



UNIVERSIDAD  
ACADEMIA  
DE HUMANISMO CRISTIANO

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO**

---

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**

Página | 1

Hogares protegidos forenses, reinserción y rehabilitación.

Profesor Guía: Patricio Araya

Profesor metodólogo: Francisco Kamman

Alumno: Sebastián Díaz

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Tesina para optar al título de Psicólogo

***HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN***

---

***SEBASTIAN DÍAZ FERRARI***



Índice

Antecedentes .....	5
Formulación del problema.....	13
Pregunta de investigación .....	15
Relevancia .....	15
Objetivos general.....	17
Objetivos específicos.....	17
Marco teórico.....	18
Marco metodológico.....	64
Análisis de datos.....	75
Conclusiones .....	131
Bibliografía .....	136
Anexos.....	139



UNIVERSIDAD  
ACADEMIA  
DE HUMANISMO CRISTIANO

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO**

---

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**

Página | 3

***“He sido un hombre que busca y aun lo sigo siendo,  
pero ya no busco en las estrellas y los libros,  
sino en las enseñanzas de mi sangre”***

(Hermann Hesse)

***HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN***

---

***SEBASTIAN DÍAZ FERRARI***



**Agradecimientos:**

A mi abuela por estos 24 años de entrega de amor incondicional, a mi madre y padre por su gran esfuerzo, a mi tío por ser mi otro padre, a mi familia, mi novia, a mi profesores, por intentar esculpir en esta roca, a mi profesor guía por su paciencia y apoyo y a todos los que han hecho este proceso posible todo esto.

Solo queda que decir .....

Gracias.



## **Antecedentes**

Se estima que en la actualidad en Chile un 36% de la población tiene alguna patología psiquiátrica y que el 16% sufre depresión de acuerdo a las cifras entregadas por el presidente de la sociedad chilena de salud mental (Cambria. H 2009). A nivel mundial el panorama no es de ningún modo más alentador.

La depresión grave es hoy la causa principal de discapacidad. Unas 450 millones de personas sufren trastornos mentales o neurológicos o problemas psicosociales como los relacionados con el abuso del alcohol y las drogas; alrededor de 50 millones padecen epilepsia y otros 24 millones, esquizofrenia. Cada año, un millón de personas se suicidan y entre 10 y 20 millones intentan hacerlo.

Estas cifras que son alarmantes fueron entregadas por la Organización Mundial de la Salud en su informe del año 2001 (OMS.2001) nos permiten y nos hace reflexionar sobre nuestra futuras prácticas. Dando cuenta o más bien dejando entrever que la salud mental es uno de los problemas más importantes en lo que compete a esta sociedad globalizada y que por ende, se hace necesario cambiar la mirada mejorar las prácticas así como también el medir los avances obtenidos en estos temas.

Los miedos, prejuicios, estigmas y principalmente ignorancia de nuestra comunidad frente a las enfermedades mentales han impedido que muchas personas que sufren enfermedades mentales no reciban el tratamiento que necesitan. Resultando aun más grave, que un gran porcentaje de ellas ni siquiera alcanzan a ser diagnosticadas y viven escondidas o negadas por sus familiares, quienes asumen a sus parientes con trastornos como una vergüenza o castigo. En la actualidad, esta mirada ha ido cambiando paulatinamente generándose un acercamiento a una sociedad más justa y

**HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN**

**SEBASTIAN DÍAZ FERRARI**



equitativa en cuanto a derechos e igualdad de acceso, aun cuando el velo de la locura nos persigue todavía.

En Chile (Sepúlveda. Rafael ,2004) como en la mayoría de los países de América Latina. Sólo se ha realizado una inversión significativa en salud mental cuando se crearon los hospitales psiquiátricos de la Región Metropolitana a fines del siglo pasado y durante la primera mitad del siglo XX, en una época en que esa era la única forma de atención conocida. El proyecto original de dotar a cada provincia de uno de estos hospitales nunca se concreto. La inversión y la mejora de las practicas en salud mental es propia de los gobiernos Pro democracia aquí en Latino América, es decir post Dictadura.

La mayoría de los países que han mejorado sus prácticas y sus sistemas de salud mental, prevención y psiquiatría. Son aquellos que han contado en un momento determinado con la coincidencia entre voluntad política, lo cual permite destinar recursos en forma específica para ello y asegurarlos con mecanismos de presupuestación y gestión para que no fuesen absorbidos por acciones de salud general. Todo ello además gracias al respaldo social, especialmente de organizaciones de usuarios y familiares para protegerlos. Si esto no es explícito, aunque se aumenten los recursos, es muy probable que las acciones de salud mental y psiquiatría continúen siendo postergadas.

En el caso de nuestro país la inversión en salud mental no supera el 1,2% del presupuesto nacional es decir en cifras abarca algo así como 1.130.824.708.000 millones de peso anuales (MINSAL.2000). Muy por debajo de países que han demostrado una efectiva manera de administrar la salud mental como lo son EEUU que invierte cerca de un 8% de su presupuesto y aun más lejano de Europa que invierte cerca de un 16% en este tema.



Dentro del plan de salud mental en nuestro país existen diversas instancias o mecanismos de contención frente a la demanda. Es así como nuestro plan de salud aborda desde una visión psicomunitaria, las políticas que hacen referencia a nuestra salud mental existiendo distintos grupo o centros de atención de acuerdo a las necesidades de los pacientes. Página | 7

A continuación se describirá brevemente los dispositivos que componen la red de salud mental tomando un documento elaborado por el MINSAL, 2000 y sus principales funciones:

**Centros de atención primaria:** De acuerdo al modelo comunitario. Los equipos de atención primaria en todos sus establecimientos son por ejemplo: postas rurales, consultorios rurales y urbanos, hospitales 3 y 4, y de preferencia centros de salud familiar (CESFAM) y que realizan las siguientes actividades:

- Desarrollar acciones de promoción de la salud mental, en conjunto con otros sectores. Reforzando factores protectores psicosociales.
- Desarrollar acciones de prevención específica de problemas de salud mental o enfermedades mentales, focalizadas a grupos de riesgo.
- Realizar actividades de detección precoz de enfermedades mentales.

**COSAM:** Estos equipos representan el nivel secundario de resolución, descentralizados en cada comuna y sectorizados con un área territorial y con una determinada población beneficiaria. Deben estar conformados por psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional, técnico paramédico y técnico en rehabilitación psicosocial. Se requiere al menos un Centro de Salud Mental Comunitario por cada comuna con más de 40.000 beneficiarios e idealmente un equipo por cada 40.000 a 100.000 beneficiarios.

**HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN**

**SEBASTIAN DÍAZ FERRARI**



Este modelo de Centros de Salud Mental Comunitarios incluye las siguientes actividades:

- Colaborar activamente con los Centros de Atención Primaria en las acciones de promoción y prevención.
- Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación desde una perspectiva bio-psicosocial y sistémica de los problemas de salud mental de alta complejidad, desarrollando en particular métodos de intervención propios de la salud mental comunitaria.
- Favorecer la integración socio-laboral de las personas con enfermedades mentales discapacitantes, incluyendo el fomento de empresas sociales.

### **Atención especializada en CDT y CRS:**

Para los fines del modelo de salud mental y psiquiatría estas instancias desarrollan funciones similares. En ellas se pueden diferenciar dos áreas principales: Consulta externa de psiquiatría y servicios de apoyo.

### **Funciones de la Consulta Externa**

- Proveen tratamiento a personas con patología médica de alta complejidad que requiere tratamiento en CRS, CDT o CAE y que presentan enfermedades mentales severas.
- Proveen Tratamiento a personas con patologías psiquiátricas severas, con o sin patologías médicas complejas asociadas y en coordinación con la Red de Salud Mental.
- Mantener una coordinación periódica con la Red en general, y específicamente con equipos de Centros de Salud Mental Comunitarios para garantizar la

**HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN**

**SEBASTIAN DÍAZ FERRARI**



continuidad de tratamiento de las personas con enfermedades mentales severas (por ejemplo a través de reuniones clínicas conjuntas).

**Hospital de Día:** Es la alternativa preferencial para el tratamiento de personas con enfermedades mentales severas que presenten un episodio agudo de descompensación sintomática y que cuenten con una red social de apoyo. Este dispositivo recibe personas derivadas desde la Red en general que no puedan ser manejados en forma ambulatoria, evitando la hospitalización total, y desde el Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía para acortar el tiempo de estadía.

Las principales funciones de este dispositivo son:

- Realizar evaluaciones bio-psicosociales de personas con enfermedades mentales que presentan a nivel del Centro de Salud Mental Comunitario alta dificultad diagnóstica o resistencia a tratamiento.
- Proveer tratamiento integral, desde una perspectiva bio-psicosocial, a personas con enfermedades mentales que requieren una intensidad terapéutica mayor que la entregada en un Centro de Salud Mental Comunitario, debido a la complejidad o agudización de su sintomatología.
- Completar el proceso de estabilización clínica de personas que han sido hospitalizadas en servicios de psiquiatría de corta estadía.



### **Corta Estadía:**

Dispositivo destinado al tratamiento de personas con enfermedades mentales severas que presenten un episodio agudo de descompensación sintomática y que no cuenten con una red social de apoyo, o que la complejidad del cuadro clínico supere la capacidad de contención del hospital de día. Recibe derivaciones de la Red en general y principalmente personas derivadas desde los centros de salud mental comunitarios y los servicios de urgencia, realizando atención de enlace cuando se requiere alguna hospitalización. Este Servicio se ubica en un hospital general tipo 1 o 2. Los servicios de corta estadía que en la actualidad se encuentran en Hospitales Psiquiátricos serán trasladados a Hospitales Generales tan pronto se disponga de la infraestructura y las condiciones necesarias.

Las principales funciones de este dispositivo son:

- Realizar evaluaciones biopsicosociales de personas con enfermedades mentales que presentan a nivel del Centro de Salud Mental Comunitario alta dificultad diagnóstica o resistencia a tratamiento y que no pueden ser evaluados en hospital de día.
- Proveen tratamiento integral, desde una perspectiva biopsicosocial a personas con enfermedades mentales que requieren una intensidad terapéutica mayor que la entregada en un Hospital de Día. Debido a la complejidad o agudización de su sintomatología.
- Proveen atención de enlace a los servicios de emergencia y servicios clínicos de atención cerrada médico-quirúrgica hospitalarios.



### **Hogares Protegidos:**

Son alternativas transitorias de residencia, con apoyo de cuidadores. Para personas con discapacidad psicosocial, en períodos en los que no disponen de un soporte familiar adecuado ni de habilidades para funcionar en forma independiente.

### **Red de Servicios de Urgencia de Salud:**

El plan estratégico contempla el desarrollo a mediano y largo plazo de estos dispositivos al interior del Servicio de Salud. Los equipos de los distintos dispositivos de la Red de Urgencia de Salud Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU) y los Servicios de Emergencia de los Hospitales Generales, deberían atender las urgencias psiquiátricas de mayor prevalencia. Esto implica la adquisición de nuevas competencias incluyendo el manejo farmacológico agudo, la intervención en crisis y la derivación asistida.

Los Servicios de Emergencia de los Hospitales tipo 1 requieren del servicio de enlace de psiquiatra, psicólogo y enfermera especializada en salud mental, de acceso permanente, que debe ser provisto por el equipo residente de servicios de corta estadía del hospital. Estos profesionales, en este nuevo modelo, tienen la función de atender a las personas con cuadros agudos de mayor complejidad que demanden atención en la Red de Urgencia, y además efectuar Consultoría de Salud Mental con todos los equipos profesionales de la Red de Urgencia de su Servicio de Salud con el fin de aumentar su capacidad de resolución.

Las personas atendidas por problemas de salud mental en servicios de urgencia, además de recibir intervenciones en crisis y psicofármacos en estos servicios, requieren ser derivadas a alguno de los distintos dispositivos de la red de salud mental descrita. Con este objeto, los servicios de urgencia deben trabajar coordinados con

esta red y disponer de protocolos de referencia. Este sistema aun no se encuentra implementado en su totalidad.

### **Sistema Nacional de Psiquiatría Forense:**

Este sistema, establecido en 1999, brinda atención oportuna, ya sea mediante tratamiento o programas de reinserción laboral y familiar, a las personas sobreseídas o absueltas judicialmente por padecer de alguna enfermedad mental. Las prestaciones de tratamiento y de rehabilitación a las personas que no representan un peligro para la comunidad se realizan mediante programas ambulatorios de psiquiatría forense en instalaciones de la red de centros de salud mental y psiquiatría y en hogares protegidos pertenecientes a los servicios de salud. El tratamiento de las personas que presentan algún grado de peligrosidad se realiza en la Unidad de Psiquiatría Forense de Alta Complejidad que es una unidad de referencia nacional con 20 camas, o en alguna de las dos unidades de psiquiatría forense de mediana complejidad, que son unidades de referencia regional con un total de 60 camas.

Hasta 1998, la lista de espera para recibir tratamiento era de alrededor de 120 personas, sin embargo, la creación de estas unidades permitió reducir esta cifra a una cuarta parte. En la actualidad, alrededor de 70 personas sobreseídas ingresan anualmente en las unidades de psiquiatría forense, mientras otras 300 reciben tratamiento ambulatorio y 85 viven en hogares protegidos.



## **Formulación del problema**

Resulta un tanto difícil abordar este tema sin entrar en la elaboración de un marco teórico, es por eso que postergaré hacia más adelante en mi trabajo.

Página | 13

El trabajo con los pacientes sobreseídos hoy en día en el **Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak**, es decir con individuos que han cometido delitos y que no son imputables para la justicia porque cursan una patología psiquiátrica. Ellos luego de ser estabilizados quedan en éste lugar en un régimen cerrado llamado Hogares Protegidos existiendo 8 de estos con 5 pacientes como mínimo por hogar. Siguiendo un tratamiento psiquiátrico hasta que la justicia dictamine que ha cumplido su condena, esta tiende a ser algo mayor en tiempo que una condena común, pero existe mayor grado de libertad obviamente.

Es así como las antiguas prácticas que describía Foucault (1964) hoy en día se ponen ante la palestra. Con sus escritos que consistían en camisas de fuerza, aislamiento, castigos físicos e internación de por vida, que fueron por cientos de años los tratamientos aplicados a personas que padecían enfermedades psíquicas. Pero hoy en día gracias a los logros, reivindicaciones de los derechos humanos y la justicia social, estas situaciones han ido cambiando. Y ya nadie pone en duda que la internación prolongada en hospitales psiquiátricos y la utilización de mecanismos opresores agrava, más que sana, una enfermedad mental severa.

La búsqueda de alternativas a estos sistemas, ha permitido el desarrollo de otros modelos que, en forma más humanitaria, hacen posible no sólo la rehabilitación, sino también la integración de las personas que sufren de discapacidad psíquica. Es así como desde el año 2004 y partiendo desde la necesidad que presentaban estos pacientes y a través del trabajo del Asistente social Cristian Paredes realiza el proyecto "Junto construimos un sueño" que busca principalmente generar redes de inserción social de estos pacientes, que busca o aborda la reinserción desde

**HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN**

**SEBASTIAN DÍAZ FERRARI**



concepto de resiliencia, en búsqueda de una mejora paulatina en las habilidades sociales y mejora de autonomía de los propios pacientes, es así como en el año 2008 conozco este trabajo que desde un principio llamo mi atención, lo cierto es que partiendo de la premisas básicas de los hogares protegidos la rehabilitación y en búsqueda de una mejora en las practicas de estos mismos. Desde mi experiencia en estos hogares he reflexionado mucho entorno a las potencialidades de estos, asi como también en el rol que cumplimos nosotros los estudiantes, claro esta que experiencia es enriquecedora en todo sentido, aun cuando resulta lamentable en un primer momento la falta de inducción, así como también creo que existe cierta libertad de acción que dificulta el proceso, no en termino de generar estrategias , sino en para que buscamos, que intentamos hacer, que pretendemos conseguir con nuestra intervención, al no existir un lineamiento claro de trabajo muchas veces si analizamos nuestras intervenciones se vuelven infértiles o simplemente recreativas. Es allí en donde resulta importante recalcar el hecho de que en nuestra formación se debe priorizar el beneficio del paciente, entendiendo que esta practicas pueden ser recreativas , pero deben ser beneficiosas a largo plazo entregando cimientos o continuidad en el proceso. Es así como en cómo según mi experiencia necesaria una evaluación considerando variables psicológicas e individuales de los pacientes, basados en la nueva concepción de la psiquiatría comunitaria. Es así como la intención de esta investigación apunta a evaluar ya desde una mirada psicológica las funciones cognitivas acuñadas en el termino cognición social (Grado de insight y estado de animo depresivo), de los hogares protegidos que ya están o han sido intervenidos, es decir, cuatro hogares de los ocho existentes, dos han sido intervenidos por cuatro años y dos por uno. Además se pretende incluir una evaluación del proceso de los talleres y de intereses de desde la mirada de los pacientes , ya que como sabemos muchas veces al momento de evaluar procesos en el mundo de las políticas públicas, por ejemplo desde mi experiencia ( trabajo en un plan comunal de seguridad publica.) los números resultan más importantes que las



personas y los procesos. Considerando además que estos hogares conforman muchas veces lugares de pre practica de estudiantes de psicología y trabajo social de nuestra universidad la elaboración de un material que dé cuenta del estado, la visión con la cual se trabaja y se entiende la enfermedad, las dificultades y las necesidades de estos mismos promueven un mejoramiento tanto para el estudiante ya que permite una intervención centradas en estas necesidades por hogar, como para la institución, entregando un servicio más efectivo a los pacientes en búsqueda de mejoras de prácticas y calidad de vida.

**Pregunta :**

Cuál es el estado de avance de los pacientes de los hogares protegidos forenses a nivel psicológico y social

**Relevancia:**

La relevancia de esta investigación resulta un tanto metodológica, practica y social ya que el material existente en torno a los hogares protegidos y algún tipo de intervención psicoterapéutica es casi nulo, siguiendo esta línea la relevancia de establecer cimientos claros en búsqueda de una rehabilitación efectiva también se hace presente. Cabe aclarar que en lo que se refiere a estado de avances se intentara discernir si existe diferencias considerables tanto en la evaluación de cognición social de los y la evaluación de procesos, considerando la diferencia temporal de intervención. Esta investigación permitiría a su vez marcar un referente también en lo que concierne a los alumnos en práctica de psicología, ya que el contar con información de los hogares sistematizada y ordenada además de un análisis de esta misma permitiría realizar una intervención más enfocada y acorde con las necesidades reales de los pacientes o su vez centrada mayormente en los intereses de ellos. . En cuanto a la relevancia practica y social esta investigación pretende dar cuenta del estado de los hogares protegidos y las necesidades de los pacientes

**HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN**

**SEBASTIAN DÍAZ FERRARI**



entendiendo en un primer lugar que los hogares protegidos cuentan con todas las potencialidades para transformarse en verdaderos centros de rehabilitación como lo son los hogares protegidos de otros centro de salud, como por ejemplo el Hospital Barros Luco Trodeu, además de considerar un factor que creo que tiene mayor relevancia que es que estos hogares protegidos al ser forenses , muchas veces las prestaciones dejan de ser ambulatorias o de larga estadía sino que pasan a formar parte de gran parte de su vida o toda su vida, ya sea por el la alta cantidad de años que deben cumplir condena o por la inexistencia de redes familiares en la mayoría de los casos ya sea por que los delitos principalmente fueron cometidos en contra de su linaje o por el simple hecho de que los prejuicios en contra de las enfermedad mental y la delincuencia son muy marcados en nuestra sociedad.



### **Objetivo general**

- Establecer necesidades específicas de los hogares, así como también entendiendo fortalezas y debilidades de estos mismos. Página | 17

### **Objetivos específicos:**

- Dar cuenta del estado de cognición social por hogares y pacientes en búsqueda de mejorar procesos.
- Establecer si existe relación entre años de intervención y rehabilitación.
- Dar cuenta de las patologías principales presentes en los hogares protegidos desde un análisis nosológico, permitiendo así generar estadísticas con el fin de establecer modelo que se ajuste a las necesidades específicas.
- Conocer y describir el estado de los pacientes de los hogares psiquiátricos que participan del proyecto “Junto Construimos un sueño” evaluando cognitivamente, considerando además la propia evaluación de los talleres.

## Marco teórico.

En un primer momento se hace necesario comprender el qué es la psiquiatría forense y cuál es su misión, siguiendo esta línea es preciso decir que la psiquiatría forense es una rama específica de la medicina, que atiende a personas que presentan ciertos con la justicia enfocado su quehacer en dos grandes áreas, la primera es evaluar a través de diversos test psicométricos y otros instrumentos, en búsqueda de alguna discapacidad mental que permita determinar si al momento de realizar el delito se actuó con una patología base. La segunda labor corresponde al prestar ayuda psiquiátrica y de hospitalización a aquellas personas que habiendo cometido delito y que son sobreseído, es decir, el tribunal que llevaba su causa estimó de acuerdo a la investigación y evaluación que debía eximirlo de responsabilidad penal de acuerdo al Art. 10 N° 1 del Código Procesal Penal.

Página | 18

**“Art. 10. Cautela de garantías.** En cualquiera etapa del procedimiento en que el juez de garantía estimare que el imputado no está en condiciones de ejercer los derechos que le otorgan las garantías judiciales consagradas en la Constitución Política, en las leyes o en los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, adoptará, de oficio o a petición de parte, las medidas necesarias para permitir dicho ejercicio.

Si esas medidas no fueren suficientes para evitar que pudiere producirse una afectación sustancial de los derechos del imputado, el juez ordenará la suspensión del procedimiento y citará a los intervinientes a una audiencia que se celebrará con los que asistan. Con el mérito de los antecedentes reunidos y de lo que en dicha audiencia se expusiere, resolverá la continuación del procedimiento o decretará el sobreseimiento temporal del mismo<sup>1</sup>.”

Con el segundo grupo de pacientes es decir sobreseídos, el Servicio de Psiquiatría Forense desde aproximadamente siete años se a establecido una modalidad de atención con un sistema externalizado, esto es, entregarles una oportunidad de atención en un régimen no hospitalario, sino que inserto en la comunidad, en Hogares Protegidos. Es allí en donde antiguamente las personas que

antes pertenecieron al sistema penitenciario normal es decir reclusión en cárceles y que además cargaban con el estigma de haber cometido delito. Entendiendo esto es que los hogares protegidos busca que portadores de enfermedad mental que poseen carencias que deben ir siendo superadas ocupando mecanismos que fomenten la: Página | 19 autorrealización, afectividad, relaciones sociales, pertenencia y seguridad, en definitiva, en su calidad de vida. Intentando que ellos se desenvuelvan como actores de su propia vida y que se logren insertar en un medio social. Llevando a cabo así, tanto tareas propias como el auto cuidado, la higiene además de tareas que permitan fortalecer habilidades sociales que busquen la reinserción social.

En el afán de mejorar la calidad de vida de los pacientes del funcionamiento de los Hogares Protegidos, se ha visto la necesidad de diseñar un proceso de intervención que sea capaz mejorar la calidad de vida que llevan los pacientes una vez insertos en el Sistema de Hogares Protegidos, en aspectos como su recreación, inserción social, apoyo en redes familiares y comunitarias de manera que puedan optar a una variable vital de su proceso de recuperación y estimulación.

El proyecto de Intervención que se realiza se enmarca principalmente en el área de la salud mental de pacientes Psiquiátricos. El concepto que aquí trabajaremos es el propuesto por la Organización Mundial de la salud,(OMS 2001) la cual define salud mental como "...aquel estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social... ". Esta es una definición que contempla no tan solo la variable médica, sino que también aspectos psicosociales del paciente, otorgando los parámetros para situar la atención en la cual se debe establecer una eventual intervención. Esta debe posicionar al sujeto al centro de todo modelo de atención,

***HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN***

***SEBASTIAN DÍAZ FERRARI***

considerando la vulnerabilidad que impone un trastorno mental, especialmente si es de larga duración, que disminuye significativa y permanentemente las habilidades sociales necesarias para una integración adecuada a la sociedad.

“Estas enfermedades responden a factores biológicos, psicológicos y sociales, que son totalmente susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación” (MINSAL.2000) El manejo de estas enfermedades requiere de acciones de salud, que involucren a las personas, las familias y los grupos organizados de la comunidad permitiendo así la reinserción social.

Las patologías mentales graves afectan principalmente el sistema nervioso, provocando síntomas que deben ser tratados específicamente para disminuir los efectos que provocan en las capacidades personales para relacionarse con el medio social. Existen también otros factores del medio/ambiente, físico y/o social, que afectan las posibilidades de integración de las personas con discapacidad de causa psíquica.

Se entiende por Discapacidad Psíquica como toda restricción o falta de habilidades en una persona, para manejarse de forma independiente, de acuerdo a los patrones considerados como “normales” en un ser humano en una sociedad o cultura dada Esta discapacidad se puede manifestar en Historias de vidas traumáticas, fenómeno psíquico conocido como defecto que se trataría según K. Schneider (1955) a un proceso de retraimiento o regresión que bloquee en las personas el normal proceso de interacciones. También se deben mencionar el olvido y el menoscabo o pérdida de habilidades sociales, el sentimiento de desvinculación y el sentido de la no pertenencia como efectos de la institucionalización en donde ocurre un proceso de empobrecimiento de las relaciones sociales a consecuencia de la hospitalización, la



cual influye de sobremanera en el ritmo e intensidad de las Interacciones del individuo bajo estas circunstancias.

Estos fenómenos no tan solo se dan en instituciones psiquiátricas, sino también en cualquier espacio en donde se tenga una estadía prolongada.

Los pacientes con discapacidad psíquica presentan múltiples carencias, tanto a nivel personal, como en relación con el medio ambiente físico y social. El satisfacer estas necesidades es aún una materia pendiente por el estado de Chile y por ende de los trabajadores de la salud pública de nuestro país. Entre las necesidades que se han detectado se consideran:

Tratamiento especializado, se trata de estabilizar y controlar los síntomas del Trastorno utilizando fármacos, psicoterapia, terapia familiar, entre otros. Rehabilitación, se busca desarrollar destrezas y habilidades que permitan a la persona alcanzar el máximo nivel de autonomía posible, facilitando su posterior integración social. Incluye desde la adquisición de hábitos para la vida cotidiana hasta la rehabilitación socio laboral. Cuidados de salud en general, es mantener la atención en los pacientes en lo que respecta a su salud física y mejoramiento de sus trastornos somáticos relacionados o no con el trastorno mental. Apoyo Psicológico, relacionado con los esfuerzos de intervenir en áreas tales como: sexualidad, pareja, sentimientos de soledad, paternidad, crianza etc.

Otra parte de las necesidades de los pacientes es que requieren de acciones de otros sectores del estado y de la propia comunidad, sin las cuales la intervención médica no sería eficiente. Es por ello que es fundamental desarrollar trabajos de concientización de la comunidad y de los actores sociales involucrados. Como por ejemplo apoyo familiar, se requiere potenciar a la familia como el principal recurso terapéutico, teniendo presente la necesidad que también tiene de terapia o trabajo de apoyo cuando la relación con el paciente los desborda. Esto se logra con el trabajo del

***HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN***

***SEBASTIAN DÍAZ FERRARI***



equipo médico, en educar a la familia. Apoyo a la vida en comunidad, con el propósito de facilitar las condiciones para que las personas con discapacidad de causa psíquica puedan incorporarse a la vida del vecindario de la mejor manera posible. Con respecto al ocio y tiempo libre, se requieren programas recreacionales, facilitando el acceso y la participación a estas instancias a las cuales tienen derecho, que en la praxis son mínimas. Trabajo, los pacientes necesitan alternativas laborales que sean capaces de insertarlos en el medio laboral, desde un medio protegido para posteriormente acceder a un medio competitivo.

Vivienda, Incorporación a programas habitacionales, ya que la mayoría de los pacientes no cuentan con un Hogar en el cual residir o son rechazados por sus familias, quienes no los aceptan en sus domicilios. También se debe considerar que existen pacientes que no se encuentran capacitados para vivir en forma independiente.

Educación y capacitación, insertar a los pacientes a programas donde puedan capacitarse o bien educarse, continuando el proceso educativo que fue interrumpido por la patología.

Si se trabajan estas necesidades y se interviene en forma conjunta, es posible mejorar la calidad de vida de los Pacientes. Como la experiencia nacional e internacional lo ha mostrado, más allá del tratamiento farmacológico, se requiere una red de apoyo social de tipo comunitario, donde las variables del medio ambiente y de las relaciones socio familiares, influyan positivamente en la estabilidad y calidad de vida de las personas con trastornos mentales. De esta forma, solo el trabajo en conjunto de la comunidad hospitalaria con la comunidad civil, logrará el bienestar en estas personas, para que nuevamente se inserten en la sociedad y sean actores influyentes y participativos.

Dentro de la forma de intervención que se han propuesto en los servicios de salud del país, se han creado instancias orientadas a favorecer la integración social de personas con discapacidad de causa psíquica tales como centros diurnos comunitarios, comunidades terapéuticas, talleres laborales protegidos y hogares protegidos. Página | 23

### **Los hogares:**

Es necesario antes de sumergirse en el proyecto propiamente tal en la institución la cual se intenta trabajar. Permitiendo así, que sea posible conocer los lineamientos así como también los focos de acción en los se centrara la intervención intentando recocer tanto los recursos humanos y los financieros con los cuales se cuentan. El lugar en donde la investigación se ha de realizar se encuentra situado en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, ubicado en Av. La Paz 841 en la comuna de Recoleta, área norte de la Provincia de Santiago en la Región Metropolitana. Esta institución psiquiátrica ha recibido muchos nombres, ha pasado de ser “La Casa de Orates”, “Manicomio Nacional”, Hospital Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak y hoy en día es conocido como Instituto Psiquiátrico del mismo nombre. En el año 1834 solo el Hospital Sn. Juan de Dios levantó algunas mediaguas para atender a los pacientes que padecían alguna patología Psiquiátrica. Ya hacia el 8 de Agosto de 1852 se funda la casa de Orates en el Barrio Yungay. El 13 de Septiembre se funda nuevamente la construcción en la Calle Los Olivos, en la actual comuna de Recoleta. En el gobierno de Don Manuel Montt en 1956, se decreta que debe darse asilo a estos pacientes. Esta lógica aun se mantiene realizando progresivos trabajos de rehabilitación de pacientes, no tan solo para que puedan restablecer su salud mental, si no que también puedan nuevamente insertarse en la sociedad y volverse actores importantes e influyentes, de manera que tengan una buena calidad de vida (Medina.E. 1990) es así como el hospital cuenta con una Visión y Misión dentro de la Institución.



La visión de Esta Institución es:

“Ser el mejor centro de atención Psiquiátrica y de formación de especialistas del país”.

La Misión propuesta es:

- “Integrar y promover el desarrollo de la red de atención psiquiátrica y de salud mental del servicio de salud metropolitano norte en todos los niveles de atención”
- “Otorgar atención psiquiátrica y de salud mental integral, de mediana y alta complejidad a usuarios del servicio de salud metropolitano norte, prioritariamente pertenecientes al sistema público de salud”
- “Otorgar atención de alta complejidad a beneficiarios del sistema de salud del país que lo requieran, integrando la red nacional de atención psiquiátrica y salud mental”
- “Formar profesionales como especialistas en atención Psiquiátrica y salud mental”

Los principios que amparan a esta institución son:

- Trato digno a los usuarios
- Accesibilidad Oportuna
- Atención de calidad Atención de Red
- Excelencia Hospitalaria



## **Servicio de Psiquiatría Forense**

Para este estudio es importante identificar la modalidad de atención que se entrega, principalmente a pacientes sobreseídos. Como también es de vital importancia conocer cuáles son los objetivos que guían la intervención.

Estos son:

El servicio de Psiquiatría Forense es una de las ramas de intervención que posee el Instituto Psiquiátrico

Dentro de su Primer Objetivo General destaca:

Con los Imputados se hace necesario realizar pericias ambulatorias y en régimen de internación, con los estándares de evaluación apropiados y vigentes que el sistema judicial solicite (fiscalía, defensoría, jueces de garantía)

Sus Objetivos específicos

- Realizar evaluaciones periciales por el equipo profesional a través de entrevistas clínicas forenses, en forma ambulatoria y en régimen internación provisional
- Realizar evaluaciones psicosociales con enfoque forense a personas imputadas de un delito
- Asistir a declaraciones y juicios orales
- Realizar informes médicos de apoyo clínico pertinentes a la evaluación del caso

El segundo Objetivo General. Con pacientes sobreseídos.

- Brindar una atención bio-psicosocial especializada en toda persona sobreseído por enfermedad mental.

**HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN**

**SEBASTIAN DÍAZ FERRARI**

Objetivos específicos con pacientes sobreseídos:

- Realizar diagnósticos e instalar tratamiento psiquiátrico a sobreseídos.
- Fomentar la rehabilitación y reinserción social de os pacientes.
- Fomentar la no reincidencia en actos delictuales y disminuir la re-hospitalizaciones.
- Favorecer el flujo de pacientes hospitalizados sobreseídos, que no cuenten con red de apoyo familiar y comunitaria hacia los hogares protegidos forenses

El tercer Objetivo General se relaciona con la Coordinación:

- Coordinar intersectorialmente los distintos estamentos que intervienen en las acciones a realizar en personas que se encuentren en calidad de sobreseídos o con sentencia de medidas de seguridad imputados y condenados

Objetivos específicos

- Coordinar en forma intra-hospitalaria los distintos servicios para evaluación, eventual atención y derivación de sobreseídos o con sentencia de medida de seguridad
- Coordinar con el poder judicial las distintas acciones tendientes a facilitar la elaboración de informe pericial y determinar el lugar más adecuado de hospitalización.
- Coordinar con las redes asistenciales respectivas la atención psiquiátrica ambulatoria en los servicios de salud correspondiente.

Estos Objetivos se concretizan en las siguientes líneas de intervención:

- Hospitalizados, que tiene una cobertura de 40 personas de sexo masculino.

***HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN***

***SEBASTIAN DÍAZ FERRARI***



- Poli post alta, se trata de atención ambulatoria a pacientes que fueron dados de alta y que se encuentran viviendo con sus familias; y Hogares Protegidos, este es un sistema comunitario, con residentes en un número no superior a 10 cupos. Esta constituye una instancia de rehabilitación transitoria entre la hospitalización y el egreso a sus familias, otra institución y/o vida semi independiente, dejando en claro que algunos residentes deberán permanecer por períodos prolongados, al no contar con una red familiar y social. Así como también influye la gravedad de su patología Psiquiátrica.

Dentro de la Modalidad de Hogares Protegidos es donde se suscribe el proyecto de intervención, modalidad que a continuación se tratará en mayor profundidad.(Servicio de psiquiatría forense , 2005)

### **Hogares Protegidos**

Se entenderá por Hogares Protegidos como “una instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familiares” (MINSAL, Pág. 11, 2000). Dentro de sus fundamentos, estos deben garantizar una dinámica de funcionamiento que tienda a asemejarse lo más posible a las relaciones que se establece en cualquier grupo humano de adultos que habitan una residencia común, fomentando la participación, el respeto la tolerancia y las relaciones afectivas.

El objetivo de un Hogar Protegido es:

- Integrar las necesidades habitacionales con las de apoyo y seguridad que requieren las personas con discapacidad psíquica, contribuyendo además al proceso de entrenamiento de habilidades que se relacionan con su desempeño en el Hogar. De este modo el Hogar debe favorecer su autonomía

### **HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN**

Los pacientes que ingresan a esta modalidad deben proceder desde hospitales psiquiátricos, servicios de Psiquiatría en general, servicios ambulatorios, o bien provenir de otros componentes de la red asistencial. Dentro de los criterios con los cuales son seleccionados los pacientes para ingresar a un Hogar Protegido, se considera el que sea una persona con discapacidad psíquica, que no cuente con las habilidades para vivir de forma independiente, que no cuenten con el apoyo de sus familias, que estén compensados psicopatológicamente y que no presenten problemas con el consumo de drogas y/o alcohol.

Dentro de esta modalidad los pacientes cuentan con los siguientes tipos de apoyo: atención durante las 24 hrs. del día, donde un cuidador permanece en el lugar durante esa cantidad de tiempo, apoyando a los residentes en conductas de auto cuidado, en la estructuración de su rutina y en la administración de sus medicamentos.

Dentro de los roles y funciones del soporte organizacional, se destacan los siguientes:

- Equipo Técnico: es una instancia de carácter técnico que se ocupa de definir los lineamientos conceptuales, asesorar y supervisar la implementación de Hogares Protegidos y supervisar y monitorear su funcionamiento.

Dentro de sus funciones destacan:

- Formular orientaciones técnicas destinadas a establecer las características y funcionamiento óptimo de los Hogares
- Apoyar y supervisar la labor administrativa
- Supervisar el cumplimiento de las normas y orientaciones técnicas, en coordinación con las instancias de salud existentes según las realidades del nivel local
- Establecer coordinación intersectorial que participan en la implementación de los Hogares

Otro grupo que compone el funcionamiento de un Hogar Protegido es el de los Administradores, que son personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, responsables de la administración de los Hogares, a nivel financiero y de gestión, debiendo ocuparse de todos los aspectos operativos de los Hogares.

Dentro de sus funciones destacan:

- Asistencia a reuniones de coordinación técnica
- Recepción de fondos
- Control de gastos de acuerdo a ítems pre-establecidos mantención de la casa habitación
- Procurar lugares de residencia y equipamiento de las viviendas, resguardando los requisitos básicos de seguridad establecidos en la legislación
- Asignación de cuidadores, responsabilizándose tanto de su idoneidad para ocupar el cargo.
- Procurar apoyo, supervisión y capacitación a los cuidadores

Otro actor fundamental en la implementación de los Hogares protegidos, es la figura de funcionaria dentro del hogar cumplen con un rol fundamental dentro del hogar, en un primer momento podemos distinguir entre dos tipos las técnicas en enfermería y la funcionaria, el rol de las primeras es velar por la seguridad del hogar es decir ante una presunta descompensación de los pacientes son ellas las encargadas de la contención, en segundo lugar es la persona que controla los medicamentos, así como imparte los primeros auxilios si fuese necesario. Y en segundo lugar la funcionaria que debe estar todos los días con ellos esta cumple la labor de una madre en la familia, y con madre me refiero a todas las funciones que ello acarrea desde psicóloga hasta **HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN**

nana, pasando por chef, imponiendo normas y reglas que cada una debe cumplir, cosa no menor ya que esto conlleva un acercamiento importante a la vida cotidiana. Otras características de los Hogares Protegidos, es que está debe tener un número de pacientes igual o inferior a 8 personas. También se deberá disponer de una sala de baño por cada 4 pacientes. Se deberá implementar espacios habituales de un hogar (sala de estar, cocina, dormitorios, baños y comedor), dentro de esta característica los residentes dispondrán de libre acceso a la casa-habitación y dependencia de uso común donde ellos podrán salir y entrar del Hogar sin más restricciones que las acordadas por ellos mismos. Por otro lado los pacientes podrán tener invitados, respetando los acuerdos establecidos entre los propios residentes (Minsal,2000)

Dentro del Hogar protegido se plantean normas de funcionamiento tales como:

I. De las relaciones en el Hogar. Normas de convivencia: En un Hogar no se aceptan conductas disruptivas hostiles o violentas, sean verbales o físicas ni hacia los residentes ni hacia los funcionarios. Se espera que los residentes sean capaces de cuidar y velar por lo bienes que hay en el interior del Hogar.

Se debe también respetar los espacios personales, no se permite el ingreso de alcohol o fármacos no prescrito u otras sustancias.

II. De los bienes y pertenencias. Se debe tener registro de cada bien que ingrese dentro del inmueble en conocimiento del responsable el Hogar. Los propios pacientes serán responsables del orden y control de sus pertenencias, esto se refiere al orden de la ropa personal, disposición de útiles de aseo, arreglo de cama. Cada residente debe tener documentos de identidad y otros de tipo médico.



III De la participación de las rutinas del Hogar. Cada paciente debe participar de las labores domésticas (aseo, orden y lavandería). En cuanto a las salidas, los pacientes podrán tenerla con previo aviso al funcionario que se encuentre a cargo del Hogar, salidas que incluyan el pernoctar debe ser previamente acordada con la autorización del funcionario encargado, acordando la fecha y hora de regreso. Página | 31

IV. Del acceso a servicios. Dado que es fundamental para el desarrollo de un estilo de vida más normalizado, se dará acceso al uso de distintos servicios comunes a la vida familiar y hogareña. Teniendo libre acceso a teléfono, cocina, baño, lavado, planchado, y libre contacto con la comunidad lo que favorece la posibilidad de poder insertarse nuevamente en el medio social.

V. Visitas. Los pacientes podrán ser visitados por sus parientes o personas que estén relacionados con él. Las visitas serán coordinadas con la persona que se encuentre a cargo del Hogar. Podrán reunirse dentro del Hogar o en sus espacios externos. También podrán salir del recinto siempre y cuando estipulen horario de regreso.

VI Prestaciones terapéuticas. Los pacientes en su proceso de rehabilitación estarán en constantes controles médicos y cuidados de su salud física como mental.

Finalmente es en este espacio donde esta propuesta de proyecto quiere insertarse y poder intervenir, con los pacientes de Hogares Protegidos.

Toda estas características y delegación de funciones solo buscan mejorar la calidad de vida que llevan los pacientes, con una propuesta que les acerque más a lo que es el medio social.

### **Los pacientes:**

La principal característica de los pacientes es que más de un ochenta por ciento de los pertenecientes a los hogares protegidos forenses, presentan esquizofrenia, u algún trastorno relacionado es por eso que se hace necesario acercarnos un poco más a la enfermedad y su historia desde una mirada psiquiátrica ya que es la predominante en estos hogares a pesar de los esfuerzos de profesionales como Cristian Paredes que intentan cambiar esa visión.

La esquizofrenia como entidad nosológica es decir como tal, tiene una historia reciente . Fue descrita por primera vez como síndrome afectando a adolescentes y adultos jóvenes por Bénédic Morel en 1853, denominado *Demence précoce*. Luego, el término *dementia praecox* se utilizó en 1891 en un reporte por Arnold Pick sobre un caso de trastorno psicótico.

La aproximación contemporánea al concepto de esquizofrenia se inició con Emil Kraepelin, quien en 1887, luego de largas observaciones entre sus pacientes, logró sistematizar una buena cantidad de entidades psicopatológicas que estaban confusas hasta entonces y distinguió una forma de “demencia” que aparecía en los jóvenes (a diferencia de la demencia senil), separándola de otras formas de insania mental, como la locura maníaco depresiva, incluyendo tanto la depresión unipolar como la bipolar.

A esta forma de *dementia praecox* le describió su curso deteriorante y su precocidad. Le dio mayor importancia a los síntomas “negativos” como “debilitamiento de la voluntad” y la falta de un “desarrollo personal”.

Kraepelin creía que la *dementia praecox* era fundamentalmente una enfermedad del cerebro (Kraepelin, 1907). La clasificación de Kraepelin fue poco a poco ganando aceptación. Hubo objeciones a la utilización del término "demencia", pese a los casos de recuperación, y apologética a favor de algunos de los diagnósticos que sustituyó, tales como la locura del adolescente. Página | 33

En 1908 sugirió que el nombre era inadecuado, porque el trastorno no era una "demencia", es decir, no llevaba necesariamente a un deterioro de funciones mentales como en la demencia senil (que hoy llamamos de tipo Alzheimer), muchos pacientes sí mejoraban y además, ocasionalmente se presentaba por primera vez en personas maduras. (Bleuler, E 1908), EL Propuso entonces el nombre con el que se conoce el trastorno hasta hoy. Bleuler sugirió la palabra "esquizofrenia" para referirse a una falta de integración de diversos procesos psíquicos, como percepción, memoria, personalidad y pensamiento lógico. Sugirió también que los síntomas podían dividirse en fundamentales (si estaban presentes en todos los pacientes y durante toda la evolución del trastorno) y accesorios. Los síntomas fundamentales de Bleuler constituyen "las cuatro A":

- Asociaciones laxas del pensamiento
- Afectividad aplanada
- Ambivalencia y
- Autismo.

El término «esquizofrenia» es comúnmente mal interpretado dándole el sentido de que las personas afectadas tienen una «doble personalidad». Aunque algunas personas con diagnóstico de esquizofrenia pueden escuchar voces y pueden vivir las voces como personalidades distintas, la esquizofrenia no se trata de una persona que va **HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN**

cambiando entre distintas personalidades múltiples. La confusión surge en parte debido a los efectos del significado que le dio Bleuler a la esquizofrenia, literalmente «escisión» o «ruptura de la mente». La primera mitad del siglo XX, la esquizofrenia se considera un defecto hereditario, y en muchos países los pacientes fueron sometidos a eugenesia. Cientos de miles fueron esterilizados, con o sin consentimiento—la mayoría en la Alemania nazi, los Estados Unidos, y los países escandinavos. (Allen, GE 1997) muchos con diagnóstico de esquizofrenia fueron asesinados en el régimen nazi, junto a otras personas etiquetados "mentalmente ineptos".

Un gran aporte desde la semiología fue contribuido por Klaus Conrad, quien publicara en 1954 "La esquizofrenia incipiente" donde distingue y aún hoy mantiene en vigencia ciertas fases del curso de la patología bajo el concepto de esquizofrenia incipiente.

A principios de los años 1970, los criterios diagnósticos para la esquizofrenia fueron objeto de una serie de controversias que eventualmente llevó a los criterios operativos utilizados hoy en día. Se hizo evidente después del estudio diagnóstico *UK-USA* en 1971 que la esquizofrenia se diagnosticaba en mucha mayor medida en los Estados Unidos que en Europa.<sup>24</sup> Esto se debió en parte a los criterios de diagnóstico más flexibles en los EE.UU., donde se utilizó el manual DSM-II, en contraste con Europa y sus CIE-9. El estudio por David Rosenhan en 1972, publicado en la revista *Science* con el título *Sobre estar cuerdo en centros para locos*, llegó a la conclusión de que el diagnóstico de esquizofrenia en los EE.UU. es a menudo subjetivo y poco fiable. (Rosenhan D 1973). Estos son algunos de los factores conducentes a la revisión no sólo del diagnóstico de esquizofrenia, sino de la revisión de todo el manual de DSM, lo que conllevó a la publicación del DSM-III en 1980. Desde la década de 1970 se han propuesto y evaluado más de 40 criterios de diagnóstico para la esquizofrenia.<sup>27</sup>

## Clasificación

***HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN***

***SEBASTIAN DÍAZ FERRARI***

Históricamente, la esquizofrenia en Occidente ha sido clasificada en simple, catatónica, hebefrénica o paranoide. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales contiene en la actualidad cinco tipos de esquizofrenia y la CIE describe siete. Éstas son:

1. (F20.0/295.3) **Tipo paranoide**: predominan los sentimientos de persecución, delirio de grandeza y alucinaciones auditivas delirios—el DSM exige que no haya desorganización en el lenguaje ni afectividad inapropiada o plana—. (media plus 2009)
2. (F20.1/295.1) **Tipo desorganizado** o hebefrénica: predomina el discurso y comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada o plana. (media plus 2009)
3. (F20.2/295.2) **Tipo catatónico**: con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cérica (como muñeco de cera); puede llegar hasta el estupor catatónico, conllevando a una incapacidad para cuidar de sus necesidades personales.
4. (F20.3/295.9) **Tipo indiferenciado**: hay síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado ó catatónico.
5. (F20.5/295.6) **Tipo residual**: donde los síntomas positivos están presentes tan sólo a baja intensidad.

Los cifras entre paréntesis indican los códigos CIE/DSM respectivamente. El tipo desorganizado se conoce aún ampliamente como esquizofrenia hebefrénica.

La OMS reconoce además los tipos:

- (F20.4) **Depresión post esquizofrénica**: trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él

pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Raramente son tan importantes como para realizar un diagnóstico de depresión grave.

- (F20.6) **Esquizofrenia simple**: su desarrollo es insidioso. No manifiesta alucinaciones ni delirios. Es menos propiamente psicótica y muestra fundamentalmente síntomas negativos.

Es necesario subrayar que muchos de los síntomas positivos o psicóticos, pueden aparecer en gran variedad de trastornos y no sólo en la esquizofrenia (por ejemplo en la depresión, manía, psicosis reactivas y otros). (Schneider 1975) estableció una lista de síntomas particulares de psicosis que él creía especialmente útiles para distinguir entre la esquizofrenia y otros trastornos que pueden producir psicosis. Éstos se llaman síntomas de primer orden o síntomas Schneiderianos de primer orden e incluyen el pensamiento sonoro, oír voces que dialogan entre sí, oír voces que comentan los propios actos, robo e influencia sobre el pensamiento, divulgación del pensamiento, percepciones delirantes, delirio de influencia (todo lo experimentado es influido por otros).<sup>45</sup> Se ha discutido la confiabilidad de los 'síntomas de primer grado' para diagnosticar la esquizofrenia. No obstante, y de hecho, tienen todavía gran aplicación práctica en muchos lugares.



### Etiología

Existe un debate inacabado acerca de lo normal y lo anormal de esta enfermedad. Si a la alteración de las endorfinas y la dopamina en el cerebro le llamamos así como tal, tendríamos que llamar a esa enfermedad "insuficiencia dopaminérgica" o "insuficiencia endorfinica" crónica o aguda, según sea la duración y desarrollo de esa alteración. Como lo hace la medicina en general con la mayoría de los síntomas.

Su causa permanece desconocida, y posiblemente no sea única. Lo más probable es que varios factores intervengan en su aparición, el estrés ambiental, y ciertas condiciones psicosociales. Las causas son también contradictorias y subjetivas si consideramos que la evaluación del nivel de estrés ambiental y las condiciones psicosociales dependen del criterio de quien examina. Aunque múltiples investigaciones apuntan a un origen orgánico del trastorno, todavía se carece de un modelo consensual que explique su variada clínica, por lo cual se clasifica dentro de los "trastornos funcionales" (y no "orgánicos", como el Alzheimer). Si consideramos que los síntomas positivos de la esquizofrenia son atenuados por los medicamentos, reconocemos implícitamente una base no sólo funcional, sino también neurológica del trastorno.

Si bien la fiabilidad del diagnóstico presenta dificultades al medir el efecto relativo de los genes y el medio ambiente—por ejemplo, los estudios sobre las causas de la esquizofrenia se topan en primer lugar con la dificultad de delimitar bien el trastorno, dado que muchos otras patologías pueden presentar síntomas similares a la esquizofrenia, entre ellos el trastorno bipolar, la depresión, y otros síndromes delirantes—. Aún con estas consideraciones, hay evidencia suficiente que sugiere que en la esquizofrenia existe una vulnerabilidad genética sobre la que actúan estresores ambientales para, finalmente, desencadenar la condición. (Harrison PJ, Owen MJ .2003)La evidencia sugiere que el diagnóstico de la esquizofrenia tiene un importante componente hereditario, pero que el inicio del cuadro es significativamente

influenciado por factores ambientales o de estrés. La idea de una vulnerabilidad intrínseca (o diátesis) presente en algunas personas, que pueden ser desenmascarados por estresores biológicos, psicológicos o medio-ambientales y se conoce como el «modelo de diátesis-estrés». La idea de que los factores biológicos, psicológicos y sociales son todos importantes, se conoce como el «modelo biopsicosocial».

La esquizofrenia es considerada por algunos autores como "psicosis endógena", y a veces se la agrupa junto a la "psicosis maníaco depresiva", también considerada "endógena". El término "endógeno" fue originado como polaridad de lo "exógeno", denominando esto último aquellas manifestaciones psíquicas originadas en trastornos corporales, como enfermedades cerebrales o sistémicas o producto de intoxicaciones con diversas sustancias (lo que hoy se conoce como *delirium* (se mantiene este término en latín para evitar la confusión con el delirio).

### **Factores sociales**

Se ha encontrado que el vivir en un medio urbano para ser un factor de riesgo para la esquizofrenia. Otro factor de riesgo es la desventaja social, tal como la pobreza y la migración relacionada con la adversidad social, la discriminación racial, la disfunción familiar, el desempleo o las deficientes condiciones de vivienda. Ciertas experiencias vividas durante la infancia, incluyendo el abuso o traumatismos, también han sido implicadas como factores de riesgo de un diagnóstico de esquizofrenia más tarde en la vida. La paternidad o maternidad no puede considerarse responsable de la esquizofrenia de un hijo, pero las relaciones disfuncionales pueden contribuir a incrementar el riesgo de padecer esta enfermedad. (van Os J, Krabbendam L, Myin-Germeys I, Delespaul, 2005)

### **Cuadro clínico**

La clasificación actual de las psicosis obliga a que los síntomas de la esquizofrenia estén presentes durante al menos un mes de un período de al menos seis meses. Una psicosis de tipo esquizofrenia de menor duración se suele denominar *trastorno esquizofreniforme*. La esquizofrenia suele presentarse por primera vez en la adolescencia o juventud temprana; es más precoz en los hombres que en las mujeres, y tiene en ellos un curso más deteriorante. Muchas veces es una condición que persiste toda la vida de una persona, pero también hay quienes se recuperan de ella.

### **Síntomas positivos y negativos**

Los síntomas de la esquizofrenia pueden desarrollarse a lo largo de semanas o meses donde se compromete progresivamente la funcionalidad social, según sea la intensidad, la premura y persistencia de las experiencias psicóticas.

En la actualidad los síntomas se agrupan en cinco dimensiones: síntomas positivos, negativos, cognitivos, afectivos y sociales/ocupacionales. Los síntomas positivos son exacerbaciones de fenómenos normales, o son fenómenos novedosos que no suelen ocurrir en otras personas, e incluyen el delirio, alucinaciones auditivas, cambios de conducta, síntomas catatónicos y agitación. Son los síntomas que en general reciben el nombre de “psicosis”.

Los síntomas negativos se consideran una pérdida o disminución de funciones psíquicas, presentes corrientemente en las personas; estos síntomas incluyen un afecto embotado o plano, retraimiento emocional, apatía, pensamiento desorganizado, alogía o limitación en la fluidez y productividad del habla y el pensamiento y restricción en la iniciación de la conducta.

Los síntomas cognitivos son el deterioro de la atención, del procesamiento de la información, de la asociación lógica, pobreza ideática (dificultad de elaborar nuevas ideas), dificultad para el aprendizaje en serie, y trastorno de las funciones ejecutivas (planificar, secuenciar, priorizar, mantener la atención en la tarea, adaptarse a los

cambios). Los síntomas cognitivos son los que provocan mayor discapacidad social. Entre los síntomas afectivos están el aplanamiento afectivo (también considerado un “síntoma negativo”), la disforia (irritabilidad, preocupación, tensión, etc.), el humor depresivo, apatía o falta de motivación, desesperanza, paranoia e ideas e intentos suicidas. Por último están los síntomas sociales/ocupacionales, como hostilidad, impulsividad, aislamiento y conducta antisocial. Naturalmente, no se requiere que estén todos estos síntomas en una sola persona, y para eso diversos autores han propuesto una serie de conjuntos sintomáticos como criterios para realizar el diagnóstico.

En un subtipo infrecuente, el sujeto puede ser llegar a estar temporalmente mudo, permanecer inmóviles en extrañas posturas, o mostrar agitación sin propósito, los cuales son signos de catatonía. No es un signo diagnóstico de la esquizofrenia, y puede ocurrir en todas las otras condiciones médicas y psiquiátricas.<sup>106</sup>

### **Evolución natural**

La esquizofrenia se presenta como episodios críticos agudos con tiempos de evolución variables—desde algunas semanas hasta varios meses, dependiendo del tratamiento—y diferentes modos de resolución y síntomas residuales que constituyen la esquizofrenia crónica.

Liebermann (2006) considera una evolución más o menos típica, que se inicia con una fase premórbida entre el nacimiento y los 10 años. Luego existe un período prodrómico, entre los 10 y los 20 años que puede durar unos 30 meses. En este período suele aparecer alguna sintomatología negativa y se interrumpe el funcionamiento normal del individuo, por ejemplo, abandona la escuela, o no logra iniciar un noviazgo.

Luego comienza el período de progresión del trastorno, donde aparecen los primeros episodios agudos con los síntomas más llamativos (como delirios y alucinaciones), aunque no son éstos los más importantes para realizar el diagnóstico. Los síntomas aparecen en brotes con exacerbaciones y remisiones parciales, y frecuentemente acompañados de un deterioro progresivo. Por último viene el período de estabilización y/o agotamiento, sobre los 40 años, en el que predomina la sintomatología negativa y los déficits cognitivos (aunque estos ya están presentes desde el inicio del trastorno).

Un episodio que se inicia con gran intensidad sintomática, por ejemplo, intenso delirio, alucinaciones, agitación psicomotora, lo que se conoce como un “episodio florido” y en forma más o menos brusca, tiene mucho mejor pronóstico que una presentación insidiosa y con síntomas de desorganización más que delirio.<sup>84</sup>

Sea que se presente de manera florida o insidiosa, los pacientes muy raramente van a solicitar ayuda. Siempre serán las personas con las que viven o trabajan las que van a solicitarla, motivados por la observación de una serie de conductas extrañas o que perciben como amenazadoras. Sin embargo, es frecuente que las familias de los esquizofrénicos convivan durante largos períodos con el paciente que presenta síntomas, pero parecen no perturbarse por éstos, hasta que ocurre algún cambio dramático de la conducta de la persona (por ejemplo, una agitación psicomotora).

Las conductas del paciente que parecen más extrañas (como hablar solo, por ejemplo) en realidad responden a vivencias psicóticas actuales, como contestarle a voces que está escuchando. Puede gritarles a las personas de manera incomprensible, pero podría estar en realidad respondiendo a un delirio de persecución o daño, o a alucinaciones. Sin embargo, a la larga, la disfuncionalidad social parece estar más relacionada con el compromiso de funciones cognitivas, tales como atención, volición y funciones ejecutivas, y no tanto con los síntomas propiamente psicóticos positivos (alucinaciones y delirios). De hecho, el tratamiento

medicamentoso es capaz de controlar bastante bien los síntomas positivos, pero mucho menos los síntomas negativos y cognitivos.

Con el paso del tiempo la esquizofrenia puede comprometer más o menos profundamente a la persona, lo que se conoce como esquizofrenia crónica. Sobre esta pueden aparecer nuevos episodios de reagudización, con síntomas característicos de los episodios agudos. Por lo general, en los episodios agudos se encuentran síntomas positivos, en tanto en la esquizofrenia crónica son más frecuentes los síntomas negativos.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de la esquizofrenia se basa en la cuidadosa observación de signos y síntomas, en la exploración metódica de las vivencias de una persona, y en la acumulación de antecedentes desde todas las fuentes posibles (familia, amigos, vecinos, trabajo). No existen pruebas de laboratorio ni exámenes de imágenes que ayuden a establecer el diagnóstico, como no sea para descartar otras patologías.

Se han propuesto varios criterios a lo largo del siglo XX, dependiendo del variable concepto que se tenga de la esquizofrenia. Actualmente existen dos manuales de criterios diagnósticos que, en lo esencial, son muy similares, y tienen por objeto tanto permitir un registro estadístico más o menos confiable como mejorar la comunicación entre profesionales. Sin embargo en la práctica clínica las personas esquizofrénicas tienen una riqueza sintomática que excede largamente el contenido de los manuales, y hay una gran variedad de cuadros que pueden estar a medio camino de las categorías nosológicas contenidas en ellos. Estos manuales son el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de la Asociación Americana de Psiquiatría (*American*

*Psychiatric Association*), y la *Clasificación internacional de las enfermedades* (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las versiones más recientes son CIE-10 y DSM-IV-TR.

### **Manifestaciones**

Para diagnosticar una esquizofrenia, según el DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), el cuadro de la persona debe cumplir ciertos criterios:

#### **A. Síntomas característicos**

Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos, si ha sido tratado con éxito).

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Discurso desorganizado (ej. frecuentes descarrilamientos o incoherencia)..
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- Síntomas negativos, p.ej. aplanamiento afectivo (falta o disminución de respuesta emocional), alogia (falta o disminución del habla), o abolición (falta o disminución de la motivación).

Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si los delirios son extraños, o si los delirios consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

## **B. Disfunción social/ocupacional**

Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o varias áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

## **C. Duración**

Persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este período de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas (o menos, si se ha tratado con éxito) que cumplan con el criterio A, y puede incluir los períodos prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p.ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

## **Otros criterios**

Los demás criterios (D, E y F) permiten excluir que el trastorno derive de trastornos afectivos o del estado de ánimo, de trastornos por uso de sustancias psicoactivas o condiciones médicas y de trastornos generalizados del desarrollo.

### Tratamiento

La esquizofrenia es una condición crónica, pero con buena respuesta al tratamiento. Dado que es un trastorno complejo, el tratamiento debiera ser multifacético. Existe un cierto consenso en el uso simultáneo de fármacos anti psicóticos, y de terapias psicológicas como el modelo cognitivo-conductual y psicoanalítica, y otros, y un enfoque psicosocial de redes asistenciales, hogares y talleres protegidos, que evitan las hospitalizaciones prolongadas. En estas condiciones, la esquizofrenia ha mejorado considerablemente de pronóstico en los últimos 20 años.

Página | 45

### Farmacología

Los anti psicóticos son los fármacos más utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia y de las enfermedades relacionadas con ella; inicialmente se llamaron *tranquilizantes mayores* (en oposición a los "tranquilizantes menores" que ahora conocemos como *ansiolíticos*) o *neurolépticos* (por su capacidad para producir determinados efectos secundarios neurológicos), pero en los últimos años el término *anti psicótico*, que hace referencia a su acción terapéutica, se utiliza de forma casi general.

En la actualidad se sintetizaron numerosos compuestos anti psicóticos con eficacia equivalente y con pocas diferencias en su toxicidad. No fue sino hasta los años 90 del siglo XX cuando se consigue reunir un grupo de fármacos llamados anti psicóticos "atípicos" con ciertas ventajas sobre los anteriores (por ejemplo, el control de síntomas reducía los riesgos de efectos adversos), fármacos que se han convertido en los predominantes en los países desarrollados.

Algunos anti psicóticos clásicos o típicos son el haloperidol, la clorpromazina y la flufenacina. Los principales anti psicóticos atípicos modernos son la clozapina, la olanzapina y la risperidona.

### **Mecanismo de acción y formas de empleo**

Los anti psicóticos pueden administrarse por vía oral, sublingual, intramuscular (IM) o intravenosa. Existen anti psicóticos intramusculares de acción prolongada, cuyos efectos varían. Los anti psicóticos típicos IM tienen una acción inicial más intensa que al final del período, donde su efecto es menor. Los anti psicóticos atípicos IM, como la risperidona, tienen un efecto sostenido, con menos oscilaciones en su efecto.

Página | 46

Al llegar al cerebro bloquean diversos receptores para neurotransmisores, y destaca la acción sobre receptores para dopamina y para serotonina, entre otros. Su mecanismo de acción no está por completo aclarado; el bloqueo dopaminérgico parece importante para el control de los síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios), pero no todos los pacientes responden igual ni todos los síntomas mejoran de la misma forma. Existen infinidad de estudios realizados en animales de experimentación que explican sus acciones farmacológicas, pero los estudios en humanos son todavía contradictorios (lo que no es óbice para su evidente eficacia clínica).

### **Usos terapéuticos**

Se prescriben sobre todo en casos de esquizofrenia, pero también en otras enfermedades en donde se producen síntomas psicóticos (paranoia, psicosis inducidas por enfermedades médicas o por drogas, trastornos afectivos con síntomas psicóticos, etc.). Son especialmente eficaces para reducir la intensidad de los síntomas "positivos", sobre todo de los síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios)

### **Dosificación**

El tratamiento inicialmente precisa de dosis elevadas para controlar el episodio agudo de enfermedad (brote psicótico); estas dosis se asocian con excesivos efectos adversos, por lo que poco a poco se van reduciendo, siempre y cuando la situación clínica lo permita.

Una vez alcanzada la remisión sintomática, se recomienda la continuación del tratamiento durante un mínimo de 2 años, en el caso de un primer episodio, y de hasta 5 años, en el caso de recaídas.

En los otros diagnósticos no hay pautas claras de tratamiento que deberá ajustarse a la evolución del paciente. En cualquier caso, algunos ensayos clínicos han demostrado que una mayor adherencia al tratamiento terapéutico, es decir, la toma real de las dosis indicadas reduce significativamente la incidencia de recaídas. La dificultad de la adherencia al tratamiento radica en la falta de conciencia de enfermedad en muchos de los pacientes, lo que conduce a un abandono temprano o a un cumplimiento parcial de los tratamientos.

### **Rehabilitación**

La rehabilitación psicosocial, ampliamente definida, incluye varias intervenciones no médicas para las personas con esquizofrenia. Los programas de rehabilitación enfatizan la capacitación social y vocacional para ayudar a los pacientes recién diagnosticados o que han estado enfermos por un tiempo a superar dificultades en las áreas cognitivas o de habilidades sociales afectadas. Los programas pueden incluir asesoramiento vocacional, capacitación para el trabajo, técnicas para solucionar problemas de la vida diaria, administración del dinero, uso del transporte público y aprendizaje de destrezas sociales para interactuar mejor con otras personas. Estos métodos son muy útiles para los pacientes tratados en la comunidad, porque proporcionan las técnicas necesarias para poder llevar mejor la vida en comunidad a los pacientes que han sido dados de alta del hospital.

Con los nuevos medicamentos anti psicóticos que ayudan a controlar los síntomas del trastorno, al tiempo que causan menos efectos secundarios estigmatizantes, las perspectivas de las personas con esquizofrenia han mejorado notablemente. El

**HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN**

**SEBASTIAN DÍAZ FERRARI**

tratamiento mejora el pronóstico a largo plazo, asimismo, la psico educación y otras intervenciones psicosociales ayudan al paciente y a sus familiares a manejar el trastorno de manera más efectiva, a reducir la disfunción social y laboral y a conseguir la reintegración social.

Los médicos deben animar a los pacientes y sus familias a que se integren en terapias de rehabilitación, que pueden ser de gran ayuda y servirles de orientación para enfrentarse a la enfermedad con más eficacia.

### **Psicoterapia individual**

La psicoterapia individual incluye sesiones programadas con regularidad en las que el paciente conversa con su psicólogo o psiquiatra. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos, sentimientos o reacciones personales. El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva. También puede aprender a distinguir entre lo real y lo distorsionado. Estudios recientes indican que tanto la psicoterapia individual de apoyo orientada a la realidad, como los métodos cognoscitivos y de comportamiento, pueden ser beneficiosos para los pacientes externos. Los métodos cognoscitivos y de comportamiento enseñan técnicas de adaptación y solución de problemas. A pesar de sus beneficios, la psicoterapia no es un sustituto de los medicamentos anti sicóticos, y resulta más útil una vez que el tratamiento con medicamentos ha aliviado los síntomas psicóticos.

### **Educación familiar**

Con frecuencia los pacientes son dados de alta del hospital y quedan a cuidado de sus familias, por esta razón es importante que los familiares aprendan todo lo que puedan acerca de los desafíos y problemas asociados con la enfermedad. También es útil que los familiares aprendan maneras de minimizar las recaídas, como son las ***HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN***



estrategias para asegurar el cumplimiento del tratamiento. Es necesario que los familiares conozcan los servicios disponibles para asistirles durante el período posterior a la hospitalización. El educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento se llama "psico-educación familiar". La psico-educación familiar incluye aprender estrategias para manejar la enfermedad y técnicas de solución de problemas. Estos conocimientos son útiles para poder relacionarse mejor con el enfermo y así lograr que el paciente se mantenga en el mejor estado posible..

### **Grupos de autoayuda**

Los grupos de autoayuda para los familiares que tienen que lidiar con la esquizofrenia son cada vez más comunes. Aunque no son liderados por un terapeuta profesional, estos grupos son terapéuticos a través del mutuo apoyo que se brindan los miembros. El compartir experiencias con personas que están en una situación parecida proporciona consuelo y fortaleza. Los grupos de autoayuda también pueden desempeñar otras funciones importantes, tales como solicitar que se hagan estudios de investigación y exigir que existan tratamientos adecuados en los hospitales y clínicas de su comunidad. Si en vez de actuar individualmente los pacientes se unen para actuar como grupo, ellos hacen presión para que la sociedad elimine el estigma en contra de los enfermos mentales. Los grupos también tienen un papel importante para hacer que el público tome conciencia de los casos de abuso y discriminación.

Los grupos de apoyo y defensoría formados por familiares y personas con circunstancias similares proporcionan información útil para los pacientes y las familias de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos mentales. Al final de este documento se incluye una lista de organizaciones.

Es muy importante asegurar que el enfermo continúe con su tratamiento después de la hospitalización. El paciente puede dejar de tomar sus medicamentos o dejar de ir a las visitas con el médico, lo que generalmente lleva a un empeoramiento de los

**HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN**

**SEBASTIAN DÍAZ FERRARI**

síntomas sicóticos. La recuperación del enfermo puede ser ayudada dándole ánimo al paciente para que continúe con el tratamiento y asistiéndole con este. Algunos enfermos se vuelven tan sicóticos y desorganizados que no pueden satisfacer sus necesidades básicas, tales como proveer su propia vivienda, comida y vestido. A menudo, aunque en una proporción menor, las personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, se encuentran en precariedad, y no reciben el tratamiento que necesitan. Página | 50

No es raro que las personas que rodean al paciente se sientan inseguras de cómo responder cuando éste hace declaraciones que parecen extrañas o son decididamente falsas. Para el enfermo, sus creencias o alucinaciones son completamente reales y no son productos de su imaginación. En lugar de simular estar de acuerdo con lo que dice el paciente, los miembros de la familia y amigos deben indicar que no ven las cosas de la misma manera o que no están de acuerdo con sus conclusiones. Al mismo tiempo pueden reconocer que las cosas pueden parecer diferentes para el paciente.

De igual forma, es útil llevar un registro de los síntomas que van apareciendo, los medicamentos (incluyendo las dosis) que toma y los efectos que han tenido los diversos tratamientos. Al saber qué síntomas estuvieron presentes anteriormente, los familiares pueden tener una idea más clara de lo que puede suceder en el futuro. Así se pueden identificar síntomas que sirvan de advertencia temprana para las recaídas. Por ejemplo un mayor aislamiento o un cambio en el patrón de sueño pueden indicar que el paciente está empeorando. De esta forma, el retorno de la psicosis puede detectarse temprano y el tratamiento se puede iniciar antes de que se produzca una recaída total. Además, el saber qué medicamentos han sido efectivos y cuáles han causado efectos secundarios problemáticos en el pasado es muy útil para el médico que trata al paciente. Esta información le permite seleccionar el mejor tratamiento lo más rápidamente posible.

Además de colaborar a obtener ayuda, la familia, los amigos, y los grupos de personas con condiciones similares, pueden proporcionar apoyo y fomentar que el paciente esquizofrénico recupere sus capacidades. Es importante plantearse metas alcanzables ya que un paciente que se siente presionado o criticado probablemente tendrá estrés, lo que puede causar un empeoramiento. Al igual que otros, las personas con esquizofrenia necesitan saber cuando están haciendo bien las cosas. A largo plazo, un enfoque positivo puede ser útil y quizás más eficaz que la crítica. Este consejo es aplicable a todas las personas que se relacionan con el paciente.

### **Sobre el rol del psicólogo en los Hogares:**

Dentro de los hogares protegidos el rol del psicólogo se puede decir que en la mayoría de sus atribuciones queda reservada para el servicio de psiquiatría forense por ende no considera otras, solo se considerarían algunas relacionada e insertas en el plan de trabajo del proyecto "junto construimos un sueño" que se caracterizan por ser asesorías en caso de que exista algún tipo de conflicto interno dentro de los hogares peleas, descompensaciones, atención de menos de diez pacientes, etc. El rol del psicólogo y de los estudiantes de psicología dentro del proyecto "Junto Construimos un Sueño" esta estrictamente relacionado con los objetivos generales y específicos del mismo que son:

#### Objetivos Generales

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes sobreseídos están Insertos en el sistema de Hogares protegidos del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak que presentan patologías psiquiátricas apadrinando y acompañándolos en las expectativas y necesidades que ellos reconocen como importantes.



### Objetivos Específicos.

- Describir y analizar la calidad de vida de los pacientes que ingresan a hogares protegidos identificando estado y necesidades.
- Generar redes de apoyo con escuelas de distintas universidades de las Cs. Sociales y de Salud para que apadrinen y apoyen a los pacientes que se encuentran en Hogares Protegidos
- Motivar a los alumnos de escuelas universitarias de las Cs. Sociales y de Salud para que creen instancias de recreación y acompañamiento para los pacientes de Hogares Protegidos
- Fortalecer el proceso de rehabilitación de los pacientes creando espacios de recreación y compañía en la comunidad que estimulen su rehabilitación e inserción social

Es así como el rol del psicólogo o más bien el rol del estudiante de psicología se ve truncado ya que el proceso solo permite moverse en solo un ámbito de rehabilitación recreativa y la compañía permitiendo una mejor reinserción en la comunidad. Estableciendo así un trabajo reiterativo y que solo busca la reproducción propia de la institucionalidad, ya que dentro de las dificultades no se consideran un mecanismo secuencial que permita establecer progresos en el ámbito de lo psicológico. Esto espero respaldarlo la investigación propiamente tal lo que si me interesaría en este momento es cuales son las posibilidades o los posibles modelos de intervención

siguiendo la línea de los modelos de rehabilitación psicosocial propuestos por el ministerio de salud (Minsal 2001). Este plan contempla distintos lineamientos que intentare resumir de una manera que permita tener una mirada de las intervenciones posibles a realizar siguiendo el principio de rehabilitación.

### Cognición social

Área de la cognición social es en la actualidad es de los campos de investigación más activo de la psicología y, a la vez, uno de los difíciles de definir porque en él se estudian fenómenos muy diversos entre los que no es fácil identificar un factor común. La cognición social hace referencia al conocimiento que tenemos las personas sobre los seres humanos y sus actividades, y a los procesos mediante los cuales adquirimos y utilizamos esa información. A la luz del modelo clásico E (estímulo) O (organismo)-R(respuesta), la cognición social podría representarse en O, como los proceso y estructuras que median entre la situación social y la conducta social del individuo (Rublú y otros 1983):

Situación social --> Cognición social --> Conducta social

En estricto sentido se puede decir que la cognición social es una área de estudio con autonomía propia respecto a la de la conducta social. Más precisamente: puede decirse que los estudios de la psicología social, así como los también clásicos sobre la socialización, en el campo de la psicología evolutiva, representan planteamientos muy diferentes a los de la psicología de la cognición social. La diferencia fundamental radica en que los primeros constituyen básicamente trabajos descriptivos de la conducta social de los individuos (adultos o en desarrollo) en distintos contextos sociales (familia, grupos, etc.). La cognición social puede definirse como el área que estudia las ideas, categorías y principios que estructuran nuestro conocimiento del mundo social y los procesos implícitos en la elaboración de tal conocimiento.

Las aportaciones a este campo de investigación provienen fundamentalmente de tres disciplinas: la psicología evolutiva, la psicología social y la psicología cognitiva. Sin embargo, hay diferencias notables entre los tipos de estudios que se han realizado en el seno de cada una de éstas. Los psicológicos evolutivos se han centrado más en los aspectos de contenido de la cognición social que en los procesos. Entre los temas más estudiados se encuentran el del conocimiento de sí mismo (Lewis y Brooks-Gunn, 1980) y de los otros, de las normas socio-morales (Damon, 1977; Kohlberg, 1976; Turiel, 1984); las relaciones interpersonales, como la amistad o la autoridad (Damon, 1977); y la comprensión del funcionamiento de la sociedad en sus distintos aspectos políticos, económicos e institucionales (Del Val, 1981; Furth, 1980). Los estudios sobre cognición social en adultos, realizados por psicólogos cognitivos y sociales, se han ocupado más de los procesos y de los aspectos estructurales que de los contenidos de la cognición social. Entre otros temas caben destacar las investigaciones sobre organización de la información social en la memoria a largo plazo (Hastie y otros, 1980); sobre inferencia y razonamiento social (Kahneman y otros, 1982), y atribución causal (Wyer y Carlston, 1979); y sobre la influencia de factores afectivos y motivacionales en la conducta y el razonamiento social.

#### *Breve apunte histórico*

La psicología de la cognición social tiene una corta vida como área independiente aunque no carece de importantes antecedentes históricos. Por citar sólo dos ejemplos notables y de distinta procedencia, autores como J.M. Baldwin y G.H. Mead se plantean ya algunos de los problemas que hoy definen parte del objeto de estudio de la cognición social. Lo más característico de estos trabajos (entre los cuales la obra de Mead, *Mind, Self and society*, 1934, sigue siendo una referencia obligada) es la búsqueda de un marco teórico y conceptual que explique la vida del individuo integrando los aspectos cognitivos y socio-afectivos de la experiencia humana.

La influencia de Piaget en la psicología evolutiva -y en algunos constructos fundamentales de la psicología cognitiva- se ha notado también en los estudios evolutivos sobre cognición social. En algunos de sus primeros libros, Piaget (1972, 1971) expone una serie de trabajos pioneros sobre el razonamiento social infantil, la comunicación y la adopción de perspectivas sociales, el desarrollo del juicio moral, etc., que siguen siendo hoy en día punto de partida de numerosas investigaciones sobre el desarrollo del conocimiento socio-moral (por ejemplo, los trabajos sobre razonamiento moral de Kohlberg desde 1963 hasta nuestros días; o los más recientes de Turiel sobre conocimiento social). Será, sin embargo, en trabajos posteriores, centrados en el desarrollo de la inteligencia y del conocimiento no social, donde Piaget va a desarrollar sistemáticamente su concepción constructivista del conocimiento, uno de los legados más importantes a la psicología de la cognición social: el conocimiento -social o no social- es un sistema organizado que se construye a partir de las interacciones del sujeto con su medio físico y social, y no una mera «copia» del entorno ni tampoco una emergencia de estructuras pre adaptativas. En este sentido, el enfoque constructivista se opone radicalmente a la perspectiva del aprendizaje social (Bandura y Walters, 1974) que explica la adquisición de la conducta social como un proceso de acumulación de información y de interiorización de normas sociales mediante los mismos mecanismos que los del aprendizaje en general.

Según diversos autores (Hollyoak y Gordon, 1983; Ostrom, 1983; Ruble y otros, 1983), fue la confluencia de intereses de la psicología cognitiva, la psicología social y la psicología evolutiva lo que, a mediados de la década pasada, sentó las bases de la psicología de la cognición social. Algunos autores, como por ejemplo Ostrom (1983), consideran que tal confluencia ha dado lugar a una superación de la dicotomía clásica entre lo cognitivo y lo social. Otros, menos optimistas o más realistas (por ej. Ruble y otros 1983), dudan de que se haya alcanzado una verdadera integración de estos aspectos en la psicología actual. Cualquiera que sea la situación real cabe recordar

que la psicología social y la psicología cognitiva tuvieron, durante años, desarrollos independientes con escasas influencias mutuas. Fue a finales de los años sesenta y durante los setenta, cuando los psicólogos sociales empezaron a centrarse en el estudio de las respuestas «cognitivas» del individuo y los procesos mediante los cuales, codifica e interpreta la información del entorno social. Actualmente, los estudios descriptivos de la psicología social clásica han sido desplazados por los estudios inspirados en un modelo del sujeto humano como científico «intuitivo» que codifica datos, realiza predicciones y atribuciones causales y comprueba sus teorías del mundo, en palabras de Ross (1981). Página | 56

Aproximadamente por la misma época que los psicólogos sociales empezaron a adoptar un enfoque cognitivo en el estudio de la conducta social, los psicólogos cognitivos empezaron a interesarse por la conducta y el razonamiento de los individuos en su contexto real, y en relación con tareas relevantes para la vida cotidiana. Frente a un modelo impersonal del sujeto humano como «solucionados» de problemas (cualquiera que fuera su relevancia para él) y en aislamiento social, la psicología cognitiva se fue desplazando hacia un modelo de la cognición en contexto, es decir, considerando la influencia de variables situacionales y de variables no cognitivas (afectivas, motivacionales, etc.).

No es una casualidad que también la psicología evolutiva empezara a mostrar su interés por el desarrollo de la cognición social a principios de la década de los setenta. Hasta entonces, en la psicología evolutiva se había dado dos corrientes de investigación diferentes tanto en sus métodos y objetivos como en sus planteamientos teóricos. Por una parte, la investigación sobre el desarrollo social influida por el modelo E-R, se preocupaba por estudiar el papel de los agentes de socialización sobre la conducta social del niño. E: objetivo de este tipo de estudio era definir la naturaleza de los «estímulos sociales» (escuela, familia, subculturas, etc.) y las consecuencias conductuales o «respuestas sociales» (apego, popularidad, roles sexuales, etc.) con el

fin de conocer el proceso de socialización (Ruble, Higgins y Hartup, 1983). Por otra parte, la investigación sobre desarrollo cognitivo, guiada por una concepción constructivista, se había centrado en el estudio del conocimiento físico y lógico-matemático del niño, prestando escasa atención a la formación y organización del conocimiento social. De hecho, hasta los años setenta, ni los psicólogos cognitivos ni los psicólogos evolutivos se habían planteado si el conocimiento que tiene por objeto los hechos sociales difiere o no de otros tipos de conocimiento. En general, se aceptaba implícitamente que el conocimiento social no es más que un caso particular del conocimiento en general regido por las mismas leyes y procesos psicológicos y, por tanto, estructurado de manera similar.

#### Cognición social y cognición no-social

Lo que parecía no suscitar grandes problemas a las psicologías de enfoque cognitivo, la distinción entre cognición social y no social, se ha convertido en los últimos años en un tema polémico y controvertido. Por una parte, hay autores que sostienen que ambas formas de cognición son isomórficas estructuralmente y que, además, no cabe establecer una distinción objetiva entre hechos físicos y sociales. Así por ejemplo, se ha hablado del carácter animado, lábil, probabilístico e interactivo del mundo social frente al carácter inanimado, estático, predecible y reactivo del mundo físico. Sin embargo, muchos fenómenos físicos participan de una apariencia animada y cambiante y no poseen un mayor grado de predictibilidad que los fenómenos sociales. Según Broughton (1978), quien defiende el isomorfismo entre ambos tipos de conocimiento, « lo físico y lo social se interpretan hasta el punto de que los aspectos aparentemente más físicos de la vida son a menudo los más sociales (por ejemplo, el sexo) y los que parecen ser fenómenos típicamente sociales pueden ser puramente físicos (por ej., la producción mecánico-industrial)» (p. 76).

Aceptando la ambigüedad de la distinción entre hechos físicos y sociales, otros autores mantienen, sin embargo, que la cognición social difiere sustancialmente de la



cognición física en el sentido de que sólo las personas (sujetos y objetos del conocimiento social) pueden establecer relaciones mutuamente intencionales y comunicativas. Es decir, los intercambios interpersonales, a diferencia de nuestras relaciones con el mundo físico, se dan en un contexto interactivo que implica el reconocimiento mutuo de que el otro tiene un sistema psicológico semejante al propio, con estados afectivos y cognitivos internos, con la capacidad de aprender, recordar, pensar, etc. En otras palabras, en la cognición social intervienen además de procesos cognitivos generales como la memoria, la atención, la percepción, etc., otros procesos típicos y exclusivamente sociales como la atribución, la comunicación o la adopción de perspectivas que implican con toda probabilidad la construcción de nociones y de principios cualitativamente diferentes a los de la cognición física o lógica (Damon, 1983).

Algunos psicólogos evolutivos asumen incluso una disposición innata del bebé para relacionarse y comunicarse con las personas de manera diferente que con los objetos físicos (por ej. Trevarthen, 1979), aunque esta idea sigue siendo polémica y muy especulativa. Por el contrario, la idea de que conocimiento -social y no social- se construye en dominios diferenciados, como propone Turiel (1983), va ganando terreno entre los psicólogos cognitivo-evolutivos. Según esta perspectiva se hace necesario distinguir no sólo entre cognición social y no social sino también entre distintas formas de conocimiento dentro de cada uno de estos dominios generales. Así, por ejemplo, el conocimiento lógico supone algunos principios organizativos diferentes a los del conocimiento físico (por ej. la necesidad lógica) de la misma manera que, dentro de la cognición social, el conocimiento moral se organiza en torno a principios diferentes a los del conocimiento social-convencional (por ejemplo, el primero no es contingente a las normas sociales mientras que el segundo sí lo es). En resumen, un modelo de la cognición social debería considerar, desde esta perspectiva, los distintos contextos, acontecimientos y formas de interacción social, y, en general, las múltiples facetas del

mundo social cuyo conocimiento se organiza presumiblemente en torno a categorías y principios cognitivos diferentes. El problema es conocer el grado de coherencia interna de cada uno de estos dominios, descubrir sus propios principios organizativos y establecer sus relaciones con otras formas de cognición.

### **Cognición social y esquizofrenia**

Se podría definir a la esquizofrenia como un trastorno mental grave caracterizado, entre otros aspectos, por presentar deficiencias cognitivas a las que la investigación ha prestado una gran atención en las últimas décadas (Brüne, 2005). Si se considera, que gran parte de los estudios hasta esa década se centraban desórdenes en procesos cognitivos no sociales: funcionamiento ejecutivo, atención o memoria. Sin embargo, desde mediados de los años 90 la investigación ha ampliado su foco de atención incorporando lo que se ha denominado "Cognición Social", puesto que el conglomerado de aspectos que abarca podría explicar, en buena medida, el deterioro en funcionamiento social y comunitario que se da en la esquizofrenia.

La Cognición Social es el conjunto de *"procesos cognitivos implicados en cómo la gente piensa sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones"* (Penn, Corrigan, Bental, Racenstein, y Newman, 1997)

Incluyendo los procesos y funciones que permiten a la persona entender, actuar y beneficiarse del mundo interpersonal. Y, ¿cuáles son esos procesos? Básicamente son cinco:

El **Procesamiento Emocional** hace referencia a aspectos que están relacionados con percibir y utilizar emociones en la vida cotidiana. Las personas con esquizofrenia tienen dificultades en reconocer y entender las expresiones faciales de emociones de otros, especialmente las emociones negativas.

La **Teoría de la mente (TOM)** se refiere a la capacidad para hacer inferencias sobre los estados mentales de otros, como por ejemplo, sus intenciones, sus disposiciones y sus creencias. Las personas con esquizofrenia tienen comprometida su capacidad para inferir cuáles son los estados mentales de otros sujetos, y para atribuirse ellos mismos estados mentales o atribuirlos a otros.

El tercero de los procesos, la **Percepción Social**, se asocia a las capacidades para valorar reglas y roles sociales, así como para valorar el contexto social. *"Es el tipo de percepción que requiere leer entre líneas"*. Una inadecuada percepción social conllevaría una deficiente percepción de estímulos socialmente relevantes.

Por otra parte, el **Conocimiento Social** o esquema social incluye cuatro componentes básicos: acciones, roles, reglas y fines o metas, que actúan como guía en las situaciones sociales en las que habitualmente se desenvuelven los individuos (e.j.: entrar en un restaurante y pedir la comida). Son el marco de referencia que permite a la persona saber cómo debe actuar, cuál es su papel y el de otros actores, cuáles son las reglas que por convención se utilizan y cuáles son las razones por las que se ve implicado en esa situación social. Es aquí en donde los paciente de esquizofrenia aprenden un modo asistencialista de interacción, propio de los modelos clásico de intervención en la esquizofrenia.



Finalmente, el último componente de la Cognición Social, es el **Estilo Atribucional**. Las atribuciones son las explicaciones que uno da a las causas de resultados positivos o negativos. En general, parece que las personas con esquizofrenia tienden a hacer atribuciones externas personales (las causas se atribuyen a otras personas) en mayor medida que a atribuciones externas situacionales (las causas se atribuyen a factores situacionales). En el caso de los pacientes forenses por ejemplo ellos no son capaces de reconocer o entender completamente el porqué están allí sino que intentan al no ser capaces de reconocerse.

El reconocimiento explícito por parte de la medicina y psicología de la importancia que tienen los procesos incluidos bajo el concepto de cognición social en el funcionamiento del paciente con diagnóstico de esquizofrenia, podría ser atribuido a dos circunstancias. Primero, al proyecto MATRICS (Investigación en la medición y tratamiento para mejorar la cognición en esquizofrenia (Green y Nuechterlein, 2004), que lo ha incluido entre los siete ámbitos cognitivos críticos en los que los pacientes con esquizofrenia presentan déficits: velocidad de procesamiento, atención / vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y solución de problemas, y cognición social. Y en segundo lugar, a la aparición de suficiente evidencia empírica que muestra que la cognición social juega un papel de puente entre el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento social y psico-comunitario del paciente.

De manera prácticamente paralela al incremento en la relevancia que ha cobrado la cognición social en el ámbito de la investigación, se han desarrollado programas de rehabilitación que, conscientes de su importancia, se centran en la recuperación de estos aspectos cognitivos.

Estos programas se pueden clasificar en dos tipos. El primero incluiría intervenciones focalizadas en mejorar el reconocimiento de emociones, como el *Training of Affect*



*Recognition* (Entrenamiento del Reconocimiento de Emociones). Es un programa que comprende tres bloques, a través de los cuales, los pacientes aprenden a identificar y discriminar, así como a verbalizar los principales signos faciales de las seis emociones básicas. Luego se intenta integrar esta visión del afecto detallada en un modo de procesamiento cada vez más global, a partir de las primeras impresiones, del procesamiento no-verbal y del procesamiento de expresiones faciales con baja intensidad. Finalmente, entrenan, por una parte, el procesamiento de expresiones no prototípicas y ambiguas del afecto que a menudo ocurren en la vida diaria; y por otra, la integración de expresiones faciales en el contexto social, conductual y situacional.

El segundo grupo correspondería a programas de intervención más complejos, como el *Emotion Management Training* (Entrenamiento en el Manejo de Emociones). Su objetivo es recuperar los déficits en percepción de emociones y el pobre ajuste social del paciente, y enseñar estrategias de afrontamiento eficaces. El *Integrated Psychological Therapy* (Terapia Psicológica Integrada), es un programa integrado para mejorar tanto el funcionamiento cognitivo como el funcionamiento social. Consta de cinco programas: *Diferenciación cognitiva*, dirigido a entrenar esencialmente habilidades cognitivas no sociales; *Percepción social*, en el que se analiza la percepción de estímulos sociales; *Comunicación verbal*, que trabaja básicamente habilidades de conversación; el cuarto y quinto programa se centran en la mejora de *Habilidades sociales* y *Resolución de problemas interpersonales*.

El programa *Cognitive Enhancement Therapy* (Terapia de mejora cognitiva) se basa en la hipótesis de que el daño en los procesos para identificar y utilizar los aspectos esenciales de las situaciones sociales, y las interacciones con otros, constituye un factor fundamental que limita la ejecución social en el paciente con esquizofrenia. Fue desarrollado como una aproximación integrada para la mejora de las habilidades neurocognitivas y cognitivas sociales.



El último de los programas aparecidos en este ámbito es el *Social Cognition and Interaction Training* (Entrenamiento en Interacción y Cognición social). Este programa también divide la intervención en fases. La primera, *Comprensión de Emociones*, se dirige a explicar el funcionamiento del programa de intervención, qué es cognición social; se establece la alianza en el grupo y se revisa el papel de las emociones en las situaciones sociales. La segunda, *Estilo de Cognición Social*, trabaja el problema de "saltar a las conclusiones precipitadamente". Además, también trabaja el estilo atribucional, la tolerancia a la ambigüedad, la distinción de pistas y la recogida de datos para mejorar dichas pistas. La fase final, *Integración*, tiene como objetivo la consolidación de las habilidades y su generalización a problemas de la vida diaria.

Para concluir lo expuesto hasta aquí, solo cabe destacar el hecho de que la comunidad científica viene demostrando que, entre el conjunto de deficiencias que presentan los pacientes con esquizofrenia, necesariamente hay que considerar aquéllos relativos a la Cognición Social..

### Marco metodológico

#### ***Enfoque metodológico:***

Esta investigación se sustenta en el enfoque metodológico propio del paradigma interpretativo, es decir intenta comprender o interpretar el sentido de las acciones , así como también incluir el sentido de los propios actores este tipo de investigación propio de los estudios cualitativos permite profundizar en la realidad de los actores de las instituciones. Es así como considero necesario dar cuenta de la realidad social desde lo cualitativo, información que sería complementada desde los análisis con una visión “comprensiva cualitativa”, a razón de la naturaleza subjetiva de las variables. Esta Investigación se posiciona desde el Paradigma Neopositivista, (BRIONES, 1989, p43).

Página | 64

Dentro del objetivo del Neopositivismo se encuentra la superación de la pseudo ciencia (especialmente la metafísica) y la verificación y comprobación empírica, de carácter observable y experimental, a fin de generar un lenguaje común y leyes generales que puedan ser aplicables en la praxis como conocimiento científico apoyándose en pruebas estadísticas o matemáticas que ayudan al análisis de la realidad. En este sentido se buscó dar rigurosidad y verificar si efectivamente existe esta cualidad en los sujetos de estudio y cuantificar, desde su condición, De tal manera de validar un nuevo conocimiento que está inmerso en lo subjetivo. Es por ello que para efectos de este estudio se tomaron algunos postulados de Karl Popper, quien mantiene la idea básica del positivismo clásico de que los enunciados (verdaderos o falsos) sometidos a la lógica y a la verificación empírica, pueden ser calificados como científicos. Aunque situado en la corriente positivista, es el que comenzó a prestar atención al problema de las ciencias sociales. Es por ello, que se debe ir más allá de lo netamente descriptivo y someter a la ciencia a la pseudo ciencia, para generar conocimiento válido y no excluir lo cotidiano o subjetivo, que es parte inherente del ser humano y del conocimiento. Es dar respuesta a un problema, “pues, un problema de ciencia, radica siempre en encontrar una explicación de un

hecho, de un fenómeno (...) el intento de solución, es decir, la explicación, radica en una teoría o en un sistema deductivo, lo que permite explicar relacionándolo lógicamente con las condiciones iniciales” (POPPER, 1978, p22). En este caso, se trata de buscar una respuesta, una explicación a partir de la cognición social estudiando las conductas iniciales de pacientes psiquiátricos forenses, partir de como enfrentan sus rutinas, su cotidianidad, y desde allí generar conocimiento. Página | 65

### **Tipo y diseño de la investigación**

Esta investigación a mi parecer las características de un estudio Exploratorio-Descriptivo. “Examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado anteriormente” (Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. 1991).

Como este tipo de investigación plantea el recorrer espacios temáticos nuevos, explorarlo, para dar a conocer cuál es el conducta de las categorías en la praxis y luego mostrar e identificar sus cualidades más importantes, lo que se interrelacionó directamente con el objetivo de investigación. Dado que la investigación en el tratamiento de los hogares protegidos forense, además de la investigación en el tratamiento propio de los pacientes forenses resulta, escasa tanto en nuestro país como a nivel internacional, este modelo nos permite movernos con mayor libertad y fluidez, que otros modelos de investigación , obteniendo una bitácora de trabajo que permita documentar de manera mucho mas completa el material obtenido. El objeto de este estudio es demostrar el carácter excepcional que presentan estos hogares, en donde el cual ninguna investigación existente podría representar y que podría ser visto como una anomalía inaplicable.

Es así como tampoco se ha intentado detallar o trabajar bajo conceptos bases de esta investigación ya que el definir conceptos, no permitiría el adquirir conocimientos y condicionaría nuestro mirar de manera significativa.

Dado que esta investigación consta tanto de datos cuantitativos y cualitativos se hace necesario al momento de diseñar la investigación escoger el modelo de enfoque dominante el cual nos habla de que aun cuando exista ambos enfoques tiene mayor importancia o prevalece uno de los enfoques es así como esta investigación. Considerando lo anterior el enfoque de esta investigación podría clasificarse enfoque mixto de la investigación de las ciencias sociales. Este enfoque se caracteriza de las investigaciones en Ciencias Sociales y, básicamente, nace desde la fenomenológica y bajo la necesidad de explicar fenómenos no estadísticos sino más bien busca explicar la profunda naturaleza de los fenómenos, es decir su sistema de relaciones, su estructura dinámica. Es así como la Fenomenología, desde una perspectiva ampliada o generalista, se asienta como una tradición de las Ciencias Sociales interesada por el estudio que existe entre la relación de los hechos y el 66demás en el cual se hace presente esta realidad.

Es así entonces como el enfoque mixto consiste, entonces, en definir y analizar de un modo comprensible tanto la vida social y cultural de las personas pertenecientes a algún sistema característico. Asimismo, "El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas (Taylor, 1987). En este sentido, tanto para la perspectiva fenomenológica como para la investigación cualitativa, se torna fundamental experimentar la realidad tal y como los sujetos la experimentan.

Las investigaciones mixtas por lo tanto permiten encontrar las características humanas en los fenómenos sociales trabajando con la subjetividad de las personas, al seguir los puntos de vista del investigado, como ocurre con la metodología cuantitativa.

No está de más decir que el método cualitativo a diferencia del método cuantitativo, el investigador está libre al momento de investigar.

Así, pues, para el investigador cualitativo, cada sujeto es constructor y autor de su propia realidad, por lo tanto, no se aspira indagar en la veracidad de su relato, sino en cómo éste significa el mundo y, por supuesto, la realidad que percibe. Por otro lado el

análisis de variables de cognición social requiere un análisis de tipo cuantitativo, pretendiendo intencionalmente “acotar” la información, es decir, medir con precisión las variables del estudio, tener “foco”. Se optó por el método Lógico Deductivo, en este se aplican principios descubiertos a casos particulares, a partir de un enlace de juicios. El papel de la deducción es doble, ya que primero consiste en encontrar principios desconocidos, a partir de los conocidos. Una ley principio puede reducirse a otra más general que la incluya. En segundo lugar sirve para descubrir consecuencias desconocidas, de principios conocidos. Es decir se parte de axiomas a construcción de definiciones.

Es por esto que elegiremos el método mixto de la investigación, ya que nos permite entrar en la subjetividad de los pacientes pertenecientes a los hogares protegidos forenses del hospital psiquiátrico Horowitz Barak

### **Campo de la investigación:**

La investigación contempla a los pacientes pertenecientes al servicio de psiquiatría forense perteneciente al Hospital Dr. José Horowitz Barak, que hallan participado en el proyecto “Junto Construimos un sueño” y que hallan sido intervenidos por algún equipo de estudiantes de Psicología.

### **Muestra:**

El universo son los 22 pacientes de los hogares protegidos forense que han presentado un tipo de intervención y que pertenecen al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horowitz Barak, dentro de este universo se consideran tanto los pacientes como los funcionarios que intervienen en el día a día de los pacientes. Es decir el tipo de muestra resulta ser casi censal. Lo que quiere decir que la totalidad de los hogares protegidos que han sido intervenidos por el proyecto “Juntos construimos un sueño” pertenecientes al instituto serán abordados, lo que valida la investigación dando los componentes necesarios para obtener resultados fidedignos y representativos. Así

**HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN**

**SEBASTIAN DÍAZ FERRARI**

también permite entender el problema de manera global, intentando responder al objetivo general y específico en su cabalidad. Estos hogares compuestos por un número distinto por lo cual se espera obtener una muestra de 22 paciente pacientes mas el cuidador activo, el cual pasa la mayor parte del día con ellos. Esta muestra considera además consideraciones éticas del investigador ya que un total de 10 pacientes de distintos hogares se resistieron realizar la prueba lo cual implica que el con un error máximo aceptable de 50% y un nivel de confianza de un 90% la prueba resulta ser representativa.

### **Selección de la muestra :**

La muestra es seleccionada no solo por si están intervenidos o no sino por los años de intervención es así como nos encontramos con que los hogares uno y tres cuentan con cuatro años de intervención mientras los hogares cinco y siete se encuentran con 2 años de intervención asumiendo los objetivos del proyecto “Junto Construimos un Sueño” podría plantearse que debiese existir alguna diferencia entre los de mayor y menor intervención. La encuesta será tomada de manera individual en los propios hogares tomando aproximadamente 35 min por persona y considerando el encuadre propio de cualquier test psicométrico y las dificultades de los paciente ya sea problemas de lecto escritura, analfabetismo u impedimento físico o mental.

### **Técnicas de recolección de información:**

Dado que la investigación es exploratoria descriptiva es decir que además de que se consta de material difuso, y lo que se conoce resulta poco claro no se hace posible establecer un plan detallado de trabajo, aparte de la revisiones bibliográficas respectivas. Es por eso que dentro de las técnicas de recolección de informaciones se incluirán.

Encuesta de cognición social elaborada por el grupo GEOPTe (Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia) esta encuesta fue aplicada en Chile este año en Concepción por lo cual fue validado, esta Escala GEOPTe recoge información de dos fuentes: la percepción subjetiva del propio paciente acerca de sus déficits y la del informante o cuidador. Consta de 15 ítems (7 para funciones cognitivas básicas y 8 para cognición social). Se pasó la escala a 87 pacientes con diagnóstico de psicosis (según DSM-IV), recojiéndose datos clínicos generales, impresión clínica global, estado de ánimo y grado de insight. Resultados. La Escala GEOPTe presentó una excelente consistencia interna (alfa de Cronbach, 0,84 para pacientes y 0,87 para informantes). El análisis factorial identificó dos factores que explican una varianza total del 39%. El primer factor relacionado con los ítems de funciones cognitivas básicas y el segundo con los ítems de cognición social. Respecto a la validez del constructo, las puntuaciones de la escala guardan una estrecha relación con la impresión clínica global, el grado de insight y los síntomas depresivos. La Escala GEOPTe es fiable y válida. Presenta una clara consistencia interna y guarda una sólida relación con otras medidas clínicas, en particular con la ICG, el grado de insight y el estado de ánimo depresivo. Destacando además que la información que recoge la Escala GEOPTe no se recoge en ninguna de las escalas que existen para la valoración de la psicosis en la actualidad, siendo, quizá, las escalas que estudian el insight sobre los problemas de memoria en las demencias las que más se pudieran aproximar al constructo que aquí se analiza. Estudios sobre el insight en demencias no recogen, no obstante, la visión del informante como hace la Escala GEOPTe, está más orientados hacia la búsqueda del sustrato neuropsicológico de la anosognosia que a la mejora del tratamiento. Es decir al rastreo de dificultades para el desarrollo de una verdadera conciencia de enfermedad. Cabe agregar que se esperan obtener diferencias entre los hogares más intervenidos y los menos intervenidos.

Se hace necesario enfatizar que el primer objetivo de esta escala es que resulte «útil», y útil para el clínico significa que le ayude a comprender y a tratar mejor a sus pacientes

Una segunda encuesta que mide a través de 14 afirmaciones distintas variables de rehabilitación que y fueron tomadas según lo que establece el Ministerio de Salud y de acuerdo a la ley N° 19.284, que “Establece normas para la plena integración social de personas con discapacidad”. Estos indicadores fueron divididos por área, estas son:

**Cuidado Personal, Alimentación, Manejo de Dinero**, que corresponden a **Acciones de Rehabilitación**, que se basan fundamentalmente en “desarrollar destrezas y habilidades que le permitan a la persona con discapacidad de causa psíquica, alcanzar el máximo nivel de autonomía posible, facilitando su posterior integración social. Incluye desde la adquisición de hábitos para la vida cotidiana hasta la rehabilitación sociolaboral” (MINSAL, 2000, ). Estos hábitos o destrezas sociales son propios de la vida cotidiana, y que en un proceso de rehabilitación se hacen sumamente importante en miras a una reinserción social.

**Recreación, correspondiente Ocio y tiempo libre**, y que está orientado a “satisfacer las necesidades de recreación de las personas con discapacidad psíquica. Esta necesidad implica el facilitar el acceso y la participación en actividades o alternativas recreacionales a las que todas las personas tienen derecho y/o al desarrollo de alternativas propias” (MINSAL, 2000, p5). En esta área, se trató de evaluar hasta que punto los pacientes psiquiátricos forenses cuentan instancias recreativas y fundamentalmente medir su participación y pro actividad en implementar nuevas propuestas.

**Apresto Laboral**, correspondiente a **Reinserción Laboral**, “que busca poner a disposición de las personas que sufren trastornos mentales, alternativas de trabajo **HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCION Y REHABILITACION**

que incluyan desde puestos protegidos hasta puestos plenamente competitivos” (MINSAL, 2000, ). Las edades de los pacientes bordean desde los 18 a 60 años de edad, siendo en su mayoría adultos jóvenes, por lo tanto se encuentran en plena edad laboral, presentándose como una inquietud vigente a satisfacer.

**Conocimiento de enfermedad y del Tratamiento**, está vinculado con **Tratamiento especializado**, y que busca controlar y estabilizar los síntomas del trastorno utilizando psicofármacos, psicoterapia, entre otras y que se dé conocimiento del paciente” (MINSAL, 2000, ). Está orientado básicamente a que el paciente de hogar protegido, reciba adecuadamente un tratamiento de acuerdo a su patología y que tenga conocimiento de su enfermedad (entienda en qué consiste y cuáles son sus características), de manera que pueda comprender el tratamiento al cual se encuentra sometido.

**Trabajo en grupo, Contacto Social y Redes**, está relacionado con **Apoyo a la vida en comunidad**, que tiene como propósito facilitar las condiciones para que las personas que sufren un trastorno psíquico puedan incorporarse al vecindario de mejor manera posible (MINSAL, 2000, p5).

**Relaciones de Pareja**, relacionado con **Apoyo emocional**, “y que implica un refuerzo en el áreas tales como sexualidad, pareja, sentimientos de soledad, paternidad, crianza, etc. Y que no corresponde a síntomas de trastorno mental” (MINSAL, 2000, p49).

**Relaciones Familiares**, vinculado con, **Apoyo Familiar**, “se debe potenciar a la familia como uno de los principales motores terapéuticos y teniendo presente la necesidad de terapia o trabajo de apoyo cuando la situación con el paciente la desborda” (MINSAL, 2000, p5) esta consta de 14 Ítem de verdadero o falso, todos revisados y aprobados en conjunto con Cristian Paredes profesional encargado de los hogares protegidos y por ultimo una encuesta del sobre la importancia de los talleres

en los cuales ellos participan y la conciencia de enfermedad. Se a decidió utilizar solo métodos de simple analisis de la investigación considerando las dificultades cognitivas de los pacientes además de la posibilidad de descompensación al enfrentarse a una entrevista abierta.

### **Validación:**

El instrumento en general fue validado por el encargado Cristian Paredes previa consulta a los profesionales médicos correspondientes pertenecientes al servicio de psiquiatría forense.

### **Plan de análisis de la información**

En un primer momento la escala de cognición social 15 ítems. Los ítems están formulados como preguntas cortas a las que se responde por medio de una escala con cinco opciones de respuesta (1: no; 2: un poco; 3: regular, 4: bastante; 5: mucho)..

Los ítems de la escala deben ser respondidos de forma autoadministrada por el paciente y por su correspondiente informante (familiar o cuidador) de forma independiente.

Estos 15 ítems recogen dos grupos de información (tabla 1): del 1 al 7 se refieren a preguntas sobre funciones cognitivas básicas y del ítem 8 al 15 se refieren a preguntas en torno a aspectos de la cognición social. Las respuestas proporcionadas por pacientes e informantes son registradas en el cuaderno de recogida de datos y utilizadas para calcular una puntuación sumario para cada uno de ellos. Aplicando los

conceptos fundamentales de la teoría clásica de los test, esta puntuación sumario consiste simplemente en la suma de los valores numéricos asociados a las opciones de respuesta asignadas a cada ítem de la escala. Se obtiene así tanto para pacientes como para informantes una puntuación que tiene su mínimo en 15 y su máximo en 75. Dado el sentido de las preguntas, 15 representa el mejor estado de cognición social posible para este instrumento, mientras que 75 supone el peor estado posible. Las puntuaciones sumario de pacientes ( $p$ ) e informantes ( $i$ ) son combinadas en un solo índice de tendencia central mediante el cálculo de la media geométrica (MG) de ambos valores. La MG de un conjunto de  $n$  valores es la raíz  $n$ -ésima del producto de los valores en el conjunto. En este caso . Dado que la MG entre dos números positivos y distintos es menor que su media aritmética, el uso de la MG en lugar de la media. Esta información será entregada por persona y hogares en general con el fin de diagnosticar el estado específico de cada uno de los pacientes y por otro lado el estado general del hogar.

Por otro lado el análisis de la otra parte de la encuesta se realizara por hogar y en general permitiendo así tener una evaluación general de los procesos y particularmente de los propios hogares en búsqueda de diferencias considerando el distinto tiempo de intervención y las mayores dificultades presentes en cada uno de los indicadores. Este análisis incluirá una breve visión de lo que como funciona estos hogares, dando cuenta del trabajo personal realizado en estos , con el fin de no solo de mostrar una parte de la naturaleza de la evaluación sino recalcando la importancia de estos resultados, así como la visión propia con respecto al trabajo realizado en estos, cosa que pudiese resultar útil para los futuros psicólogos de nuestra universidad al momento de realizar su pre.practica profesional.

Por ultimo el análisis de los datos cualitativos o preguntas semis estructuradas, básicamente, se caracteriza por realizar un análisis de tal manera que no se pierda la expresión textual de los datos, es decir, su forma verbal escrita. Este método es

***HOGARES PROTEGIDOS FORENSES, REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN***

***SEBASTIAN DÍAZ FERRARI***

distinto al utilizado generalmente en el análisis de los datos cuantitativos, ya que no utiliza formalidades ni estadísticas. A su vez este tipo de análisis se caracteriza por ser un proceso interpretativo de los datos, al igual que todo método cualitativo, parte del supuesto de que “la realidad social es subjetiva, múltiple, cambiante, resultado de una construcción de los sujetos participantes mediante la interacción con otros miembros de la sociedad y se interesan, en general, por comprender e interpretar la realidad tal y como es” (Gil Flores, 1994) vista y entendida desde los ojos de los propios participantes.

Existen tres pasos esenciales para llevar a cabo el análisis de datos:

**Segmentación:** tal como su nombre lo dice consiste en la reducción de datos que se utiliza para la segmentación o división de los discursos en unidades de contenidos. Las unidades de contenidos son aquellos fragmentos que expresan una misma idea, lo que consideramos como unidad es “un fragmento de texto de amplitud variable, dependiendo de la extensión con que se hable sobre la idea implicada...” (Gil Flores, 1994). Para hacer la división de las unidades es indispensable partir de criterios temáticos, en los que puedan contenerse dichas unidades.

**Codificación:** Es, básicamente, una “operación física consistente en asignar códigos a unidades identificadas en un corpus de datos, tras la que subyace una operación conceptual que conocemos como categorización” (Gil Flores, 1994). Asimismo, la codificación es la tarea central de la reducción de datos. Por lo tanto, la codificación implica un acoplamiento conceptual de unidades en función de la correlación de los temas a los que mencionan.

**Selección de datos:** La selección de datos está presente en la selección del material y en los primeros momentos del análisis, se seleccionan los datos en base al interés del estudio, reduciendo los datos a aquellos que conviene recoger, y prescindiendo del resto.



**Análisis y resultados**



**Resultados : Cognición social**

Paciente	Hogar	Resultado individual	Resultado final M paciente y cuidador	Cognitivas básicas	Cognición social	Edad
1	1	35	45	12	23	35
2	1	50	52	24	26	39
3	1	31	43	12	19	52
4	1	35	45	22	13	45
5	1	20	37	9	11	34
6	3	47	51	30	17	28
7	3	27	41	14	13	35
8	3	37	46	15	12	52
9	3	38	46	18	20	59
10	3	54	54	22	33	28
11	5	25	40	10	15	62
12	5	25	40	11	14	51
13	5	27	41	12	15	42
14	5	29	42	11	18	56
15	5	60	57	27	33	51
16	5	31	43	13	18	39
17	5	44	49	23	21	20
18	5	21	38	7	14	42
19	7	23	39	12	11	38
20	7	25	40	14	11	43

21	7	34	44	17	17	61
22	7	47	51	17	30	43

**Cognición social estadísticos generales(solo pacientes)**

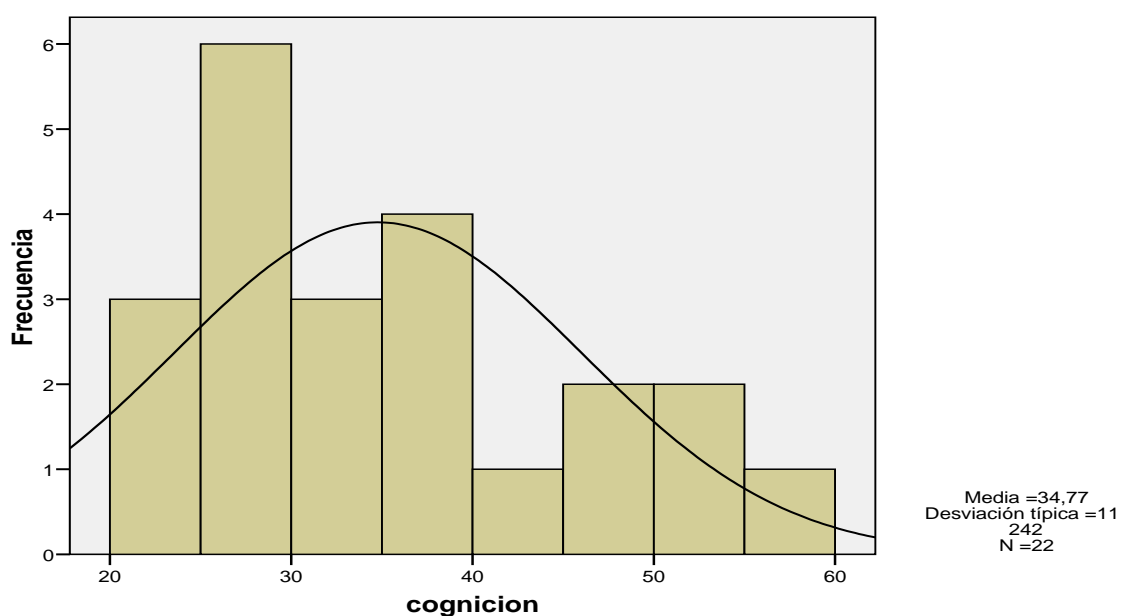
**Estadísticos**

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		34,7727
Mediana		32,5000
Moda		25,00
Desv. Típ.		11,24164
Varianza		126,374
Mínimo		20,00
Percentiles	25	25,0000
	50	32,5000
	75	44,7500

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 20,00	1	4,5	4,5	4,5
21,00	1	4,5	4,5	9,1
23,00	1	4,5	4,5	13,6
25,00	3	13,6	13,6	27,3
27,00	2	9,1	9,1	36,4
29,00	1	4,5	4,5	40,9
31,00	2	9,1	9,1	50,0
34,00	1	4,5	4,5	54,5
35,00	2	9,1	9,1	63,6
37,00	1	4,5	4,5	68,2
38,00	1	4,5	4,5	72,7
44,00	1	4,5	4,5	77,3
47,00	2	9,1	9,1	86,4
50,00	1	4,5	4,5	90,9

54,00	1	4,5	4,5	95,5
60,00	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

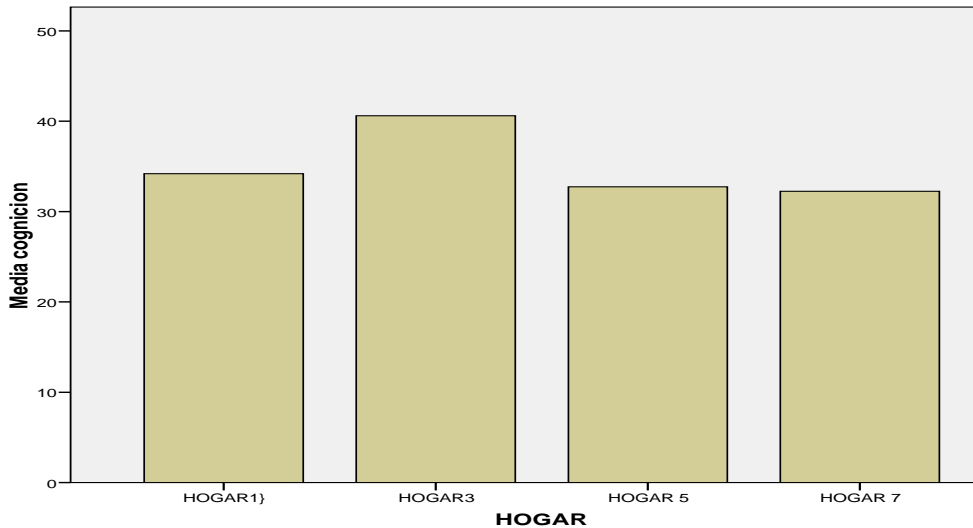
Histograma



**Análisis:**

Tal como lo demuestra el análisis del grupo en general y basados solamente en su apreciación y considerando la curtosis negativa de esta se puede establecer que en el historio grama que refleja la realidad particular de ellos, da a conocer los pacientes heterogéneamente distribuidos siendo el segundo percentil el mas representativo, lo cual nos dice que su estado de cognición social es medio cercano mas a lo positivo , dando cuenta así de una buena capacidad de insight y menor estado depresivo asociado a la agnosognosia, este historiograma además muestra además una da cuanta de la percepción positiva y la conciencia de enfermedad. Resulta interesante analizar además que en el hogar 5 uno de los lugares menos intervenidos, exista un mejor estado de cognición social. Obviamente esta interpretación es subjetiva e incluye solo a los pacientes y su percepción del grado de cognición social.

**Análisis por hogar solo percepción paciente**



**Medias por hogar**

En el hogar he encontrado muchos amigos

HOGAR	Media	N	Desv. Típ.
HOGAR1}	1,60	5	,548
HOGAR3	1,00	5	,000
HOGAR 5	1,00	8	,000
HOGAR 7	1,25	4	,500
Total	1,18	22	,395

**Analisis por Hogar:**

En lo que respecta a la propia apreciación de cognición social no existe mayor discrepancia entre los hogares con un promedio de 34 , mostrando un mayor deterioro el hogar 3 que no es atribuible ni a la edad promedio, ni a la falta de intervención todos los demás hogares muestran un deterioro de la cognición social propia cercano a lo medio la escala lo cual es lo esperable.

**Análisis totales cognición social**

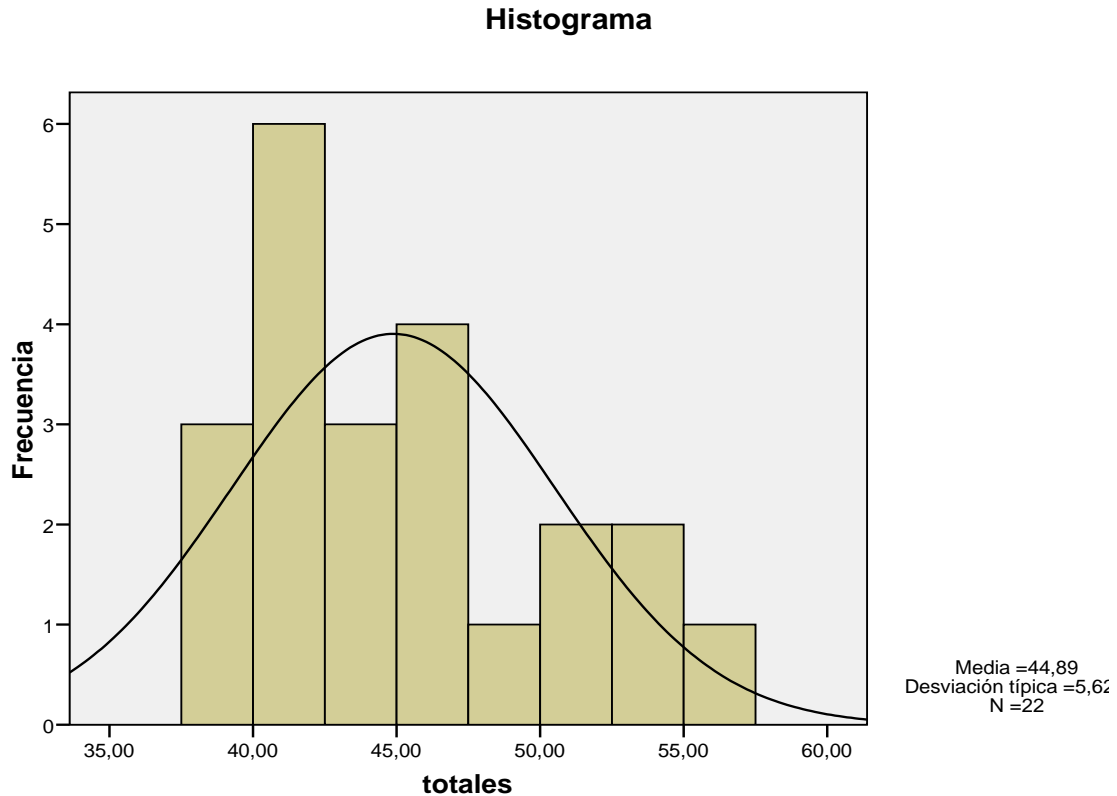
**Estadísticos**

totales

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		44,8864
Mediana		43,7500
Moda		40,00
Desv. Típ.		5,62082
Varianza		31,594
Mínimo		37,50
Percentiles	25	40,0000
	50	43,7500
	75	49,8750

totales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 37,50	1	4,5	4,5	4,5
38,00	1	4,5	4,5	9,1
39,00	1	4,5	4,5	13,6
40,00	3	13,6	13,6	27,3
41,00	2	9,1	9,1	36,4
42,00	1	4,5	4,5	40,9
43,00	2	9,1	9,1	50,0
44,50	1	4,5	4,5	54,5
45,00	2	9,1	9,1	63,6
46,00	1	4,5	4,5	68,2
46,50	1	4,5	4,5	72,7
49,50	1	4,5	4,5	77,3
51,00	2	9,1	9,1	86,4
52,50	1	4,5	4,5	90,9
54,50	1	4,5	4,5	95,5
57,50	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

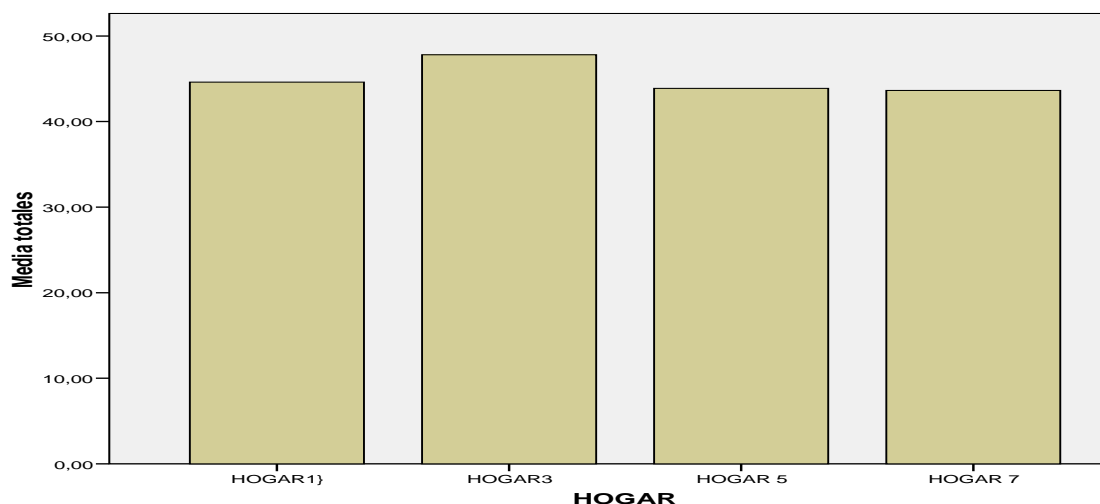


### Análisis.

Tal como demuestra el historio grama considerando la evaluación total de cognición social es decir el promedio entre los paciente y los funcionarios la curvatura se ve un levemente incrementada, es decir el estado de cognición social se ve afectado en los pacientes dando cuenta que existe divergencia de aproximadamente 10 puntos entre la media de los paciente y la total esto da cuenta de que existe un mayor nivel de deterioro de la cognición social y mas cercano a un deterioro mas grave que implicaría menor capacidad de insight y mayor estado depresivo asociado a mayor dificultad a nivel neurobiológico de conciencia de enfermedad. Estos datos aun cuando no resultan escarificadores

representan el estado en general de los hogares y podría clasificarse como una situación media con tendencia a la gravedad

**Análisis totales por hogar**



**Informe**

**totales**

HOGAR	Media	N	Desv. Típ.
HOGAR 1	44,6000	5	5,37820
HOGAR 3	47,8000	5	5,15509
HOGAR 5	43,8750	8	6,48487
HOGAR 7	43,6250	4	5,46771
Total	44,8864	22	5,62082

**Análisis por hogar:**

No existe una diferencia significativa por hogar, nuevamente se puede apreciar que el hogar tres presenta menor cognición social, que no se relaciona con la edad ni a la falta de intervención. El promedio de los hogares es de 45, lo que indica que todos los hogares siguiendo la evaluación de a escala se encontrarían con un grado de cognición social menos favorable.

**Conclusiones cognición social.**

Se puede decir que en cuanto a lo que respecta a la cognición social los pacientes muestran una deterioro algo medio alto, lo cual sin duda influye en sus funciones cognitivas así como en el desarrollo de de habilidades sociales, es por eso que resulta interesante desde una perspectiva científica conseguir una mejora en estos resultados ya sea a través de una mejora en la dosificación de los medicamentos o a través de un programa de estimulación. Claro esta cual sea el camino a tomar este debe ser prioritario para el hogar 3 que presenta mayor índice de deterioro, lo cual nos habla de retraimiento social, una escaza capacidad o bajo desarrollo de conciencia de enfermedad, o cual dificulta cualquier proceso que busque generar autocontrol e independencia, generando así un estancamiento tanto en los objetivos básicos de la rehabilitación propuestas por el Ministerio de Salud, como pare el desarrollo de la vida diaria y de los talleres que allí se realiza,

Otra conclusión importante en lo que respecta a cognición social es que se puede establecer que no existe ninguna relación entre años de intervención del proyecto Junto construimos un sueño y el mejoramiento en este aspecto , entendiendo que claramente la psique humana es diferente individual, por lo cual cada individuo resulta independiente.

Considerando además la importancia que tiene la cognición social hoy en la esquizofrenia, sea cual sea la corriente existente, nos da cierta claridad en la necesidad de intervenir en este aspecto, si consideramos los posibles avances que conlleva un tipo de intervención de este tipo en los pacientes y en la calidad de vida que ellos pueden llevar al trabajar estos componentes se vuelven imprescindibles.

**Encuesta segunda parte**

**En el hogar he encontrado muchos amigos?**

**Resultados totales**

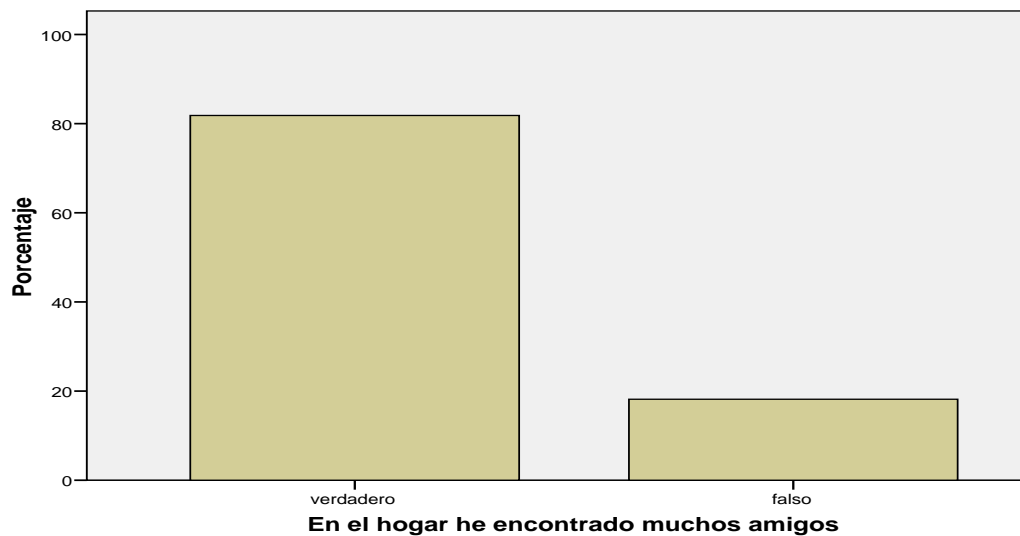
**Estadísticos**

En el hogar he encontrado muchos amigos

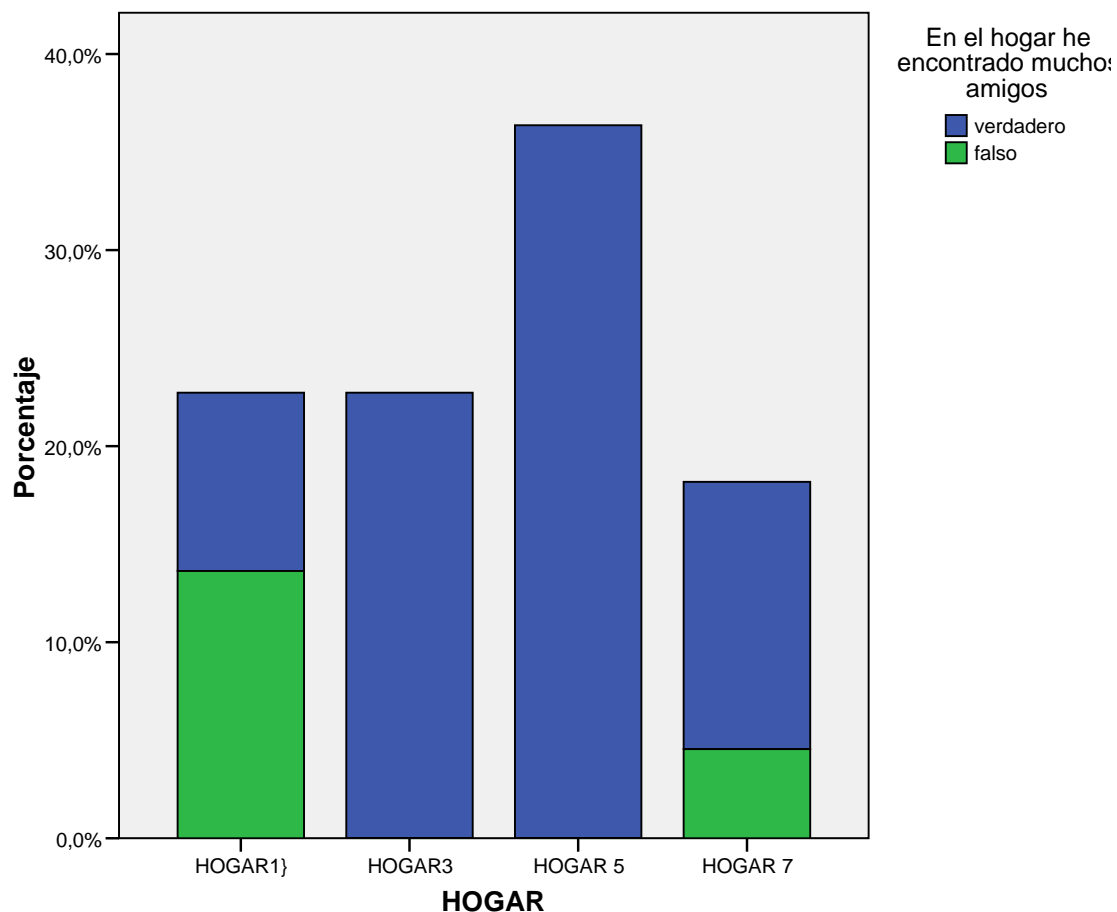
N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,18
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,395
Mínimo		1
Máximo		2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
verdadero	18	81,8	81,8	81,8
falso	4	18,2	18,2	100,0
Total	22	100,0	100,0	

**En el hogar he encontrado muchos amigos**



**Estadísticas por hogar.**



En el hogar he encontrado muchos amigos

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,60	5	,548
HOGAR3	1,00	5	,000
HOGAR 5	1,00	8	,000
HOGAR 7	1,25	4	,500
Total	1,18	22	,395

**Análisis.**

Se puede establecer en esta pregunta que el 82% de los pacientes se muestra positivo ante esta información, lo cual da cuenta de que al interior del hogar la gran mayoría siente que existe un vínculo de amistad entre uno y otros, lo cual resulta muy positivo para el proceso de rehabilitación propuesto por el MINSAL, ya que ayuda a restablecer la capacidad de establecer vínculos sociales así como también la capacidad de desarrollar mayor autonomía.

En mi experiencia en los hogares protegidos este vínculo de amistad muchas veces se ve entorpecido o más bien tintado por la forma interesada de establecer relaciones que establecen algunos pacientes, obviamente esto tiene que ver específicamente con las prácticas vividas anteriormente en el hospital las cuales se caracterizan por ser pseudos carcelarias. Con respecto al análisis por hogar se puede establecer que no existe relación alguna entre años de intervención y años de permanencia en este tipo de hogares con la primera afirmación, ya que si consideramos que los resultados son heterogéneos y que el hogar uno cuenta por ejemplo con el puntaje más desfavorable a pesar de llevar 4 años de intervención no se podría decir lo contrario.

Es así como se debe plantear a los futuros psicólogos acciones que refuercen aún más el concepto de grupo y de familia, como talleres de desarrollo grupal, u actividades que permitan mejorar la calidad del vínculo que se establece, permitiendo así mejorar el ambiente que existe en estos hogares y potenciar habilidades sociales en los pacientes.

**Me siento mucho mejor desde que estoy acá en comparación con el hospital?**

**Estadísticas totales**

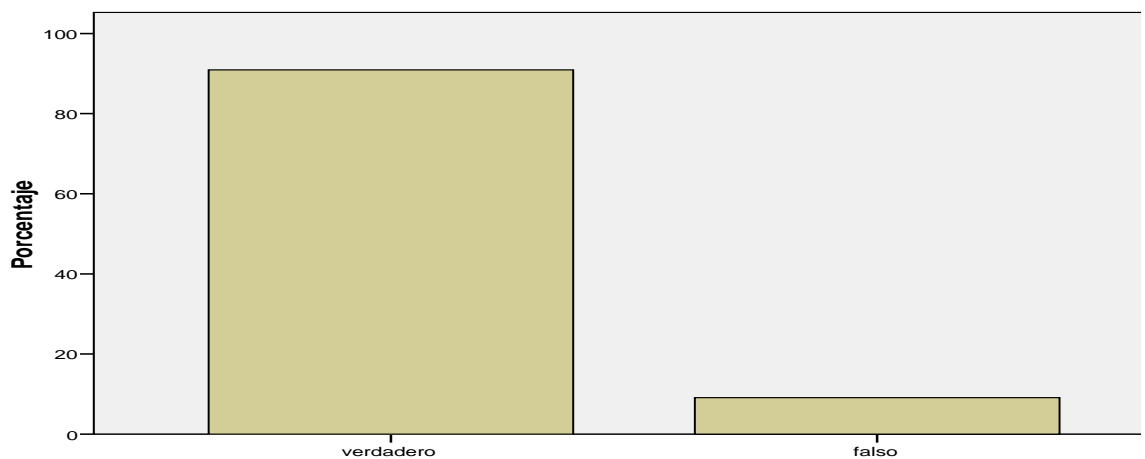
Me siento mucho mejor desde que estoy acá en comparación con el hospital

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,09
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,294
Mínimo		1
Máximo		2

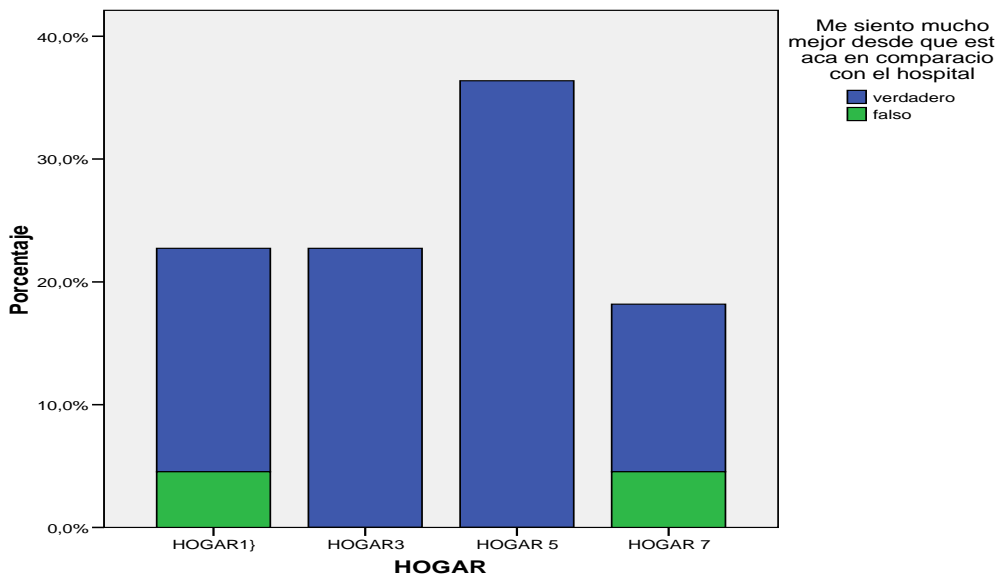
**Me siento mucho mejor desde que estoy aca en comparacion con el hospital**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos verdadero	20	90,9	90,9	90,9
falso	2	9,1	9,1	100,0
Total	22	100,0	100,0	

**Me siento mucho mejor desde que estoy aca en comparacion con el hospital**



**Estadísticas Por HOGAR**



Me siento mucho mejor desde que estoy acá en comparación con el hospital

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,20	5	,447
HOGAR3	1,00	5	,000
HOGAR 5	1,00	8	,000
HOGAR 7	1,25	4	,500
Total	1,09	22	,294

**Análisis:**

Esta segunda afirmación pondera 91% de los votos lo cual nos habla de que efectivamente los hogares protegidos son una instancia favorecedora para el paciente, lo cual se ve reflejado en el grado de satisfacción que muestran ellos ante esta afirmación. Se puede decir que ante esta afirmación que los pacientes poseen muchas ventajas en comparación a los pacientes que se encuentran recluidos en el servicio de psiquiatría forense, entre ellas se encuentran la posibilidad de salir, la posibilidad recuperar y reforzar tanto habilidades sociales, como habilidades cotidianas que tiene que ver con la higiene, el manejo de ahorros, vestimenta, etc. En cambio las prácticas en el hospital son las que muchos de nosotros conocemos, reclusión, aislamiento, un modelo rígido de intervención carente de programas de estimulación que sin duda puede llevar a los pacientes a un estado de deterioro que se caracteriza por en un primer lugar la pérdida de autonomía e independencia, el paciente al encontrarse en este sistema Hospitalario no conseguirá lograr avances en su proceso de autorrealización, ya que opciones distintas de abrirse a nuevas áreas de intervención no posee. Esto se debe a que el énfasis otorgado en esta unidad está orientado a apoyar al paciente en aspectos médicos con un bajo potencial en aspectos recreativos. Por lo tanto el paciente ve frustrada su posibilidad de optar a nuevas actividades y espacios que le permitan ganar su libertad y rehabilitarse.

El paciente estará inserto en un sistema rutinario que no le favorecerá en su proceso de rehabilitación, puesto que lo limitará a un espacio único y cerrado, coartando la posibilidad de conectarse con el exterior y desarrollar nuevas actividades que le estimule y ayude. Junto con ello el contacto con el medio exterior es precario, conociendo solo su medio más inmediato, que es el mismo Servicio de Psiquiatría Forense.

**En el hogar La funcionaria es importantísima en nuestro hogar?**

**Análisis total**

**Estadísticos**

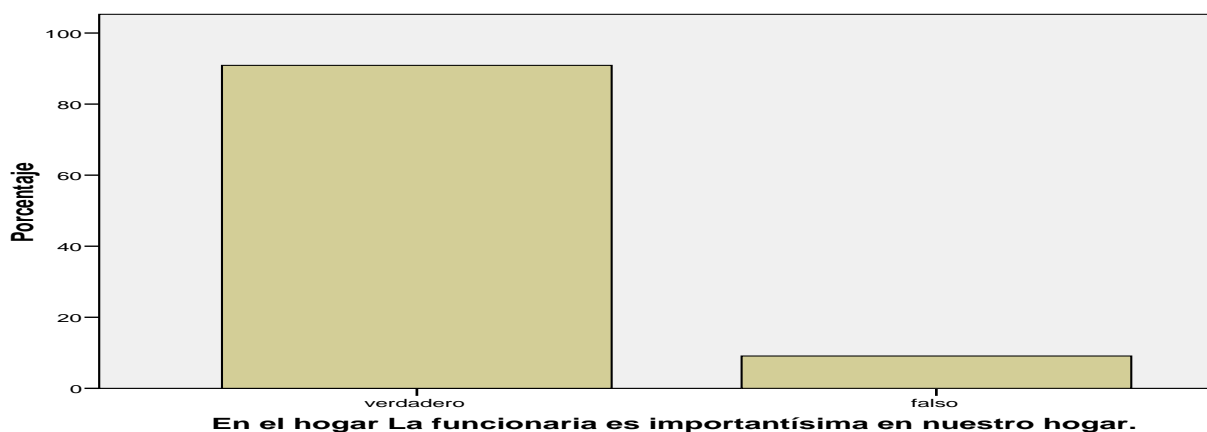
En el hogar La funcionaria es importantísima en nuestro hogar.

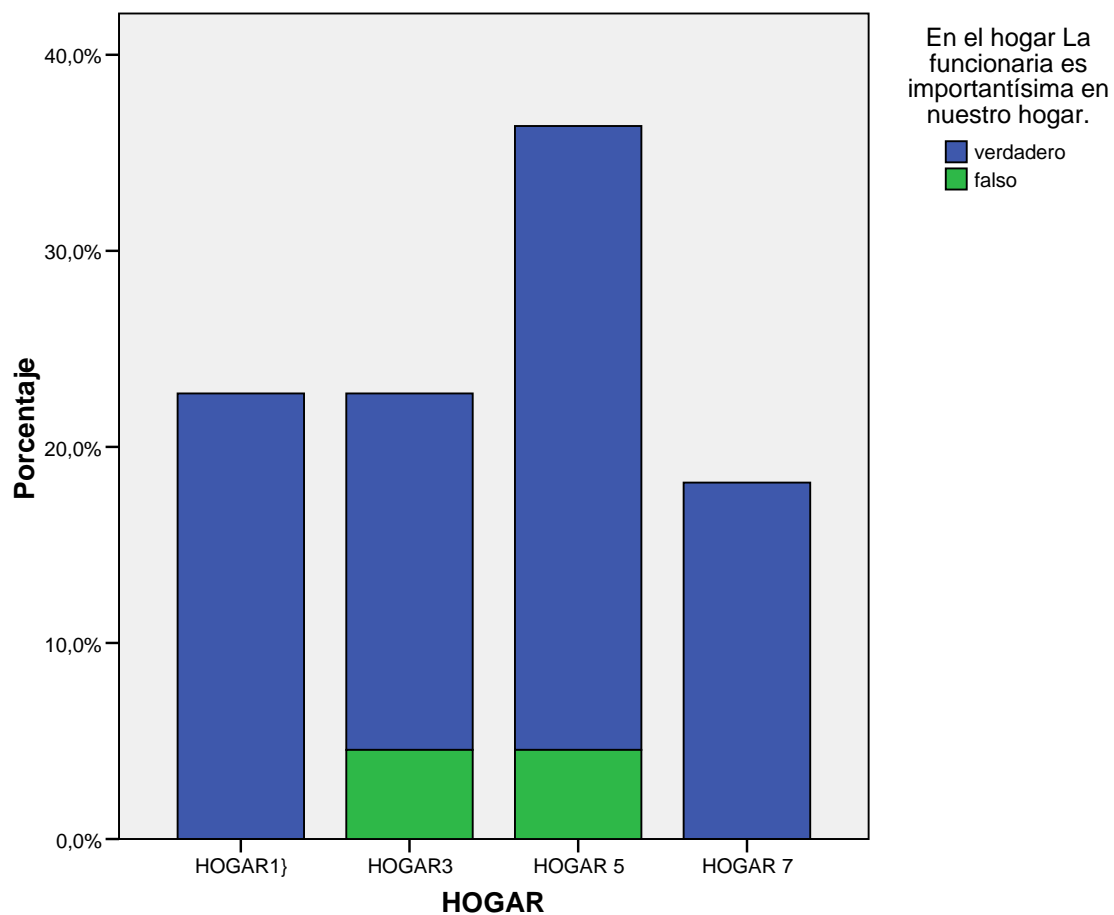
N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,09
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,294
Mínimo		1
Máximo		2

**En el hogar La funcionaria es importantísima en nuestro hogar.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos verdadero	20	90,9	90,9	90,9
falso	2	9,1	9,1	100,0
Total	22	100,0	100,0	

**En el hogar La funcionaria es importantísima en nuestro hogar.**





En el hogar La funcionaria es importantísima en nuestro hogar.

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,00	5	,000
HOGAR3	1,20	5	,447
HOGAR 5	1,13	8	,354
HOGAR 7	1,00	4	,000
Total	1,09	22	,294

**Análisis:**

Se establece que el 91% de los pacientes cree que la funcionaria es importantísima para el hogar lo cual deja clara una afirmación realizada con anterioridad, sin duda el personaje de la funcionaria podría decirse que cumple la función de una madre sustituta la cual se convierte en un punto necesario e importante de considerar a la hora de intervenir, ya que muchas veces se vuelve una especie de referencia para los pacientes, tal como en la psicología general la funcionaria se presenta como líder en el grupo es así como la necesidad de potenciar su rol o incluirla en las actividades se hace importantísimo. Por parte del hospital las funciones de esta están centrado en lo domestico en el cocinar, limpiar, lavar , etc. En la practica la funcionaria significa contención, apoyo, reforzadora de comportamientos, es por ese que quizás potenciar este rol a través de capacitaciones que busquen la adquisición de modelos de estimulación , así como el correcto manejo o un plan de trabajo para los pacientes de el hogar. La imagen de esta funcionaria es tan importante que muchas veces en los momentos de descompensación ella se ha vuelto victima de los ataques, es por eso que el que cuente con mayores herramientas para detectar algún tipo de descompensación temprana se hace necesario ya que muchas veces , la descompensación es un estado latente en algunos pacientes.

**En el hogar Los enfermeros nos ayudan, cuidan y aconsejan**

**Análisis total**

**Estadísticos**

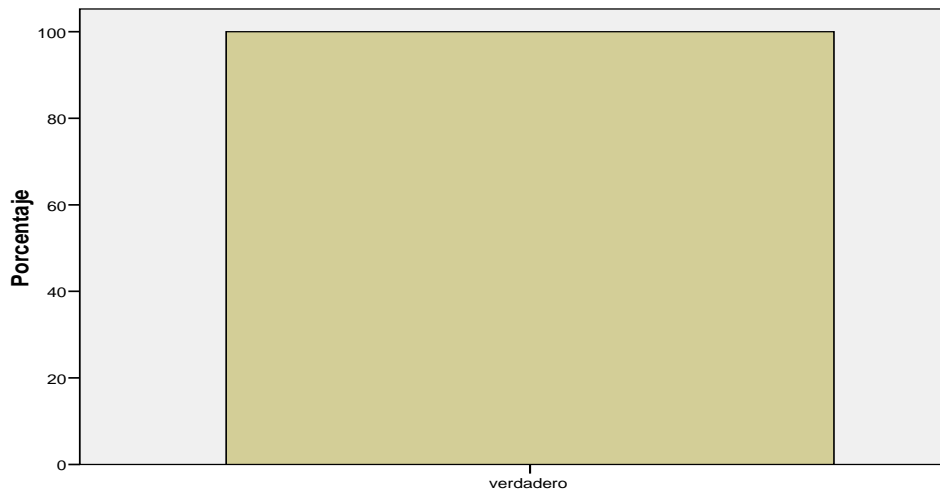
En el hogar Los enfermeros nos ayudan, cuidan y aconsejan.

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,00
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,000
Mínimo		1
Máximo		1

**En el hogar Los enfermeros nos ayudan, cuidan y aconsejan.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos verdadero	22	100,0	100,0	100,0

**En el hogar Los enfermeros nos ayudan, cuidan y aconsejan.**



**En el hogar Los enfermeros nos ayudan, cuidan y aconsejan.**

**Análisis:**

Los enfermeros o mas bien los técnicos en enfermería son la otra parte “sana” que componen los hogares protegidos, ellos trabajan según turnos en diversos hogares y en el servicio de psiquiatría forense , su función principal es velar por la integridad física de los pacientes, además de encontrarse allí ante cualquier tipo de descompensación que pudiese existir, al parecer los pacientes creen que los enfermeros conforman el grupo mas importante en el sentido de cuidado, apoyo y asesoría ya que un 100% se encuentra de acuerdo con esta información. Resulta interesante analizar la función que cumplen los enfermeros en los hogares ya que muchas veces al ir a este lugar son los que se encuentran mas relajados, es así como en la apreciación de muchos de mis compañeros y también la propia, estos funcionarios llegaban al hogar prendía la tele y allí pasaban su día solo a la hora de la medicación cerca de la una de la tarde se podía ver mas activo a este tipo de funcionarios, es allí en donde se puede comenzar a debatir sobre la real importancia que tiene estos funcionarios ya que obviamente al tener menos contacto , al no establecer normas no generan ningún tipo de vinculo con los pacientes. Lo que resulta mas alarmante es que ellos debiesen estar preocupados de mantener la activación necesaria en búsqueda de que la enfermedad no los lleve a un estado mas deteriorante. Lo otro interesante es que ellos presentan una doble militancia ya que trabajan en ambos servicios es decir en los hogares como en el hospital, por lo cual tienden a repetir el modelo clásico de intervención propio de los hospitales, lamentablemente la jefatura del hospital no esta interesado en mejorar la practica o la función de estos trabajadores ya que no quieren establecer ningún modelo nuevo de intervención, ya que podría generar una inestabilidad a nivel de institución, es así como a pesar de los esfuerzos realizados por el proyecto Junto construimos un sueños, que intenta mejorar estas practicas resulten infructíferas ya que se hace necesario un nivel mayor de compromiso por parte de cada miembro de la institución.

**En el hogar Nos enseñan a mejorar como personas.**

**Estadísticas total**

**Estadísticos**

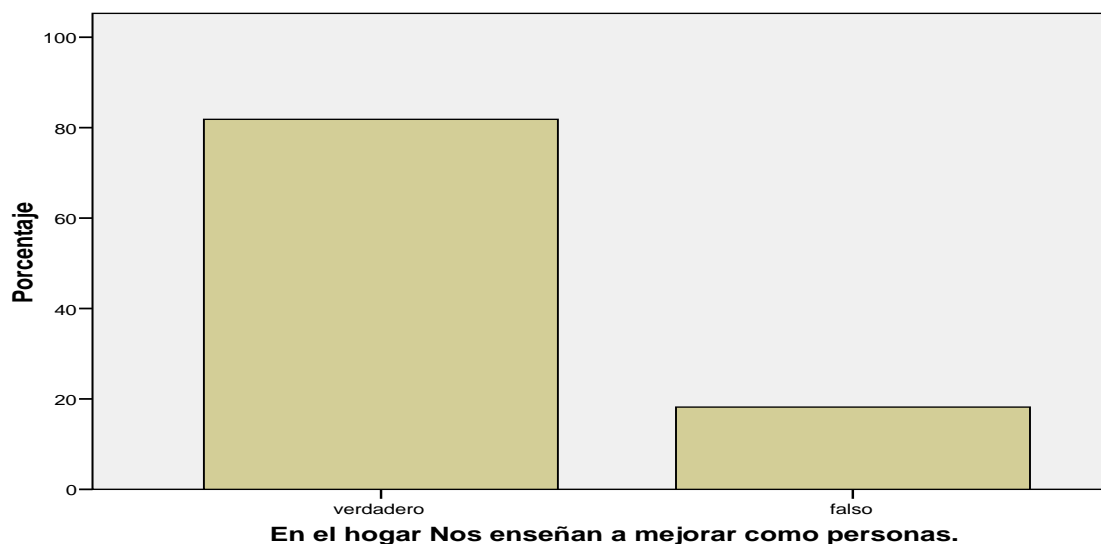
En el hogar Nos enseñan a mejorar como personas.

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,18
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,395
Mínimo		1
Máximo		2

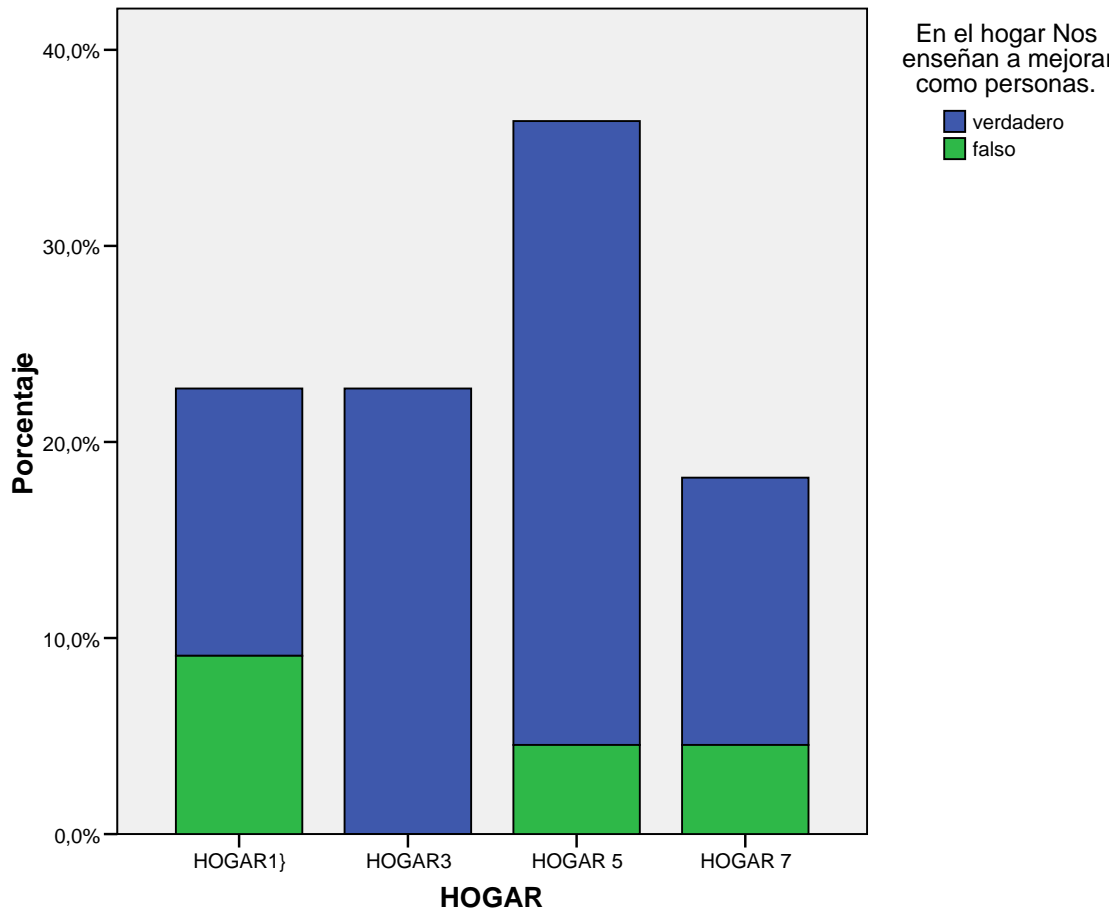
En el hogar Nos enseñan a mejorar como personas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	verdadero	18	81,8	81,8	81,8
	falso	4	18,2	18,2	100,0
Total		22	100,0	100,0	

En el hogar Nos enseñan a mejorar como personas.



Estadísticas por hogar



Informe

En el hogar Nos enseñan a mejorar como personas.

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,40	5	,548
HOGAR3	1,00	5	,000
HOGAR 5	1,13	8	,354
HOGAR 7	1,25	4	,500
Total	1,18	22	,395

**Análisis**

Esta afirmación nos habla de la capacidad que tiene el hogar de entregara a sus pacientes aprendizajes significativos que se relacionen con la mejora en algún sentido de sus vidas. Aquí podemos encontrar que el 82% de los pacientes se encuentra deacuerdo con esta afirmación, el hogare 3 muestra una respuesta positiva de todos sus integrantes, mientras el hogar 5 y 7 muestran casi en su totalidad con un individuo en desacuerdo. El hogar numero uno es el que se muestra con mayor cantidad de personas en desacuerdo, aun cuando no resulten representativas para el total del hogar. Estas cifras nos habla de que los hogares y los talleres si pueden ser una forma en la mejora de la calidad de vida de estas personas, así como ser capaces de entregar aprendizajes significativos para el desarrollo psíquico y social de las personas, la importancia de este dato radica en que demuestran que si existe un interés por interés desde los pacientes de aprender y de mejorar como personas a pesar, de ello y como he mencionado anteriormente existen pocas instancias formativas más que las entregada por la funcionarias o las que existen en el desarrollo de las intervenciones de los estudiantes de la universidad.

**Tengo amigos, fuera del hogar en el barrio.  
Estadística total**

**Estadísticos**

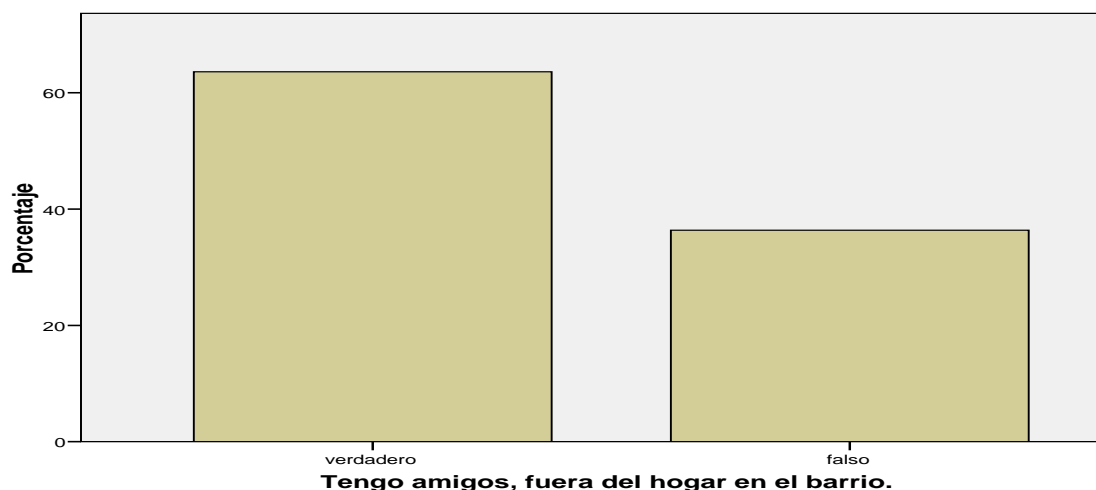
Tengo amigos, fuera del hogar en el barrio.

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,36
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,492
Mínimo		1
Máximo		2

**Tengo amigos, fuera del hogar en el barrio.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos verdadero	14	63,6	63,6	63,6
falso	8	36,4	36,4	100,0
Total	22	100,0	100,0	

**Tengo amigos, fuera del hogar en el barrio.**



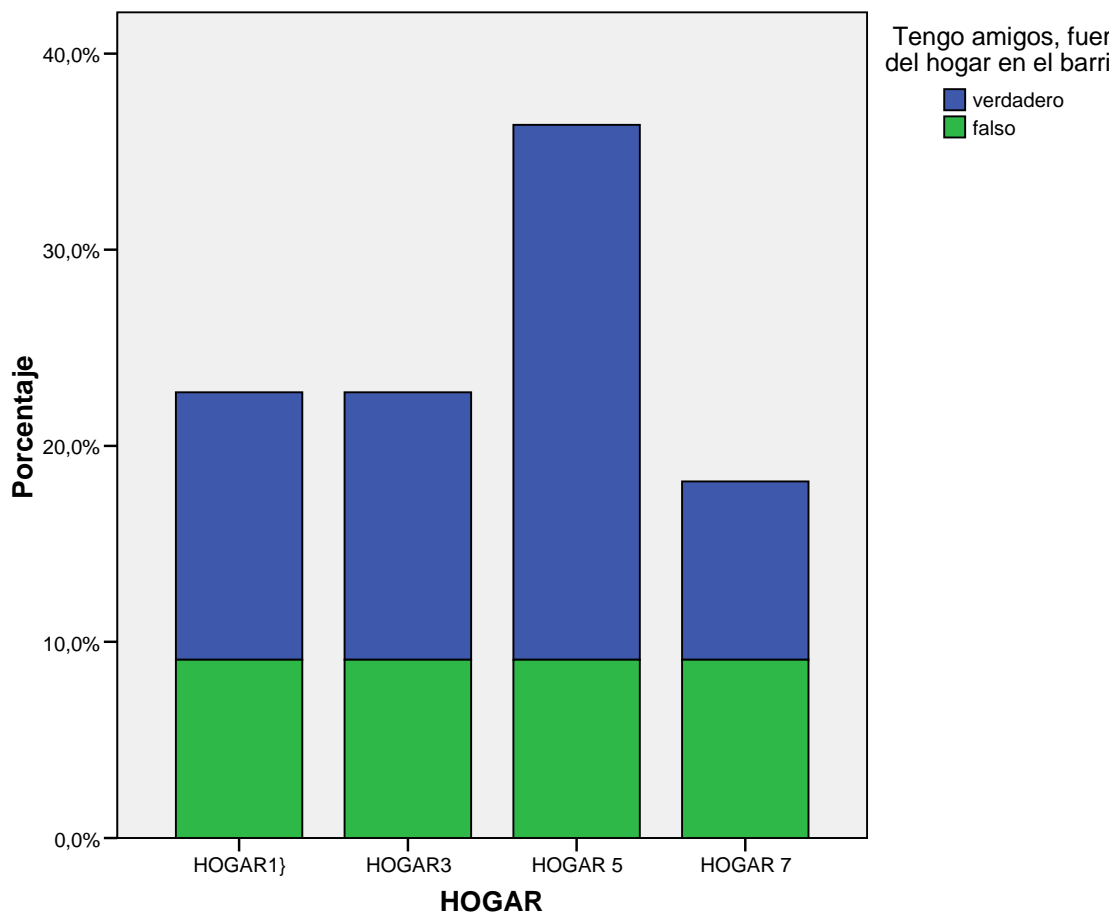
**Estadísticas por hogar**

**Informe**

Tengo amigos, fuera del hogar en el barrio.

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,40	5	,548
HOGAR3	1,40	5	,548
HOGAR 5	1,25	8	,463
HOGAR 7	1,50	4	,577
Total	1,36	22	,492

**Análisis por hogar**



**Informe**

Tengo amigos, fuera del hogar en el barrio.

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,40	5	,548
HOGAR3	1,40	5	,548
HOGAR 5	1,25	8	,463
HOGAR 7	1,50	4	,577
Total	1,36	22	,492

**Análisis**

Este ítem intenta recatar el grado de reinserción a la comunidad que tiene los pacientes los resultados totales de nos hablan de que un 64% por ciento de los pacientes ha logrado establecer algún lazo de amistad con personas fuera de sus hogares , lo cual nos habla de un resultado positivo en este ámbito , aun cuando la cifra no resulta tan alentadora si consideramos la importancia que tiene este factor en la rehabilitación de los pacientes. Si consideramos la distribución por hogares nos encontramos que el hogar numero cinco es el que ha logrado establecer mayor cantidad de lazos de amistad , esto se puede atribuir a el mayor tiempo de intervención de los pacientes en el proyecto o al mayor numero de la muestra. En el hogar numero uno nos encontramos, con una escaza apertura hacia la comunidad lo cual no nos habla de que no existe relación tiempo de intervención del proyecto ya que al igual que el primero llevan 4 años de intervención en el proyecto, en el tercer hogar encontramos una cifra levemente aumentada que se puede deber a menor tiempo de intervención al igual que el cuarto. Es así como considero que se hace un necesario mas exhaustivo trabajo por parte de los asistentes sociales en el proyecto , proponiendo ciertas estrategias mas integrativas, aun cuando se entiende que es necesario un trabajo complementario desde lo psicológico que permita mayor capacidad de autoestima, habilidades sociales y desarrollo de cognición social. Este trabajo puede realizarse desde la mirada psico comunitaria de la psicología existiendo diferentes tipos de intervención que son de simple manejo y que requieren pocas habilidades por lo cuales podrían ser aplicadas por los estudiante de pre- practica de nuestra escuela

**Nos visita frecuentemente un psicólogo**

**Estadísticas totales**

**Estadísticos**

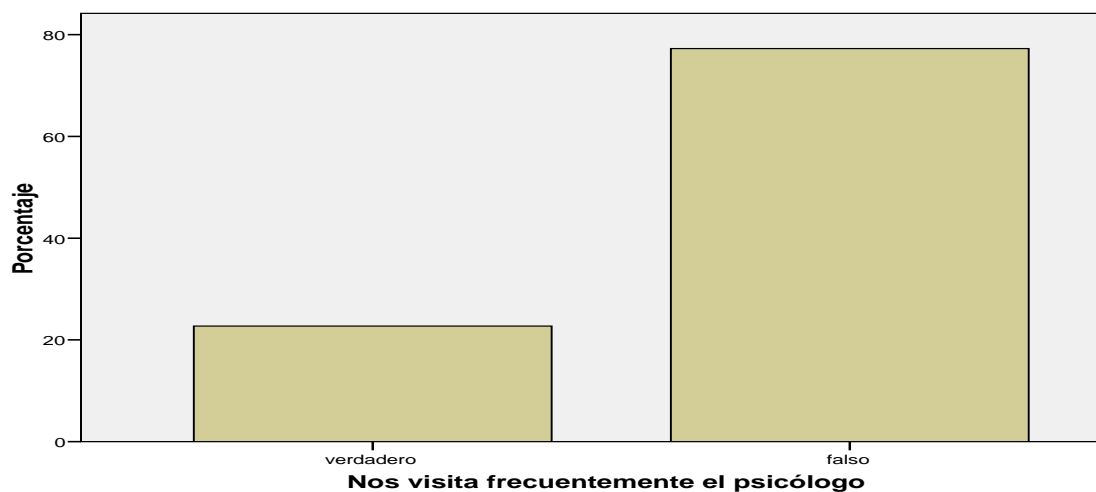
Nos visita frecuentemente el psicólogo

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,77
Mediana		2,00
Moda		2
Desv. típ.		,429
Mínimo		1
Máximo		2

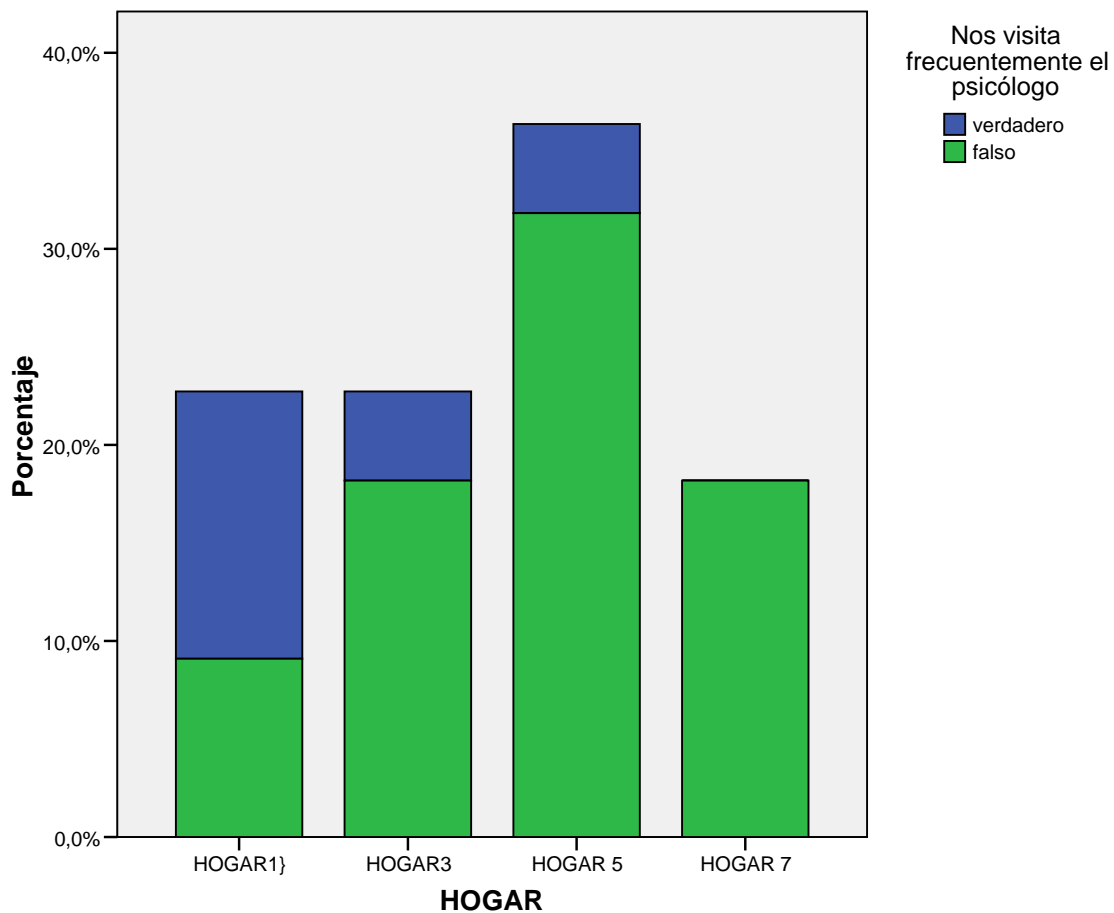
**Nos visita frecuentemente el psicólogo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos verdadero	5	22,7	22,7	22,7
falso	17	77,3	77,3	100,0
Total	22	100,0	100,0	

**Nos visita frecuentemente el psicólogo**



**Estadísticas por hogar**



Nos visita frecuentemente el psicólogo

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,40	5	,548
HOGAR3	1,80	5	,447
HOGAR 5	1,88	8	,354
HOGAR 7	2,00	4	,000
Total	1,77	22	,429

### **Análisis**

Este ítem nos habla de el rol que ocupa los psicólogos del servicio forense en el desarrollo cotidiano de los hogares protegidos es así como en la totalidad de los hogares un 23% habla de que un psicólogo los visita frecuentemente, mientras que un 77% no dice que esta afirmación resulta falsa, claramente existe una incongruencia en las respuestas lo cual se debe según a lo observado en la experiencia propia a que algunos usuarios participan en sesiones terapéuticas con los psicólogos del servicio de psiquiatría forense. Se puede decir que hay hogares que cuentan con mayor intervención de un psicólogo como el hogar uno el cual arrastra a su vez como hemos visto mayor dificultades en temas de convivencia que puede traducirse en peleas. Los otros hogares se distribuyen casi homogéneamente y no cuentan con una intervención constante. Es así como en los planteamientos del proyecto el trabajo del psicólogo no aparece como ente facilitador ni mediador de ninguno de los procesos, en cambio el rol del asistente social esta claramente definido, lo cual hace que el pensamiento de una reinserción psico-social se vuelva difusa. El mayor desafío que presenta este proyecto es la escases de recursos si se piensa que solo existe un solo profesional Cristian Paredes, en la ejecución y supervisión de estos hogares y que su labor se contempla además gestiones propias de un asistente social como lo son acceso a beneficios, pensiones manejo de presupuesto su labor se encuentra claramente algo sobre exigida es por eso que la contratación de un profesional encargado de generar y planificar estrategias de rehabilitación podría ser un solución bastante sensata en búsqueda de una verdadera rehabilitación de los pacientes. Podrían existir otras soluciones como establecer un plan de intervención psicosocial desde la institución, pero lamentablemente desde la institución para el desarrollo de esta alternativa no existe voluntades ni personal suficiente.

Visitamos distintos lugares más de una vez al mes.(salidas al parque, museo, al supermercado.)

Estadística total

Estadísticos

Visitamos distintos lugares más de una vez al mes.(salidas al parque, museo, al supermercado.)

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,50
Mediana		1,50
Moda		1(a)
Desv. típ.		,512
Mínimo		1
Máximo		2

a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

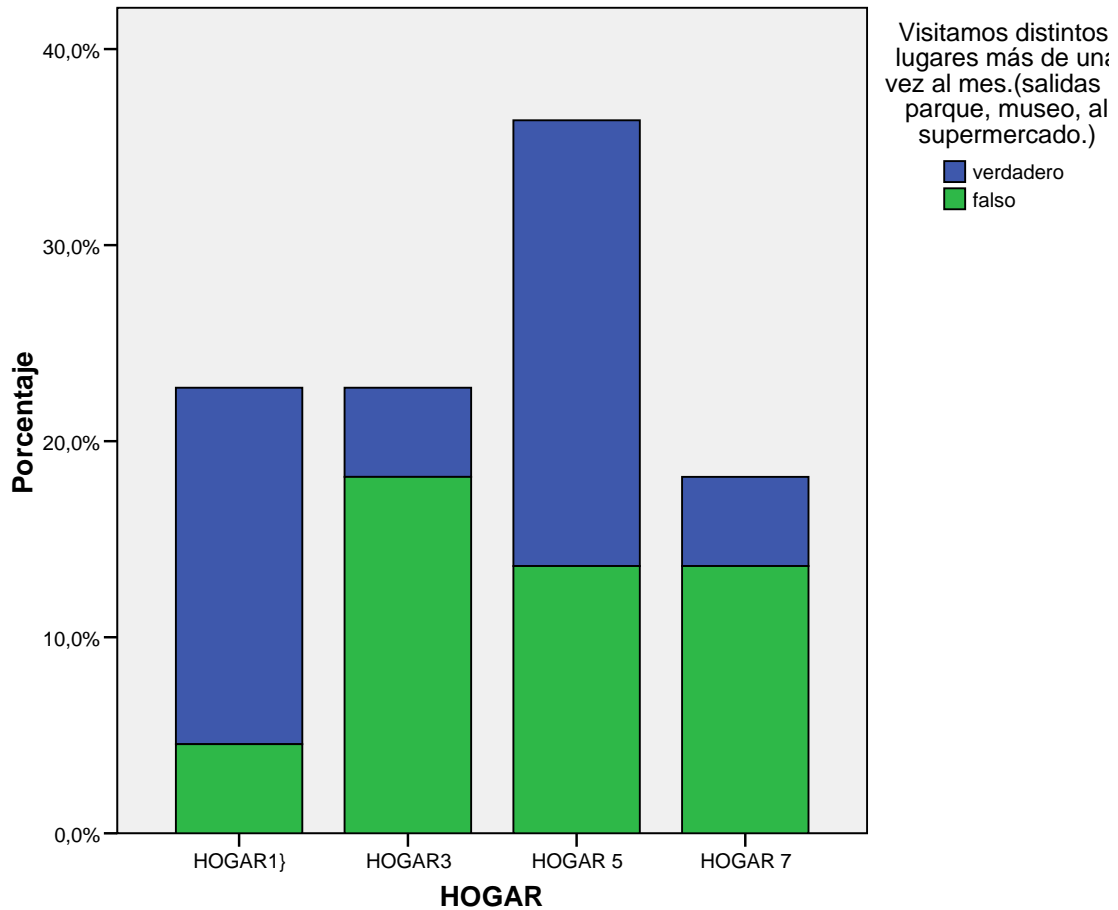
Visitamos distintos lugares más de una vez al mes.(salidas al parque, museo, al supermercado.)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos verdadero	11	50,0	50,0	50,0
falso	11	50,0	50,0	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Visitamos distintos lugares más de una vez al mes.(salidas al parque, museo, al supermercado.)



Estadística por hogar



Visitamos distintos lugares más de una vez al mes.(salidas al parque, museo, al supermercado.)

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,20	5	,447
HOGAR3	1,80	5	,447
HOGAR 5	1,38	8	,518
HOGAR 7	1,75	4	,500
Total	1,50	22	,512

**Análisis:**

Esta afirmación intenta medir uno de los criterios de rehabilitación propuestos por el Minsal que nos hablan de una mayor integración a la comunidad, accesos a mayor tipo de redes así como instancias de recreación y de tiempo libre. Es así como nos encontramos con resultados que dan cuenta de que estos objetivos están mediamente cumplidos con una razón de 50% a 50% en donde el hogar numero 1 y el 5 muestran una mayor intervención en este sentido esto nos habla de que se encuentra socialmente mas integrados, así como también refleja una practica interesante que es una parrilla mensual que realizan en conjunto. El hogar numero 3 es el que se encuentra menos intervenido en este sentido lo cual nos dice que no existe relación entre años de intervención del proyecto y nivel de satisfacción en este sentido. Es interesante analizar este ítem ya que refleja principalmente de manera muy precisa los objetivos del proyecto Junto construimos un sueño así como la labor de los estudiantes en practica de psicología, que como se menciona en el anteriormente. Este ítem habla de la capacidad de cada uno de los talleres que se han realizado en estos hogares así como la importancia que a tenido para cada uno de los participantes. Si lo miramos imparcialmente se puede decir que en este sentido nuestra labor se encuentra al debe ya que el resultado no es optimo y dificulta el proceso de reinserción psicosocial propuesto tanto por el Minsal como por el proyecto mismo. Las actividades o salidas recreativas forman una instancia importancia para los pacientes ya que viven un estado de libertad que es inexistente generalmente, los hace sentir libres por algunos momentos e integrados socialmente. También puede significar un buen espacio para realizar talleres de autocuidado o de desarrollo grupal ya que al dejar institucionalizar o realizarlas fuera del espacio común puede generar una mayor apertura en los paciente mejorando los procesos en todo sentido, sintiéndose libre de opinar así como de realizar cualquier actividad sin sentirse observado.

**Me siento mejor físicamente  
Estadística total.**

**Estadísticos**

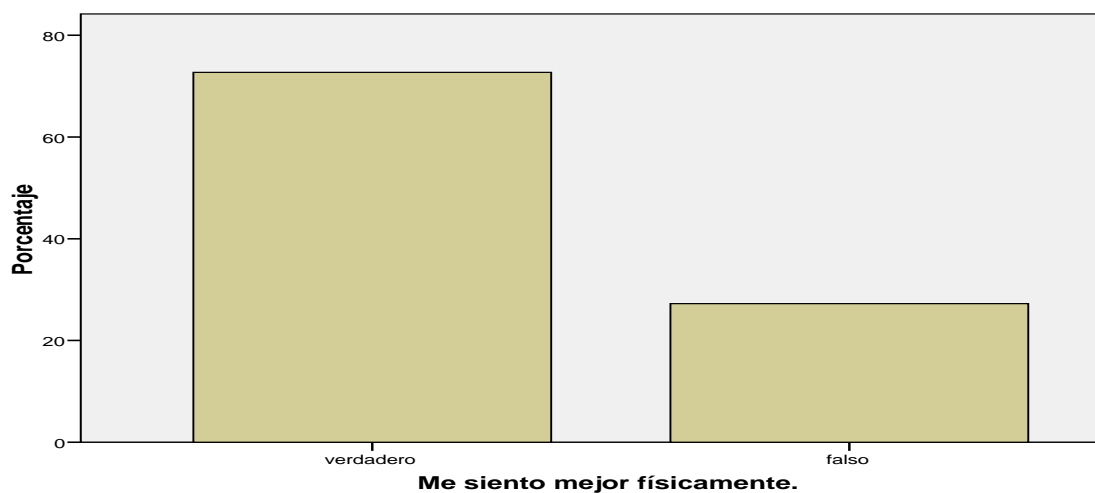
Me siento mejor físicamente.

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,27
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,456
Mínimo		1
Máximo		2

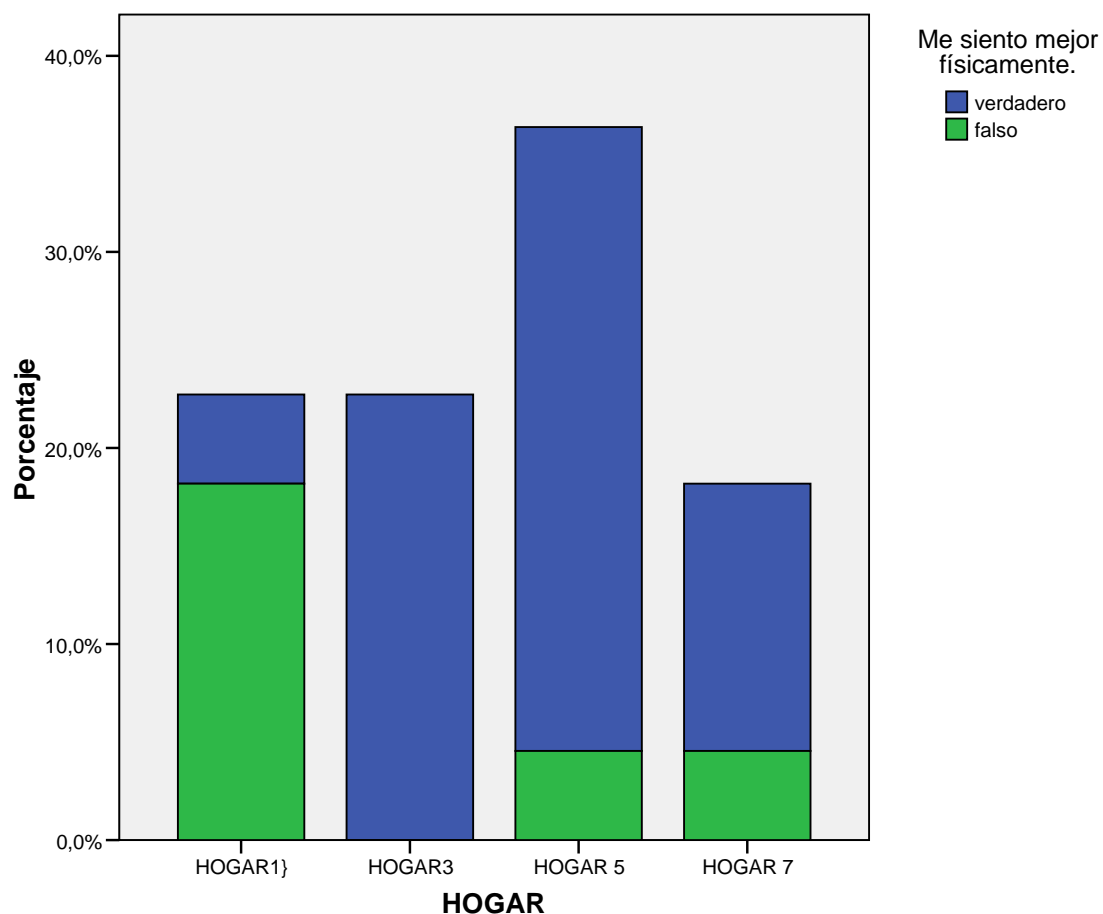
**Me siento mejor físicamente.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	verdadero	16	72,7	72,7	72,7
	falso	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**Me siento mejor físicamente.**



Estadística por hogar



Informe

Me siento mejor físicamente.

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,80	5	,447
HOGAR3	1,00	5	,000
HOGAR 5	1,13	8	,354
HOGAR 7	1,25	4	,500
Total	1,27	22	,456

**Análisis:**

Ante esta afirmación se puede decir que la gran mayoría cerca del 73% se muestra de acuerdo con esta afirmación lo cual da en cuenta de un buen nivel físico lo cual nos habla de un estado positivo considerando la importancia que tiene el bienestar físico en relación con el deterioro que implica un estado físico precario a nivel psíquico lo que se puede traducirse en el deterioro de estos pacientes. Es así como también el hogar número uno es el que muestra un mayor deterioro que en cuanto a lo físico se refiere lo cual hace necesario una intervención de mayor nivel de intervención en este sentido. Cabe agregar que uno de los mayores problemas que enfrenta la mayoría de los hogares es la obesidad de los pacientes pensando que este problema puede tener consecuencias en su estado de ánimo, así como se relaciona con la inactividad física en que se encuentran se hace necesario trabajar en este ámbito, para ello quizás actividades recreativas que se relacionen con actividades físicas como clases de yoga, gimnasia u otra que por lo general son gratuitas en los municipios podrían ser de gran ayuda. La gran dificultad es que no existe motivación en los pacientes ni tampoco un seguimiento por parte del hospital en este sentido. Es por ello que un acompañamiento por parte de los practicantes que afronte esta problemática podría ser una opción pudiendo complementarse con talleres de higiene personal, cuidados físicos, etc.

**He encontrado pareja fuera.**

**Estadísticas total**

**Estadísticos**

He encontrado pareja afuera

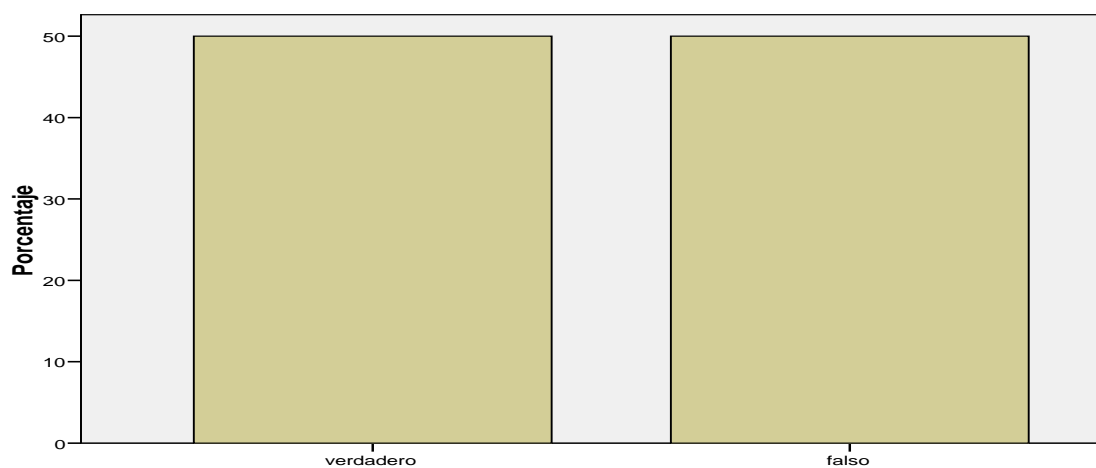
N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,50
Mediana		1,50
Moda		1(a)
Desv. típ.		,512
Mínimo		1
Máximo		2

a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

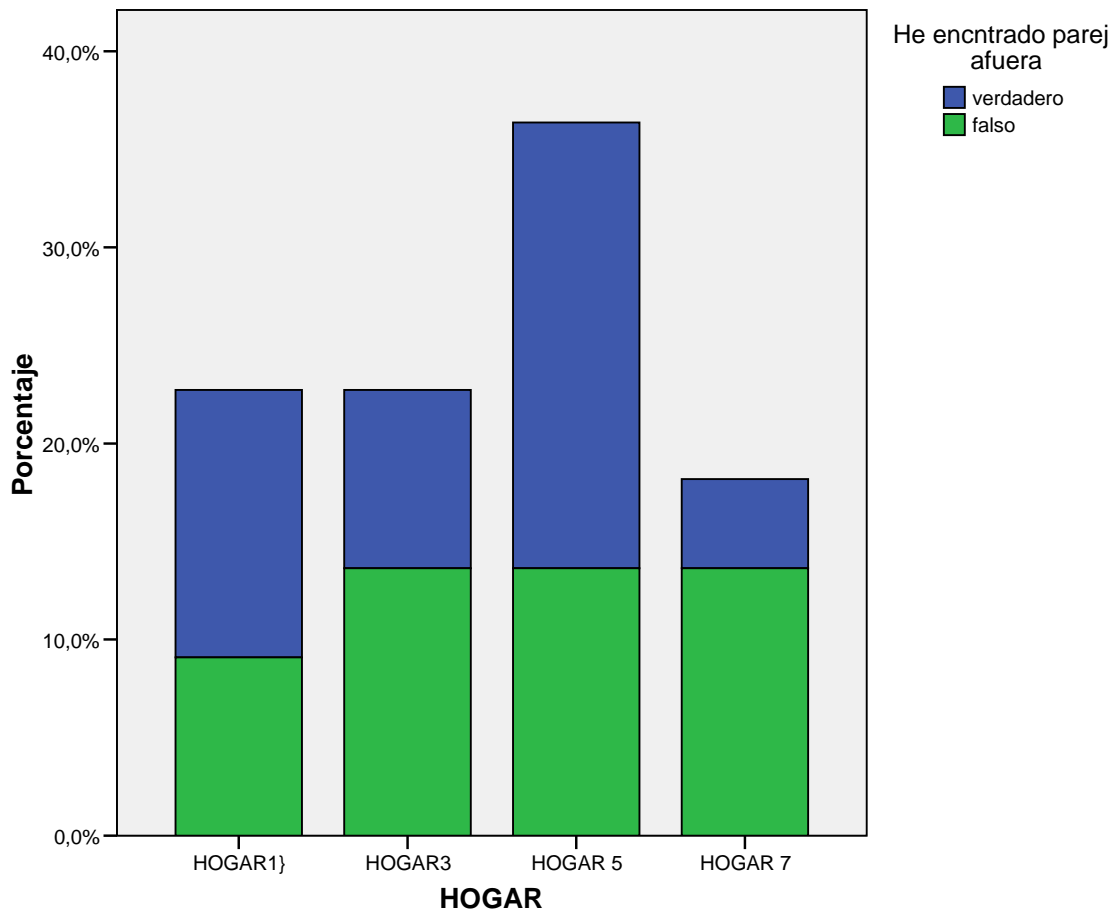
**He encontrado pareja afuera**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	verdadero	11	50,0	50,0	50,0
	falso	11	50,0	50,0	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**He encontrado pareja afuera**



Estadísticas por hogar



nforme

He encontrado pareja afuera

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,40	5	,548
HOGAR3	1,60	5	,548
HOGAR 5	1,38	8	,518
HOGAR 7	1,75	4	,500
Total	1,50	22	,512

**Análisis:**

Con lo que respecta al desarrollo social, emocional y sexual de los pacientes en el ámbito de las parejas podemos decir que los pacientes se encuentran distribuidos de manera equitativa lo cual nos habla de manera positiva ya que este ámbito resulta importantísimo ya que lograr establecer relaciones de este tipo pone en tensión lo relacionado con habilidades sociales y afectivas poniendo a los pacientes en un estado de prueba, los hogares de varones son los que predominan es decir el hogar 1,3 y 5 , mientras que el hogar 7 solo se presenta una persona que puede decir que ha encontrado pareja luego de haberse integrado en los hogares. Esto demuestra que si a existido un trabajo en torno a estos temas o que los pacientes se encuentran en un buen estado psicológico lo cual les permite establecer relaciones sociales de un mayor nivel de complejidad como son las relaciones de pareja. Obviamente y por razones que se relacionan con el no descompensar al paciente no se midió ni la calidad ni la permanencia de la relación.

**En los talleres abordamos temas de nuestra sexualidad**

**Estadística total**

**Estadísticos**

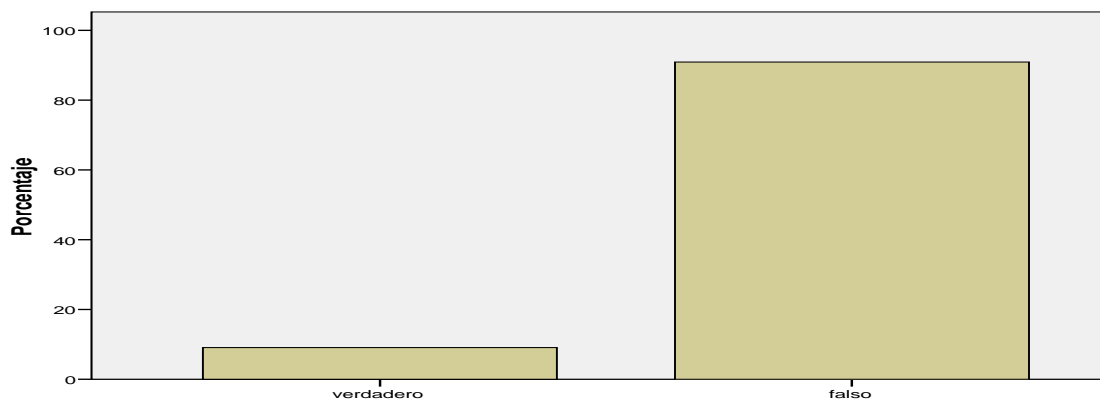
En los talleres abordamos temas sobre nuestra sexualidad

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,91
Mediana		2,00
Moda		2
Desv. típ.		,294
Mínimo		1
Máximo		2

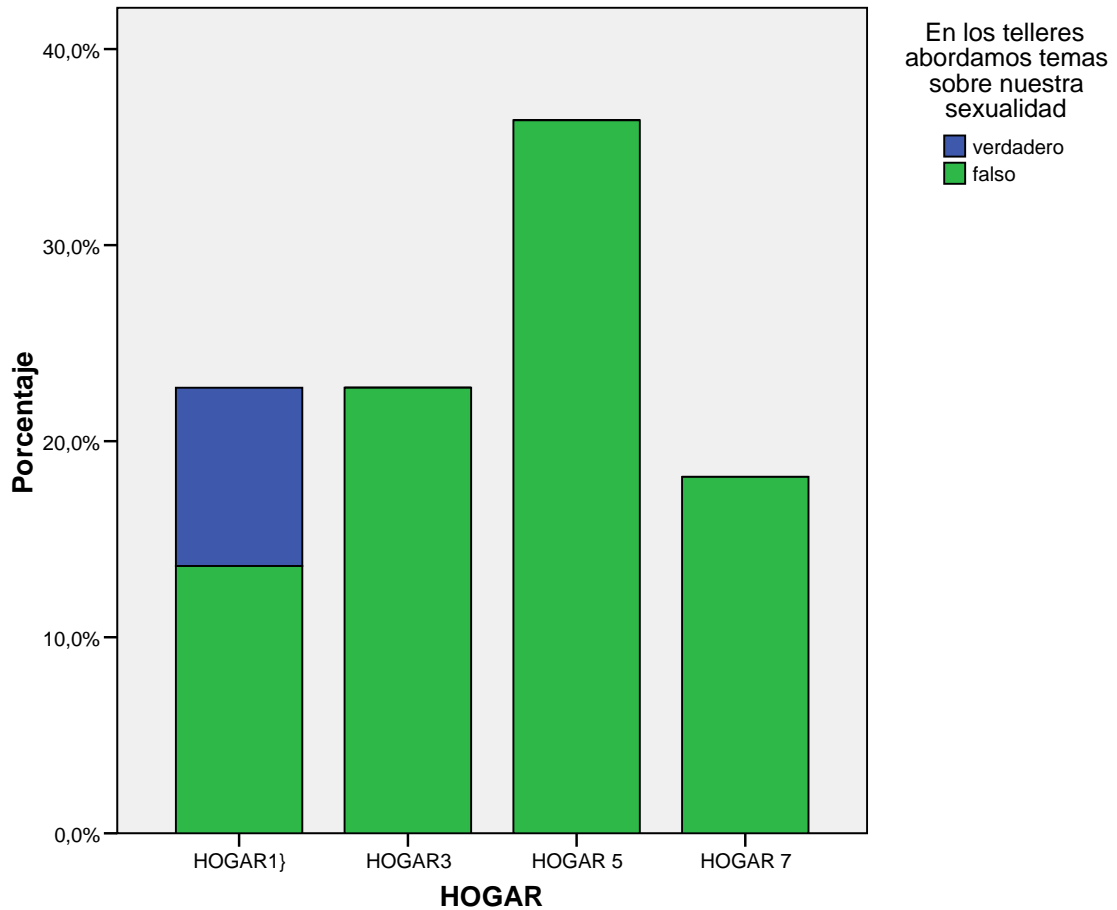
**En los talleres abordamos temas sobre nuestra sexualidad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos verdadero	2	9,1	9,1	9,1
falso	20	90,9	90,9	100,0
Total	22	100,0	100,0	

**En los talleres abordamos temas sobre nuestra sexualidad**



**Estadística por hogares**



**Informe**

En los talleres abordamos temas sobre nuestra sexualidad

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,60	5	,548
HOGAR3	2,00	5	,000
HOGAR 5	2,00	8	,000
HOGAR 7	2,00	4	,000
Total	1,91	22	,294

### **Análisis**

Uno de los temas en lo que se encuentra en deuda los talleres es en el conversar sobre su sexualidad , esta estadística nos habla de que un 91% de los pacientes no aborda el tema de la sexualidad en los talleres , esto provoca este tema se mantenga tabú en estos hogares , aun cuando en la experiencia practica las mayores inquietudes que dan a conocer los pacientes y que enfrentamos los psicólogos en los hogares es el tema por ejemplo de la masturbación, el deseo de maternidad u otro relacionado con el plano sexual. Es así como uno de los desafíos que se nos plantea como psicólogos es afrontar este tema e infórmarnos el cómo vivir una sexualidad sana o de buena calidad considerando variables como convivencia y posibilidades de los mismos hogares. El desarrollo de una psicoeducación en el plano de la educación sexual permite en un primer momento mejorar la convivencia, así como evitar prácticas que se relacionan con practicas típicamente carcelarias como son la violación y el acoso sexual. La masturbación por ejemplo es un tema importantísimo a tratar en los hogares de varones ya que existen muchas faltas que hablan de la ausencia de privacidad al realizar esta práctica o en algunos casos más extremos existe una manía por esta practica, lo cual hace que a cualquier hora y sin considerar a los compañeros, esta practica se lleve al cabo sin el respeto por la intimidad, es decir se hace frente a todos los que comparte pieza. En el hogar numero siete que es el de mujeres este tema no es tan importante aun cuando existe una paciente que además de esquizofrenia posee trastornos al libido, en ella las principales dudas son la maternidad, cosa que obviamente no es posible en estos hogares.

**Manejo mi dinero y controlo mis propios gastos**

**Estadísticas total**

**Estadísticos**

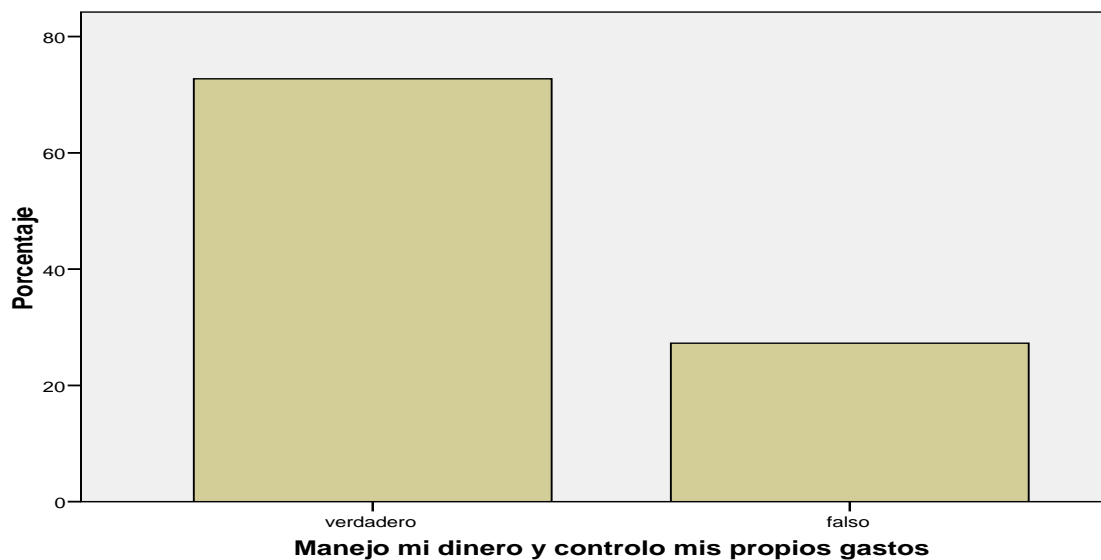
Manejo mi dinero y controlo mis propios gastos

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,27
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,456
Mínimo		1
Máximo		2

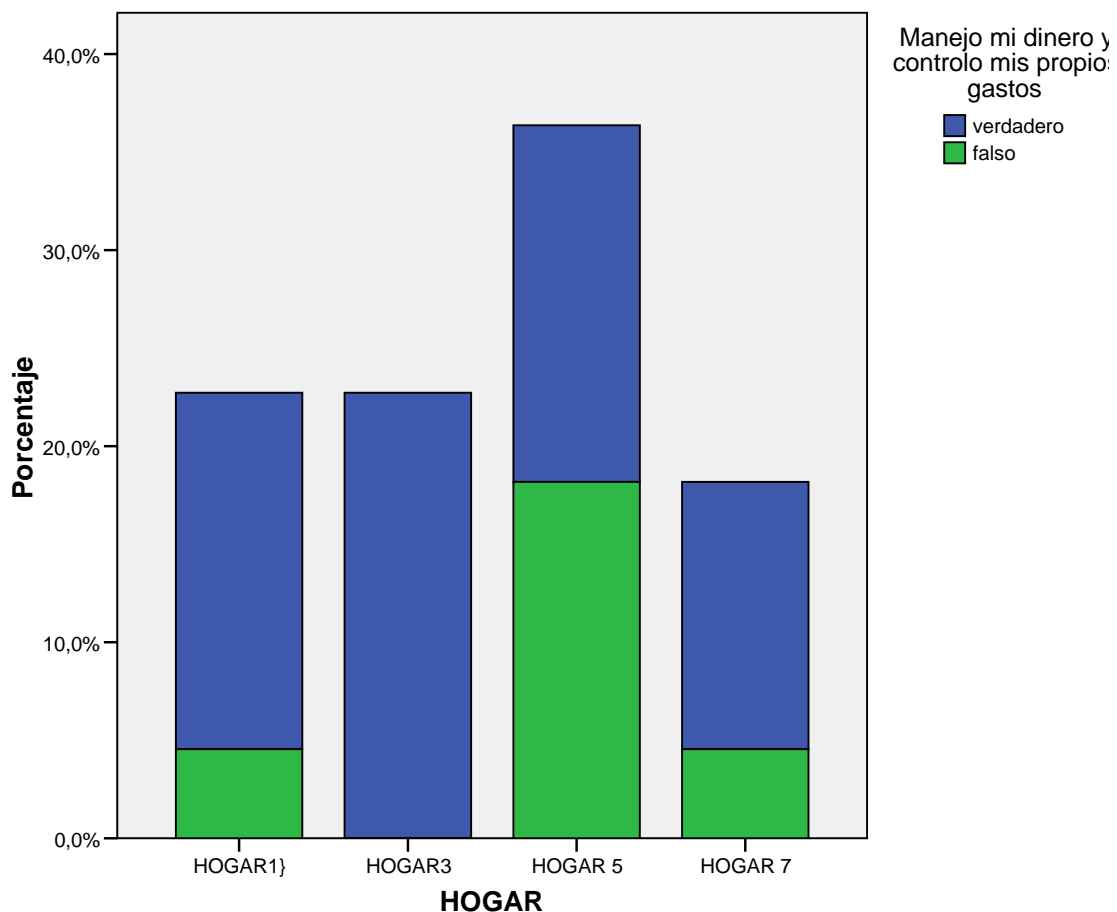
**Manejo mi dinero y controlo mis propios gastos**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos verdadero	16	72,7	72,7	72,7
falso	6	27,3	27,3	100,0
Total	22	100,0	100,0	

**Manejo mi dinero y controlo mis propios gastos**



**Estadísticas por hogar**



**Informe**

Manejo mi dinero y controlo mis propios gastos

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,20	5	,447
HOGAR3	1,00	5	,000
HOGAR 5	1,50	8	,535
HOGAR 7	1,25	4	,500
Total	1,27	22	,456

**Análisis:**

En lo que refiere a manejo de dinero y control propio de gasto que es una de las habilidades necesarias desarrollar propuesta por el Minsal se puede decir que un 73% de los pacientes es capaz de administrar su pensión asciende a la cifra de \$52.000 aproximadamente y que esta destinado a cubrir los gastos personales de ropa, cigarrillos, locomoción, ya que los demás gastos de alimentación y salud están cubiertos a nivel nacional. Esta cifra resulta casi irracional ya que este beneficio en un primer lugar no cubre ni siquiera el mínimo nacional per cápita por persona , además de no considerar que ante alguna posibilidad de reinserción laboral este beneficio se pierde y entendiendo que la posibilidad de estabilidad laboral resulta muy difícil hoy en día tanto para nosotros como profesionales como para personas con patologías mentales. Es así que los pacientes que presentan una mayor nivel de habilidad y destreza son los hogares 1, 3 y 7. En cambio el hogar numero 5 es el que se muestra con mayor dificultad , el no manejo de esta habilidad principalmente se debe la incapacidad de pago ante un endeudamiento generalmente un negocio, u a gastos innecesarios. Lamentable mente este tipo de castigo no se acompaña con un proceso educativo lo cual hace que esta situación continúe. Este tipo de castigo genera dificultad tanto en la inserción de los propios hogares ya que estos son excluidos por sus pares al no poseer dinero , como en el punto de vista emocional dificultando el proceso de rehabilitación. un proceso educativo constante en este tema permitiría que los pacientes mejoran en esta practica buscando y mejorando la calidad del servicio.

**Me ha permitido encontrar trabajo**

**Estadísticos**

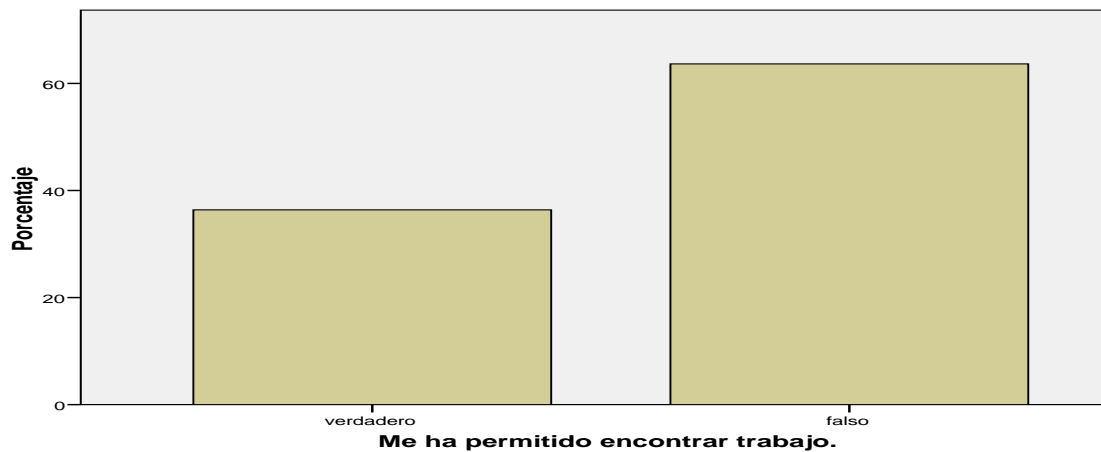
Me ha permitido encontrar trabajo.

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media		1,64
Mediana		2,00
Moda		2
Desv. típ.		,492
Mínimo		1
Máximo		2

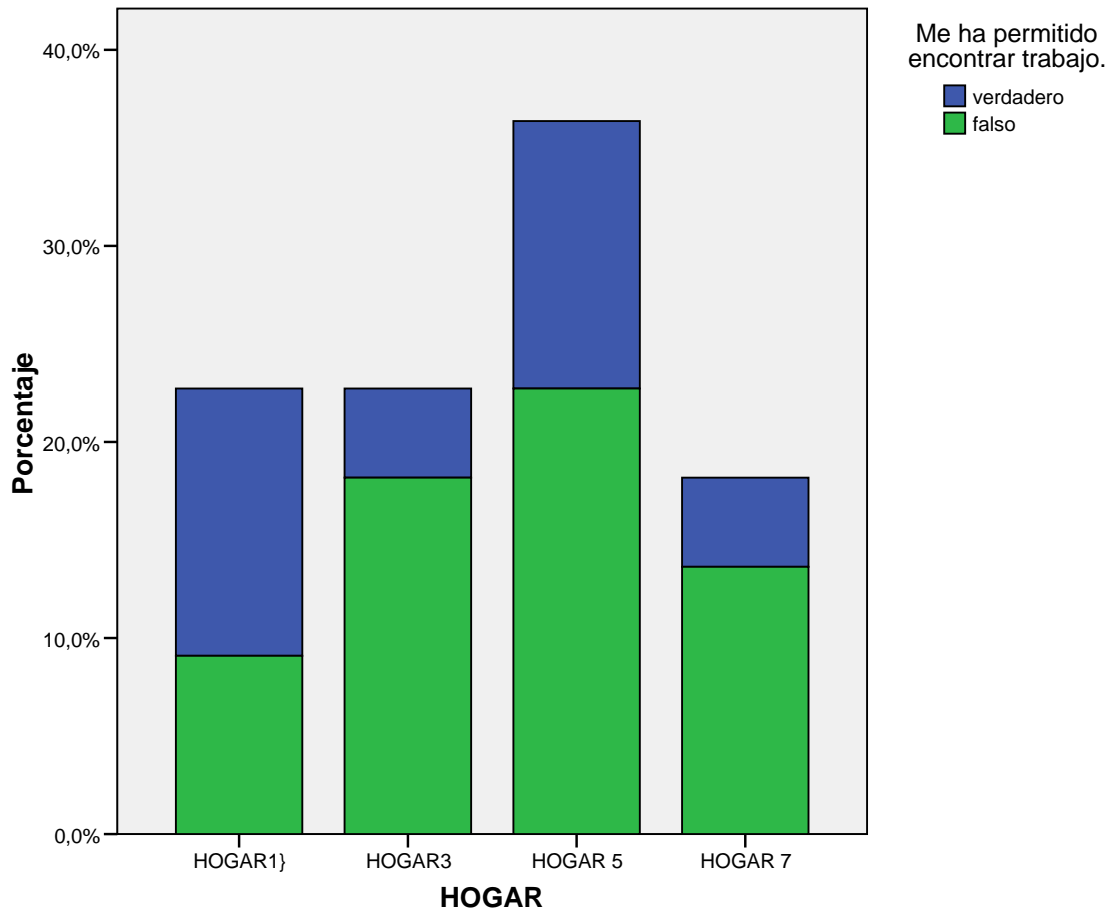
**Me ha permitido encontrar trabajo.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos verdadero	8	36,4	36,4	36,4
falso	14	63,6	63,6	100,0
Total	22	100,0	100,0	

**Me ha permitido encontrar trabajo.**



**Análisis por hogar**



**Informe**

Me ha permitido encontrar trabajo.

HOGAR	Media	N	Desv. típ.
HOGAR1}	1,40	5	,548
HOGAR3	1,80	5	,447
HOGAR 5	1,63	8	,518
HOGAR 7	1,75	4	,500
Total	1,64	22	,492

**Análisis:**

Este último punto es importantísimo en un proceso de rehabilitación ya que en un primer momento un 36% asegura que esta afirmación es positiva mientras que un 64% asegura que no les ha permitido encontrar trabajo. La inserción laboral en este sentido resulta demasiado dificultoso los prejuicios sociales en torno a enfermedades mentales es así como en una investigación realizada por la universidad de Chile en el año 2003 y publicada el 29 del 2004 muestra que el 68% de los empresarios cree que las personas con esquizofrenia no pueden realizar tareas simples ni básicas., además que el 63% cree que la productividad de la empresa se vería afectada. Es así como la reinserción laboral es uno de los más dificultosos para una persona con esquizofrenia además en los trabajos que se encuentra reinserto los pacientes de estos hogares son trabajados ilegales, es decir trabajos remunerados a bajo costo o esporádicos, sin beneficios de seguro u otro beneficio. Además la dificultad de acceder a beneficios u créditos al micro emprendimiento entregados por instituciones como FONADIS u otro organismo no gubernamental.

**Análisis cualitativo**

**Te gustan los talleres por que :**

1. porque me gustan los talleres de manualidad, me gustan las manos
2. porque dibujo
3. es una entretención y manejo de manualidades nuevas
4. porque asi hay mas entretención con los otros asi no hacemos bromas
5. porque sirve de terapia
6. para entretenerse y aprender cosas a futuro
7. porque me entretengo te sientes bien
8. asi aprendo más me divierto
9. entretiene
10. porque me enseña
11. por que se aprende
12. porque me gusta tejer
13. para poder trabajar estar con actividad
14. entretenido,
15. se siente relajado y conoces personas
16. pra salir de la rutina entretenerse en algo
17. para entretenerse y relajarse
18. me entretiene y trabajamos
19. nos da la oportunidad de aprender y conocer otras cosas
20. los talleres nos ayudan en la participación e integración psicosocial
21. me duele la cintura
22. aburrió

**Análisis:**

Para los pacientes el gusto por los talleres radica principalmente por el entretenimiento, este objetivo se condice con los objetivos del proyecto y considera puntos vitales en el proceso de rehabilitación la recreación ya que conforma una barrera contra el deterioro cognitivo propio de la enfermedad, un segundo punto se relaciona con los aprendizajes este punto nos habla de la efectividad al entregar los contenidos ya que sienten que aprenden algo, aun cuando esto no sea posible repartirlo lo cual conlleva muchas veces a que el aprendizaje se pierda. Es así como se hace necesario una intervención que plantee una continuidad de los aprendizajes, que plantee objetivos a corto plazo y también a largo plazo. En búsqueda de un real proceso de rehabilitación y no un proceso meramente recreativa, es decir en donde existan aprendizajes significativos. Según mi punto de vista no creo que los talleres deben dejar de ser recreativos o de entretención tal como se plantea sino que ante la posibilidad de que existan muchos en donde profesionales participen quizás sea necesario incorporar a otros profesionales de otras aéreas lo cual permitiría una mayor integración, a lo que me refiero por ejemplo los estudiantes de teatro, pedagogía, danza o alguna carrera de servicio pudiese incorporarse con el fin de realizar talleres que desarrollen o estimulen y entretengan.

**qué enfermedad tiene**

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| a. Esquizofrenia             | 12.No estoy enferma                              |
| 2. que estoy chalado         | 13.Esquizofrenia                                 |
| 3. Artritis                  | 14.Esquizofrenia                                 |
| 4. Trastorno de personalidad | 15.Esquizofrenia aguda                           |
| 5. Esquizofrenia             | 16.Esquizofrenia                                 |
| 6. Esquizofrenia             | 17.No me acuerdo                                 |
| 7. Esquizofrenia             | 18.Esquizofrenia                                 |
| 8. No se                     | 19.Esquizofrenia catatónica                      |
| 9. Esquizofrenia             | 20.Esquizofrenia                                 |
| 10.No se                     | 21.agudo mejor averígualo usted<br>porque es feo |
| 11.No sabe                   | 22.Esquizofrenia                                 |

**Análisis:**

Una parte importante de los pacientes es conoce la enfermedad que posee lo cual nos habla desarrollo de una conciencia de enfermedad , algo mas de la mitad plantea que tiene esquizofrenia, es así como lo mencione anteriormente cerca del 80% de los pacientes de los hogares protegidos forenses presenta esquizofrenia en distintos grados, la otra parte del los pacientes no ha desarrollado mayor conciencia de enfermedad, lo cual nos hace cuestionar el grado de conciencia de enfermedad que se trabaja en estos hogares.

**Que te gustaría aprender en los talleres**

- |   |  |
|---|--|
| 1. billeteras cuero, botas zapatos                | 12.tejer hacer ejercicio   |
| 2. cocina   | 13.hacer aseo  |
| 3. algún oficio relacionado a yoga o relajamiento | 14.cualquier trabajo   |
| 4. cocina   | 15.gimnasia cocina   |
| 5. mecánica                                       | 16.cocina  |
| 6. oficio para trabajar                           | 17.ejercicio   |
| 7. trabajar cuero, trabajar con herramientas      | 18.carpintería   |
| 8. cocina, para trabajar                          | 19.algún oficio  |
| 9. cualquier cosa                                 | 20.me gustaria aprender mas de cocina o talleres de tejido e lanas o pintura |
| 10.escribir cocinar trabajar                      | 21.nada  |
| 11.soldadura cocina carpintería                   | 22.cocina  |

**Análisis.**

La mayoría de los pacientes están interesados en que los talleres les permita desarrollar algún tipo de habilidad en e relación con la habilitación laboral, es decir aprender un oficio que les permita desarrollarse laboralmente, lo que resulta interesante que en el servicio de psiquiatría forense se cuenta con dos terapeutas ocupacionales, lo lamentable es que estos beneficios se centran en los pacientes del servicio forense y no en los paciente de los hogares protegidos, los cuales presentan mayor fortaleza en todo sentido ya sea por el régimen en que se

encuentran , la calidad de vida, la disposición o hasta el menor deterioro que les provoca estar en este hogar. El otro interés de los pacientes es aprender de cocina, lo cual resulta muy difícil en los hogares ya en los hogares como normas internas no explicita se les prohíbe a los pacientes trabajar con cuchillos, algunos apuntan a la dificultad motriz u otros al peligro que significa que ellos tengan acceso a esos utensilios. Ciertamente ninguna de estas afirmaciones es cierta un paciente con esquizofrenia compensado no puede descompensarse de un momento a otro, por lo cual no representan un peligro, por otro lado los pacientes no muestran una dificultad motriz a tal nivel que no les permita realizar este tipo de trabajo. En varias ocasiones los estudiantes de universidad han realizado algún tipo de taller con cocina, y no implicó ningún riesgo. Resulta además importante o interesante realizar un taller de cocina ya que por ejemplo a través de ella se puede reforzar hábitos de higiene y de cuidado personal, además de permitir una mayor activación durante el día ya que si ellos fuesen capaces de preocuparse de cocinar sus propios alimentos permitirá evitar o mantenerlos ocupados evitando el deterioro que se produce por el sedentarismo.

**cuando esta descompensado que siente**

- |   |  |
|---|--|
| 1) pensar y hablar solo                               | 13)me aisló, trato de recuperarme  |
| 2) enojado  | 14)no me he sentido así  |
| 3) que me ofusco o me aisló                           | 15)asustado, pánico, miedo   |
| 4) nunca me he sentido mal                            | 16)te sientes mal contigo  |
| 5) que me aisló                                       | 17)siente rabia tremenda   |
| 6) me siento mal, no tienes ideas<br>se van las ideas | 18)no me he sentido así  |
| 7) nunca me he sentido así                            | 19)que me aisló  |
| 8) no me he sentido así                               | 20)me aisló y soy muy reservada<br>no comunico a los demás lo<br>que me sucede |
| 9) no me he sentido así                               | 21)nunca ,me ha pasado   |
| 10)mareo  | 22)mal empiezo a escuchar voces  |
| 11)no me he sentido así                               |  |
| 12)no me he descompasado<br>nunca                     |  |

**Análisis:**

Los pacientes muestran algún tipo de conciencia sobre su enfermedad, aun cuando los síntomas no se ajustan a los de los criterios diagnósticos, logran visualizar en su propio cuerpo y hacerse conscientes de lo que implica un proceso de descompensación, pero lamentablemente igual que en el caso anterior no todos manejan este tipo de información o no todos son capaces de reconocerse en ese estado. Lo cual dificulta la convivencia en torno a de los pacientes.

**A quien acudo si me siento así**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1. a mi mejor amigo              | 12.a mis compañeros                         |
| 2. a nadie                       | 13.me acerco a un auxiliar                  |
| 3. a los tios                    | 14.a nadie                                  |
| 4. a la tia                      | 15.a los auxiliares                         |
| 5. no me gusta acercarme a nadie | 16.me lo dejo para mi                       |
| 6. a los funcionarios            | 17.me lo dejo para mi                       |
| 7. a la tia                      | 18.a la auxiliar                            |
| 8. nadie                         | 19.a mi mejor amiga                         |
| 9. mi tia                        | 20.me lo dejo para mi por que soy reservada |
| 10.a la funcionaria              | 21.me quedo calla                           |
| 11.a mi compañero                | 22.me acerco a la enfermera                 |

**Análisis:**

Con respecto a quien acuden si se sienten así la gran contesta que a nadie lo que da cuenta de que no existe un trabajo que aborde esa temática, como mencione anteriormente un trabajo que implica el desarrollo de conciencia de enfermedad sin duda resulta fundamental en un proceso de rehabilitación ya que si algún día estos pacientes vuelven a su hogar en donde no exista personas capacitadas en el tema, ellos deben ser capaces de discernir sobre su estado de salud y a que lugar acudir en momento que se sientan así, la otra parte contesta que a los

funcionarios lo cual demuestra que existe un desnivel el cual no debiese existir si se busca una rehabilitación.

**Conclusiones:**

En conclusión y conforme a la pregunta de investigación se puede concluir en un primer momento que el estado de los pacientes es medio en cuanto a lo que hace referencia a cognición social, esto quiere decir que aun cuando los pacientes logran visibilizarse como individuos, no poseen las herramientas necesarias para ser capaces de llevar una plenitud en su estado, ni relacionarse con el entorno, dificultando el proceso de reinserción y rehabilitación, propuesto tanto por el Ministerio de Salud como por el Hospital Psiquiátrico. Además se logra establecer que no existe relación alguna entre años de intervención y mejorías en cuanto a cognición social se refiere, esto no quiere decir que el proyecto no sirva sino más bien que dado su enfoque y en cuanto a lo que compete a la Psicología el trabajo deja mucho que desear, cabe destacar que la fortaleza de este proyecto radica en la reinserción social lo que dificulta la integralidad en los procesos, ya que a mi parecer ambos procesos como son a nivel individual, es decir en el campo de lo psíquico no debe ser desvinculado de lo social. Es así como creo firmemente que una intervención centrada en la mejora de la cognición social, permitiría potenciar a los pacientes en todo sentido previniendo así un mayor deterioro, mejorando su capacidad de interacción, mejorando a su vez funciones cognitivas y la capacidad de autonomía. La importancia del trabajo enfocado en mejorar la cognición social es que permite un crecimiento paulatino del paciente, sobre todo en la esquizofrenia en donde se ha demostrado la importancia que toma este trabajo en los modelos de intervención más avanzados, como lo son los Europeos y Anglosajones. Creo también que los hogares protegidos son lugares potencialmente únicos para implementar estos modelos de manera piloto, ya que cuentan con una mayor libertad. Lamentablemente y siendo realista la aplicación de estos modelos de intervención requiere una fuerte inversión en salud mental a nivel de país y en específico en los hogares protegidos forenses de esta institución en donde un solo profesional lleva la carga. Otro punto interesante y que se relaciona no con lo económico sino con lo psicosocial es que aun cuando existen

prácticas nuevas o moderna en nuestro país para el tratamiento de la esquizofrenia, como lo son los hospitales día, en los servicios de mayor tradición existe cierta resistencia a implementar estos modelos y hago referencia al servicio de Psiquiatría Forense de este hospital, el cual se reusa a implementar una visión más psicomunitaria de la salud mental, esto me consta dadas las constantes trabas que existen al realizar esta investigación y las constantes trabas en el trabajo de Cristian Paredes. Es así como las dificultades a nivel administrativo dificultan frecuentemente nuestro accionar lo cual supedita nuestro accionar a un nivel de ejecutor y no de agente de cambio como toda intervención comunitaria debiese tener.

Por otro lado en la evaluación de los talleres creo que en lo que respecta a la evaluación de los talleres por parte de los propios pacientes, la evaluación resulta positiva en todo sentido, ya que entendiendo que aun cuando se puede hacer mas en algunos planos como son la educación sexual y el apresto laboral , entre otros la apreciación de los pacientes es positiva lo cual motiva a seguir trabajando con estos pacientes, ya que se sientes agradecidos con estas pequeñas caricias que entregan los estudiantes de nuestra universidad.

El desafío de trabajar en los hogares forenses es arduo como hemos visto no existe un buen estado de cognición social ni de rehabilitación, lo que nos mas que de grandes problemas de grandes desafíos, creyendo ciegamente que estos hogares forman una nueva opción de reinserción y de oportunidades para pacientes con enfermedades psiquiátricas. Además de considerar que toda persona necesita atención sin considerar el daño que allá producido, es la condición de ser humano la que importa, por ende no creo que deba existir un debate ético del cuanto lo merecen o el porque tienen tantos beneficios y no están en la cárcel, como futuros psicólogos debiésemos entender que en este tipo de patologías y las atrocidades que producen, el res quebramiento de familias, los prejuicios que conlleva a la marginalidad o simplemente a la exclusión total de esta persona. Es por ello que uno de los mayores desafíos para los psicólogos y

estudiantes de psicología es implementar un plan de acción de intervención que con lleve a metas es decir realizar una acción con acciones evaluables y medibles.

Es necesario cortar la funcionalidad recreativa que se le da a los estudiantes de psicología en este proyecto o mas bien enfocar la intervención planteando un objetivo transversal anual y dejar en libertad de desarrollo creativo a los actores ejecutores de los talleres, es decir definir una meta, pero que esta meta, sea lograda de diversas formas por los estudiantes . Otro punto es que se hace necesario es abrir a otros profesionales del área de la salud e interesados, la importancia radica es que al abrir estos espacios se logra una intervención mas integral ya que se busca reforzar tanto habilidades sociales como también evitar un mayor deterioro producto del sedentarismo.

Seria interesante trabajar por ejemplo con actores que trabajan la corporalidad de una buena manera, así como con educadores físicos los cuales podrían crear un programa de estimulación tal como los geriátricos mejorando el estado físico de los pacientes.

Si hablamos de las posibilidades de estimulación son muchas, pero si hablamos desde la psicología existen diversas formas de intervención la primera de estas formas consta de las acciones psicoterapéuticas , que pueden desarrollarse a nivel individual y grupal esta forma de intervención busca complementar el trabajo psico farmacéutico, intentando abordar problemas que con la simple medicación no se puede mejorar como lo son los relacionados con disminuir síntomas residuales cognitivos y los déficit sociales.

Además no supone una solución alguna para afrontar conflictos, problemas o tensiones interpersonales y biográficas, ni tampoco para analizar o modificar estímulos perceptivos o mecanismo de defensa.

Estos podrían ser los diversos abordajes psicoterapéuticos que se pueden desarrollar con los pacientes psiquiátricos forenses , la forma de intervenir

obviamente queda a la capacidad o experticia de cada terapéutica entendiendo que existen formas individuales y grupales así como modelos mas o menos efectivos para cada uno de las formas de intervención.

Por otra loado existen las intervenciones psicosociales que tienen mucha mas relación con el trabajo relacionado por los alumnos de psicología y buscan principalmente minimizar la vulnerabilidad del paciente. Frente a situaciones de estrés y reforzar su adaptación y funcionamiento social. Esta intervenciones por lo tanto aportan beneficios en el área de prevención de recaídas, adquisición de habilidades sociales y adecuado funcionamiento ocupacional y social.

Es así como las intervenciones que se realizan en los hogares por los alumnos se enmarcan en estos planes, lo importancia radica en que estas intervenciones no poseían una correcta inducción al trabajo es por eso que este pequeño diagnostico intenta dar cuenta de algunos factores a considerar al momento de intervenir algunos datos que no se incluyen aquí así como los debates éticos en torno a los beneficios que poseen los pacientes no tiene cabida en esta investigación ya que la intención es solo mostrar un lado y permitir el espacio propio para la reflexión , propio de un proceso de aprendizaje.

Lo ultimo queda a modo de conclusión es que el trabajo con pacientes psiquiátricos es complejo, el terapeuta debe contar con gran capacidad de tolerancia a la frustración además de las capacidades técnicas necesaria, poseer algún tipo de experticia en el ámbito psicoeducativo y comunitario.

Aprender a entender también las dificultades propias del trabajo considerando las trabas de la propia institución, en cuanto a un modelo de rehabilitación específico dificultara sin duda el trabajo, pero como sujetos de cambio en nuestra sociedad debemos ser capaces de trabajar, en búsqueda de la mejoría y no pensar en los obstáculos, sino mas bien como hacemos nuestras acciones mas beneficiosas para los pacientes.

Es así como en cualquier intervención desde lo comunitario los ejecutores o profesionales deben convertirse en agentes de cambio, es allí nuestro desafío.

**Bibliografía.**

1.-Código procesal penal . Gobierno de Chile. Obtenido el 18 de junio del 2009. de <http://www.defensoriapenal.cl/Documentos/legislacion/c%F3digo%20procesal%20penal119.PDF>

Página | 136

2.- DR. Julia Acuña (1999)Minesterio de Salud. Modelo de rehabilitación psicosocial. Gobierno de chile.

3.- Farkas M., Anthony W., Cohen M.. “ Psichiatric Rehabilitation: The approach and its program” en Psichiatric Rehabilitation . Farkas y Anthony editores. John Hopkins University Press. 1984. P 1-27

4.- Gil Flores, J. (1994). “*Análisis de datos cualitativos: aplicación a la investigación educativa*”. Barcelona. España.

5.- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1991). “*Metodología de la Investigación*”. México: Mc Graw Hill.

6.- Informe sobre la salud mental en el mundo (2001). Organismo mundial de la salud. Obtenido el 16 de Abril del 2009. desde. World Health Organization. World Health Report 2001. [www.who.int/whr](http://www.who.int/whr)

7.- Introducción hacia el plan de salud mental. Ministerio de salud. Gobierno de Chile. Obtenido el día 16 de agosto del 2009. desde [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud\\_mental/documentos\\_relacionados/introduccion.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/introduccion.pdf)

8.- Liberman R. Psichiatric Rehabilitation of chronic mental patients. American Psychiatric Press.Inc. 1400 K Street NW. Washington DC 20005. 1988.

9.- Medina E. Panorama Institucional de la Psiquiatría Chilena. *Rev Psiquiatría* 1990; 1: 343-60.

10.--Ministerio de Salud, República de Chile. Las enfermedades mentales en Chile. Magnitud y consecuencias .Santiago, 1999.

11.- Ministerio de salud, Gobierno de Chile. Obtenido el 14 de junio del 2009, de[http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud\\_mental/documentos\\_relacionados/red.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/red.pdf)

- 12.- Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y práctica. Fraser Watts y Douglas Bennett. Capítulo 3. Esquizofrenia. John Wing. Editorial Limusa S.A. de C.V. 1990 (México). Págs. 59-67
- 13.- Saraceno B.; Montero F. La rehabilitación entre modelos y práctica. En "Evaluación de Servicios de Salud Mental. Asociación española de Neuropsiquiatría. Coordinador: Víctor Aparicio Basaure. 1993
- 14.- Sepulveda, Rafael. Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental en Chile. Recuperado el 16 de junio del 2009, de <http://psiquiatria.comunitaria.googlepages.com/AnalisiscriticoRSepulveda.pdf>
- 15.- Taylor, S. J., Bogdan, R. (1987) "Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación". Barcelona, España: Paidós. pp. 23
- 16.- Balwind, J.M., Social and ethical interpretations in mental development. A study in social psychology, Nueva York, MacMillan 1897
- 17.- Delal, J.A., < La representación infantil del mundo social >. Infancia y Aprendizaje, 13, 1981. FURTH, H., The world of grown-ups, Nueva York, Elsevier, 1980.
- 18.- 1983. PIAGET, J., El lenguaje y el pensamiento en el niño, Buenos Aires, Guadalupe, 1972.  
-, El criterio moral en el niño, Barcelona, Fontanella, 1971
- 19.- Bandura, A. y WALTERS, R., Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad, Madrid, Alianza, 1974.
- 20.- Turiel, E., El desarrollo del conocimiento social, Madrid, Debate, 1984
- 21.- Ostrom, T.M., en R.S. Wyer y T.K. Srull (Eds.), Handbook of Social Cognition, Vol. 1, LEA
- 22.- Bleuler, E. *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Ed. Hormé. Buenos Aires. 1960 (ed. original 1908)
- 23.- Jaspers, K. Psicopatología General, 3ra. Edición, Ed. Beta, Buenos Aires. 1963.
- 24.- Schneider K. Patopsicología Clínica, 4ta. Edición, Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1975
- 25.- DSM-IV-TR Esquizofrenia
- 26.- Brune, M (2005). Emotion recognition, "Theory of mind" and social behavior in schizophrenia. Psychiatry Research, 133. 135-147

27.-Penn,Corrigan, Bental, Racenstein, y Newman,1997. Cognicion social y esquizofrenia. Psychological Bulletin, 121, 114-132.

28.- Green, M.F. y Nuechterlein, K.H. (1999).Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder?. Schizophrenia Bulletin, 25 (2), 309-318.

Otros textos

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA FORENSE: Proyecto “Una Vida diferente”. Santiago, 1999.

San Martín, Ximena: “Calidad de vida: Evaluación de Pacientes Psiquiátricas en la comunidad después de Hospitalizaciones prolongadas” , Publicaciones Dr. José Horwitz Barak 1999

MEDINA Y COLABORADORES: “De casa de Orates a Instituto Psiquiátrico”. Publicaciones Dr. José Horwitz Barak 2002

Paredes, Cristian: “junto construimos un sueño”. Servicios de psiquiatría forense 2006.

## Anexos.

### La encuesta

Marque con una x la alternativa que mas lo representa. Si tiene alguna duda diríjase a la persona que le esta tomando la encuesta.

1.- ¿Tiene dificultad para prestar atención?

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

2.- ¿Tiene dificultad para seguir una conversación donde participan muchas personas?

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

3.- ¿Le cuesta aprender cosas nuevas?

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

4.- ¿se le olvidan recados, tareas o pedidos?

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

5.- ¿Cuando tiene que hablar con alguien le faltan palabras?

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

6.- ¿le cuesta entender la historia de una película?

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

7.- ¿tiene dificultades para reconocer emociones en los otros?(ejemplo, tristeza, alegría , rabia, etc.).

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

8.- ¿le cuesta entender el sentido de una conversación

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

9.- Cuando esta en grupo le suelen decir que ¿interpreta mal las miradas, gesto o actitudes de los demás?

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

10.- ¿se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de los otros?

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

11.-si está solo surge algún problema (por ejemplo, se echa a perder un electrodoméstico ¿ le resulta difícil buscar solución.

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

12.- ¿le cuesta mantener la higiene personal (es decir estar limpio y aseado)?

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

13.- ¿le cuesta hacer planes para el fin de semana?

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

14.- ¿tiene dificultades para hacer amistades?

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

15.- ¿Esta insatisfecho en su sexualidad?

no	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

Marque con una x la alternativa que le parece mas correcta entre Verdadero o Falso.

Pregunta.	Verdadero	Falso
En el hogar he encontrado muchos amigos.		
Me siento mucho mejor desde que estoy acá en comparación con el hospital.		
En el hogar Formamos una familia, con los compañeros de mi hogar		
En el hogar La funcionaria es importantísima en nuestro hogar.		
En el hogar Los enfermeros nos ayudan, cuidan y aconsejan.		
En el hogar Nos enseñan a mejorar como personas.		

Tengo amigos, fuera del hogar en el barrio.		
Me ha permitido encontrar trabajo.		
Nos visita frecuentemente el psicólogo		
Visitamos distintos lugares más de una vez al mes.(salidas al parque, museo, al supermercado.)		
Me siento mejor físicamente.		
He encontrado pareja fuera.		
En los talleres abordamos temas de nuestra sexualidad		
Manejo mi dinero y controlo mis propios gastos.		

Responda:

Me gusta que se hagan talleres

Por que?

---

---

---

---

Que te gustaría aprender, si hubieran talleres ( ejemplo, algún oficio, cocina, yoga,etc.)

---

---

---

Cuando me siento descompasando siento físicamente que: (ej. Que me enojo fácilmente, que me aisló, etc.)

---

---

---

Cuando me siento así debo acercarme

---

Datos importantes:

Edad:

Enfermedad: \_\_\_\_\_