellos?

AS4: Soy Asistente de enfermería, mi responsabilidad es brindar los cuidados y confort al paciente, por mis funciones mantengo un trato directo con los internos de 24x7.

Para que se entienda, por mis funciones debo estar en contacto directo con los pacientes lo que me permite saber si ellos se encuentran bien, si están pasando por alguna descompensación, realizar las contenciones emocionales, notificar conductas (violencia/agresiones/estados de ánimo/etc.) e inclusive llegar a saber cuándo están o no manipulando, los veo llorar, siento su tristeza, su nostalgia, me preguntan por su familia, porque no vienen a verme, me habrán dejado de querer, ya no les importo y lo que más me impacta es cuando me dicen que ya no tienen ganas de vivir porque se sienten solos.

Investigador: Pregunta 3. ¿Para su profesión (identificar) que aporte tiene está? Pertinencia profesional.

AS4: Claro que sí, para que las familias se den cuenta que los necesitan, principalmente, porque el paciente si necesita a su familia.

la familia es una parte esencial en el proceso de rehabilitación, tratamiento y contención del paciente, la verdad la familia es una pieza fundamental en todo y es tan valioso el contacto e interacción entre ellos (paciente-familia).

Investigador: Pregunta 4. ¿Qué tipos de conductas sociales presentan los pacientes en general y cuáles serían los niveles conductuales que muestran?

AS4: Las conductas sociales que presentan los pacientes son actitudes agresivas, por no mantener a sus familiares cerca, ellos preguntan mucho del porque no vienen a verlos, los echan mucho de menos, sobre todo ahora por la pandemia que provoca restricciones en las visitas, antes eran más seguidas, ahora son irregulares y bajando al mínimo las visitas.

A causa de lo anterior, los pacientes muestran conductas agresivas producto del abandono y encierro, las cuales reflejan con actos violentos hacia otros pacientes, las victimas reaccionan por una parte con violencia u otros de forma pasiva, los que normalmente suelen pedir ayuda. Estos hechos de agresiones y violencia producen bastante miedo y periodos de tristeza, más allá de su situación familiar, porque dentro de su patología saben que en cualquier momento pueden sufrir alguna agresión o por otro lado transformarse en agresores, dependiendo de su estado emocional, pueden reaccionar con ira en cualquier momento. También se puede observar momento de soledad, estrés y periodos de inapetencia.

Con respecto a los niveles, los pacientes normalmente muestran niveles elevados de conductas agresivas y violentas que afectan al conjunto en general, dañando las relaciones sociales de los demás pacientes y el funcionamiento normal del área.

Investigador: Pregunta 5. ¿La reclusión y socialización reducida es un factor de conducta sociales nociva de los pacientes que acá se atienden?

AS4: “por supuesto que necesitan a sus familiares, sí ellas entendieran el valor que tienen para los pacientes su presencia, lo significativo para su tratamiento a lo mejor entenderían y participarían manteniendo los lazos familiares, apego e interacción lo que mejoraría la calidad de vida del interno. Aunque a veces nosotras asumimos ese rol, pero no es lo mismo, no somos su familia y ellos lo saben. Ellos sienten el abandono y se dan cuenta de que sus familiares los dejaron desamparados

Investigador: Pregunta 6. ¿Cuántos de los pacientes institucionalizados (en estudio) no reciben visitas y cómo reaccionan cuando otros pacientes son visitados?

AS4: Yo, atiendo a cuatro pacientes y ninguno de ellos recibe visitas, claro, cuando otros pacientes reciben visitas ellos se acercan a saludarlos, abrazarlos en cierto modo a robar cariño, ellos quieren visitas, quieren a sus familias acá, ejemplo: hoy vinieron a visitar a un paciente y otro se acercó y los saludó y actuó como si fueran sus familiares, pero no lo son.

La forma en cómo se comportan es producto de la falta de afecto, cariño e interés, lo que se podría suplir con una simple llamada, aunque no es lo mismo, pero reduce la sensación de abandono y de una u otra forma ayuda a mejorar su estabilidad emocional.

Investigador: Pregunta 7. ¿Cuál es el nivel de compromiso que presentan las familias de los/as pacientes institucionalizados y cuáles cree usted que serían las causas?

AS4: Puede ser por asunto de la pandemia, porque no tienen tiempo, hay gente que ni siquiera tiene apego con ellos, para algunas familias es mejor que estén aquí porque son un peligro en la casa, eso es lo que dicen algunos familiares; uno realmente no lo sabe, porque no sabemos cómo eran en sus casas, puede ser que mantuvieran conductas violentas que arriesgaban al resto de los miembros de la familia.

Investigador: ¿Se puede entender el tema de las conductas violentas y riesgo que puede conllevar a otros miembros de la familia, pero el hecho de institucionalizarlos es motivo de abandonarlos?

AS4: No implica, pero lo hacen, aunque suene feo, son un cacho para ellos, ya que destinar tiempo en su cuidado, para ello es tiempo perdido, limitante, problemático porque requieren mucha atención, dedicación y seguir un tratamiento que requiere una atención constante y no están disponibles, por todo lo que implica, normalmente por eso lo internan.

Ahora tenemos el tema de que los pacientes no están saliendo, ahora por la pandemia, pero antes cuando podían salir, eran sacados esporádicamente y recurrían al consumo de drogas y alcohol, se les arrancaban, las familias al no poder manejarlos, después no los querían sacar y les resulta más sencillo, el tema es que si los sacaran más seguido el paciente podría tener una rutina, seguiría reglas y serviría como contenedor de conductas, ejemplo: si no tiene un buen comportamiento no se autoriza su salida, y estoy segura que a pesar de su condición psiquiátrica ellos mejorarían sus conductas, porque aunque no creamos ellos entienden y saben cuándo y dónde comportarse, a menos que se encuentren descompensados farmacológicamente que es inevitable que su comportamiento tenga variaciones conflictiva.

Investigador: Pregunta 8. ¿Según su experiencia se podría identificar daños, perjuicios a causa del abandono familiar? Por qué y cuáles.

AS4: Muchos pacientes se sienten solos, se sienten abandonados y hay pacientes que lo dicen, hay pacientes que dicen necesitar a su familia. Hay un paciente que echa de menos a su mamá y llora por ella, la necesita, pero a su madre, parece que no le interesa, porque si le interesara vendría a verlo, es inevitable que uno sienta tristeza o un poco de impotencia de ver a un joven de 24 años que lleva 6 años de su vida internado y en abandono.

Los daños que yo, a través de la observación, visualizo con respecto al abandono es irritabilidad, ansiedad y conductas agresivas o violentas que afecta la convivencia al interior de la unidad.

Investigador: Pregunta 9 ¿Las familias a través de las visitas son un aporte emocional e interacciones afectivas? Por qué.

AS4: Si, les sirve y se ponen tan felices y después le comentan a todo el mundo que los vinieron a ver y me trajeron cosas, es claro que necesitan a sus

familias, pero es importante tener presente que después de las visitas algunos pacientes se ponen difíciles porque desean volver a sus casas con sus familiares, se ponen ansiosos y no entienden que estamos en pandemia, su intención es volver a casa con sus familiares.

Investigador: ¿Si no estuviéramos en pandemia, si los vinieran a ver una vez a la semana o por último dos veces al mes, si los sacaran por un fin de semana, sería un aporte en la rehabilitación del paciente?

AS4: Sería genial, si existiera esa condición se transformaría en un hábito para ellos, se portarían bien toda la semana para poder salir el próximo fin de semana, se tomarían los remedios, asistirían a terapia, cambiarían sus conductas, se verían menos ansiosos, tristes, además nos serviría como una forma de contenedor de conductas, ya que solo se autorizarían las salidas de los que tienen buenas conductas (premio), una cosa como: si te portas bien puedes salir.

Es innegable que la familia es importante y su participación en la rehabilitación de su familiar aportaría a un tratamiento efectivo y eficaz mejorando la calidad de vida no solo del paciente, sino de la comunidad en general, pacientes/funcionarios.

Investigador: Pregunta 10 ¿Los pacientes visitados cada cuanto tiempo reciben visitas (días y horas) y cuáles son sus conductas sociales apreciadas durante y después de las visitas)?

AS4: Los cuatro no reciben visitas.

Investigador: Pregunta 11 ¿Cuáles son las conductas sociales apreciadas de los pacientes no visitados?

AS4: Los pacientes suelen extrañar a sus familiares, cuando otros pacientes son visitados se quedan mirando porque también quieren ser visitados, se entrometen en las visitas; pero uno no puede hacer nada, aunque quisiéramos no podemos obligar a las familias que los vengán a ver. Nuestros pacientes con poco serían felices, un poco de afecto, unas caricias. Nosotras lo hacemos, pero ya lo dije no es lo mismo, aunque pasemos 7 días a la semana, 24 horas diarias no somos su familia (Sienten el abandono).

Investigador: Pregunta 12. ¿Existe algún tipo de interacción entre los pacientes institucionalizados y la comunidad que fase de interacción?

AS4: Antes de la pandemia los pacientes salían, pero ahora no salen, su vida gira las 24 horas al interior de la instalación, para ser honesta los pacientes psiquiátricos no salen de la instalación.

Investigador: Usted cree que, si los pacientes psiquiátricos pudieran socializar, como, por ejemplo: salir a la feria, ir al parque, cosas simples que ayude a su desarrollo e interacción social que lo saque de la rutina diaria, ¡ayudaría a suplir el abandono del cual son víctimas!

AS4: Si, mejoraría sus relaciones conductuales, tenemos pacientes que ni siquiera saben que la micro se paga con tarjeta bip, llevan tantos años encerrados que no saben nada de la realidad actual.

Investigador: ¿Cree usted que una simple salida a la feria sería un aporte en el paciente?

AS4: Si, considero que sería un aporte emocional, ayudaría en el estado anímico y todo aporta a mejorar sus conductas sociales, mejorando sus relaciones sociales podrían cambiar sus conductas lo que favorecería a todos.

Me imagino el primer día de salida, sería complicado, se portarían mal, pero sería bueno, les falta esa parte de socializar, de tener una vida más social, ser parte de algo, y además creo que supliría en algo el abandono del cual son víctima.

Investigador: Pregunta 13. ¿Bajo su experiencia y conocimiento diario en la vida de los pacientes institucionalizados, podría confirmar si el hecho de ser abandonado por sus familiares afecta en sus conductas sociales y cuáles serían esas conductas?

AS4: Sí, porque no salen con nadie más, la única interacción somos nosotras nadie más, pasamos tantas (funcionarias) por aquí, pero no es lo mismo que tener a tu familia cerca, la ausencia familiar la demuestran con sus conductas sociales, entre momentos de irritabilidad, agresivas, melancólicas, mal genios, no querer comer etc.

En ocasiones ellos nos hablan de que echan de menos a sus familias, que se quieren ir a sus casas, porque no me vienen a ver, ya no me quieren, uno les explica que estamos en pandemia, no pueden, están trabajando, aunque nosotras sepamos que no vienen porque simplemente no les interesa venir. El hecho de ser abandonados por sus familiares afecta profundamente en sus conductas sociales en donde muestran estados de irritabilidad, ansiedad, retraimiento y muy especialmente en conductas agresivas y violentas, lo más preocupante de esto es sus estados emocionales que producen periodos depresivos, nostálgicos y melancólicos que afectan en su tratamiento y rehabilitación. Sus afecciones psicológicas han provocado que algunos pacientes hallan intentado suicidarse.

Investigador: ¿Dentro de su observación usted cree que ellos sienten el abandono?

AS4: Si, a pesar de su condición ellos se dan cuenta de que no los vienen a ver.

Investigador: Pregunta 14. ¿Existe alguna relación directa entre no recibir visitas y conductas sociales conflictivas que afecten la convivencia y normalidad de la institución?

AS4: Como se ha dicho durante toda la entrevista, y mi trabajo directo con los pacientes puedo decir efectivamente que el hecho de no recibir visitas tiene relación directa con las conductas sociales conflictivas y obviamente dañan la convivencia y normalidad de la institución, lo cual se observa en sus comportamientos agresivos, es frecuente que al interior del área psiquiátrica se generen peleas entre los pacientes por cualquier motivo.

Es fundamental en el proceso recuperatorio que los pacientes tengan un proceso de socialización y que ellos puedan interactuar, sabemos que ahora por tema de pandemia y ausencia familiar no pueden salir, somos lo único que tienen transformándonos en lo más cercano a una familia, inclusive cuando llegamos estresadas ellos se dan cuenta de nuestra situación, y afecta en su estado anímico, sobre todo en un paciente que nos considera sus hijas.

En pocas palabras, sin querer nos transformamos en su segunda familia generándose un apego profundo, pero es innegable que el abandono familiar afecta en sus conductas sociales.

ANEXO 11

ENTREVISTA PROFESIONAL TENS5.

Soy C. A. A. Técnico Nivel Superior en Enfermería de la Fundación COANIL, residencia los Ceibos, casa Los Boldos, comuna de Colina.

Investigador: Pregunta 1. ¿Qué experiencia tiene en el área psiquiátrica?

TS5: En la actualidad prestando servicio en la Fundación Coanil alrededor un año en el área psiquiátrica en la casa Los Boldos de Colina.

Investigador: Pregunta 2. ¿Qué relación profesional mantiene con los pacientes Siquiátricos en estudio? ¿Cómo se relaciona directamente con ellos?

TENS5: Mi relación con los pacientes es directa, soy el encargado de suministrar los medicamentos, tomarle los signos vitales (presión arterial), ver la tabla de posiciones, aplicar el Flysch si es necesario, aseo corporal, en pocas palabras yo conozco su estado de ánimo, sus conductas, quienes son o no visitados, reacciones y relaciones en general.

En pocas palabras, conozco los desajustes y problemas conductuales.

Investigador: Pregunta 3. ¿Para su profesión (identificar) que aporte tiene está? Pertinencia profesional.

TENS5: Totalmente, todo lo que aporte a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes es valioso, como funcionarios de la salud sabemos que la presencia familiar es importante en su desarrollo psicoemocional, al contrario, la ausencia es un perjuicio y retroceso ante cualquier avance. Por lo cual considero que esta es relevante en mi quehacer profesional, ya que nos permitirá mejorar sus niveles de socialización, contención emocional/ambiental, tratamiento/rehabilitación y, en especial ser más empático al comprender mejor su dolor.

Investigador: Pregunta 4. ¿Qué tipos de conductas sociales presentan los pacientes en general y cuáles serían los niveles conductuales que muestran?

TENS5: En general, las conductas sociales más frecuente o predominante que se visualiza al interior de la casa son las conductas agresivas físicas y verbales, violentas, emocionales, nostálgicas, soledad, problemas de falta de apetito y últimamente se han observado que algunos pacientes muestran estados depresivos, además tenemos pacientes que presentan actitudes que impiden que otros pacientes realicen sus actividades con normalidad. Para que se

entiendan ellos tienen un sistema de visitas normadas, en donde sus familiares pueden venir a verlos a la institución, los pueden sacar por el día o llevarlos por el fin de semana a sus casas. El tema es que del total pacientes que atendemos en la casa, solo dos son visitados y el resto de los pacientes se encuentran en un abandono total.

En consecuencia, puedo decir que las conductas agresivas y violentas son las conductas que prevalecen al interior de la instalación y sus niveles son elevados, presentándose a diario.

Investigador: Pregunta 5. ¿La reclusión y socialización reducida es un factor de conducta sociales nociva de los pacientes que acá se atienden?

TENS5: Si, influye demasiado, el hecho de estar encerrados toda su vida afecta en sus conductas sociales, por ejemplo: tengo pacientes que están desde niños encerrados, ellos han pasado toda su vida institucionalizados lo que influye mucho en sus conductas sociales, se ponen agresivos porque quieren salir, aunque sean psiquiátricos el encierro los mata y esto provoca, por un lado estados de agresividad, y por otro intento de fuga (todos los días). Y con respecto a lo último cada vez que se presenta un intento o fuga tenemos internos con profundas heridas (se enganchan en los fierros) o extraviados por varios días, sin comida, durmiendo en la calle, pero, aunque no lo crea llegan “felices.”

Investigador: Pregunta 6. ¿Cuántos de los pacientes institucionalizados (en estudio) no reciben visitas y cómo reaccionan cuando otros pacientes son visitados?

TENS5: Lo mismo que te estaba explicando hace poco, tengo veintiséis (26) pacientes de los cuales solo dos (2) son visitados, y cuando los otros internos se dan cuenta que otros pacientes están siendo frecuentados o son sacados fuera de la instalación, por el día o fin de semana, tienden a ponerse agresivos e intentan salir a la fuerza de la instalación, y al no poder concretarlo reaccionan agresivamente en contra del personal, como de los demás pacientes quienes sufren de la rabia e impotencia de quienes no reciben visitas o pueden salir fuera de la instalación.

Llevo un año prestando servicio a los mismos pacientes, y me atrevería a decir que a pesar de su condición psiquiátrica ellos se dan cuenta y sufren el abandono del cual son víctima.

Investigador: Pregunta 7. ¿Cuál es el nivel de compromiso que presentan las familias de los/as pacientes institucionalizados y cuáles cree usted que serían las causas?

TEN5: En pocas palabras, se transforman en rostros y voces desconocidas, ya no existe ese apego producto del abandono, en síntesis, existe cero compromisos con el familiar (son dejados y abandonados) e institución (no se hacen cargo de sus gastos médicos, insumos, etc.)

El nivel de compromiso familiar en nuestros pacientes, estoy seguro, es bajo, son muy pocos los visitados, algunos solo reciben llamadas y la mayoría en abandono, lo que produce conductas agresivas, violentas y muchos estados de ira, pasan mucho tiempo irritables.

Investigador: Pregunta 8. ¿Según su experiencia se podría identificar daños, perjuicios a causa del abandono familiar? Porqué y cuáles.

TEN5: en sus miradas y rostros se pueden observar que reflejan soledad y aunque pasen años sin visitas, ellos a pesar de sus patologías necesitan afecto, abrazos y lo penoso es que tengo un paciente en abandono total por años y el hasta el día de hoy llora y llama a su madre

Como ejemplo: tengo un paciente que hace años que no lo venían a ver, pero hace unos días vino su madre a verlo y el paciente al momento del encuentro reaccionó con violencia y rechazo hacia ella, ya que lamentablemente la conexión se perdió, el lazo y apego producto de los años de abandono hizo su parte, y el único perjudicado es el paciente, ya que la madre, obviamente, se alejará más, Dios quiera que no.

Con lo sucedido queda claro que los pacientes necesitan, a pesar de sus patologías, la presencia de sus familiares en forma constante que permita mantener el apego y lazos familiares que favorezcan el tratamiento, rehabilitación y contención del interno.

Investigador: Pregunta 9 ¿Las familias a través de las visitas son un aporte emocional e interacciones afectivas? Por qué.

TEN5: Claramente sí, pero en este caso como yo te digo y te reitero lo mismo, acá existe un abandono total, o sea, no debería ser así, las visitas debieran ser más frecuentes, debieran ser un aporte en el tratamiento y rehabilitación de su familiar. Si supieran o imaginarán un poco la importancia que son para ellos a lo mejor ahí recapacitarían.

Con lo anterior, obviamente quiero decir que las familias a través de las visitas son un aporte emocional e interacción efectiva, pero las visitas constantes, las que mantienen el apego, lazo y sentimientos afectivos, las que aportan al control y estabilidad del paciente. Estas visitas son significativas, al contrario, las que son

muy a lo lejos en muchos casos son un perjuicio emocional profundo en el interno, porque sabe que existen, pero no me quieren ver, y para que hablar de las familias que abandonan a sus parientes.

Pero, en respuesta a la pregunta, en el caso de mis dos pacientes visitados, las familias son un aporte significativo, valioso y aplaudido, porque se observa en sus conductas sociales, en su forma de relacionarse, en su estado emocional, en sus ganas de vivir, en pocas palabras en su estado en general.

Investigador: Pregunta 10 ¿Los pacientes visitados cada cuanto tiempo reciben visitas (días y horas) y cuáles son sus conductas sociales apreciadas durante y después de las visitas)?

TENS5: Como ya comenté, tengo dos pacientes que son visitados y uno de ellos la madre lo viene a buscar todos los viernes para llevárselo por el fin de semana a su casa, el tema es que el paciente ya el miércoles está preparando su maleta, a pesar de su condición psiquiátrica sabe que en unos días más vendrá su madre a buscarlo. Lo que tenemos que hacer nosotros es bajar un poco la ansiedad para que la espera sea grata y no conflictiva, pero tengo que ser honesto, la conducta del paciente es positiva y controlable producto de la interacción familiar que controla afectivamente y emocional al paciente visitado.

Ambos pacientes muestran conductas positivas, controlables y pasivas, lo que es factor favorable al pabellón, ya que son dos pacientes que no mostraran actitudes agresivas, violentas o desajustes emocionales, y todo es gracias a las visitas e interacción afectiva con sus familiares, el que sale los fines de semana y al que vienen a ver seguido, se nota la presencia familiar y se agradece.

Investigador: Pregunta 11 ¿Cuáles son las conductas sociales apreciadas de los pacientes no visitados?

TENS5: No visitados, tenemos pacientes en abandono total, me atrevería a decir que ya mi recuerdan la cara de su mamá, acá se siente la necesidad de tener una interacción familiar, de tener una vida afuera de la institución, que los saquen, que los quieran; en el fondo necesitan lo que cualquier persona necesitaría en algún momento de su vida, sentirse queridos, tener relación familiar y la ausencia de estas en nuestros pacientes provoca conductas agresivas y violentas que afecta profundamente la seguridad del personal y pacientes.

El abandono familiar ligado al encierro los limita mucho, y con el simple hecho de cruzar o saltar el portón se liberan, los pacientes en abandono lo único que desean es arrancarse. La fuga es la libertad y es una forma de olvidar el

desamparo del cual están inmerso, aunque en la calle pasen hambre, frío y tengan que dormir en el suelo, dejando de lado la comodidad de la institución en donde son atendidos, alimentados y aseados; a pesar de todas esas penurias que pasan en las calles, ellos llegan felices y cuentan su experiencia como si fuese algo de otro mundo. Aquí es importante recalcar que los pacientes tienen salidas semanales, pero siguen estando al cuidado o control de los funcionarios, y ellos lo que quieren es libertad de acción.

Acá, el tema del abandono no solo afecta a los internos, sino también a los funcionarios que tenemos que sufrir la violencia y agresividad de ellos, producto del desamparo, encierro que los desajusta emocionalmente provocando conductas sociales nefastas que afectan la convivencia del pabellón.

Cuando yo llegué a la institución sabía que llegaría a prestar servicio a un área sensible, como lo es la psiquiatría, pero el impacto fue más de lo esperado y no precisamente por sus condiciones psiquiátricas, más bien por el abandono en los cuales encontré a los pacientes, y es inevitable generar lazos con ellos, y fue mi caso, me encariñé mucho con un paciente que está en abandono por años, y lo que me mató es cuando lo vi llorar y llamar a su madre que lo abandonó a los 18 años y ya tiene 29 años.

Investigador: Pregunta 12. ¿Existe algún tipo de interacción entre los pacientes institucionalizados y la comunidad que fase de interacción?

TENS5: Dentro de la Comunidad, Sí, acá los pacientes tienen una o dos salidas semanales, donde los llevamos al fundo, al cerro o al parque y cuando esto sucede ellos llegan felices, contentos, cansados y controlados, Ejemplo: cuando ven llegar el furgón se ponen felices porque saben que saldrán de la institución, y ese simple hecho de cruzar el portón los relaja.

Investigador: ¿No les da miedo que algún paciente se arranque o tenga conductas agresivas en el momento de la salida?

TENS5: Para nada, al contrario, la salida no genera actitudes negativas, sino al contrario, genera actitudes positivas las que se visualizan en su comportamiento y actitudes e inclusive me atrevería a decir que ellos saben cuándo comportarse, son muy inteligentes, son demasiado inteligentes, saben cuándo y con quien comportarse (se controlan, se motivan).

Como comenté en la pregunta anterior, muchos de nuestros pacientes lo único que quieren es arrancarse de la instalación como forma de mantener una interacción o socialización y suplir el abandono, lo que no es lo mismo cuando

nosotros lo sacamos, porque, aunque estén afuera del recinto, igual siguen estando al cuidado y controlados por los funcionarios, el caso es que ellos quieren tener el control de sus actos, ser autónomos y sentirse libres, se entiende el punto.

Es positivo que tengan interacción, además de las salidas anteriores, también lo sacamos al cine, y en cada salida las conductas sociales que muestran son totalmente diferente a las conductas que mantienen al interior de la institución, entonces puedo decir claramente que el hecho de salir les cambia la vida, aunque sea por un tiempo corto, pero los saca de la rutina y los hace olvidar el abandono del cual son víctima y suple la falta de interacción familiar, aunque luego vuelvan a su realidad e intenten nuevamente arrancar de la institución. En el fondo nada suple a sus familias y la importancia que en ellos es.

Otro punto importante para considerar es que las salidas pueden ser utilizadas como forma de controlar sus conductas sociales agresivas o violentas, ya que los pacientes que se portan mal no serán autorizados a salir, y como mencioné ellos saben cuándo, se les dice, te estas portando mal y no iras al paseo, aunque no lo crea cambian sus conductas.

Investigador: Pregunta 13. ¿Bajo su experiencia y conocimiento diario en la vida de los pacientes institucionalizados, podría confirmar si el hecho de ser abandonado por sus familiares afecta en sus conductas sociales y cuáles serían esas conductas?

TENS5: El hecho que se han abandonado, por supuesto que afecta en sus conductas, siendo la más frecuente la agresividad seguida por desajustes emocionales, además considero que se potencian o incrementan sus problemas psicológicos; porque a pesar de su discapacidad igual sienten el abandono y esa carencia afectiva daña profundamente su emotividad, por lo que normalmente los vemos melancólicos, tristes y sobre todo con muchas ganas de abandonar el recinto, y al no poder hacerlo se irritan provocando conductas agresivas, violentas y dañinas hacia ellos y los demás miembros que componen la población del pabellón.

Tengo pacientes que igual siguen preguntando por sus familias, preguntan por su madre, aunque lleven años abandonados y sin ver a sus familias, aunque sean severos, ellos sienten el encierro y soledad, como es el caso de un paciente que lleva años abandonado y aun dice que se quiere ir a Limache, a pesar de los años sabe que viene de Limache y que allá encontrará a su familia, Si usted me pregunta por el impacto del abandono en los pacientes honestamente en la respuesta quedo corto.

Para responder claramente su pregunta con respecto a que si el abandonado por parte de sus familiares afecta en sus conductas sociales es claro y efectivo que este hecho afecta en sus conductas sociales, el encierro y ausencia familiar causa un daño profundo en su condición emocional, y las conductas que se reflejan son la agresividad, violencias , irritabilidad, melancolía, intentos de fuga, hechos que no solo afecta al paciente causante, sino también al resto de los pacientes como a los funcionarios, ya que poder controlar su ansiedad es complicada, no olvidemos que son pacientes con una medicación elevada, estoy hablando de remedios que los dejan bastante dopados durante el día, pero así, ellos muestran estados de ansiedad, igual se irritan y tienen conductas agresivas a causa del abandono y encierro de años.

Investigador: Pregunta 14. ¿Existe alguna relación directa entre no recibir visitas y conductas sociales conflictivas que afecten la convivencia y normalidad de la institución?

TENS5: Sí, y se refleja todo los días, y se potencia en los días de visitas, cuando ellos se percatan que los dos pacientes que son visitados reciben visitas o se percatan cuando los vienen a buscar se producen desajustes y descontroles severos lo que genera peleas, y cuando digo peleas hablo de peleas grupales, para poder evitar esos se tomó la decisión hace poco de sacar a los pacientes fuera del pabellón a recibir sus visitas, para que no genere cambios de conductas, las cuales siempre, pero siempre son violencia o agresiones física.

Cuando un paciente se desajusta normalmente produce un desajuste masivo, en donde la mayoría participa en las conductas violentas o agresivas, las que pueden ser a causa de desajuste médico, pero mayoritariamente son a causa del encierro y abandono del cual son víctimas por años, lo que ellos a pesar de sus patologías y años de soledad aún recuerdan y las añoran, es penoso escucharlos llorar y llamar a sus madres quienes hace años los olvidaron.

DESPEDIDA:

“El dolor mental es menos dramático que el dolor físico, pero es más común y también más difícil de soportar.

(C. S. Lewis)