



**UNIVERSIDAD
ACADEMIA**
DE HUMANISMO CRISTIANO

FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

“Percepción de los usuarios del Hogar San Francisco Javier de la Fundación Rostros Nuevos en torno a su experiencia de abandono familiar”

PROFESOR GUÍA: JULIO PAREDES GARCÉS

ESTUDIANTES: JACOB IGNACIO ARIAS A.

CONSTANZA VILLAGRÀN A.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL

Santiago de Chile

Octubre de 2015

Índice

Diseño de la Investigación

Introducción.....	1
1. Planteamiento del problema.....	8
2. Pregunta de Investigación.....	10
3. Objetivos de la investigación.....	11
4. Hipótesis.....	12
5. Estrategia Metodológica	
5.1. Tipo de Estudio.....	13
5.2. Universo.....	15
5.3. Unidad de análisis.....	15
5.4. Muestra.....	16
5.5. Técnica de recolección de datos.....	16
5.6. Técnica de análisis de datos.....	17
6. Variables.....	17

PRIMERA PARTE

Marco Teórico

Capítulo I: Historia de la Locura, Enfermedad Mental y Esquizofrenia

1. Historia de la locura.....	19
2. Historia de la psiquiatría.....	26
2.1 Historia de la psiquiatría en Chile.....	32
3. Tendencias de la psiquiatría.....	35
4. Conceptos de la enfermedad mental.....	43
5. Trastornos psicóticos: Esquizofrenia.....	48
6. Terapias psicosociales.....	60
7. Trabajo Social y Psiquiatría.....	67

Capítulo II: Familia y Esquizofrenia

1. Familias multiproblemáticas.....78
2. Consecuencias de la esquizofrenia para la familia.....90
3. Importancia de la familia para el paciente psiquiátrico.....96

SEGUNDA PARTE

Marco Referencial

Capítulo III: Plan Nacional de Salud Mental, Paciente y Contexto de Estudio.....105

1. Plan Nacional de Salud mental: Estrategia y valores.....109
2. La esquizofrenia desde la mirada del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.....111
3. Paciente Psiquiátrico y Familia.....115
4. Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo.....120
 - 4.1 Perfil usuario de la Fundación Rostros Nuevos.....128

TERCERA PARTE

Análisis de los Resultados

Capítulo IV: Mi Realidad

1. Conciencia sobre mi abandono familiar.....132
2. Mi opinión respecto a mi situación.....138
3. Mi actitud frente a mi situación.....143

Capítulo V: Respuesta de un Familiar

- 1- Hechos familiares o contextuales.....152
 - 2- Motivos.....160
- Reflexiones de la Investigación.....168

Hallazgos de la Investigación.....	179
Aportes al Trabajo Social.....	184
Bibliografía.....	191
Fuentes Electrónicas.....	198
Anexos	
1. Operacionalización de Variables.....	204
2. Entrevistas en profundidad.....	210

“...Todos somos unos genios... Pero si juzgas a un pez por su habilidad de escalar un árbol, vivirá su vida entera creyendo que es un inútil”...

(Albert Einstein)...

INTRODUCCION

A lo largo de la historia del estudio del ser humano se ha establecido que la familia es el primer agente socializador con el que el ser humano tiene contacto, de esta forma adopta conductas propias y establecidas por los integrantes de este núcleo, a su vez desempeña un rol fundamental dentro de esta dinámica, tal como los demás, ya sea protector, proveedor, entre otros.

Para poder realizar un análisis correcto y general, se deben entender conceptos claves de manera común, como lo es el concepto de familia. Existen muchas definiciones que nos entregan información de qué es una familia o cómo la podemos entender, sin embargo no se puede abarcar cada una de las definiciones, debido a que la familia es dinámica y se adapta al espacio cultural donde se desarrolla, sin embargo se intentará entender el concepto de familia de manera conjunta y ligado a la concepción que tiene la OMS (Organización Mundial de la Salud). Quien nos dice que:

“Un grupo unido entre por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando estas son estables..... La familia es el resultado de una experiencia y de una alianza entre géneros. Requiere para su constitución, del encuentro y de la relación entre un hombre y una mujer que quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de su relación”

(OMS: 2010; 1)

Es así como al hablar de familia comprenderemos que es el núcleo en donde se desarrolla el niño o niña y con la primera conformación social que este tiene contacto.

“La familia juega un papel muy importante en el desarrollo de los individuos, ya que, por un lado, garantiza la supervivencia física y, por otro, es su seno donde se obtienen los aprendizajes básicos que serán imprescindibles para la inserción en la vida social.”

(Sánchez: 2008; 2)

La socialización se presenta básicamente como una situación en la que de manera continua existe o se presenta la entrega y adopción de valores, actitudes, intereses y objetivos. Además, en esta situación de reciprocidad el individuo adquiere rasgos culturales de la sociedad en donde vive.

La familia es muy importante en el desarrollo de cada uno de los individuos, ya que garantiza la seguridad y la supervivencia física. Es por ello que los adultos deben ser aporte imprescindible para la inserción en la vida social de los niños y niñas que se están formando, de esta forma pueden comprender de una manera más clara cómo funciona la sociedad en donde se desenvuelven, cuáles son los códigos y cómo se debe actuar frente a situaciones específicas.

Es de esto mismo que se destaca la importancia de contar con una red de apoyo familiar que ayude a superar cada uno de los obstáculos que se nos presentan a lo largo de la vida.

Al momento de presentar un problema, el apoyo de una red familiar es fundamental, ya que son las personas de confianza y supuestos portadores de apoyo incondicional, lo usual sería que la familia ante una situación fortuita, como por ejemplo una enfermedad, se genere la unidad dentro de esta, siendo de un apoyo para ayudar a superar cada uno de los obstáculos que se presenten.

Al momento de ingresar y comenzar a tomar contacto los usuarios del Hogar de larga estadía de la Fundación Rostros Nuevos, perteneciente al Hogar de Cristo, se pudo constatar que existe un alto índice de abandono familiar de los usuarios que ahí residen, lo que abre una temática interesante de estudiar, enfrentándonos a un problema social de gran envergadura, este es el abandono familiar, problemática que dicho sea de paso se da en diferentes actores sociales, ya sea en niños, ancianos, enfermos, entre otros. El factor común de los actores sociales que presentan abandono es la vulnerabilidad en la que se encuentran, no necesariamente social, sino además, física, mental, de salud, entre otros.

Sin duda las condiciones de abandono de estos usuarios son diferentes o se visualiza con una línea adicional a los demás, ya que se presenta una condición de enfermedades psicológicas y/o trastornos que presentan los usuarios, mayoritariamente son dos factores claves los que agravan su estado, esto porque se presenta esquizofrenia y además provienen de familias multiproblemáticas, al entrelazar estas dos condiciones se presenta es un problema más grave aún y solo por el hecho de ser pacientes psiquiátricos.

Existe un interés de investigación de la temática abandono, ya que los usuarios mantienen presente la figura de su familia, lo que llama de forma notable la atención, ya que son figuras que físicamente no están presentes (ya que ellos se encuentran

en situación de abandono), pero que en sus recuerdos cotidianos si lo están de manera positiva o negativa.

En síntesis se puede fundamentar a través de un ejemplo claro, se debe tener en consideración que este está basado en una idealización de la conducta y que consiste en comparar una enfermedad degenerativa como el cáncer con una enfermedad mental como la esquizofrenia. En la primera las familias tienden a proteger al enfermo y unirse aún más, con la finalidad de superar juntos la desafortunada enfermedad, además entregar apoyo al enfermo y acompañarlo en cada uno de los pasos que hay que dar en estos procesos de recuperación, es decir la familia se une aún más de lo que acostumbra para poder sobrellevar como equipo este conflicto y poder superarlo. Cada uno adopta un rol adicional a su rol de integrante de la familia, como por ejemplo, el que cuida al enfermo, el que lo acompaña a sus tratamientos, el que ayuda a subvencionar los gastos, entre otros. Esto mismo pasa en la enfermedad mental, existe una preocupación por el enfermo y por encontrar un tratamiento acorde, pero ¿qué pasa cuando se agrega el factor de familia multiproblemática?, es ahí donde existe un quiebre en cómo enfrentar un conflicto, ya sea médico, social o cultural. Lo que se abordará en este trabajo es analizar ese conflicto que se presenta pero enfocado en una enfermedad mental. Al contrastar esto con la realidad de los usuarios del Hogar San Francisco de la Fundación Rostro Nuevos, se observa que este proceso de unidad no se presenta, sino más bien se da un proceso diferente, el cual consiste en enajenar al enfermo psiquiátrico y abandonarlo en el Hogar con el objetivo de que otros se hagan responsables de satisfacer las carencias que este presenta.

“la familia juega un papel clave en la atención de estas personas que han sido desinstitucionalizadas, ello ha supuesto en gran aumento en la necesidad de apoyo de éstos enfermos, que ha recaído en la familia, y por ello la familia ha pasado a hacer un elemento fundamental a los

procesos de atención de las personas con enfermedad mental grave y prolongada. Su papel principal es colaborar en potenciar y desarrollar recursos de rehabilitación y soporte social necesarios para posibilitar la integración social de éstas personas”

(Couseiro: 2013; 123).

Esta característica debe ser fundamental en la familia cuando se presenta un pariente con algún tipo de trastorno mental, ya que posee un rol fundamental de apoyo, un rol único e irremplazable el cual puede facilitar una futura reinserción social, proporcionando una rehabilitación y un posible estancamiento en el deterioro de la persona afectada.

El abandono en la sociedad se da en cada uno de los rangos del ciclo vital de los individuos, es decir, se presenta en niños, jóvenes, adultos, y adulto mayor, siendo el primero y el último el más vulnerable al momento de enfrentar esta problemática, ya que no se pueden valer por sí mismo, sino más bien necesitan tener a alguien al lado para poder desarrollarse y/o apoyarse.

Es por esto mismo que para poder conocer y abordar desde todas las aristas esta problemática se realizará desde la mirada de los propios usuarios, desde las familias o tutores legales y desde la teoría, contrastando cada una de las posturas con lo que los propios autores nos dicen e indican a través de sus textos, para esto en este estudio se hablarán de diversas temáticas que tienen total relación con el los objetivos de estudio, siendo estas temáticas divididas por capítulos y subcapítulos.

En el primer capítulo el cual se llama “Historia de la locura enfermedad mental y psiquiatría” tiene como principal función entregar información sobre la Historia de la

Locura, teniendo como referente a Foucault, además de hablar conceptos propios de la enfermedad mental y la psiquiatría, ya que es necesario ir conociendo estos conceptos tanto de locura como de enfermedad mental desde sus inicios históricos y como estos conceptos han evolucionado a lo largo de la historia, también así con la esquizofrenia, ya que es preciso tener claridad sobre este trastorno mental en específico debido a que es una de las principales características de la muestra de estudio, por ende conociendo sus características se podrá entender de mayor forma los objetivos y los resultados de esta investigación.

También en este capítulo se abordará la temática de la psiquiatría en sí, el cual a su vez tiene como sub capítulo la historia de la psiquiatría en Chile, este capítulo tiene como finalidad ir conociendo y profundizar en este concepto de una forma histórica y como este también ha ido evolucionando desde la época clásica hasta el siglo XX, Tanto en Chile como en el mundo.

Las tendencias de la psiquiatría, los conceptos de Enfermedad mental y las terapias psicosociales también tienen cabida en este estudio, ya que es de importancia aportar conocimiento previo sobre las formas y acciones de cómo se abordan las enfermedades mentales y a que se refiere específicamente cuando se trata de abordar temas relacionados con la enfermedad mental.

No puede quedar exenta la conjugación del Trabajo Social con la psiquiatría, como ambas disciplinas pueden conjugarse a favor del paciente psiquiátrico, y a su vez también reconocer la importancia del Trabajo Social en el área de la salud mental y como este aporta para un trabajo integral al momento de intervenir a sujetos con trastorno mental.

En el segundo Capítulo llamado “Familia y Esquizofrenia” se podrán encontrar temas como Familias multiproblemáticas debido a que es una de las principales características de todas las familias a estudiar. También se tratará el cómo influye el trastorno de esquizofrenia en la familia, explicando las consecuencias para estas y también para el mismo paciente psiquiátrico y cómo puede llegar a desencadenar el abandono familiar, finalmente se reconocerá cual es la importancia de la familia para el paciente psiquiátrico, en el ámbito de su tratamiento y como puede ser la misma familia el principal protagonista de una reinserción social exitosa para el paciente.

El Capítulo número tres se expone el marco referencial el cual tiene por nombre “Plan Nacional , paciente y contexto de estudio”, es en este capítulo en donde se hablará principalmente del aporte del Plan Nacional de Salud Mental para las líneas de trabajo enfocadas en usuarios con trastornos mentales y como este trata y trabaja con y para ellos. Es aquí donde también se dará a conocer la Fundación rostros Nuevos del Hogar de Cristo, entregando información necesaria para un completo conocimiento de esta Fundación lo que ayudará además a conocer también el perfil de los usuarios a entrevistar.

Finalmente se puede agregar que es fundamental realizar este estudio incluyendo todas estas temáticas, ya que ayudará a conformar líneas de investigación que aporten al buen funcionamiento y reconstrucción de redes dentro de los centros especializados en psiquiatría, tomando como referencia esta experiencia y replicándola a lo largo de cada uno de los centros, además de ayudar sustancialmente en la creación de políticas públicas que fortalezcan tanto la educación en torno a las enfermedades mentales y/o trastornos psicológicos que presente la población, como también el fortalecimiento de lazos familiares para ayudar a la recuperación y reinserción de usuarios.

1. Planteamiento del problema

La Esquizofrenia es una condición que frecuentemente tiene efectos destructores en muchos aspectos tanto físicos como psicológicos y en la vida del que la posee, conllevando a un alto riesgo de suicidio y a menos cabo de la calidad de vida de las personas. (Plan de Salud Mental y Psiquiatría 2001)

Una de las características de esta enfermedad son las distorsiones típicas de las emociones y del pensamiento, deteriorando la calidad de vida de la persona, ya que influye tanto en su capacidad de relación con el medio como de su funcionamiento social, siendo esta enfermedad un problema con multivínculos y con variadas causas, como lo son la orgánica, ambientales, familiares y socioculturales, pero aún estas no son certeras, siendo de carácter complejas por no tener una teoría exacta que incorpore todas las variables.

Estas personas llevan a cuenta no solo su enfermedad, que de por si conlleva varios problemas físicos y mentales para quien la padece, sino también una carga social, ya que es una enfermedad que tiene como una de sus características ser imagen de exclusión social a causa de todos los mitos y estigmas que hay en torno a ella.

Como se señala en el Libro Verdes de Salud Mental en Europa 2005

“Estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales”.

(Libro Verdes de Salud Mental en Europa 2005: 8)

Esta estigmatización no solo afecta a la persona que padece la enfermedad también puede afectar de igual forma a la familia ya que son ellos con los que el enfermo psiquiátrico tiene un vínculo directo, es por esta razón que el apoyo mutuo se estima importante para la superación o manejo de la enfermedad mental y como esta puede tener un rol principal para el enfermo psiquiátrico.

Debido a esto es importante dar a conocer la importancia que tiene la familia en el proceso de rehabilitación, acompañamiento y de manejo de esta enfermedad, ya que es el núcleo familiar, encabezado principalmente por los padres los que deben cumplir un rol de protección y de recursos frente a tal dificultad.

“Solo la interrelación de la familia con el enfermo posibilitara resolver las experiencias que enfrentan estas familias en forma conjunta con el paciente. En definitiva, recomponer los lazos familiares es tan importante como la medicación”

(Hospital Infanta Margarita: 2014; 25)

Esta relación de ayuda mutua y acompañamiento familiar, en muchas familias no está presente, ya sea por relaciones negativas y/o conflictivas con el paciente, la situación económica precaria de la familia, entre otras causas que serán un eje de esta investigación, siendo el abandono familiar un hecho que afecta un alto porcentaje de usuarios con problemas psiquiátricos dentro del Hogar San Francisco Javier, perteneciente a la Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo, es aquí en donde los usuarios son derivados desde diferentes independencias e instituciones, como también desde sus propias familias, con el fin de poder ayudarlos farmacológicamente, terapéuticamente, reforzar sus habilidades sociales o simplemente tenerlos en un lugar donde poder residir. Ya que las familias no pueden o no quieren cumplir esta labor.

Existen casos en los cuales no se tiene registro de familia en algunos usuarios, como también en otros si existen redes familiares que podrían hacerse cargo de ellos, pero por motivos los cuales serán el eje de este estudio, (causas, razones o factores) no se hacen presentes, desligándose de su labor y “olvidándose” de ellos entregando el cuidado solo a la Fundación, aun cuando el apoyo familiar que debiesen tener podría ser fundamental, por ejemplo, para el buen tratamiento terapéutico de los usuarios y su reinserción social debido a la sociabilización y protección que la familia como característica entrega.

Es por esta razón que en esta investigación fue realizada desde una mirada psicosocial, ya que se quiso en primera instancia conocer las causas de este abandono, el por qué muchas familias se desligan de su labor como tal y delegan su responsabilidad a instituciones, siendo incapaces de preocuparse ya sea emocional afectiva y/o económicamente de ellos.

Por otro lado se interesó conocer cuál es la visión que los mismos usuarios tienen y si están conscientes de este abandono y cómo les afecta emocionalmente, para poder así reforzar que el apoyo familia es fundamental en el proceso que los sujetos viven y cómo este podría fortalecer su estabilidad.

2. Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las causas que inciden en el abandono familiar hacia los usuarios del programa de larga estadía del Hogar San Francisco de la Fundación Rostros Nuevos?

2. ¿Cuál es la percepción de los usuarios del programa de larga estadía del Hogar San Francisco de la Fundación Rostros Nuevos sobre el abandono familiar en el que se encuentran?

3. Objetivos de la investigación

Objetivo General N° 1

Describir las posibles causas que inciden en el abandono familiar hacia los usuarios del hogar San Francisco Javier de la Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo.

Objetivos Específicos

- Identificar los motivos por los cuales la familia decide abandonar al usuario del Hogar San Francisco Javier.
- Establecer los hechos familiares o contextuales que se dieron para provocar al abandono.
- Determinar la argumentación que expone la familia para justificar el abandono.

Objetivo General N°2

Comprender la percepción que tienen los usuarios del Hogar San Francisco Javier de la Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo con respecto a su situación d

e abandono.

Objetivos Específicos

- Establecer si los usuarios tienen o no conciencia respecto a su situación de abandono.
- Identificar la actitud que los usuarios tienen frente a su situación de abandono familiar.
- Determinar la opinión y valoración que los realizan los usuarios del Hogar frente a su situación de abandono familiar.

4. Hipótesis

Hipótesis N°1

- El abandono familiar es causado por el bajo nivel socioeconómico de las familias, lo que imposibilita poder sostener el tratamiento y sus necesidades cotidianas.

Hipótesis N°2

- El abandono familiar es causado por el estigma social que conlleva una enfermedad mental.

Hipótesis N°3

- El abandono familiar es causado por la falta de información y educación en torno a enfermedades de salud mental.

Hipótesis N°4

- Al presentarse episodios de violencia de manera ocasionales de parte del usuario hacia el grupo familiar, este último tiende a abandonar al usuario con la finalidad de prevenir estas situaciones.

Hipótesis N°5

- Todos los usuarios son conscientes de su situación de abandono.

5. Estrategia Metodológica

5.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio va a depender de la estrategia de la investigación, por lo cual en esta investigación es de tipo cualitativa, descriptiva, no experimental, transaccional.

Para LeCompte(1995;317) la investigación cualitativa podría entenderse como *“una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video cassett, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos”*. Para esta autora la mayor parte de los estudios

cualitativos están preocupados por el entorno de los acontecimientos y centran su indagación en aquellos contextos naturales o tomados tal y como se encuentran, más que reconstruidos o modificados por el investigador, en los que los seres humanos se implican e interesan, evalúan y experimentan directamente.

Por otro lado Dankhe (1986; 47) nos señala que a la investigación descriptiva son

“los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis “.

En torno al estudio no experimental Hernández et al (2006; 208) señala que

“Es el que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de investigación donde no hacemos variar intencionadamente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimentar es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.”

Finalmente se puede decir según Gómez (2006; 23) que los diseños de investigación transaccional o transversal son los que:

“recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”.

El tipo de investigación lleva estas características, ya que se busca mediante una caracterización familiar y su conocimiento evidenciar diferentes factores incidentes en el abandono, cuando se tiene un integrante con problemas psiquiátricos. Además de conocer la percepción de los usuarios en torno a esta problemática en un determinado tiempo y contexto.

5.2 Universo

El universo de estudio corresponde a 37 usuarios del programa de larga estadía del Hogar San Francisco de la Fundación Rostros Nuevos y a 37 familias.

5.3 Unidad de Análisis

Cada usuario del Hogar San Francisco Javier de la Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo que presente enfermedad psiquiátrica o trastorno psiquiátrico y esté en condición de abandono por parte de su familia.

Cada familia de usuario del Hogar San Francisco Javier, que hayan decidido por algún motivo abandonarlo en dicho hogar.

5.4 Muestra

La muestra corresponde a 10 usuarios y a 10 familias del programa de larga estadía del Hogar San Francisco de la Fundación Rostros Nuevos que presenten condición de abandono familiar.

5.5 Técnica de recolección de datos

Se utilizará la Entrevista en Profundidad como técnica para recolección de información primaria, puesto que utiliza un modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

“Una serie de conversaciones libres en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal.”

(Rodríguez, Gil & García, 1996:169)

En este tipo de entrevista es el propio investigador el instrumento de la investigación y no lo es un protocolo o formulario de entrevistas con preguntas cerradas, sino lo contrario se le entrega al entrevistado el espacio para que pueda expresarse libremente, pero siempre siguiendo el objetivo principal de estudio

5.6 Técnica de análisis de Datos

Para este estudio se utiliza el **análisis de contenidos por categorías**, ya que es necesario para poder priorizar y distinguir a su vez los distintos discursos emitidos tanto de las familias como de los mismos usuarios en las entrevistas en profundidad, lo que dará pie para conocer todas las opiniones, comentarios y observaciones en cuanto al abandono familiar de los usuarios del Hogar San Francisco Javier, de esta manera se podrá interpretar el porqué de estos discursos para poder así realizar una reconstrucción entre el contenido entregado por la muestra y su sentido evidente.

6. Variables

- Causas de abandono familiar.
- Percepción de los usuarios en relación a su situación de abandono.

PRIMERA PARTE
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

HISTORIA DE LA LOCURA, ENFERMEDAD MENTAL Y ESQUIZOFRENIA

La historia de la psiquiatría es tan antigua como la historia de la medicina, esta ha ido evolucionando y adaptándose al contexto temporal y espacial de la sociedad, por ende también a la cultura. A lo largo de la historia la psiquiatría ha intentado resolver y explicar las problemáticas que trae consigo las enfermedades mentales, ya sea cómo fue en sus inicios a través de brujos, santería y recursos más espirituales, pasando por técnicas poco ortodoxas e incluso consideradas inhumanas, hasta la actualidad en que se maneja y regula a través de fármacos y revaloraciones de conductas sociales. Por otro lado se ha observado una evolución notoria en torno al trato que se le da al paciente, ya que antiguamente el presentar alguna conducta atribuible a una enfermedad mental, la persona era considerada “poseída por un ente maligno” y se le daba muerte. Con el pasar del tiempo se le privaba del contacto con la sociedad, hasta la actualidad en la que se definen como enfermos psiquiátricos y como personas naturales poseedores de derechos.

1. Historia de la locura por Foucault

Para entender la historia de la psiquiatría se debe hablar de uno de los más grandes expositores e investigadores de este concepto, nos referimos a Michel Foucault, quien en 1961 presentó su tesis doctoral llamada *“Locura y Sinrazón Historia de la Locura en la época clásica”*. En esta publicación presenta la historia de las enfermedades mentales englobándolas en una sola línea histórica, llamada “historia de la locura” la cual tuvo su comienzo en los años 50, fue además en esta misma época en la que él comenzó sus estudios de psicología. Y es en este periodo donde se comienza a marcar su oposición al concepto de “enfermedad mental” el que

había sido idealizado y adoptado por la psicología y la psiquiatría positivista de ese entonces.

El autor intenta demostrar cómo se han ido configurando los caminos de la locura, para ello une estos caminos o episodios con la figura del paciente y de esta forma logra determinar cómo se ha ido configurando y transformando, transformación que culmina mostrando a los pacientes como verdaderos problemas para las familias, sus propios entornos e incluso para la sociedad en general. Y que a su vez las corrientes que se estaban expresando en ese entonces más las disciplinas que se encargaban de abordar estas temáticas no lo hacían de manera correcta, o simplemente no planificaban un tratamiento eficaz para establecer un control sobre las enfermedades mentales como “problema”

Foucault entrega una visión diferente de la psicopatología, ya que esta solo habla de lo natural del ser humano, lo que se resume en aportar y atribuir explicaciones basadas en tendencias y orígenes naturales a hechos significativos patológicos, como lo era quizás la esquizofrenia o la bipolaridad (las que para ese entonces aun no existían conceptualmente). Es esto conlleva a que el análisis que se le aplica al ser humano se basa principalmente en teoría, es decir, de lo abstracto y no de lo práctico o desde la comprensión de la misma locura o del enfermo.

Para poder comenzar a hablar de la historia de la locura desde la mirada de Foucault y desde su propia narración, se debe remontar al siglo XV D.C. Es en ese entonces donde comienzan los primeros registros del autor, en donde hace la comparativa directamente con el hecho más importante de ese entonces, la lepra en Europa que se presentó hacia finales de la Edad Media, el lugar donde los leprosos eran enviados, comenzaron a entenderse como lugares o sectores de exclusión social que en un comienzo cobijaban solo a los enfermos de lepra, pero que con el pasar

del tiempo comenzaron a recibir a los “nuevos exiliados” o como el autor los propone los “nuevos leprosos” que básicamente comprendía a los incurables y a los locos. Esta exclusión fue potenciada principalmente por la Iglesia, siendo autora del encierro principalmente de los pobres, los vagabundos, entre otros.

“Se trata de una medida general de expulsión mediante la cual los municipios se deshacen de los locos vagabundos”

(Foucault; 1967:19)

Se observa como las personas que presentaban algún trastorno o enfermedad mental fueron agrupados en una sola sección, sección que era repudiada y ocultada por la sociedad, con el pasar del tiempo a este grupo se le denominó “los cabezas alineadas”.

Foucault comenta como estas pobres e incomprendidas personas, que eran incomprendidas por el razonamiento humano eran transportadas en naves acuáticas (barcos) hacia otros lugares.

“Es que la circulación de los locos, el además que los expulsa, su partida y embarco, no tienen todo su sentido en el solo nivel de la utilidad social o de la seguridad de los ciudadanos”

(Ibid: 11)

Es en esto donde se puede ver la exclusión que vivieron las personas que presentaban algún tipo de problema, personas que fueron desplazados y

expulsados por la misma sociedad con la finalidad de enajenarlas de la realidad que ellos estaban viviendo como sociedad, sin duda alguna se deja evidencia de cómo la sociedad desde un principio intenta ocultar y desplazar a las personas que sufren alguna enfermedad o trastorno y que este a su vez permita que se presenten conductas que altere quizás el orden público, la moral de las personas o simplemente las buenas costumbres instauradas por una sociedad autodenominada “en progreso”.

En el momento en que estas personas eran subidas a los barcos para desterrarlos quedaban a cargo de una persona, la que se responsabilizaba de ellos y de la nave, él además era quien se ocupaba de hacer los trámites con los navegantes, mercaderes o peregrinos de las diferentes ciudades para dar a conocer el tipo de carga que llevaba a bordo. En su libro Foucault habla e indica que Núremberg – Alemania fue la ciudad donde más tránsito de “locos” tuvo, convirtiéndose así en algo habitual y considerado como un bien para lo sociedad, llegando a reunir el mayor número de personas con algún tipo de enfermedad dentro de Europa¹. Una vez que los “locos” llegaban a su ciudad de destino eran intercambiados como esclavos o mano de obra. Sin duda alguna lo rescatable de esta situación, es que a pesar de los malos tratos y la experiencia de ser un desterrado estas personas no eran silenciadas ni encerradas entre cuatro paredes, sino más bien, eran acumuladas en ciudades lejanas o periféricas lo más alejado a la sociedad posible.

Como se puede apreciar Foucault comienza a narrar los primeros acontecimientos del encierro de los enfermos, este acontece en la segunda mitad del siglo XVII, el primer hecho que el autor presenta se basa en una decisión jurídica, esto entrega un indicador muy potente al momento de definir qué área profesional es la que determina si un individuo está o no loco. Esto se traduce simplemente en el hecho

¹ Para indagar más en esto revisar la obra “Narrenschiff” de Sebastián Brant

de este registro, ya que fue un juez (una decisión jurídica) quien determino el estado de una persona y no un médico o un equipo multidisciplinario. Por ende se determina que “el poder” es quien decide si una persona es normal o no. Se debe tener en cuenta además, que la sociedad de ese entonces está mutando, se crea un nuevo concepto que es el de la ley civil, en donde el hombre debe trabajar y no debe ser un desocupado, por otro lado, además, se comienza a despojar la creencia de que todo gira en torno a lo divino.

Esther Díaz comenta que:

“En el fondo, es en este contexto donde la obligación del trabajo adquiere sentido: es a la vez ejercicio ético y garantía moral. Valdrá como ascesis, castigo y signo de cierta actitud del corazón. El prisionero que puede y que quiere trabajar será liberado; no tanto porque sea nuevamente útil a la sociedad, sino porque se ha suscrito el gran pacto ético de la existencia humana”

(Díaz E.: 1995; 46)

Se puede observar como el ser humano comienza a adoptar una visión nueva del trabajo, una visión que va ligada a una obligación, tanto moral como ética, por ende el individuo debía su vida al trabajo. La adopción de esta nueva visión o Ley social propicia que campesinos que habían sido desterrados o enfermos terminales, sean mezclados con personas con algún tipo de enfermedad o trastorno mental, esto porque todos tenían como factor común la incapacidad o inutilidad para el trabajo, que a su vez atentaba contra la nueva sociedad, esa que estaba dispuesta y con una convicción latente de salir adelante frente a las innumerables crisis económicas que estaban sufriendo.

Después de pasar por el destierro se comienza a acercar la modernidad, es acá donde se aprecia la desvinculación entre la ética y el trabajo, teniendo en consideración que la sociedad se ve enfrentada a una modernidad basada en la época clásica y que hasta ese entonces persistían algunas equiparaciones e ideas, tales como: el loco-criminal, el loco-culpable y el loco-alineado. En resumen el loco era criminalizado, esto ya que al mantenerlo a la altura de un criminal podía compartir el espacio y se le aplicaría un trabajo en pos de una reintegración social, es en esta última idea donde se ve representada la dificultad para definir al “loco” en la obra Foucault. Al momento de intentar desfragmentar la obra se evidencia como estos dos individuos completamente distintos están unidos bajo el alero de un solo concepto y que además será “sanado” o devuelto a la sociedad bajo el mismo tratamiento.

Se debe tener en consideración que además en el siglo XVII se pretende romper y dividir la unión entre la locura y los sinrazón, esta ruptura se ve forjada por la aparición de una nueva fase dentro de la locura, ya que se comienza a hablar del otro loco, este nuevo actor se traduce en la persona que por opción propia eligió el mal y no el bien, el que pudo elegir lo ético pero no lo hizo. Es en este periodo donde además se abren por primera vez las puertas del hospital general.

“El gran encierro es el 7 de mayo 1657, éste anuncia que se abrirán las puertas del hospital general para que allí sean encerrados todo tipo de sujetos clasificados según categorías diferentes”

(Foucault; 1967:29)

Como se puede apreciar con el pasar del tiempo el significado del concepto de locura y más aún el concepto de loco ha ido mutando y acomodándose al tiempo y espacio donde se está generando. Desde un principio el “loco” ha sido un tema tanto para familias que lo contienen como también para la sociedad donde este se

desenvuelve, en un principio las personas que padecían alguna enfermedad eran desterradas con una finalidad clara, el poder segregarnos y excluirlas de la sociedad en desarrollo, sin embargo aún tenían voz, rebajados a simples esclavos, pero con un voz y un pueblo dispuesto a escuchar. Sin embargo con el tiempo eso se fue perdiendo, el loco se bajó al nivel de un anti-social, el cual se mezclaba entre lo peor de la sociedad, pero sin duda alguna fue un paso clave y necesario para la historia de la locura, ya que es acá donde se comienza a tener en cuenta el concepto de tratamiento que antes no se había presentado.

Hoy en día la locura contiene un rasgos de cada una de las etapas que vivió, por ejemplo la sociedad los sigue encerrando en sectores “especializados” o “propicios” para ellos, con una finalidad de entregarle un tratamiento, pero bien, el cuestionamiento tiene su causa a momento de analizar esta determinación, es decir, ¿cómo se pretende curar a alguien que presenta un “desajuste social” o “un desajuste de la norma” si este esta privado de compartir con la sociedad?, es ahí donde la medicina actual entrega una respuesta de que mientras este “desajuste” este presente la persona debe ser tratada con fármacos hasta que presente una mejoría de sus condiciones. Es por ello que el avance desde los primeros tratamientos como lo eran las lobotomías o las tinas de hielo se han cambiado por medicamentos, la respuesta que falta y que queda abierta tiene que ver con el cambio social que se presenta o ¿no se presenta?, sin duda alguna se produjo un cambio, pero del contexto histórico, pero no del trato hacia el paciente que hoy en día sigue encerrado entre cuatro paredes, padeciendo las mismas alucinaciones y viviendo con el mismo desprecio con el que tenían que vivir al momento en que antiguamente eran desterrados.

2. Historia de la Psiquiatría

La Psiquiatría ha estado presente a lo largo de cada una de las etapas del hombre, adoptando nuevos conceptos abstraídos de estos periodos, los primeros indicios (de avances en la materia que persisten hasta nuestros días) los encontramos en la antigüedad clásica, donde el mayor exponente de esta etapa es Hipócrates perteneciente a la escuela griega de Knos. Él explica las enfermedades mentales como un fenómeno natural el cual consiste básicamente en un desequilibrio de los cuatro humores naturales y básicos que tiene el hombre, estos son la sangre, la bilis negra, la bilis amarilla y la flema, estos estaban asociados a cuatro cualidades que se presentan en la naturaleza, estos son el frío, el calor, la humedad y la sequedad, cada uno estaba regido por el estado anímico del ser humano (sanguíneo, colérico, melancólico y flemático). En esta época solo existen tres categorías de enfermedades, estas eran la manía, la melancolía y la frenitis (entendiéndose como a la inflamación de los nervios), cuando uno de los componentes anteriormente expuestos se desestabilizaba o se sobreponen es cuando la enfermedad aparecía.

“La teoría hipocrática se basaba en características corporales del sujeto y contaba con un sofisticado aparato conceptual basado en la noción de homeostasis o balance entre principios básicos naturales”

(Cesar Carvajal: 2008; 13)

Como se expone, esta teoría se basaba en la descompensación o desequilibrio de los humores establecidos en las cualidades naturales a las que el hombre estaba sometido y es ahí donde nace la enfermedad mental que en ese entonces solo estaba enfocado en una mirada física del ser humano más allá de algo netamente mental. Esta influencia se prologo en el tiempo, siendo adoptada por algunas

culturas como la romana, en donde se extendieron las clasificaciones a dos más que aun así hacía alusión a algo físico.

“Sorano amplió la clasificación Hipocrática incluyendo a dos cuadros como de origen mental: la histeria y la hipocondría, hasta entonces ambas condiciones se habían relacionado con bases anatómicas específicas: el útero en la histeria y el hipocondrio en la hipocondría”

(Carvajal Cesar: 2008; 14).

Es en este periodo donde Galeno (Medico Griego 129-200 D.C.) sintetizó el conocimiento medico clásico, separando las causas de los trastornos mentales en orgánicas (lesiones encéfalo craneanas, alcohol, cambios menstruales) y mentales (temores, problemas económicos o amorosos). Para Galeano la armonía entre las diversas partes del alma: sensual, irracional y racional eran claves para la salud mental.

De lo anteriormente expuesto se puede mencionar que durante la antigüedad clásica se expusieron los primeros conocimientos e indagaciones de enfermedades mentales agrupándolas en desequilibrios netamente físicos que presentaba el ser humano.

Es en la época de la edad media donde se tiene uno de los mayores avances en torno a las enfermedades, ya que es aquí donde se funda el primer hospital mental ubicado en Bagdad en el año 792 D.C. En donde los médicos desarrollaron una preocupación por los pacientes.

“El cristianismo introdujo una valoración personal para todo enfermo, fuera orgánica o mental, valoración que fue incorporada por diversas órdenes religiosas”

(Cesar Carvajal: 2008; 14).

En occidente la iglesia toma un rol protagónico, ya que se comienza a hacer cargo de los enfermos, sus tratamientos y cuidados, en primera instancia lo hacían a través de sus monasterios posteriormente en hospitales para enfermos mentales. En España surgió la valoración hacia este tipo de personas con una vocación especial hacia los enfermos mentales, fundada por San Juan de Dios quien construyó un número de hospitales mentales en la península ibérica y luego en el nuevo mundo. En México fue fundado en 1567 el primer hospital en el continente americano.

“Se considera a los enfermos mentales como poseídos por el demonio, y el tratarlos como herejes y brujos, llegando hasta los juicios por la inquisición y la condena en la hoguera”.

(Cesar Carvajal: 2008; 14).

Este fue un aspecto menos positivo en esta etapa de la historia, ya que la enfermedad mental se consideró como un acto demoníaco que estaba ligado a brujerías y entidades satánicas, trayendo consigo castigos que en la actualidad se definen como inhumanos, como la quema de personas vivas o ejecuciones públicas.

Todo esto cambio en el renacimiento en donde J.L.Vives (Humanista filósofo y pedagogo español 1492-1540) y J.Weyer (Medico 1515-1588). Defendieron a los denominados “brujos” e intentaron explicar que eran enfermos mentales que estaban desestabilizados. Importante fue J. Weyer ya que propuso una visión nueva del tratamiento verbal teniendo como principal objetivo la comprensión y la observación de los pacientes, gracias a esta novedosa propuesta es que comenzaron a fundarse nuevos hospitales a en diferentes partes del mundo como en Paris en 1641, en Viena en 1741 y otro en Williamsburg (E.E.U.U.) en 1773.

En la actualidad, posterior a la revolución Francesa se presenta un hecho fundamental para la psiquiatría, ya que es en este periodo P. Pinel (Médico Francés 1745-1826) liberó a los pacientes que estaban en los hospitales mentales Parisenses como el Bicêtre y La Salpêtrière, a su vez transformó estos lugares adoptando condiciones óptimas para la permanencia de los enfermos. Esta acción se describe como una liberación, porque el trato que se les daba a los usuarios era carente de libertad, ya que se mantenían escondidos y totalmente enajenados de la sociedad y en condiciones inhumanas, además de la aplicación de tratamientos crueles que muchas veces conducían a la muerte del paciente.

“los resultados del “tratamiento moral” de P. Pinel fueron asombrosos para la época: rápidamente fueron copiados por W. Tuke en Inglaterra, por Fricke en Alemania y por B. Rush en los E.E.U.U”

(Weil: 2008; 15).

Gracias a este “tratamiento moral”, que tiene como base el tratar a los pacientes como seres humanos con derechos y valores, es que se abrieron en un periodo de 40 años alrededor de 32 hospitales empleando esta nueva metodología a lo largo del mundo, la que consistía en tratar a los pacientes como individuos con derechos

y como personas y no como objetos ayuda a potenciar sus cualidades naturales y potenciar su recuperación, además de controlar su estabilidad emocional que favorece en su tratamiento. Es esta misma mirada hacia los pacientes lo que permitió el desarrollo de la psiquiatría como especialidad académica, es de acá donde nacen las primeras publicaciones acerca de la psiquiatría como “Desmaladies Mentales” escrito por J-E. Esquirol, en este se tocaban temas como las alucinaciones, la monomanía (pensamientos paranoides).

Además en esta época, específicamente en Alemania, se plantea que las enfermedades psiquiátricas son de carácter cerebral y no natural o de la esencia del ser humano, como anteriormente se tenía conocimiento, y es denominada como la Psicopatología Descriptiva.

Posteriormente en el siglo XX se presenta un avance significativo de la psiquiatría, ya que por primera vez se agrupan las enfermedades en una especie de tabla clasificatoria de trastornos mentales y sus síntomas creado por E. Kraepelin (Psiquiatra alemán 1856-1926), quien postula que las enfermedades y las conductas tienen una procedencia netamente somática. Entendiendo lo somático como algo que se relaciona directamente con el cuerpo o el organismo, más claramente lo entenderemos a través de la siguiente definición.

“Soma es todo cuerpo de los organismos con exclusión de sus células reproductoras (...) propiedad del cuerpo cuya definición lo excede y que le da la atribución de lo vivo con la exigencia de la complejidad orgánica ya que no es propio de la célula ni de la función reproductora”.

(Pérez: 2008; 43)

Uno de los hechos más importantes que hasta hoy perdura es la determinación conceptual de dos enfermedades

“En 1899 se delimitó en forma definitiva las dos enfermedades fundamentales, la Psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz (rebautizada posteriormente como esquizofrenia por el psiquiatra Suizo E. Bleuler”

(Carvajal Cesar: 2008; 15).

Otro hecho fundamental ocurrido a fines del siglo XIX fue la aparición de S. Freud (Neuropatólogo Austrohúngaro y Psicoanalista 1856-1939), quien se interesó por la neurosis elaborando al teoría analítica para explicarla, analizando las producciones verbales de sus enfermos, además, abrió un camino terapéutico al sugerir que su método psicoanalítico podía curar algunas neurosis como la histeria o los cuadros obsesivos, convirtiéndose debido a estos, como un particular influyente del siglo XX.

Finalmente un filósofo y psiquiatría que tuvo una gran importancia en el siglo XX fue K. Jaspers (Psiquiatra y filósofo alemán, 1883-1969), quien describió dos tipos de métodos en el saber psiquiátrico

“Explicativo, propio de las ciencias naturales, que correlaciona los fenómenos psíquicos con su base estructural somática y el comprensivo, propio de las ciencias del espíritu, fundado en lo psicológico y desentendido de lo corporal”

(Florenzano: 2008; 16).

Con estos métodos en el saber psiquiátrico se vincula a la psiquiatría a lo personal, a lo filosófico y a lo metafísico, es decir a las diferentes formas de ver al hombre.

En la actualidad existe un retorno a la clínica, en donde se ve fomentado por la progresiva aparición de medicamentos más específicos y más potentes que tienen la ventaja de actuar sobre cuadros clínicos bien delimitados

“Después de un periodo de hegemonía cultural franca de la psiquiatría dinámica desde los cincuenta hasta los setenta, en la década de los ochenta se produjo en Estados Unidos una vuelta a las descripciones clínicas cuidadosas” (ibid: 17).

2.1. Historia de la psiquiatra en Chile

La Psiquiatría en Chile se remonta al siglo XVI, en que durante 10 años Santiago no contó con médicos especializados en este tema, sino más bien con machis y curanderos locales que se enfrentaban contra estas patologías, su forma de hacerlo era a través de plantas medicinales, como por ejemplo el Palqui², el natre³ y la canchalagua⁴. Posteriormente se crea la Real Universidad de San Felipe (actual Universidad de Chile), fue la primera universidad del estado, creada durante la pertenencia del actual territorio chileno a la Monarquía Hispánica por el Rey de

²El **Palqui** es un arbusto silvestre muy conocido, crece en abundancia en la zona central y sur del país.

³El **Natre**(*Solanum ligustrinum* Lodd. (Incluyendo *S. crispum* y *S. gyanum*)), Árbol que incluye hojas y tallos.

⁴La **Canchalagua** es una planta oriunda del Perú, que crece en zonas de cerros de manera totalmente silvestre.

España en 1738, fundada en Santiago de Chile en 1747 e iniciadas sus actividades docentes en 1758. Es la inmediata antecesora de la Universidad de Chile, en donde se comienzan a impartir los primeros conocimientos de la psiquiatría, en un nivel mínimo y de escaso desarrollo.

En la colonia la atención para los pacientes no era una preocupación para las autoridades ni para la población, simplemente eran considerados como seres poseídos por algún demonio, junto con esto cabe mencionar que los médicos de ese entonces poseían pocos conocimientos acerca de la locura y los espacios institucionalizados eran inexistentes.

Al terminar el siglo XVII se efectuó la primera autopsia a una mujer acusada de haber envenenado a su marido con sesos de burro, para descubrir anatómicamente si esta sufría de alguna patología, ya en el siglo XIX Portales acoge el concepto de disciplinamiento, el cual cuenta con una Penitenciaría y la Casa de Orates, esta última estaba basada en el mantenimiento del orden y la disciplina. Es en este contexto, que comienza la recogida de los locos a partir de 1852 a un cuartel militar desafectado y en ruinas.

El 8 de Agosto 1852: en el Barrio Yungay, se procede a la apertura del piadoso establecimiento de la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles, posterior a eso, en 1858: La Casa se traslada a Calle Olivos. Contó con una escuela agrícola, una lavandería, una panadería, una fábrica de ladrillos.

En 1894, se crea la Casa de Observación, para los enfermos que tenían una orden judicial de ingreso a la Casa de Orates. Previo a ésta los presuntos enajenados

esperaban en los calabozos de la policía hasta que se decretaba su ingreso (permanecían en condiciones antihumanitarias).

La Casa de Orates en 1920, contaba con las siguientes secciones:

- Sección Hospital Psiquiátrico para ingresos voluntarios y observación.
- Sección Manicomio para alienados peligrosos y crónicos.
- Sección Asilo de Temperancia para alcohólicos.

En 1923, se adquiere la chacra “Quinta Bella”, en 1928 se compra el fundo “El Peral”, donde se inicia una colonia agrícola y al que se derivan pacientes desde la Casa de Orates.

En 1925 la Facultad de Medicina dividió la Cátedra única en dos, una de Psiquiatría y otra de Neurología, la enseñanza de la primera quedó definitivamente en la nueva sección Hospital Psiquiátrico.

En 1927 se crea el Código Sanitario sobre Manicomios y Dementes.

El Dr. Carlos Ybar De la Sierra fue Profesor de la Cátedra de Medicina Legal desde 1901 hasta 1928, y es el más grande de los maestros de la Medicina Legal chilena, fue quien gestionó que el FISCO adquiriera a la entonces llamada beneficencia, terrenos al final de la Av. La Paz, donde se inauguró el Instituto de Medicina Legal en 1926.

Como se presentó anteriormente desde el siglo XIX hasta la década del setenta la psiquiatría en Chile se desarrolló en sectores cercanos al Cementerio General de Santiago de Chile, desde ese entonces es que la red de hospitales que atienden este tipo de necesidades ha ido expandiéndose a lo largo del gran Santiago

“El primero fue el hospital del Salvador, donde desde 1968 formó, a partir de un antiguo servicio ya existente dedicado a la medicina psicosomática, un departamento de psiquiatría y salud mental. Posteriormente a ese, se forman grupos psiquiátricos en los hospitales Barros Luco, San Borja, Félix Bulnes, así como en diversas regiones del País”.

(La Psiquiatría en Chile: Apuntes Para Una Historia; 2010)

La psiquiatría en Chile no es tan diferente a la de otros lugares, ya que ha integrado un interés por algunos aspectos en común con otros países, como los aspectos descriptivos-fenomenológicos, teniendo como base en algunos casos una comprensión psicodinámica y en otros psicosocial. A esto se debe agregar las nuevas metodologías que se están implementando en el país y el mundo para tratar a los pacientes y su estadía en los centros con la finalidad de alcanzar una reinserción social, esta nueva metodología es de carácter comunitario.

3. Tendencias de la Psiquiatría

Para poder adentrarse en este capítulo explicando las distintas tendencias de la psiquiatría se comenzará definiendo el concepto de tendencia como:

“Reacción que mueve al sujeto a obrar para conseguir un fin; Inclinación o disposición natural que una persona tiene hacia una cosa determinada; Idea u opinión que se orienta hacia una dirección determinada, especialmente ideas políticas, religiosas o artísticas”.

(es.thefreedictionary.com/tendencia)

De esto se puede mencionar que la tendencia en la psiquiatría es la forma en la que se aborda y maneja una temática, en este caso las enfermedades mentales, básicamente hace referencia a corrientes que permiten entender y ejecutar acciones sobre un cuadro clínico como es en el caso de la psiquiatría vista desde la medicina, a continuación se mencionaran las tendencias que se han utilizado para abordar esta temática y sus componentes, que dicho sea de paso, aun son utilizados en la hospitales, como explica Vallejo Ruiloba (Psiquiatra Español nacido en 1945) en su libro introducción a la psicopatología y psiquiatría publicado en 1998.

Tendencias Organomecanicistas

“Esta orientación sigue el modelo orgánico que considera que la enfermedad y sus síntomas son consecuencia directa de trastornos somáticos concretos, normalmente cerebrales”

(Carvajal: 2008; 17).

Lo que esta tendencia pretende establecer y apuntar es básicamente a que los trastornos se localizan de manera física y en la anatomía del cerebro, entre algunos ejemplos se podría mencionar la esquizofrenia, de esta se estipula que se produce por una disfunción de uno de los hemisferios cerebrales. Esta postura ha tomado

cada vez más fuerza con los avances de la ciencia, ya que se ha podido explorar el cerebro con mayor meticulosidad.

Tendencias Organodinámicas

“Hace referencia a que existe una estructura psíquica dinámica, que se desorganiza en la enfermedad para reorganizarse en un nivel inferior más primitivo”

(Weil: 2008; 17)

Esta tendencia intenta explicar las enfermedades mentales como un desorden y presencia de anomalías dentro del cerebro, entendiendo además, este último, como un armazón que está integrado por diferentes funciones ordenadas de manera jerárquica.

Tendencia Conductual

“Esta está basada en el conductismo de I. Pavlov y J. Watson, centrándose en la descripción y modificación de los comportamientos normales y anormales, sin focalizar la atención en las alteraciones cerebrales subyacentes”

(Florenzano: 2008; 17).

Una de las principales características de esta tendencia es el rechazo de las bases orgánicas que proponían las demás tendencias, más bien se enfoca en las alteraciones producidas por el medio que afectan al sujeto, que se manifiestan en primera instancia como patologías del aprendizaje, ya que los primeros conocimientos son adoptados desde el entorno en el que el individuo se desenvuelve.

Tendencia Psicodinámica

“S. Freud en la etapa inicial de su obra desarrolló una técnica específica de tratamiento, el psicoanálisis que aplicó a diversos cuadros clínicos en forma acuciosa y en descripciones clínicas detalladas. Luego teorizó acerca de sus hallazgos, formuló dos teorías sucesivas: una topográfica, centrada en los conceptos de consciente, preconsciente e inconsciente, y otra estructural, en la que describió tres instancias psíquicas: el Yo, el Ello y el Súper Yo. Luego amplió sus estudios al terreno de la civilización y de la cultura, con escritos antropológicos que han sido los más discutidos de su amplia obra escrita”

(Florenzano: 2008; 16).

Esta tendencia es una de las que hasta nuestros días se continua estudiando y utilizando como bases para investigaciones o como recurso bibliográfico para aplicar algún tipo de tratamiento hacia un paciente, esta tendencia deriva del psicoanálisis freudiano en un comienzo el psicoanálisis se centró en el tratamiento de cuadros de histeria y con el tiempo se fue ampliando a diferentes tipos de neurosis y trastornos del carácter.

Freud intenta abordar la psiquiatría desde el punto de vista de la sociología, a diferencia de cada una de las tendencias anteriores que lo hacen desde la biología humana, de esta forma toma conceptos actuales pero que han estado presente siempre y los utiliza como respaldo de diferentes conductas como lo son las instituciones sociales, Freud plantea que son estas las que determinan el carácter de los individuos, por ende son estas las que condicionan el equilibrio emocional del hombre. Bajo esta misma línea varios autores han comenzado y/o continuado algún tipo de investigación como es el caso de Horney (1885-1952 psicoanalista germano-estadounidense), quien expone que;

“La neurosis de la sociedad contemporánea, está centrada en el éxito y logro externos así como en un consumismo desenfrenado”

(Horney: 1939; 23)

La técnica del psicoanálisis es muy significativo porque toma los primeros lazos familiares y el apego como un factor importante al momento de desarrollar algún tipo de enfermedad.

Tendencia Sociogenética

“Esta aproximación enfatiza el papel del ambiente y la cultura de la génesis de la enfermedad mental”

(Carvajal: 2008; 19).

La importancia de esta tendencia tiene relación con la comunidad y los agentes externos al grupo o núcleo familiar donde se encuentra el individuo, gracias a la aplicación de esta visión se determinó que el rol de la comunidad es sin duda un factor clave, por lo mismo M. Jones en la década del cuarenta organizó las primeras “comunidades terapéuticas” en Londres, junto con esto nacieron nuevos hospitales los que enfatizaba en tratamientos con terapeutas ocupacionales, esto trajo consigo un visión más positiva al momento de ejecutar algún tratamiento desde un enfoque socio genético.

La psiquiatría era vista como una forma de controlar los desórdenes sociales por parte del estado y que patologiza a cualquiera que este disconformes con el orden social existente, es de esta forma de percibir que nace el concepto de “Anti psiquiatría”, haciendo alusión a una psiquiatría más abierta a la comunidad y no algo oculto que se tuviese que esconder, es acá donde ocurre el cambio más significativo de la psiquiatría, ya que se comienza a tocar la temática de enfermedades mentales como tal y no a través de mitos o creencias, sino como una enfermedad más, además se cuestionan los métodos anteriores de tratar la psiquiatría y los compara con la etapa de la inquisición convirtiendo a los psiquiatras en “modernos cazadores de brujas”. En algunas partes de Europa la psiquiatría se seguía viendo como algo netamente institucionalizado visto desde un punto de vista marxista.

Sin embargo hoy en día la psiquiatría gira en torno al paciente, se basa en la integración social y en la farmacología.

Al hablar de los pacientes psiquiátricos se debe hacer a través de sus características, es decir, por sus distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones.

“El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona “normal” la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma”.

(Bravo: 2014; 107)

Al existir una alteración de la realidad y una alteración en la percepción de las cosas que le suceden al paciente en su cotidianeidad, se tiende a deteriorar así su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas. De esta forma el paciente psiquiátrico muchas veces tiende a enajenarse de algún tipo de contacto social, ya que no comprende de la misma forma la realidad que el resto de las personas, el aislamiento se debe tanto a que el paciente no es capaz de comportarse de acuerdo a las expectativas de su grupo y comunidad de pertenencia, como por el rechazo que su conducta produce en estos. Sin embargo, se dan excepciones totalmente diferentes a este tipo de conductas, es decir, un paciente psiquiátrico que comprende la realidad como algo que él puede manejar, algo en que él tiene el control, va a tender a relacionarse con los demás actores sociales, quizás imponiendo sus ideas, alterando el orden público, entre otras características, pero sin embargo aunque sea una conducta disruptiva es una conducta que no apela a la enajenación social sino todo lo contrario a una participación con los demás.

Para comprender de mejor manera lo anterior se debe entender la discriminación como un factor que está siempre presente, debido a lo anteriormente expuesto, por lo mismo se entenderá discriminación como

“Dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc.”

(RAE: 2014)

En este ámbito también entra el concepto de enfermedad, ya que a lo largo del tiempo se ha presentado un sin fin de prejuicios en torno a este tipo de pacientes y más aún al lugar donde ellos habitan, esto a tal punto de integrarlo en viejas leyendas y mitos tanto urbanos como rurales que hacen alusión a los pacientes psiquiátricos y a lo peligrosos (bajo el concepto de maldad) que ellos pueden llegar a ser.

Es por lo anterior, que aún no se logra mantener una conducta más “normalizada” al momento de abordar la temática de enfermo mental, ya que se anteponen prejuicios constituidos en bases elocuentes que muchas veces están influenciadas por la ignorancia de la temática y/o además de los prototipos que la sociedad impone para hablar de paciente psiquiátrico, enfrentándose así al concepto de “loco”, terminología significa:

“privación del juicio o del uso de la razón”,

(ibid).

Es así como se enfrenta a una discriminación automática que impide poder integrar el concepto de enfermo y comprenderlo como una patología y no como algo extraño de lo que hay que huir o enajenarse

“Al paso que el concepto de "locura" o "demencia" se atenúa y va siendo sustituido por el de "enfermedad", se disminuye también el temor que ha inspirado al enfermo, y se tiende cada vez más, no a rechazarlo, si no a mantenerlo integrado en el seno de la comunidad”

(Organización Mundial de la Salud: 1998; 4)

En la cita anterior aparece el concepto de integración, es este el que actualmente se está trabajando en la psiquiatría, con los avances terapéuticos y los estudios de las conductas de los pacientes internos en centros de salud mental se ha llegado a la determinación que lo mejor para poder normalizar esta temática y poder comprenderla de una manera más elocuente y cercana es integrándola en nuestra cotidianeidad, por otro lado esto potencia una normalización y estabilidad del paciente en su enfermedad, ya que se ve inserto en una comunidad que se basa en conductas y códigos propios, los que prontamente el paciente va adquiriendo, es decir, si se inserta una casa de acogida de pacientes con condiciones de enfermedades mentales y a su vez se le designa tareas cotidianas que aporten a mantener una comunicación fluida e independiente de una institución con las personas pertenecientes a una comunidad, como por ejemplo ir a comprar todos los días a un negocio local, lo que se logrará será por un lado educar a la sociedad en torno a las diferentes enfermedades mentales porque será algo en lo que ellos estarán inmersos y, por otro lado, entregar una herramienta potenciadora al enfermo para poder enfrentarse a la sociedad con una postura más Auto-Valente e integradora, ya que estará regido bajo los mismo márgenes que el resto de la sociedad, pero con la presencia de una enfermedad.

4. Conceptos de Enfermedad Mental

Para continuar con la investigación se debe hacer referencia al concepto de enfermedad mental, sobre esto, se ahondará en el conocimiento e historia de la esquizofrenia ya que es la principal enfermedad que entra en el concepto que se está definiendo, por otro lado se debe mencionar que para entender de mejor manera el concepto de enfermedad se hará hincapié en algunos autores, pero que sin duda el mayor aporte lo realizó el Michel Foucault (historiador de las ideas, psicólogo, teórico social y filósofo francés).

Se comenzará definiendo el concepto de enfermedad mental según los siguientes autores:

“La enfermedad mental consiste en una falta absoluta o relativa de facultades intelectuales, afectivas y volitivas, de carácter más o menos permanente, o un desorden o desequilibrio entre estas facultades”.

(Hamilton: 1961; 232).

“Es un trastorno general y persistente de las funciones intelectuales, cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo, y que impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente, sin provecho para sí mismo ni la sociedad”.

(Rojas: 1961; 28)

“Por enajenación mental se entiende una enfermedad mental transitoria o permanente, que produce falta de autocrítica sobre el carácter patológico del propio estado, que altera las funciones mentales superiores (razonamiento, comprensión, análisis, orientación, memoria, etc.), que desadaptada familiar o socialmente al individuo, cuya conducta se torna más o menos peligrosa o inapropiada respecto a sí mismo o a su medio ambiente”.

(Vargas, obcit; 273)

“Por enfermedad mental se entiende un proceso morboso del cerebro que transforma las leyes y fenómenos psíquicos en términos que afectan a la personalidad del sujeto que lo padece. Psicosis y enfermedad mental son expresiones equivalentes. En cambio, no tienen este significado las

palabras vulgares locura y demencia”.

(Rodríguez: 1981; 565)

“Se considera a aquella como una conducta, un síndrome psicológico o un patrón clínicamente significativo que aparece en el sujeto, asociado de modo típico a un síntoma perturbador (distress) o deterioro funcional”

(Tieghi: 1989; 231)

“La enfermedad mental es el resultado de un proceso cerebral, orgánico o funcional, que poniéndose de manifiesto mediante síntomas provistos de tipicidad, acepta una etiología reconocida o postulada, en cuya virtud se produce una alteración de la personalidad que imposibilita adoptar una conducta acorde con los valores sociales en vigencia”.

(Cabello: 1981; 167).

Las definiciones expuestas corresponden a la visión de varios profesionales que realizaron numerosos estudios de psiquiatría, y que logran determinar variados significados para un solo concepto, al momento de realizar una comparación entre los diferentes conceptos expuestos, se encuentran con varios factores en común, como lo es por ejemplo el inhabilitar a la persona por el solo hecho de padecer una enfermedad mental. Por otro lado se menciona que la mente y las ideas del individuo se ven afectadas por ende el sujeto no puede realizar su vida participando en las actividades de la cotidianidad, ya que no puede tomar decisiones por si solo ni mucho menos puede adoptar conductas acorde a los “valores sociales” que se han establecido en la sociedad, de este modo el individuo se ve enajenado de la

sociedad, aislándolo y coartando su capacidad socializadora. Lo que conlleva a una enajenación social por parte de la sociedad hacia el individuo, esto sin duda es un retroceso al momento de querer ejecutar un trabajo reparador en conjunto con el paciente, sin duda el factor del prejuicio social, es el que empeora de manera abrupta la recuperación del individuo, ya que inhibe la posibilidad de que el individuo pueda potenciar las características socializadoras que aún posee.

En la historia de la psiquiatría y más particular aun en la historia del concepto de “enfermedad mental” han estado presentes varios autores, que sin duda han intentado dar una concepción que ayude a descifrar que es una enfermedad mental y poder unificar las cientos de teorías que existen en torno a este tema, uno de estos autores y quien tuvo una gran influencia a lo largo de la historia de la psiquiatría y que no puede dejar de estar presente en esta investigación es Michel Foucault, para entender de mejor manera lo que el autor expone en su texto “Enfermedad mental y personalidad” (1954), se revisara de manera histórica, además se ordenaran las ideas de forma cronológica.

En su publicación, específicamente en el capítulo V llamado “El sentido histórico de la alienación mental”, el autor tiene como propósito explicar cómo se desarrolla y se presenta la exclusión social a través de los diferentes sucesos históricos relacionados con la alienación social, ahora bien, para poder continuar con la explicación sin perder el hilo conductor se debe tener en claro que es el concepto de “alienación”, para el autor es básicamente lo siguiente:

“La condición de la alienación mental, es la condición misma de la enfermedad mental. La alienación mental es una consecuencia mítica de la alienación social. Pretender desligar al hombre alienado de sus condiciones de existencia es mantenerlo en su existencia de alienado.

La psicología, como toda ciencia del hombre, debe tener por finalidad desalinearlo al hombre”.

(Foucault: 1984; 88)

Lo que el autor explica es básicamente que la alienación mental es una consecuencia de todas las contradicciones de la sociedad, en el cual el hombre está relacionado. El hombre se siente alienado cuando la sociedad lo trata como un extraño y no se le reconoce su enfermedad como tal, sino más bien como un desajuste social lo que finalmente conlleva a una exclusión.

Ahora que se tiene claro el concepto de alienación mental, se puede reconstruir la historia del concepto de “enfermedad mental”, el autor comienza hablando sobre el cristianismo, menciona que la alienación era la posesión demoniaca del cuerpo. Posterior a esto, específicamente en el renacimiento deja de ser el cuerpo poseído para pasar a ser el cuerpo desposeído, y es ahí cuando se conoce la alienación como una privación, después ya en el siglo XVIII se crea la idea de la posibilidad de la desaparición de las facultades del hombre y eso lo que conlleva a comenzar a relacionarlo con el concepto de enfermedad, ya que la enfermedad como concepto es la carencia de salud, en este caso la carencia de salud mental. Por lo mismo al tener la carencia de algo, en este caso de sus facultades mentales, el hombre, que ya era ciudadano deja de serlo, y se le excluye además se califica como fuera de la normativa.

Por otro lado se observa la imagen de la familia como una representación social de acompañamiento incondicional, ligado al bienestar y prestación de protección para el individuo, teniendo en consideración que la familia es entendida como una

institución universal que regula las relaciones primarias de los integrantes que la componen, entra el cuestionamiento del papel que debe adoptar la familia al momento en que un integrante presente alguna enfermedad o trastorno mental. Si se tiene en consideración que la familia se construye adoptando los rasgos culturales donde se desenvuelve día a día, se podría deducir que esta tiene como deber el no abandonar al integrante que más lo necesita y que en este caso está padeciendo de una enfermedad. Como se mencionó anteriormente la familia es la encargada de velar por el bienestar de sus integrantes, por ello se deduce la importancia de la familia en torno a proteger la carencia que padece el individuo, en este caso carencia de salud.

5. Trastornos Psicóticos: La esquizofrenia

Los trastornos psicóticos abarcan un gran número de subcategorías de trastornos mentales que se caracterizan por la presencia de psicosis. Desde un inicio el concepto de psicosis resultó polémico, ya que los síntomas que la acompañan eran entendidos como un proceso relacionado con la “posesión divina” y no es hasta el siglo XVIII que comienza a considerarse como “cosa de enfermos”.

Es necesario mencionar que actualmente existe una gran dificultad para definir el término psicosis. Según el DSM-V psicosis hace referencia a la pérdida de contacto con la realidad, con grave deterioro de la evaluación de la misma. Y que a su vez presenta algunos síntomas que son descritos en la misma definición. Por otro lado existen variadas enfermedades que se clasifican como trastornos mentales, a continuación se presenta un cuadro donde se exponen y se ve la variación en la nueva publicación del DSM pasando del IV al V:

Cuadro N°1: Diferencias entre DSM IV y DSM V

DSM-IV	DSM-5
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Incluye: <ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Trastorno esquizofreniforme - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno delirante - Trastorno psicótico breve - Trastorno psicótico compartido - Trastorno psicótico debido a enfermedad médica/inducido por sustancias - Trastorno psicótico no especificado 	Incluye, en un gradiente de psicopatología: <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno esquizotípico de la personalidad (aunque la descripción completa se ubica en "Trastornos de la personalidad") - Trastorno delirante - Trastorno psicótico breve - Trastorno esquizofreniforme - Esquizofrenia - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno psicótico debido a enfermedad médica/inducido por sustancias - Catatonía (criterios para el especificador, aunque hay de 3 tipos: asociado a otro trastorno mental / debido a enfermedad médica/ inespecífica) - Otros trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos específicos. - Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos no especificados.

(Fuente: DMS-V; 2014)

Como se puede observar el listado de trastornos psicóticos ha aumentado considerablemente de una edición a otra. La que más destaca y se ha presentado a lo largo de todas las ediciones es la Esquizofrenia, siendo además el trastorno de base que se presenta en este estudio.

Para poder formular una conceptualización de esquizofrenia se debe mencionar la importancia de la influencia Alemana que se presentó para la construcción de este

concepto, ya que esta dividió la patología mental en tres grandes grupos clínicos, así se diferencia la psicosis, la neurosis y las personalidades psicóticas.

Para entender las diferentes patologías existentes se debe hacer una aproximación que permita comprender qué es la “realidad”. Según César Carvajal se puede definir realidad enfocada en el paciente psiquiátrico como:

“Se puede definir realidad como la persona en sí misma y en su relación con la familia, las demás personas, el mundo laboral y el mundo en general”

(Carvajal: 2008; 123)

En relación a lo expuesto por Carvajal se menciona e infiere la importancia del marco referencial de cada uno de los individuos en torno a la propia creación del concepto de “realidad”. Es así como la construcción de este concepto va ligado a lo social y cultural, entendiendo estas dos como las bases que fundan la formación como individuo social, ya que según la cultura donde se está inmerso y que se adopta como propia es la que regirá nuestra concepción de mundo. Esto se conjugará con el macro sistema propio, formando de esta manera la concepción propia de realidad, que a su vez trae consigo la adopción de parámetros sociales definidos, que se traducen en códigos entendidos por quienes nos rodean y presentan un marco referencial-cultural similar al nuestro, en simples palabras, la construcción del concepto de “realidad” va ligado a lo que el individuo entienda como real y que su entorno lo avale y ambos adopten como un código común.

En el texto anterior se intenta dejar en claro que es lo que se entenderá como realidad y la definimos como la percepción de algo que es comprendido de la misma

forma dentro de la sociedad. Este concepto ayudará a comprender qué es la esquizofrenia, esta es una enfermedad que tiende a presentarse en jóvenes y se traduce en la presencia de incapacidades psíquicas que afectan diferentes ámbitos, como es el laboral, el familiar, el social, entre otros, ya que existe una alteración de la visión realidad que tienen los usuarios, incapacitándolos muchas veces para realizar actividades tan cotidianas como ver televisión o poder cocinar. En los casos que no existe esquizofrenia, en la historia familiar de una persona con esquizofrenia, es frecuente encontrar una historia de complicaciones en o alrededor del momento del nacimiento, tales como infecciones por virus durante el primer trimestre del embarazo, desnutrición materna o asfixia del bebé en el parto.

A lo largo de la historia de la salud mental, no solo en Chile, sino a nivel mundial, las distintas corrientes han intentado dar una definición precisa de qué es la esquizofrenia. Algunas corrientes han negado la existencia de esta patología (anti-psiquiatría) y otras la han fundado como una alteración cerebral.

En 1898 Kraepelin unificó los cuadros clínicos de salud mental, es acá donde aparece el primer concepto de psiquiatría, llamado en ese entonces por él como demencia precoz, esto básicamente porque afecta a jóvenes, llevándolos a un deterioro, Kraepelin propuso esta patología como una enfermedad única, además entregó una serie de síntomas o manifestaciones que en ese tiempo aportó a la detección de esta patología. Ya avanzado el tiempo, específicamente en 1909, Bleuler propuso por primera vez el término de esquizofrenia entendido como mente escondida o mente dividida. Bleuler dejó un gran legado en torno a estudios de esta enfermedad, ya que fue él quien aseveró que puede existir una cura para esta enfermedad, es decir deja abierta una posibilidad de estudio para una futura cura, la definición más clara que entrega es:

“Con el término «demencia precoz» o «esquizofrenia» designamos a un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa restitución. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos, y la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular. En todos los casos nos vemos frente a un desdoblamiento más o menos nítido de las funciones psíquicas. Si la enfermedad es pronunciada, la personalidad pierde su unidad; en diferentes momentos, diferentes complejos psíquicos parecen representarla. La integración de los diferentes complejos e impulsos es insuficiente, o inclusive falta por completo”.

(Carvajal; opcit: 124).

Por otro lado Carvajal clasifica esta enfermedad en cuatro grupos o tipos de esquizofrenia, estos son:

- La esquizofrenia paranoide: es la más específica y se caracteriza por presentar ideas delirantes y alucinaciones, el delirio puede ser de persecución, de referencia, de tener una misión especial, las alucinaciones auditivas pueden aparecer como voces nítidas o solamente como murmullos, risas o silbidos, menos frecuente son las alucinaciones olfatorias, gustativas o cenestésicas. El curso temporal puede ser episódico con reemisiones parciales o completas o bien hacerse crónicos los síntomas paranoides.
- Esquizofrenia hebrefénica: comprende los trastornos conductuales como el payaseo permanente (a diferencia del sujeto normal que se modula dependiendo de las situaciones), se presenta una tendencia a la pseudofilosofía (con conocimientos superficiales y un aire de filósofos) y el

consumo de droga en forma sistemática son frecuentes en este tipo de esquizofrenia. En general es de mal pronóstico y paulatinamente se van agregando diferentes síntomas.

- Esquizofrenia catatónica: La función principalmente comprometida es la psicomotricidad. Puede variar desde el mutismo y estupor hasta la franca agitación y agresividad. Son frecuentes la flexibilidad cética (el examinador moviliza las extremidades sin que el paciente oponga resistencia y las puede dejar en posiciones antieconómicas), las estereotipias, las posturas mantenidas, las ambitendencias (tendencias a la acción, pero opuestas) y la obediencia automática para actos o movimientos. Este tipo de esquizofrenia puede llegar a ser peligrosa en raptos de violencia del paciente por la hetero o auto-agresividad.
- Esquizofrenia simple: Es una forma crónica, insidiosa, con un paulatino empobrecimiento en que no destaca ninguna de las características antes enunciadas. Lo central es el autismo, el desgano, la apropositividad vital (falta de perseverancia y repercusión afectiva de un proyecto de vida) y la desconcentración primaria (o intelección derruida, que consiste en la imposibilidad de coger el significado de una palabra o de no poder concentrarse a pesar del esfuerzo puesto en ellos, sin que existan factores externos que provoquen distracciones).

Al ser una enfermedad mental es complejo poder generalizar algún tipo de síntoma, sin embargo, y dejando de lado síntomas personales vividos por pacientes sin que necesariamente se repitan en otros, se puede definir síntomas comunes que aportan a diagnosticar la enfermedad, según la OMS estos son:

- Delirios: Se trata de una convicción errónea de origen patológico que se

manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción.

Creencias que son infundadas, no realistas y extravagantes. Pueden ser: de persecución, de culpa, de grandeza, religiosos, somáticos, de referencia...

- Alucinaciones: Pueden ser auditivas, visuales, olfatorias o somáticas. Frecuentemente auditivas en forma de voces (dentro o fuera de la cabeza)
- Negación de la enfermedad: Convicción absoluta de no estar enfermo. Rechazo al tratamiento profesional o a la ayuda de los demás.
- Pensamiento Alienado: Pérdida del control sobre el propio pensamiento, que se vive como si alguien o algo se lo robase o lo controlase.
- Empobrecimiento afectivo: Empobrecimiento de la expresión de las emociones y los sentimientos, disminuye la capacidad emocional. Se manifiesta en aspectos del comportamiento como: la inexpressión facial, los movimientos espontáneos disminuidos y el escaso contacto visual.
- Retraimiento emocional: Es la falta de motivación, interés y participación. Se manifiesta en: problemas con el aseo y la higiene, falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea.
- Aislamiento: Tendencia a refugiarse en su propio mundo y evitar la compañía de los demás. Pérdida de interés en las relaciones sociales.
- Pensamiento desorganizado: Incapacidad para estructurar y organizar los pensamientos. Se manifiesta por un discurso desestructurado e incoherente. Ideas extrañas, irracionales o grotescas.
- Incongruencia afectiva: El afecto expresado es inapropiado o incongruente con el estado de ánimo. Por ejemplo: Reacciones fuera de lugar como llorar ante algo divertido o reírse cuando se habla de temas serios.

- Conductas extravagantes: Comportamientos excéntricos, ilógicos o absurdos. Vestimentas extrañas.
- Depresivos: Angustia, desesperanza, sentimiento de minusvalía y de desamparo, ideas de suicidio. Ansiedad. Sentimientos de culpa.
- Maniacos: Euforia. Exaltación patológica del estado de ánimo. Excitación. Grandiosidad.
- Mixtos: Irritabilidad, cambios bruscos de humor, enfados.

Según la Fundación ASAM (2013) la esquizofrenia se presenta en 3 fases que comprenden en simples palabras un antes, un ahora y un después, estas las entendemos como:

Fase Prodrómica (previa): Es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad, apareciendo algunos síntomas psicóticos atenuados y solapados. Puede durar días, meses o incluso años. Se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la adolescencia o en la juventud. Pero no necesariamente tiene que ser así, hay casos en los que no se detecta ninguna anomalía previa en la persona que sufre de esquizofrenia.

Fase Activa o Crisis: Es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento) y de desorganización. Es la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días. En otros casos el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida.

La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año. Un mismo enfermo suele tener brotes de duraciones parecidas. Lo mismo ocurre con los intervalos entre brotes, según las características de la persona puede oscilar entre meses y varios años y son generalmente de la misma duración en una misma persona.

Fase Residual: Tras el tratamiento, los síntomas positivos suelen desaparecer. Entonces es frecuente observar un deterioro más o menos acusado del nivel de funcionamiento pre mórbido.

Por otro lado, según los estudios realizados por la OMS (2008) a lo largo de los años, en dirección a comprender de mejor manera la enfermedad, se pudo determinar que esta afecta de manera invasiva a los siguientes puntos del cuerpo del ser humano.

- a) Alteraciones en la forma y funcionamiento del cerebro: Otro factor muy investigado es la posibilidad de que durante el desarrollo del cerebro (que se produce en fases tempranas de la vida, pero que puede prolongarse hasta la adolescencia) se produzca una alteración en la forma y funcionamiento del mismo. De manera que se producen deficiencias que, junto con precipitantes ambientales, por ejemplo, el estrés, llevan a síntomas esquizofrénicos en la adolescencia y la edad adulta.

- b) Sistema genético: Hay evidencia sobre la heredabilidad de la esquizofrenia, lo que nos hace pensar que existe un fuerte componente genético en la enfermedad. Aun así, la investigación actual estima que el ambiente juega

un considerable papel en la expresión de los genes involucrados en el trastorno. Es decir, que poseer una carga genética importante no significa que la condición vaya a desarrollarse necesariamente.

Hoy en día hay disponible potentes herramientas de genética molecular que permitirán en un futuro identificar los sistemas biológicos implicados en la forma en la que se desarrolla la enfermedad

“Los datos obtenidos en los estudios de genética molecular realizados a gran escala y actualmente en curso (especialmente los estudios de asociación del genoma humano completo), parecen prometedores. Pues si se pudieran identificar las predisposiciones genéticas a diversas enfermedades psiquiátricas, podría utilizarse este conocimiento para desarrollar tratamientos más eficaces”.

(Fundación ASAM: 2013)

Como se ha expuesto a lo largo del texto, el estudio de las enfermedades mentales se remontan a cientos de años atrás, es así como se han ido integrando y excluyendo diferentes tipos de términos, teorías, conceptos, entre otros y también se ha intentado dar una explicación a las causas de las enfermedades, en este caso, a las causas de la esquizofrenia. Es por esto que se ha determinado, junto con el estudio de las enfermedades mentales, que la esquizofrenia es el resultado de un conjunto de factores que predisponen en mayor o menor medida al paciente al desarrollo de la enfermedad, aunque las causas por las que la enfermedad se presenta o, por el contrario, no se manifiesta, es todavía una incógnita. Desde los grupos de autoayuda se puede deducir, que una de las causas de la enfermedad es producto de un elemento biológico, ambiental, genético unido a un factor precipitante.

Hoy en día se acepta de forma generalizada un modelo de “vulnerabilidad al estrés”, en el cual se considera la esquizofrenia como un fenómeno que se produce en personas biológicamente vulnerables. (ibid)

Este modelo explica la enfermedad como el resultado tanto de factores biológicos y genéticos (lo "innato") como de experiencias vitales (lo "adquirido").

Es decir, que una vulnerabilidad genética o predisposición biológica interactúa con el ambiente y con los acontecimientos vitales (estresantes) para desencadenar la aparición de la enfermedad. Cuanto mayor sea la vulnerabilidad subyacente, menos estrés se necesita para desencadenar la enfermedad. Y a la inversa, cuanto menor sea la contribución genética será mayor el estresante necesario para producir un resultado particular. Incluso así, alguien con una predisposición a la psicosis no tendrá necesariamente que desarrollar una esquizofrenia. Tanto la predisposición biológica como el estrés son necesarios para que esto suceda. (ibid)

En la actualidad para entender de mejor manera la esquizofrenia y apoyados en los avances tecnológicos, los científicos han estipulado que existen elementos propios y ambientales que influyen en el desarrollo de esta enfermedad, ya sea por alteraciones en la química del cerebro, alteraciones en la forma y el funcionamiento del cerebro, predisposición genética, infecciones por virus. Lo anterior afecta directamente al sistema nervioso central, es decir neuronas, células nerviosas con prolongaciones (axones y dendritas) que permiten la transmisión del impulso nervioso. En la enfermedad existe una descompensación de estos elementos. No se sabe qué nivel de ambos debe tener cada individuo para funcionar bien mentalmente. No hay posibilidad de analizarlo, como por ej. El litio, las monoaminas y otras sustancias. (ibid).

Ahora se sabe que muchas de las sustancias que intervienen en la comunicación neuronal tienen un papel clave en enfermedades mentales: el conocimiento de la química del cerebro permite el desarrollo de fármacos, cada vez mejores, lo que sin duda ha aportado a crear nuevos compuestos (fármacos) que ayuden y aporten a regularizar la enfermedad.

Claramente los avances en torno a las enfermedades de carácter mental, y en general, han tenido un avance considerable desde el punto de vista farmacológico, lo que supone que está ligado a los avances en materia de estudio de las enfermedades y las nuevas necesidades de la población en relación a mantenerse activos y no decaer ante un diagnóstico clínico, sin embargo aún no se encuentra una solución definitiva para la patología de estudio, sino más bien se ofrece una solución para sobrellevar de manera correcta y adecuada a los estándares emocionales y sociales que hoy en se maneja a nivel mundial, es decir, la creación o descubrimiento de diferentes fármacos que permitan hacer una vida “normal” entregan una mayor posibilidad a los pacientes para poder sobrellevar su diagnóstico y enfrentar el día a día con mayor solidez, esto debido a que los fármacos que se suministran para tratar algún tipo de enfermedad mental ayuda a controlar impulsos y conductas que desfavorecen su pronta inserción social y que a la vez permiten el integrarse directamente en el mundo cotidiano .

Hoy en día existen diferentes métodos que propician el vivir de manera cómoda del paciente, ahora bien, qué pasa con la educación que se le entrega a la población de esta patología, o principalmente de la esquizofrenia. Ya que no existe un avance positivo si la población que recibe o vuelve a incorporar al paciente “compensado” le teme o tiene algún prejuicio hacia la enfermedad o directamente hacia su persona. En ese caso el trabajo realizado por los diferentes equipos multidisciplinarios no serviría de nada, ya que el paciente sería aislado, no tendría ofertas laborales o simplemente sería rechazado socialmente, sin embargo se confía en que se

incorporen políticas públicas no solo en el área de salud, sino además en el área de educación para poder entender de manera clara cuáles son los beneficios o consecuencias de estar cercano a un paciente con algún tipo de patología.

6. Terapias Psicosociales

La terapia psicosocial para pacientes con trastorno mental es de vital importancia debido a que engloba una serie de procedimientos aptos para la aceptación, crecimiento personal y superación de la enfermedad pretendiendo reducir así la vulnerabilidad de la persona que padece esquizofrenia u otro trastorno ante las situaciones de estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social, y procurando conseguir la mejor calidad de vida posible.

Se puede definir la finalidad de las terapias psicosociales como:

“la superación o compensación de las dificultades psicosociales y de integración social que sufren estas personas, apoyándoles en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios”.

(Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental
Gave: 2014)

Este tipo de intervención se centran en el funcionamiento de la persona, mejorar sus capacidades personales y sociales, y apoyar el desempeño de los diferentes roles de la vida social y comunitaria pretendiendo mejorar la calidad de vida tanto de las personas afectadas como la de sus familias, apoyando su participación social en la comunidad de un modo lo más activo, normalizado e independiente posible.

En definitiva la terapia psicosocial por un lado trabaja con el paciente el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada uno requiere para funcionar efectivamente en la comunidad y, por otro, actuaciones sobre al ambiente. Incluye desde psicoeducación y asesoramiento a las familias, hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para suplir o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del paciente.

“La rehabilitación psicosocial es mucho más que un conjunto de técnicas, es una filosofía asistencial que ofrece una visión de la enfermedad mental en la que la dimensión socio ambiental tiene tanta importancia como la visión biológica y donde la evaluación de la discapacidad y la minusvalía es tan importante como el tratamiento de los síntomas”

(AMAFE; 2015)

Se puede evidenciar la importancia de las terapias psicosociales y que deben ir en conjunto con el tratamiento médico farmacológico, ya que por un lado las terapias se encargan de reducir el reingreso de los pacientes a hospitales psiquiátricos, previenen recaídas de los sujetos afectados, disminuyen los síntomas, mejoran el funcionamiento social y ocupacional, aumentan la capacidad para funcionar independientemente y proveen de soporte a los familiares y cuidadores. Así, mientras que la farmacoterapia apunta a la supresión de los síntomas, las

intervenciones psicosociales están dirigidas a otorgar apoyo emocional y a superar los déficits específicos asociados a la esquizofrenia

Para la realización de terapias psicosociales es necesaria la utilización de diversos tipos de intervención, las cuales son:

- *Psicoeducación*
- *Psicoterapia*
- *Manejo Ambiental*
- *Rehabilitación Psicosocial*

(ibid)

Basándose en AMAFE (Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia) se comenzará definiendo el aporte en cada uno de estos cuatro tipos de intervenciones.

“La psicoeducación facilita tanto a la familia como al usuario la aceptación de la enfermedad y las limitaciones del paciente, integrándola de una manera activa al tratamiento.”

(AMAFE; 2015)

“Aprendizaje experimental acerca de si mismo, del proceso o trastorno que padece y de la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno”

(Gómez R.; 2008:681)

La educación acerca de la enfermedad en este tipo de intervención ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y el pronóstico ya que abarca tanto al paciente como a sus cuidadores pudiendo realizarse en forma individual o bien en grupos.

La psicoeducación tiene un rol más bien preventivo ya que facilita tanto a la familia como al usuario la aceptación de la enfermedad y las limitaciones del paciente, integrándola de una manera activa al tratamiento, también al tener un contacto directo con las familias ayuda a reforzar el lazo de estas con el paciente afectado, abriendo así espacios para mejorar la relación y la comunicación entre los integrantes de ésta.

Otro tipo de intervención es la psicoterapia, definida como:

“Es un método científicamente fundamentado de tratamiento de un paciente, una pareja, una familia o un grupo, y destinado a detectar conflictos inconscientes o experiencias fallidas y problemas, con el fin de ayudar al o los pacientes a alcanzar un conocimiento profundo de su estado y mejorar su relación con la realidad”.

(Diccionario de psiquiatría, Battegay et al., 1984)

La cual tiene como función;

“proporciona alivio y contención de la ansiedad paranoide, propiciar una adecuada toma de conciencia y aceptación emocional de la enfermedad y trabajar las dificultades actuales y propias en el marco de su historia personal.”

(AMAFE; 2015)

En esta intervención lo esencial es tratar de actuar en la fase de evolución de la enfermedad del paciente, para así poder establecer una especie de alianza entre el afectado y el equipo terapéutico con el fin de que el trabajo realizado y sus beneficios para el paciente perduren en el tiempo.

Esta intervención también puede ir dirigida específicamente al núcleo familiar del paciente con el fin de otorgarles a ellos también contención y un buen abordaje de la enfermedad de su familiar, para que así en conjunto puedan sobrellevar este o cualquier otro obstáculos que se les presente.

Otra de las intervenciones es el manejo ambiental, es aquí en donde es necesario un manejo del medio ambiente en el que se ve rodeado el paciente, la importancia de esto es que por ejemplo frente al estrés que pudiesen presentar las personas afectadas de esquizofrenia u otro trastorno mental puede dar pie a la aparición de síntomas psicóticos o de conductas muy perturbadoras en pacientes previamente estabilizados.

“El medio agresivo y violento en el cual viven, y el rechazo social que sufren por su enfermedad, son algunas de las variables que contribuyen a una mala evolución”

(ibid)

Aquí la intervención contribuye a la estabilidad sintomática del paciente, siendo una intervención destinada a estructurar las rutinas del paciente, su vinculación con algún grupo de la comunidad, o la residencia transitoria en un hogar protegido, son ejemplos de intervenciones simples que mejoran significativamente el pronóstico de la persona mediante la disminución del estrés ambiental.

También es importante mencionar que es como requerimiento vital el conocimiento del medio ambiente principalmente de la comunidad que rodea al paciente, para poder ir así dilucidando posibles factores de riesgo para este y también para ir generando un plan de intervención óptimo, cabe señalar que es importante además tener en consideración el dinamismo del medio ambiente lo que ayudara a realizar intervenciones óptimas para cada caso.

Finalmente se presenta la Rehabilitación Psicosocial la cual tiene como objetivo:

“optimizar el desempeño en roles sociales, vocacionales, educacionales y familiares alcanzando la mejor calidad de vida y productividad posible.”

(ibid)

Es necesario para el sujeto de atención que se realice un trabajo completo, una intervención que tome en cuenta todas las necesidades del paciente, para esto es necesario un diagnóstico previo que dé cuenta de todas las carencias del paciente en las distintas áreas de éste, para así poder realizar un trabajo individualizado, óptimo y concreto que potencie en su mayoría las habilidades y capacidades del paciente.

Dentro de la rehabilitación psicosocial se encuentran otras directrices que ayudaran al paciente a vivir de forma más empoderada y más capacitada para el enfrentamiento de obstáculos, como lo son las actividades de la vida diaria, habilidades sociales, rehabilitación laboral y también la utilización del tiempo libre. Todas estas van enfocadas en con un propósito particular el bienestar a nivel integral de los pacientes psiquiátricos.

Hoy en día existen pacientes con esquizofrenia u otro trastorno psiquiátrico que no están recibiendo la asistencia adecuada pues, a pesar de que existe evidencia científica de tratamientos psicoterapéuticos e intervenciones psicosociales eficaces, la asistencia que reciben no reúne el conjunto de las diversas intervenciones que serían apropiadas para ellos, como por ejemplo algunos Centros de Larga Estadía, los cuales no entregan un tratamiento integral que vaya más allá del tratamiento farmacológico, sino solo se encargan de una forma asistencialista otorgándoles los cuidados básicos sin potenciar en ningún caso las habilidades y capacidades de cada usuario.

7. Trabajo Social y Psiquiatría

A lo largo de la historia el Trabajo Social ha sido una disciplina que ha asistido a los más necesitados, entregando y potenciando herramientas propias ya sea de las personas, de los grupos o de la comunidad. Además la disciplina ha ido mutando de manera continua, de esta forma ha podido contribuir a solucionar problemáticas propias de la fase histórica en la que se presenta, es decir, el Trabajo Social como profesión se ha ido adaptando a cada etapa histórica en la que se presenta.

Para entender mejor el Trabajo Social como profesión se debe hablar de sus inicios, de esto se puede mencionar que los cimientos se basan en la filantropía y la caridad, con la finalidad de salvar el alma de los pecadores o malos hombres, esto se hacía a través del aporte que hacía a los más necesitados de la sociedad, el motivo principal era seguir las directrices de la Iglesia Católica, la que decía que se debía hacer el bien por amor a Dios y de esta manera su alma era salvada, la forma en que se perdonaban los pecados de las personas era a través de sus actitudes positivas o caritativas que tenían hacia los más necesitados, entregando así limosna y consuelo, a diferencia de esto está la filantropía, la que postula el hacer el bien por amor al hombre. Sin duda ambas apuntan al mismo objetivo, pero con distinta procedencia, es así como comenzaron muchos hombres y mujeres a concebir el mundo de una forma más sensible.

“Este es el panorama en el cual nos estamos formando como Trabajadores Sociales, dentro de una disciplina que puede generar su propio conocimiento, métodos y técnicas”.

(Toledo; 2004: 21)

Más adelante el mundo comienza a vivir muchos cambios, revoluciones, entre otras cosas, es ahí donde nacen nuevos sistemas de producción y formas de vida, la humanidad se ve aún más dividida, como por ejemplo los burgueses y la clase obrera, esta última la más perjudicada, ya que ella contenía a la clase más pobre, a que a su vez era la más explotada, en defensa de ellos es que diferentes hombres comienzan a escribir y crear nuevos pensamientos críticos que ayuden a defender los derechos de las personas y a organizar de mejor manera la sociedad, alguno de estos exponentes fueron Karl Marx, Friedrich Engels quienes postulaban que puede existir una sociedad sin distinción de clases, son estos los postulados que comienzan a remecer a las personas, las que a su vez comienzan a tomar una bandera de lucha a favor de los más necesitados.

Ya en 1930 se acentúa el concepto de individualismo, se impulsa el Trabajo Social de casos, se incluye el psicoanálisis de Freud, surge el Trabajo Social de grupos aplicándose la Sociología y la Psicología logrando de esta manera que el individuo pueda enfrentar de mejor manera sus propios problemas a través de la comprensión de este mismo, sin duda alguna esto aporta a mejorar el funcionamiento social.

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos comienza a forjar una reconstrucción del mundo, principalmente en Europa, es ahí donde el Trabajo Social toma un rol aún más profesional, ya que se considera a los que lo ejercen como científicos sociales, lo que le entrega un plus a la profesión, ya que es validada por las demás, ya que se basa en bases teóricas y adecuaciones prácticas. Ese fue el hincapié para evaluar los diferentes métodos y teorías pasando así a la etapa científica de la profesión, esto al asumir hacerse cargo de la indagación de las necesidades que afectan a los individuos.

“Dada esta circunstancia, ninguna otra profesión desarrolló tan tempranamente una visión tan clara acerca de las diversas formas en

que el ambiente físico y social podía apoyar o dificultar el funcionamiento de la familia”

(Aylwin y Solar; 2009: 63)

Se observa como Nidia Aylwin muestra la importancia política que alcanzó el Trabajo Social, ya que es el mediador entre la familia (y sus integrantes) y el mundo exterior, proporcionando actividades y momentos que aportan a mejorar una sociedad que había sido golpeada por procesos tan dolorosos y perturbadores como lo fue la guerra, sin duda alguna se puede observar que el Trabajo Social tiene una gran incidencia en la política del país.

“El fin del Servicio Social es de guiar, de sostener al que no puede bastarse a sí mismo, de alentarlo a hacer el esfuerzo necesario, a tomar las medidas oportunas para adaptarse al medio, subvenir sus necesidades, y no ser una carga para la sociedad. El Servicio Social, como se ve, es, a la vez, una ciencia y un arte; exige, pues, aptitudes y conocimientos”

(Revista de Servicio Social: 1927)

Claramente el Trabajo Social exige tener una base teórica que aporte conocimiento al momento de generar conocimiento crítico, ya sea de índole social o en función a la intervención, por otra parte se debe tener en consideración la forma en cómo se capta el conocimiento para crear la teoría.

Se debe tener en consideración la época que inspira a cada uno de los autores, esto debido a que dependiendo de la corriente que se está presentando en la sociedad es la que inspira al autor, ya que es eso lo que funda y sostiene las problemáticas.

En Chile el trabajo desde la mirada política, se puede dividir en cinco fases históricas, la primera se presenta a principios del siglo XX, específicamente entre los años 1925 y 1960, etapa conocida como el Génesis del Servicio Social en Chile, en donde se produce uno de los eventos más potentes tanto en la economía del país como en el ámbito económico, social y por último remeciendo la cultura del país, forjando un nuevo comienzo caracterizado por la emigración campo-ciudad, además el cierre de las salitreras al norte del país. Esto sin duda alguna aporta a un cambio significativo tanto social como cultural. Es en ese periodo donde las clases sociales se ven en jaque, ya que la relación entre obrero y el burgués se presenta de una manera estrecha, el hombre comienza a romper el silencio y alza la voz exigiendo respeto de sus derechos.

“En 1925, específicamente el 4 de mayo en Santiago de Chile se funda y comienza su funcionamiento la Escuela de Beneficencia de Santiago”.

(Quiroz; 2000:114)

Es a través de este estamento que el Trabajo Social comienza sus inicios bajo el alero de una visión muy fuerte de carácter eurocéntrico, en este contexto la profesión manejaba un concepto que se ha intentado apartar de las intervenciones actuales, el cual se basaba en mantener una comunicación y relación con el asistido de carácter benéfico-asistencial.

Es en esa época que el Trabajo Social comienza a entrar en el área médica, no con el aporte de teorías ni de estudios, sino más bien en enfrentar problemáticas que afectaran a las familias de escasos recursos de índole médico, como lo eran las pestes o infecciones por mala manipulación de alimentos o simplemente enfermedades causadas por el hacinamiento o la suciedad.

Así se puede observar como los fundamentos del Trabajo Social en esta etapa se basan en los modelos médicos de familia, es tan fuerte esta influencia que del diagnóstico médico se desprende y nace un nuevo concepto que hasta estos días se ocupa, este es el diagnóstico social.

La segunda fase se observa desde 1960 hasta 1973, este periodo es denominado como “Reconceptualización”, el Trabajo Social toma un rumbo encargándose de los cambios sociales y políticos que se estaban presentando.

“En este período es cuestionada fuertemente la epistemológica positivista dentro de las ciencias sociales, debido a la creciente influencia del marxismo en la vida política del país”

(Quiroz; 2000:114)

Con el golpe Militar producido en 1973 el Trabajo Social adopta una postura de protección en torno a los derechos humanos y de ayuda hacia las personas.

La tercera fase converge entre los años 1973 y 1990, esta época fue muy fuerte, y que estuvo determinada por el periodo militar, es en este periodo donde el Trabajo Social no presenta mayores cambios, esto debido a que el pensamiento político no

permitía el acople de nuevas teorías, menos en el ámbito de lo social. Solo se centra en la administración de los recursos sociales que van en ayuda de los sectores más populares.

La cuarta etapa comprende los años 1990 y 2003 es en este periodo vuelve la democracia al país, el Trabajo Social toma nuevamente un rol protagónico permitiéndoles a las personas comprender de mejor manera la etapa de transición que se estaba viviendo, comienza la adopción de una epistemología más sistémica, teniendo como base un sustento más científico directamente relacionado con los equipos multidisciplinarios.

Por último se encuentra la cuarta fase, que es comprendida desde el año 2003 hasta la actualidad, en esta se puede observar un episodio que marca la profesión, este sucede el 14 de octubre del año 2002, donde fue aprobado un proyecto legislativo que consagra la exclusividad universitaria para la carrera de Trabajo Social. Es en ese periodo donde comienza una formación académica de carácter profesional teniendo el peso de una carrera de pregrado, por otra parte cambia el nombre del egresado a Trabajador Social, mientras el título de Asistente Social solo baja de rango siendo este entregado en institutos de carácter técnico.

Se puede apreciar como el Trabajo Social fue mutando con el pasar del tiempo y convirtiéndose en lo que hoy conocemos, tal como ha ido cambiando también ha ido inmiscuyéndose en nuevos sectores de intervención, tal como lo es el caso de la psiquiatría, el que se analizara de manera más detallada a través de uno de los exponentes y crítico especializado en esta temática, se hace referencia a Alfredo Juan Manuel Carballada quien presenta diferentes títulos, como por ejemplo Dr. En Servicio Social otorgado por la Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo en Brasil.

El autor expone como podemos pensar en lo social desde la mirada de la intervención y como implica la construcción de un punto de encuentro entre el sujeto y cultura donde los aspectos contextuales dialogan. Es decir que al momento de hablar de intervención debemos hacerlo situados desde la sociedad en donde se encuentra el sujeto, teniendo en consideración como se mueve esta sociedad, los gustos, las costumbres entre otras, ya que a través de esto podemos deducir que tipo de intervención podemos ejecutar, para entender esto de mejor forma se puede ejemplificar de la siguiente manera: no es lo mismo ejecutar un plan de acción dirigidos a menores de edad en una aldea de Etiopia que en un barrio de Mendoza – Argentina, ya que se debe tener en consideración el espacio físico y cultural donde se encuentra inserto el sujeto. Lo mismo pasa en la psiquiatría, no se puede intentar ejecutar un plan de acción a usuarios de una Fundación que a pacientes hospitalizados en un servicio público de salud mental.

Carballeda expone tres órdenes dentro de las intervenciones, la primera hace mención a lo siguiente:

“La acción interventiva de los trabajadores sociales se desenvuelve, dialoga y entrelaza con los diferentes dispositivos de Protección Social”

(Carballeda; 2012: 1)

Lo que el autor expone son los momentos únicos que se dan entre el interventor y el intervenido, que a la larga son momentos de encuentros entre estos dos actores, que se desarrollan a través del dialogo y se vuelcan en el conocimiento e implementación de acciones públicas, como lo son las políticas sociales, los

programas y planes que aportan a la sociedad satisfaciendo sus necesidades y resguardando la seguridad e integridad de las personas.

Por otro lado existe un segundo orden, el cual es

“Los aspectos intrínsecos del Trabajo Social, se vincula con la intervención en las tramas sociales que rodean, construyen y se generan desde esa singularidad del sujeto de intervención”.

(Ibid)

Este orden habla sobre el entorno en el cual se desenvuelve la persona, hace hincapié en tener en consideración los elementos integrativos del individuo. Está ligado al lazo social, el cual es fundamental para comprender al individuo, con este se puede construir una subjetividad a través de intercambios y reciprocidades entre las personas. Propiciándose así el espacio para que se entrelace la sociedad, la cultura y el individuo.

Por último se menciona el tercer orden,

“Un tercer orden que termina de delimitar “lo social” del campo del Trabajo Social, remite a la relación gestada con mayor intensidad en estas últimas décadas entre la noción de necesidad social y problema social”.

(Ibid; 2)

El orden habla sobre la consideración que ha tenido el Trabajo Social a lo largo de su formación para resolver las problemáticas y necesidades sociales de las personas y la población en general.

Como se ha expuesto innumerables veces a lo largo de la investigación el Trabajo Social ha ido tomando un rol fundamental en la sociedad, lo que ha aportado a que la profesión intervenga en nuevos escenarios, los objetivos de investigación y de intervención se van desarrollando a través del tiempo, en congruencia con el conocimiento que se comienza a manejar del área en la que se está inmiscuyendo, esto se le debe a la implementación del neoliberalismo en la sociedad, ya que fue este el que impulsó un pensamiento que aportó a sentir la presencia de una división entre lo social y lo personal. Es por esto que la idea de las políticas públicas se ha mantenido e incluso ha tomado más fuerza, debido a la proliferación de la idea de que el estado es el encargado de velar por los individuos, por ende debe entregar cada uno de los recursos para que esto se pueda lograr. Es así como la profesión se acerca al campo de la salud mental, entendiendo los problemas de esta y las enfermedades a través de un proceso histórico y social.

El Trabajo Social en la salud mental comenzó con procedimientos investigativos, con la finalidad de responder cuestionamientos propios de las enfermedades en torno a lo social, lo que desencadenó una especie de corriente informativa, que basa su teoría en las patologías, abriendo paso de esta forma a encuentros multidisciplinarios

“Las enfermedades son narradas, contadas desde diferentes formas de relato. Las narrativas de la enfermedad, desde la intervención del Trabajo Social en Salud Mental, construyen la escucha la mirada y el registro”.

(Ibid; 6)

A través de las características que ocupa el Trabajo Social al momento de intervenir en la salud mental, se puede mencionar que aportan a la creación de una sistematización de la información, de esta forma se puede lograr tener en consideración que “Modelo de Intervención en Salud” se debe ocupar. Por otro lado los modelos de intervención propician un espacio para poder sistematizar las prácticas.

Además el autor informa que la herramienta primordial para poder ejecutar un buen plan de acción es la escucha, ya que forma parte de todo el proceso de intervención, por ende es de vital importancia mantener una escucha activa no solo desde la mirada del Trabajo Social, sino también de las otras profesiones.

“En otras palabras, la narrativa de la enfermedad se constituye como una forma de acceso al mundo de ese otro sobre el que se ejerce la intervención social en la práctica cotidiana. De allí, la importancia de ésta como vía de entrada al conocimiento profundo del proceso salud enfermedad”.

(Ibid; 7)

Por otro lado algo interesante que plantea el autor, es la narración, ya que para que exista una escucha activa, primero debe existir un actor que narre lo que sucede o lo que siente, y eso es primordial al momento de querer ejecutar un plan de acción o crear un diagnóstico a algún paciente, el autor además, manifiesta que el relato nace y se construye en una dinámica histórica-social, construida en base al entorno en que se encuentra el sujeto y es desde ahí donde este crea el relato y logra

transmitirlo. Se debe estar atento además a la “ruptura biográfica” la cual básicamente la podemos ver delimitada en la expresión de algún hecho o sentimiento que haya marcado al individuo, este se puede expresar en tatuajes permanentes en la piel, algún corte, entre otras cosas.

Teniendo en consideración lo anteriormente expuesto se debe mencionar que los planteamientos técnicos para llevar a cabo una intervención social se debe hacer de manera asertiva y siempre teniendo en consideración el llevar la intervención hacia un proyecto de inclusión social. Es ahí donde el Trabajador Social debe tener un buen manejo de la situación, ya que debe tener siempre en consideración el tener que intervenir en los diferentes ejes temáticos del Trabajo Social, es decir, debe tener la capacidad de intervenir al individuo de manera personal, de manera grupal y de manera comunitaria, de cierta forma, el Trabajador Social debe propiciar el espacio para que el usuario pueda potenciar los tres ejes.

CAPÍTULO II

FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

1. Familias Multiproblemáticas

En este estudio se hablará de familia Multiproblemáticas ya que se presenta como principal característica dentro de las familias de los usuarios del Hogar San Francisco Javier. Es por esto que es necesario comenzar conceptualizando el término familia para poder adentrarse al término de familias Multiproblemáticas.

La familia se conoce como grupo primario, siendo el primer ente socializador con el que el individuo se relaciona, de esta forma se entenderá familia como;

“La familia por el hecho de ser la unidad primaria de la sociedad está comprometida a sobrevivir a las presiones externas que se ejercen sobre ella y, a cuidar física y económicamente a sus miembros, ya que no son capaces de asumir alguna función por sus propios medios. Además de criarlos en un ambiente propicio que les demuestre su valor, sus derechos y obligaciones; en donde encuentran los ejemplos femenino y masculino. Pero sobre todo donde halle los principios de autoridad en sus padres que le hagan capaz de servir a la sociedad y así mismo”

(Pérez, 1990:73).

En la cita anterior la familia se plantea como la unidad primaria, este concepto ya se había mencionado en la parte superior, haciendo alusión a la familia como primer “ente” socializador, esto hace referencia a que la familia es el seno en donde se

comienza a forjar las primeras concepciones de lo bueno y lo malo, se comienza a adoptar diferentes posiciones frente a situaciones que se van presentando, además de contar con las primeras figuras a seguir (paterna y materna), es donde se entregan los primeros valores morales y culturales establecidos bajo un marco netamente socio-cultural y espacial, además es en esta instancia en donde se establecen los primeros límites y se delimitan parámetros, adoptando obligaciones a cambio de derechos.

Es relevante también mencionar la importancia de que a través de la comunicación y la socialización con el grupo familiar y el entorno que este ofrece comenzando a formar un marco referencial propio, el que estará construido enmarcado en el ambiente cultural y socio-espacial en el que se desenvuelve la familia. Por otro lado se menciona a la familia como el grupo que se encarga del cuidado económico y físico de los individuos, esto está ligado básicamente a los roles que cumplen los individuos dentro de este núcleo, ya que en la generalidad de los clanes familiares se encuentra a uno o más individuos que son los que se encargan de ejercer el rol de proveedor familiar, básicamente es quien se encarga de aportar con el sustento económico-monetario que posteriormente servirá para satisfacer cada una de las necesidades básicas y sociales de los individuos, como la alimentación, el abrigo, educación, entre otros.

De esta forma se denota la importancia de la familia para el individuo y como es vital al momento de que este se enfrenta ante la sociedad. Por otro lado el núcleo familiar es visto como un sistema que a su vez está inmerso en un sistema mayor, es decir es un subsistema que está inmerso en un sistema, como lo explica la siguiente cita,

“Familia es un sistema social compuesto por individuos unidos por lazos de consanguinidad o no, de parentesco, de afectividad o de subsistencia,

cuyo funcionamiento se mantiene a través de una estructura relacional de convivencia, sea esta funcional o no, pero que le permite un equilibrio y estabilidad para la sobrevivencia y el mantenimiento del núcleo familiar. Esto se traduce en que los miembros establecen lazos de pertenencia e identidad desarrollando un modo de ser y sentir la vida de acuerdo a los patrones culturales que internalizan, lo que determina su ser social”

(Hernández: 1992; 86)

Al observar la familia como sistema se puede dar cuenta que las familias no necesariamente deben estar unidas consanguíneamente, sino que existen diferentes tipologías de estas mismas, sin embargo todos los tipos de familias que se conforman a través de un tratado de conveniencia o de sentimientos de dos personas (padres), poseen dos objetivos claros, uno es interno que hace alusión al cuidado personal y protección de cada uno de los integrantes y otro que es externo, que abraza básicamente la transmisión y adopción (por parte de los integrantes) de la cultura que está presente en el contexto en el que se mueve y desarrolla la familia.

Por lo tanto, se pueden contemplar varios aspectos fundamentales de la teoría de sistemas:

- La familia está compuesta por subsistemas.
- Es un sistema abierto que se auto regula.
- Estimula el crecimiento de sus miembros mientras se adaptan a los diferentes cambios del macro sistema.
- El sistema está en constante transformación e interacción con otros sistemas.

Al abordar la familia como concepto se puede en primera instancia definirlo como el grupo primario con el que el individuo toma contacto, grupo que además se ubica

en un contexto y espacio específico, aportando a la conformación del marco referencial del individuo en formación. Por otro lado no se podría entregar una definición única o puntual, ya que con el pasar del tiempo la familia o el “clan familiar” se va adaptando a los cambios experimentados, reacomodando la función y rol de cada uno de los individuos, por lo mismo no existe un consenso en torno a la definición de familia como concepto, pero, en lo que sí existe un consenso es en que la familia es la primera instancia formadora entregando herramientas para la inserción social y los primeros conocimientos de la cultura en la que el individuo se encuentra, además de aprender las primeras normas de relaciones sociales con los pares.

La familia es fundamental para el ser humano, especialmente en la etapa de infancia, tal importancia incluso está establecida en organismos que en donde prevalece la defensa de los derechos fundamentales del ser humano como lo es el caso de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, quien postula a la idea de que la familia como un lugar e instancia privilegiada en donde el niño se desarrolla de manera cognitiva, social y espiritual, además de ver a la familia como el elemento básico de la sociedad que contribuye al desarrollo de cada una de las personas.

En vista de lo explicado en las páginas precedentes se puede decir que la familia si tiene una estructura, definición y caracterización propia, sin embargo con el tiempo esta va generando cierto dinamismo y sufriendo cambios en relación con la sociedad, pero sin perder su principal sentido que es ser fuente fundamental de los individuos en su proceso de socialización en donde se adquieren los primeros valores y destacándose por ser la manera de agrupamiento social por excelencia.

Para poder llegar al término de familia multiproblemática es necesario comenzar con otras definiciones, como lo es el de familia patriarcal, lo que ayudará a contextualizar, mediante la misma evolución del concepto de familia.

“Agrupación de un número de personas, libres y serviles, que formaban una familia sujeta a la autoridad paterna, constituida con el propósito de mantener la ocupación de tierras y criar rebaños y manadas. “

(Caamaro: 2012; 19)

Caamaro (ibid) señala en la cita el concepto de familia patriarcal, concepto que se basa en la relación de la familia antes de la era industrial, en donde se caracterizaba principalmente por el predominio de la figura paterna con respecto a los demás integrantes de la familia, teniendo éste como principal rol el ser el proveedor, abasteciendo y brindándoles seguridad económica al resto de su familia, por tanto dicha relación estaba totalmente ligada al tema productivo.

En la revolución industrial a mediados del siglo XVIII se generó un proceso total de transformación económica, social y tecnológica a nivel mundial, marcando un punto de inflexión en la historia, modificando e influenciando todos los aspectos de la vida cotidiana de una u otra manera. Es así como el concepto de familia también se ve modificado, dejando atrás la antigua concepción de esta.

Esta modificación del concepto de familia a raíz de la llegada de la Era Industrial, es a causa de una de las principales características que dicha Era conlleva, la migración campo- ciudad o fenómeno migratorio (Laborde, 2006), fenómeno que provocó la sobrepoblación de las ciudades centrales que era donde se localizaban las industrias teniendo como consecuencia que se redujeran los espacios en donde

la familia habitaba, aumentarían enfermedades y las condiciones de vida fueran precarias. Todo esto permitió que la familia ya no se caracterizara por ser una familia extensa y ligada al ámbito agricultor o ganadero, sino a ser familias nucleares debido al poco espacio habitacional y con una economía basada en la producción y al trabajo asalariado en las industrias.

En el periodo post industrial la mujer va asumiendo un rol más protagonista, ya que la industrialización le abrió camino a obtener un empleo remunerado, ya no solo cumple el deber de ser madre, dueña de casa, la que cuida de los hijos, entre otras, sino que se comienza a empoderar, lo que conlleva a que la familia tenga profundos cambios a nivel sistémico debido al cambio de roles.

Es en la modernidad donde nace el concepto de familia multiproblemática por Comellas (1996), conceptualización que se encuentra en sintonía con la época ya que es aquí donde prima el consumo, siendo las familias las principales afectadas.

Las creencias y valores transmitidos por esta sociedad moderna, llamada también del bienestar, son la cultura de la primacía del dinero para conseguir bienes de consumo, exaltación del “tener” para “ser”, valoración del poder y el triunfo económico - personal por encima de todo y poca tolerancia al fracaso y a los fracasados, siendo las familias las principales afectadas, dando paso a la definición de familias multiproblemáticas.

“Concepto moderno que se podría definir como un fenómeno particular y prácticamente urbano, fruto de la paradójica sociedad industrial, que plantea al hombre dos requerimientos conflictivos: la capacidad para desarrollar actividades cada vez más especializadas y la capacidad para

una rápida adaptación a un escenario socioeconómico que se modifica constantemente”

(ibid: 72).

Dicha definición lleva consigo un desequilibrio entre las aspiraciones, las oportunidades y grandes desigualdades sociales; penaliza a las clases de bajo nivel económico que no pueden competir socialmente, iniciándose así una cadena que generará la desmoralización e irritabilidad de los grupos afectados.

Corvalán señala que; *“... En resumen, el paso de la modernidad a la posmodernidad consiste en un cambio económico, social y político, en dirección a un tipo de sociedad que ya no quiere la utopía de un sujeto emancipado, sino más bien necesita de individuos programados, convertidos en espectadores y consumidores según las necesidades de los grandes poderes de las elites económicas, militares y controladoras de la comunicación.”*

(Corvalán: s/f; 55)

Este sin fin de cambios sociales a lo largo de la historia ha repercutido considerablemente en la estructura sistémica familiar, sin ser la excepción la modernidad, en donde la sociedad se ve afectada, ya que los recursos generados no han sido distribuidos de una manera equitativa, generando así situaciones de críticas de pobreza, convirtiéndose este hecho en una promesa rota de la modernidad.

Debido a este conjunto de características que varían por el paso del tiempo es donde nace el concepto de Familias Multiproblemáticas, reflejo de la posmodernidad.

Este término es construido alrededor de los años 50, por profesionales e investigadores de los países anglosajones, provenientes del Trabajo Social. Al principio, hace más bien referencia a familias de una baja extracción socioeconómica y no a las relaciones interpersonales y sociales de los miembros.

Existe un problema terminológico en la literatura de la Terapia Familiar en cuanto al modo más adecuado de dar nombre a los sistemas familiares que se caracterizan fundamentalmente por vivir en situación de pobreza, pobreza tanto en términos de relaciones precarias dentro del sistema como de satisfacción de las necesidades básicas de la familia.

Es por esto que podemos ver diferentes términos para la Familia Multiproblemática:

- Organizadas y desfavorecidas (Minuchin, 1963)
- Multiproblemas (Christofas, 1985)
- Multiasistidas (Reder, 1985)
- Múltiples progenitores (Fulmer, 1989)

Minuchin y colaboradores (1967), resuelven tal cuestión describiendo el funcionamiento de dichas familias a nivel comunicacional, estructural y del sistema afectivo. Los datos de las observaciones realizadas hacen evidente para estos terapeutas que no existe una tipología de la organización familiar específica de la

cultura de la pobreza, destruyendo el mito de que la pobreza era siempre sinónimo de desorganización.

Así mismo, otros autores centrando la atención en la estructura del grupo y en las modalidades relacionales con el ambiente social circundante definen así a las familias multiproblemáticas (Cancrini, 1995):

- *“Familias aisladas (Powel, Monahan 1969): para resaltar la soledad de estos núcleos familiares en el ámbito de la familia extensa, faltando apoyo en las fases críticas de la vida familiar, independientemente a la clase social a la que pertenezcan.*
- *Familias excluidas (Thiorny, 1976): para resaltar la separación entre estas familias y el contexto parental, institucional y social, que se da también en las clases sociales medio- altas.*
- *Familias suborganizadas (Aponte 1976; 1981): para resaltar las características disfuncionales desde el punto de vista estructural debido a las graves carencias de constancia en el desarrollo de los respectivos roles sobre todo a nivel del subsistema parental.*

- *Familias asociales (Voiland, 1962): para subrayar sobre todo los aspectos que conciernen al desarrollo de comportamientos desviados en el ámbito social.*

- *Familias desorganizadas según Minuchin (1967)."*

(www.redsistemica.com.artmult.htm)

Por otro lado según Cancrini (opcit) existen características definitorias de las familias multiproblemáticas son, pues:

"1.- Presencia simultánea en dos o más miembros de la familia de comportamientos problemáticos estructurados, estables en el tiempo y lo bastante graves como para requerir una intervención externa.

2.- Insuficiencia grave, sobre todo por parte de los padres, de las actividades funcionales y expresivas necesarias para asegurar un correcto desarrollo de la vida familiar.

3.- Refuerzo recíproco entre las características señaladas en los puntos 1 y 2.

4.- Labilidad de los límites, propios de un sistema caracterizado por la presencia de profesionales y de otras figuras externas que sustituyen parcialmente a los miembros incapaces.

5.- Estructuración de una relación crónica de dependencia de la familia respecto a los servicios (equilibrio inter-sistémico = homeostasis).

6.- Desarrollo de algunas modalidades características no usuales de comportamientos sintomáticos en los pacientes identificados en este tipo de proceso, del que un ejemplo clásico puede ser el de las toxicomanías de tipo D. “

(www.redsistemica.com.artmult.htm)

Finalmente se puede señalar que el proceso mediante el cual, un individuo o una familia, se va segregando y definiéndose como multiproblemática, es un proceso dinámico, como la misma sociedad, y se va consolidando a partir de los siguientes factores, que interrelacionados, favorecen una situación de marginalidad (Comellas, opcit):

- Desorganizaciones familiares, que comportan carencias emocionales y psicológicas en sus miembros, y que les dificulta poder interiorizar valores y normas sociales imperantes; por otra parte, no estimulan un proceso formativo, con expectativas de promoción social.

- Factores cognitivos. A partir de las propias experiencias vividas se construyen diferentes interpretaciones de la realidad que se concretan en valores y creencias que sirven para poder interpretar el mundo en que uno vive, y que justifica su comportamiento en relación con el medio.
- Reacción social. La visión social delante de situaciones disfuncionales es negativa y las reacciones que socialmente se transmiten son de exclusión. La respuesta social reforzará las creencias que tienen los grupos marginados e intensificará la oposición o la negación hacia las normas y los valores sociales.
- Un contexto social también multiproblemático, desfavorecedor..., que refuerza los valores imperantes de la población que vive y es el que llamar contexto de riesgo.

A modo de conclusión, en vista y considerando lo planteado se puede deducir que las interacciones dentro del sistema, ya sean los vínculos, los roles, los límites, su capacidad de superar problemas, entre otros va cambiando con el paso del tiempo y adaptándose, ya sea positiva o negativamente, al contexto en el que están situados, presentando irregularidades en cada uno de ellos, generando la disfunción de la familia, lo que a su vez imposibilita su buen y positivo desarrollo familiar.

La condición de pobreza también es un factor que se repite en las definiciones anteriormente señaladas y que es influyente en el entorpecimiento del desarrollo familiar, ya que además de presentarse en las familias multiproblemáticas una disfunción interna, también existe precariedad económica y falta de bienes que suplan sus necesidades básicas.

Este tipo de familias existe actualmente en la sociedad chilena y es en ellas en donde los profesionales deben generar potencialidades, ayudando a su empoderamiento para que así no sigan dependiendo de los servicios sociales, sino más bien que sea el mismo sistema socializador el que potencie y promueve el desarrollo positivo y equilibrado de la misma familia.

2. Consecuencias de la Esquizofrenia para la familia

Como se ha descrito en el Capítulo de Esquizofrenia, los trastornos mentales se consideran afecciones de importancia clínica y se caracterizan por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad o del comportamiento. Aquí la relevancia de la familia ya que esta se percibe tanto en momentos positivos como negativos en los cuales se muestra el apoyo, la unión, el amor, generando valores comunes. Es bien conocido que los enfermos mentales son socialmente estigmatizados,

“Está representado por la teoría del etiquetado”

(Cullen, Frank y Wozniak, 1987, citado en Muñoz, Pérez- Santos, Crespo y Guillén, 2009; 58).

Siendo motivo del prejuicio de la misma sociedad, dificultando en mayor medida el papel de su familia, en quienes también recae el rechazo, generando en ellos sentimientos de frustración e impotencia. Asimismo, la dinámica familiar se ve

afectada debido a las modificaciones forzosas que se implementan con la finalidad de atender y cuidar al enfermo mental, pudiendo generar conflictos internos entre los integrantes.

Los profesionales a menudo se refieren al impacto de una enfermedad mental en las familias en términos de una carga para estos o para la persona que se hace cargo del enfermo, lo cual significa una carga general de estrés para los cuidadores, causados por la enfermedad.

“Cargas subjetivas, lo cual se refiere al sufrimiento personal que experimentan los miembros de la familia; o al objetivo de la carga, lo cual no es otra cosa sino los problemas prácticos y las dificultades asociadas con la enfermedad.”

(Marsh T; Pickett-Schenk S, Cook J. Periodic publicado por la organización NAMI de California; 2010)

Lo definido anteriormente es de las variadas consecuencias provenientes de una enfermedad mental para la familia, el dolor, la tristeza y el sentimiento de pérdida se hace presente en los integrantes de la familia del afectado, pudiendo sentirse agobiados por el familiar que ellos conocían antes de que se presentase la enfermedad, por la agonía que esto causa a los familiares y por la pérdida personal.

Con el tiempo en conjunto de apoyo terapéutico necesario y óptimo, la gran mayoría de los miembros familiares podrían llegar a aceptar la enfermedad mental y seguir con el rumbo de sus vidas. Sin embargo, estos podrían seguir experimentando un dolor por la enfermedad del ser querido y por el sacrificio que esto causa en la familia.

Por otro lado existen consecuencias a nivel tangible para la familia, como la dificultosa convivencia con el paciente;

“La carga objetiva es acompañada por una carga igualmente de pesada que en la carga subjetiva, esto es, los problemas cotidianos de la familia y las crisis periódicas que se les presentan”

(Marsh, Pickett-Schenk,A.Cook. Organización NAMI; 2010)

Junto con los síntomas de la enfermedad del paciente, las familias deben hacer frente a las responsabilidades de su cuidado, a la ruptura familiar, al estrés, las limitaciones del sistema que presta los servicios y al estigma social.

Son los familiares los que tiene que lidiar con los diversos síntomas del paciente psiquiátrico, síntomas que varían dependiendo del diagnóstico pero que de forma general son complejos y difíciles de tratar, debido a que pueden ser dañinos, perjudiciales o el paciente presentar tener malos hábitos en la vida cotidiana.

Para adentrarse a las consecuencias de la enfermedad mental para la familia del paciente se revisará a Vicente Gradillas (1998), ya que también hace diferencia entre el tipo de carga familiar que se presenta al tener un integrante con enfermedad psiquiátrica.

“Los efecto de la enfermedad mental sobre la familia se presentan en diversas formas (...) Las consecuencias objetivas de este problema son el aislamiento social, la alteración de la rutina doméstica y el deterioro de la economía. Por otro lado está la carga subjetiva, básicamente afectiva”

(Gradillas, 1998; 1)

La enfermedad mental en su conjunto trae un peso importante para los que son sus cuidadores ya que abarca desde la economía del hogar hasta la estabilidad emocional de la familia, pudiendo generar otras enfermedades psiquiátricas como estrés para algún o algunos familiares del paciente.

Dentro de las repercusiones objetivas se puede encontrar el aislamiento social;

“El aislamiento, pues, se produce en un doble sentido. Por un lado los familiares reducen sus entretenimientos con amigos y asisten menos a lugares de recreo y por otro cambia negativamente hacia ellos la actitud de quienes los rodean”

(Gradillas, 1998; 1)

Con esta cita se puede comprender que la vida social de los miembros de una familia se reduce generalmente cuando se tiene un integrante con enfermedad psiquiátrica, ya que el momento de esparcimiento que quizás anteriormente se tenía como; reunirse con amigos, se restringe, debido a que el paciente necesita de mucha más atención, lo que conlleva a entregarle mayor tiempo para sus cuidados y necesidades. Incluso la relación con los sistemas externos puede verse afectada

y volverse tensa e incómoda debido al estigma social con la que carga la enfermedad mental en sí.

Otra de las repercusiones objetivas que nombra Vicente Gradillas (1998) es la desorganización del hogar, ya que es la rutina diaria la que se ve alterada ante cualquier enfermedad y más aún si se trata de un trastorno psiquiátrico.

“En ocasiones el familiar enfermo tiene tendencias autodestructivas y para evitar la posible defenestración se tienen que trasladar”

(ibid)

La naturaleza del trastorno puede determinar un cambio de domicilio para la familia, ya que muchos de los síntomas que presenta una enfermedad mental pueden autodestructivas tanto con el paciente mismo como con el entorno, lo que genera un desplazamiento de lugar de toda la familia, por ende un aislamiento social que gatilla a su vez la desorganización del hogar.

Otra desorganización del hogar se puede ver reflejado cuando solo un integrante de la familia se hace cargo de los cuidados del paciente, lo que pudiese generar repercusiones en su ánimo y bienestar sentimental, debido a la sobre carga que genera el cuidado del paciente, esto pudiese repercutir en la dinámica familiar.

Gradillas señala que;

“En las familias suele existir una más o menos explícita división de las faenas del hogar y, al dejar de realizar las suyas el sujeto afectado, han de ser hechas por otros miembros que conviven con él.”

(Ibid)

Esta debería ser la dinámica ideal para las familias que tiene un integrante con problemas psiquiátricos, para que así no se sobre cargue el único cuidador y por ende no existan repercusiones en las relaciones intrafamiliares.

Finalmente otra de las causas de la desorganización en el hogar se debe al deterioro del inmueble del hogar sobre todo si es el caso de un paciente que presenta inquietud psicomotriz pudiendo desarmar aparatos que después le es imposible reconstruir.

Por otro parte existen las reacciones emocionales de parte de la familia como la tristeza, vergüenza, miedo, irritabilidad, culpabilidad entre otros, los que Gradillas agrupa en cargas subjetivas los cuales son básicamente afectivas, sin presentar algún componente externo a este, estos afloran en los familiares al instante de percibir los síntomas de la enfermedad.

Claramente la enfermedad mental en sí no es una enfermedad fácil de sobre llevar, ya que tiene diversos síntomas que pueden repercutir considerablemente en la dinámica familiar. Como se ha revisado anteriormente puede repercutir en varias áreas del núcleo familiar ya sea de forma material como emocional, problemas que

a su vez pueden interferir en el buen cuidado del paciente y sin más, también pueden llevar a el abandono del paciente por parte de su familia.

Se debe tener en consideración la importancia de la familia en la vida de cada uno de los individuos, ya que es el primer agente socializador con el que el individuo toma contacto, por ende se considera que sea con quien más se desarrolle una condición de apego y de cariño, pero ¿qué pasa cuando este cariño se ve corrompido por el comportamiento agresivo de uno de sus integrantes? Sin duda las familias que tienen aún integrante con problemas psiquiátrico está expuesta a vivir experiencias más negativas que una familia común y corriente, ya que el mantener a un familiar con alguna patología psiquiátrica es estar dispuesto a experimentar situaciones que muchas veces ponen en riesgo la vida de los integrantes.

3. Importancia de la familia para el paciente psiquiátrico

Como ya se ha evidenciado a lo largo de este capítulo, la familia es de vital importancia para el enfermo psiquiátrico ya que es el núcleo más cercano en el cual el paciente está protegido, apoyado y recibiendo los cuidados necesarios para la estabilidad de su enfermedad. También se ha desarrollado el tema de la carga y/o repercusiones que los familiares pudiesen tener al presentarse algún integrante de la familia con algún trastorno psiquiátrico, esto pudiese causar a su vez el abandono del sujeto en cuestión por parte de su familia desligándose del rol de cuidadores, siendo muchas veces derivados a instituciones que por años entregan los cuidados básicos y mantenimiento del tratamiento psiquiátrico a los pacientes.

Para ir adentrándonos al abandono que muchas personas con problema psiquiátricos vivencian y recalcando la importancia que tiene la familia para el paciente se comenzará conceptualizando el abandono familiar, en donde podemos señalar que este es:

“Un delito de omisión que consiste en poner en peligro la vida o la salud de una persona incapaz de valerse, derivada de la colocación en situación de desamparo o del abandono por parte de quien tiene la obligación de mantenerla o cuidarla y la posibilidad objetiva de evitar el riesgo por medio de la conducta debida, y desde lo subjetivo, el conocimiento de aquellos extremos, especialmente, de la situación objetiva de peligro concreto para la vida o la salud. Es un delito doloso, de peligro individual concreto, se consuma por el hecho de no aportar el numerario económico requerido para la subsistencia.

- *Concepto de omisión: Es una abstención de la gente que consiste en la no ejecución de algo ordenado por la ley.*
- *Concepto de abandono: Consiste en realizar actos intencionalmente dirigidos en poner en peligro la seguridad física de una persona que se haya incapacitada para cuidarse a sí mismo”.*

(Domínguez; 2005:17)

De esta forma se entiende el abandono desde un enfoque legal como el dejar a alguien que en algún momento se tuvo, ya sea bajo el cuidado legal, de palabra o simplemente se compartía un espacio común. El abandono familiar es dejar de lado y en el olvido a un familiar que carece de ayuda.

Muchas veces el abandono familiar se enfoca o se encuentra relacionado con ancianos o menores de edad, es decir la población más vulnerable de la sociedad, es acá donde entran a jugar diferentes temáticas, como los sentimientos, el afecto, el cuidado personal de los individuos entre otros.

El abandono es una temática que está presente en casi todas las sociedades y culturas, muchas veces se asocia a los niveles de movilidad y de provecho que pueda ofrecer un individuo, el cual es valorado de manera positiva y permite que se establezca de una manera firme dentro de la sociedad, ya que aún puede cumplir con su rol, a diferencia de un anciano y/o enfermo que ya no se vale por sí mismo y que no pueda ejercer su rol dentro de la sociedad, es ahí donde existe el quiebre entra la utilidad y el estorbo de una persona, se define según el valor humano que posee el individuo y a través de este será tratado, si este es bajo, no está dentro de la sociedad económicamente activa o no satisface de manera óptima sus propias necesidades, se tiende a desplazarlo y a dejar de lado al individuo prevaleciendo los que sí tienen un nivel acorde y un valor humano alto o sobre la media.

Es de esto mismo que se desprenden diferentes actitudes y/o hechos que llevan a una situación de abandono, enmarcado en el tema de tesis, están las enfermedades, estas inhiben al individuo dando paso a una especie de invalidez la que no le permite valerse por sí mismo, dejando de lado los sentimientos positivos que proyecten hacia ese individuo este comienza a ser desplazado por motivos sociales, económicos o simplemente culturales, llegando de esta forma a presentarse situaciones de abandono.

Como se ha intentado explicar a lo largo de este capítulo la familia y el apoyo único que esta entrega es fundamental para cada uno de los individuos, más aún si este presenta algún tipo de complicación, ya que no puede desempeñarse de manera

óptima dentro de los márgenes sociales, ya que generalmente presentan disociación de la realidad.

Cuando existe un sentimiento de pertenencia, la familia debe cumplir con su rol y entregar un apoyo incondicional al integrante que está pasando por una situación compleja y que no le permite avanzar en cualquier ámbito que se esté viendo afectado, ya sea cognitivo, físico, emocional, monetario, entre otros.

“La familia es una complejidad organizada, compuesta de subsistemas en mutua interacción. Estas unidades pueden entenderse tanto como individuos o como los subsistemas de la familia. Por lo tanto, la familia como sistema será vitalmente afectada por cada unidad del sistema. Tan integral es esta relación entre las partes del sistema y el sistema total, que si un individuo o Subsistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se ve afectado”

(Preister; 1980:163).

La cita anteriormente presentada entiende a la familia como algo único y diferente a otros sistemas sociales, ya que existe un sentimiento de lealtad entre los integrantes y un clima de sentimientos y afectos que permiten y apelan al cuidado entre los familiares, desempeñando roles protectores en torno a enfrentar una problemática, de este modo podemos evidenciar la importancia de la familia para poder sobre llevar algún tipo de complicación, enfermedad o dificultad de todo ámbito, reafirmando el compromiso que debe existir entre los integrantes de las familias en torno a fortalecerse como “grupo” apoyarse y sobre todo protegerse, de esta forma se evidencia de que la familia es vital para cada uno de los individuos y más aún cuando existen dificultades de los integrantes en cualquier ámbito, ya sea salud, económico entre otros.

Ya evidenciada la importancia del apoyo familiar, más aún cuando se tienen dificultades, y de además saber que si existe abandono familiar y sus consecuencias es que se puede analizar más específicamente la importancia del apoyo familiar en un paciente con alguna enfermedad mental, el porqué de este análisis es debido a que frecuentemente a los sujetos con enfermedades o trastornos mentales se les abandona, entregando los cuidados necesarios a las instituciones que acogen al paciente, pero los cuidados o ayuda que solo puede entregar un familiar o la totalidad de la familia quedan fuera, aun cuando la institución sea de excelencia.

“Para el paciente psiquiátrico, mantener el vínculo familiar, es un factor importante en el proceso del tratamiento y de la recuperación-rehabilitación. La familia puede contribuir al apego terapéutico, elemento indispensable para evitar una recaída o una agudización del cuadro.”

(Revista de Neuropsiquiatría 2003; 183)

Es en muchos aspectos en donde la familia puede jugar un rol de importancia para el paciente psiquiátrico, tal como lo es la rehabilitación de la persona ayudando a que este no deje de lado su tratamiento terapéutico o como también en la reinserción social o laboral entre otras.

“Uno de los objetivos de la reforma de la atención psiquiátrica en el mundo ha sido lograr que las personas con trastorno mental permanezcan en los ámbitos cotidianos de vida, en aras de su inclusión social y su acceso al estatuto de ciudadanas, y esto ha implicado, entre otras cosas, la transformación de las modalidades de atención. Un aspecto fundamental (aunque no el único) para que esta transformación sea posible, lo constituye el apoyo familiar, puesto que de este

dependerán en gran medida las posibilidades de integración de las personas con trastorno mental”

(Revista Colombiana de Psiquiatría, 2009)

“El apoyo familiar no solo es desde la óptica farmacológica, sino psicológica, familiar y social, con la finalidad de evitar la segregación y estigmatización del afectado”

(García; 2012: 89)

O como también es el caso de la reinserción social para la persona afectada, tema social muy importante, ya que es la misma enfermedad la que segrega al sujeto por el desconocimiento que la sociedad tiene de esta, catalogándolo con connotaciones negativas, prejuiciado y estigmatizando al paciente por el solo hecho de padecer algún trastorno mental, es aquí donde la familia juega nuevamente un rol de importancia para la reinserción del sujeto para que se reintegre a la sociedad, ya que al momento de presentarse la inseguridad de parte de él es la familia el primer ente que da cuenta de este estado y puede generar una contención única que ningún otro ente social, como el Estado por ejemplo pudiese brindar.

Cabe mencionar además, que la familia también se ve afectada por la enfermedad psiquiátrica de unos o varios de sus miembros, como se ha querido explicar en el sub capítulo anterior, se entiende que juega un rol importante en diversas áreas del sujeto siendo un eje vertebrador, pero no está exenta de recibir repercusiones que le pudiesen afectar en diversos niveles, repercusiones como por ejemplo; situaciones de hundimiento, de baja satisfacción y autoestima en la pareja y hasta conductas desviadas en otros miembros de la familia. Las demandas generadas por la incertidumbre, el desasosiego que trae consigo la convivencia con la persona con

enfermedad mental son muchas y dolorosas. Y el paciente no es el culpable de estas consecuencias.

Se puede decir que un entorno familiar adecuado y tranquilo es muy importante en la recuperación de una enfermedad mental siendo esta un elemento clave y esencial para ayudar a la persona con la enfermedad a su reinserción social y laboral como también a seguir el tratamiento propuesto contrastando así la tendencia que tienen las personas afectadas a abandonar el tratamiento farmacológico, labores que requieren de mucho esfuerzo y resiliencia, es por eso también la importancia que la familia reciba soporte por parte de profesionales y los servicios de salud mental nacional y políticas públicas que aborden sistemáticamente al sujeto de atención, realizando un trabajo integral con todos los integrantes de la familia.

Se debe tener en consideración la importancia del núcleo familiar en cada uno de los seres humanos, esto mismo se ha replicado en varios párrafos, ya que es el primer ente socializador con el que el ser humano tiene contacto, además teóricamente es el núcleo que se encarga de resguardar la seguridad de los individuos, por ende debería ser el refugio más acogedor de los individuos permitiéndoles así mantener un ambiente donde se puedan resguardar y sentir seguros. Un paciente que presenta esquizofrenia y esta está tratada puede hacer una vida completamente normal, siempre y cuando cuente con redes que lo soporten tanto en el ámbito emocional como en el ámbito físico de cuidados. Que se preocupen de mantenerlo activo y consiente de las consecuencias que podría traer el abandono del tratamiento.

Sin duda el apoyo familiar es vital en todo individuo con algún problema, no solo de salud, sino también afectivo, social, económico entre otro. La segregación social a la cual puede estar sometido un individuo con una enfermedad mental es un golpe

muy fuerte, ya que recalca lo negativo de su enfermedad, al momento de ser segregado el individuo va a intentar buscar un refugio y lo primordial es que sea su familia, ya que es la única que tiene las herramientas afectivas para poder sostenerlo, claramente existen otras redes como las amistades o equipos de ayuda, pero el proverbio es claro “la ayuda comienza por casa”. Se debe destacar y dejar en claro que lo anteriormente expuesto no quiere decir que si un individuo no tiene familia es un caso perdido o no puede tener una reinserción satisfactoria, sino más bien que el contar con un núcleo familiar informado de la enfermedad permitirá un mayor control sobre los fármacos que el paciente debe consumir, además de controlar los cambios de conductas que este pueda presentar y así prevenir una posible crisis.

SEGUNDA PARTE
MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO III

PLAN NACIONAL, PACIENTE Y CONTEXTO DEL ESTUDIO

A lo largo de la historia de la psiquiatría hemos mencionado la importancia tanto en bajo como en alto nivel que le otorga un país a la temática de salud mental. Con la definición y adopción de los derechos humanos, se pretendió resguardar los derechos fundamentales del hombre, generando de esta forma una preocupación constante por mantener una calidad de vida satisfactoria para todo hombre, de esta forma cada país crea o se reparte en subdivisiones que permiten y apelan a mejorar un ámbito del país en función del bienestar de la población, por ejemplo, en Chile existen los ministerios comandados por los ministros, división de los gobiernos que se encargan de mantener de manera positiva diferentes áreas que aportan al desarrollo individual de los chilenos y al desarrollo del país, como lo es por ejemplo el ministerio de vivienda, ministerio de educación, o ministerio de salud (MINSAL). Es este último el que se encarga de mantener en condiciones favorables y actualizadas los centros públicos que asisten a individuos que presentan algún tipo de deficiencia mental, el MINSAL hace hincapié en que;

“Los países en vías de desarrollo viven en la actualidad procesos de modernización acelerada, generándose cambios en muchos aspectos de la vida que están llegando a ser condiciones que desestabilizan el desarrollo y la salud mental de la población. En el perfil de problemas de salud de estos países se entremezclan problemas de salud propios de la pobreza con patologías características de una población que envejece”.

(www.minsal.cl/SALUD_MENTAL)

De esta forma deja entrever la visión de cuáles son las bases de las problemáticas de salud mental que se presentan en Chile y en otros países en vías de desarrollo,

los cuales se fundan en una sociedad consumista amparada en las comunicaciones instantáneas, lo que a su vez conlleva a mantener una calidad de vida acelerada y sin descansos más allá de los establecidos por los horarios de trabajos. La vida es muy acelerada, por ende no hay tiempo para reencontrarse con uno mismo y poder sanarse tanto emocional como espiritualmente. Problemática que también conlleva a la generación de familias multiproblemáticas, familias de las cuales generalmente son cuna de personas con algún trastorno psiquiátrico.

El Ministerio de Salud con el fin de adecuarse a cada problemática que posee la población chilena con respecto a diferentes tipos de enfermedades, ha creado el Plan Nacional de Salud Mental;

“Fruto de la experiencia, reflexión y análisis colectivo de un importante número de personas, que en su condición de usuarios, familiares, técnicos y profesionales; expresaron así la voluntad nacional de abordar esta dimensión sanitaria”

(ibid)

En él se recoge la experiencia y los logros de los últimos años, principalmente desde el año 2000 a la fecha, de los distintos equipos de salud mental y psiquiatría del país. Además se señalan en forma concreta, objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el bienestar y salud mental de los chilenos.

Este Plan tiene como propósito;

“Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas,

afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.”

(ibid)

En el propósito de este Plan es de suma importancia destacar que no solo está enfocado en la persona que posee un trastorno psiquiátrico o es fuente de alguna problemática similar, sino que también engloba a su entorno, a la comunidad y más importante aún a la familia, por lo que esta significa y por la importancia en su aporte en la rehabilitación y reinserción social.

El Plan se basa en el concepto de que la salud, y en especial la salud mental, no solo dependen de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, sino también de las condiciones en que ellos viven. Por lo tanto, se puede mencionar que las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo. Es decir, las que generan un mayor nivel de bienestar, que permiten acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que cada persona y familia necesita y minimizan la discapacidad y marginación social aceptando y creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales.

Los avances científicos en el campo de la biología, la psiquiatría y las ciencias sociales en general, permiten hoy formular políticas de salud mental más ambiciosas y disponer de intervenciones efectivas para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Utilizar los avances científicos y la evidencia para la orientación técnica y evaluación sistemática de las acciones, permite la más adecuada utilización de los recursos en beneficio de las personas que los necesitan.

Las acciones para la promoción y prevención deben tener la capacidad de modificar condiciones y hábitos y actuar sobre las formas de vivir de las personas y familias, por lo que son, necesariamente intersectoriales, participativas, con financiamiento compartido y no exclusivamente responsabilidad del sector salud.

Las enfermedades mentales, como el resto de las alteraciones de la salud, responden a factores biológicos y psicosociales susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación.

“La prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de los trastornos mentales requiere de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores. Dado que la identidad y sentido de pertenencia son factores protectores, debe privilegiarse la atención más cercana a los espacios naturales de las personas y en el caso de necesitar atención cerrada esta deberá ser en instancias lo más parecidas posible a un ambiente familiar.”

([www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/.](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/))

La familia es clave para mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de enfermedades mentales, ya que su deterioro no depende solo de la enfermedad, sino también de las condiciones y comportamiento social de la familia y de la comunidad en que vive. Las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral forman parte de la atención integral y requieren en forma especial el protagonismo de las familias, los pacientes y las organizaciones sociales, con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales.

1. Plan Nacional de Salud mental: Estrategias y Valores

Para que el Plan de Salud Mental siga en desarrollo se requiere la definición explícita del marco valórico y de principios que deben constituir el eje de todas sus acciones, un programa de las actividades que necesita la población, una red de servicios clínicos integrada en la red de salud general, recursos humanos suficientes y con las competencias necesarias, formas de participación activa y regular de usuarios, familiares y organizaciones sociales, trabajo conjunto y coordinación con diversos sectores que influyen en la salud mental y formas de financiamiento que aseguren su instalación y continuidad, por lo mismo ha establecido de manera clara un listado donde explica las estrategias y los valores, estos son:

- Proponer y participar, intersectorialmente, en acciones de promoción de la salud mental que hayan demostrado ser potencialmente efectivas, realizadas en los espacios naturales de convivencia y a través de la comunicación social.
- Poner al alcance de las personas el conjunto de intervenciones/acciones que han demostrado el mayor costo - efectividad en la prevención, tratamiento y rehabilitación de cada tipo de trastorno mental. Las atenciones aisladas, aun cuando cada una tenga la calidad suficiente, pueden no ser resolutivas si no responden a una estrategia sanitaria integral.
- Incentivar, apoyar técnicamente y proporcionar soporte financiero a las agrupaciones de usuarios y familiares para reforzar sus propias capacidades de autoayuda, facilitarles el control social y colaboración en la calidad de la atención, la protección de los derechos de los pacientes, la presión social para el aumento de los recursos sectoriales e intersectoriales y como proveedores.

- Privilegiar las intervenciones preventivas y tempranas que pueden ser realizadas por profesionales y técnicos del equipo de salud general, reservar los recursos especializados ambulatorios para la asesoría al nivel primario y atención de los casos más complejos y restringir la institucionalización al máximo que resulte adecuado para el paciente, su familia y la comunidad.
- Reforzar y crear equipos especializados de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, con la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades de una población definida, de alrededor de 50.000 personas, equipos que entregarán esta atención desde el establecimiento más adecuado y de más fácil acceso para las personas.
- Realizar actividades regulares para la coordinación en red de los dispositivos para la hospitalización, cuidado residencial, cuidado diurno, programas de rehabilitación, reinserción social, tanto institucionales, como comunitarios o privados, cuyo eje es el equipo especializado ambulatorio.

(Plan de Salud Mental, Capítulo: Valores y Principios: Un modelo de acción; 2013).

Por otro lado están los valores fundamentales:

- El propósito final es el desarrollo humano, por lo tanto está dirigida a personas, grupos y al ambiente.
- Acceso Universal: geográfica, económica y socialmente.

- Considera e integra las características y aportes de grupos con culturas minoritarias, excepto aquellas que tienen valores o prácticas de exclusión o discriminación.
- Involucra la participación activa y responsable del paciente y sus familiares en una relación interpersonal. informada, basada en el respeto mutuo y confianza entre estos y el profesional o equipo responsable.
- Financiamiento asegurado para toda la población. (ibid)

Teniendo consideración lo anterior se ve como el estado implementa un organismo que se preocupe de tener y mantener bajo rigurosidad todo lo atribuible a la salud de la población. Sin embargo se debe tener en consideración el crear políticas públicas que vallan en la necesidad de pacientes psiquiátricos que no cuentan con redes primarias de apoyo o que se encuentren en situación de calle y/o abandono.

2. La esquizofrenia desde la mirada del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

La esquizofrenia también tiene lugar dentro del Plan Nacional de Salud Mental, siendo una de un total de seis enfermedades las cuales están dentro del carácter psiquiátrico, problemas cognitivos y de exceso de consumo, entre ellas están el Alzheimer, consumo de alcohol y drogas, violencia intrafamiliar entre otras.

“Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las

emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma”

(Prioridad Programática, personas con trastornos psiquiátricos severos,
MINSAL; s/f)

Debido a esta enfermedad en la persona se ve deteriorada su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas. Teniendo como consecuencia el aislamiento, ya que la persona no es capaz de comportarse de acuerdo a las expectativas de su grupo y comunidad de pertenencia, como por el rechazo que su conducta produce en estos.

Dentro del Plan existen estadísticas de estudios generados por el grupo ejecutivo del Ministerio de Salud que nos señalan lo siguiente;

- En Chile, la Esquizofrenia tiene una prevalencia de vida del 1,02 % en la población general en estudios realizados en Santiago; si se consideran sólo los últimos 6 meses previos al estudio, el 0,51% de las personas refiere síntomas de la enfermedad.
- Los avances científicos de las últimas décadas permiten disponer de recursos terapéuticos efectivos para disminuir los síntomas de la enfermedad y evitar en mayor medida los comportamientos del paciente que interfieren en la convivencia con los demás, favoreciendo significativamente las posibilidades de reinserción social y laboral del paciente y modificando en parte el pronóstico de este trastorno.

- Los tratamientos que integran un adecuado uso de psicofármacos, con intervenciones de tipo psicosocial, demuestran sistemáticamente el mayor nivel de efectividad, que alcanza a 60% de los casos. En este trastorno, las intervenciones para la rehabilitación y reinserción del paciente forman parte del tratamiento desde su inicio y se confunden con este.
- Los programas que han demostrado mayor costo efectividad son los aquellos basados en Estrategias Comunitarias. Son clínicamente efectivos para la administración de los cuidados de personas severamente enfermas, y permiten reducir los costos, aumentando la satisfacción del paciente. Existe evidencia que los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria en la comunidad logran una mayor adherencia de los enfermos al tratamiento que los servicios tradicionales, una reducción de la tasa de internación hospitalaria y de muerte por suicidio.
- La estrategia de atención en redes sociales permite incorporar recursos potenciales habitualmente sub utilizados. La activa participación de las familias y de instancias de la comunidad que proporcionan un efectivo soporte social complementario al tratamiento, permite una mayor cobertura, un seguimiento más eficaz y personalizado del paciente, co-responsabilidad o tratamiento compartido en la atención continua de los casos, simultáneamente con un menor consumo de los recursos de mayor costo dentro del sistema de salud, como son las hospitalizaciones y la atención por especialistas.

También existe en el Plan un área de atención especializada de personas con esquizofrenia, el cual está dirigido a la población que se encuentra situada superior a los 15 años de edad y que posea un diagnóstico confirmando la enfermedad.

Los establecimientos en donde se otorga la atención son los consultorios de especialidades, Centros de Referencia en Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Psiquiatría, Centros Médicos o consulta privada de especialistas, Clínicas Privadas.

También es importante mencionar que existe una normativa técnica que regula la intervención con el paciente llamada “Guía Técnica de Recomendaciones para el Tratamiento de la esquizofrenia”, la cual ha sido traducida y resumida desde el libro SchizophreniaBulletin.

Por otra parte se debe mencionar que el MINSAL (Ministerio de Salud) establece formas de acceso a la atención, estas serán mediante tres formas; Mediante consultorías entre especialista y equipo APS o equipo de Urgencias; Mediante interconsulta emitida en Consultorio, Consultorio de Especialidades no psiquiátricas o por médico general o médico especialista no psiquiatra; Mediante derivación de Servicio de Urgencias.

El 100% de los casos con diagnóstico de esquizofrenia en Atención Primaria o por médicos no especialistas, requerirán intervenciones de Salud del Nivel Especializado y dada la naturaleza crónica de la enfermedad se estima que el 50% de la prevalencia se mantendrá en control indefinido en el nivel especializado.

Sin duda alguna se debe mencionar que el Plan Nacional de Salud Mental es un aporte tanto en el ámbito médico como un servicio útil y de ayuda para la población afectada como para la familia y la comunidad en sí, el que es indispensable como un medio de información, en donde se especifica claramente las formas y

metodologías de trabajo al momento de evidenciar mediante un diagnóstico la enfermedad y por sobre todo como indicador de que la enfermedad no está ajena a la sociedad, sino más bien es parte de esta, y no en bajos porcentajes, es por esto además que se encuentra dentro del AUGE por lo que es necesario y requiere de ayuda de parte del Estado hacia la población más vulnerable del país, haciéndose cargo de dicha problemática.

3. Paciente Psiquiátrico y Familia

La familia es un factor positivo de ayuda para la persona que padece algún tipo de enfermedad mental motivando su reinserción social y de posible ayuda en su tratamiento, es así como lo propone el MINSAL, dando a conocer un documento llamado “Pacientes Psiquiátricos y Familia”.

“Las agrupaciones de usuarios y familiares se desarrollan en el mundo desde mediados del siglo XX, primeramente en Norteamérica y Europa, y se extienden con posterioridad a la mayoría de los países (...)”

*(Página web del Ministerio de Salud,
www.minsal.cl/SALUD_MENTAL)*

Como antecedente estas agrupaciones han manifestado un crecimiento progresivo, lo que ha permitido ser protagonistas cada vez más trascendentales de los programas y servicios de salud mental y psiquiatría., focalizadas inicialmente en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con enfermedad mental.

También cabe destacar, por lo señalado en este documento, que las agrupaciones han ido ocupando cada vez mayores espacios en la prevención y promoción, contribuyendo así a la modificación de factores de riesgo y al reforzamiento de factores protectores para la persona.

En un comienzo estas agrupaciones, se orientaron en el principio de que las personas que comparten un mismo tipo de problemas, enfermedades o discapacidades tienen algo que ofrecerse entre sí que no puede ser provisto por los profesionales de salud refiriéndose básicamente a la entrega de ayuda mutua entre sus miembros. La ayuda se expresa preferentemente en la forma de apoyo emocional y social, intercambio de información y experiencias y aprendizaje en conjunto de habilidades. Paulatinamente se ha registrado los enormes beneficios que aportan a sus miembros, sus familias y la sociedad en general.

“En los últimos 20 años, han surgido nuevas agrupaciones de usuarios y familiares con objetivos diferentes a la auto ayuda, y los antiguos grupos, han también incorporado nuevas tareas, más allá de sus objetivos originales. La defensa de los derechos de los pacientes, la movilización social por más y mejores servicios, la educación de la comunidad, la organización para proveer servicios, son algunos de los desafíos que en forma creciente ocupan el quehacer de estas agrupaciones”.

(ibid)

Este cambio radical, diferente a las antiguas agrupaciones ha ido favorecido con el proceso de desinstitucionalización, de toma de conciencia de los derechos humanos y de aumento de los cuidados de pacientes severos y/o discapacitados en la comunidad.

La significación de la familia, independiente de la constitución y formalidad de las relaciones entre sus miembros, en el nivel de salud mental individual y grupal, ha sido reconocida explícitamente desde fines del siglo pasado, aunque la

consideración de la familia como un recurso en el tratamiento de personas con enfermedades mentales, es, sin embargo, bastante más reciente. Son los procesos de reforma de los antiguos sistemas de atención los que plantean considerar y estudiar el rol de la familia en el cuidado, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Actualmente se definen metas específicas en relación a la familia, tales como:

- Establecer una relación entre el clínico y la familia con una auténtica alianza de trabajo que tenga por objeto ayudar al paciente.
- Comprender cuestiones y problemas familiares que podrían generar estrés en el paciente y su familia.
- Comprender los recursos que tiene la familia para incrementar sus fortalezas.
- Concordar, con la familia, metas accesibles y mutuas que definan las reglas y expectativas respecto al tratamiento.

Existen numerosos estudios que evidencian la existencia de algunos factores de la familia, como son las actitudes constructivas o la resistencia a la presión social, los que determinan y predicen, en mayor medida, el estado psiquiátrico del paciente, sus mayores posibilidades de adhesión a los tratamientos, de no tener recaídas y de reinserción laboral y social. Estas fortalezas de la familia dependen, principalmente, de su nivel de tolerancia y de su capacidad de expresar emociones.

A pesar de los cambios demográficos y el de su estructura y funcionalidad, existe evidencia de que la familia, incluso en los países más desarrollados, sigue siendo la fuente principal de cuidados para personas portadoras de una de las enfermedades mentales que ha aumentado más su frecuencia, el Alzheimer. El

estudio de familias que se hacen cargo de los ancianos con demencia ha permitido objetivar el impacto que esta situación tiene en la vida de los cuidadores, muy mayoritariamente mujeres y los importantes problemas psicosociales y de salud biológica que les significa. Con mayor razón, esta carga afecta a las familias cuidadoras de enfermos mentales, cuya discapacidad suele prolongarse por muchos años.

Los estudios realizados con agrupaciones de familiares son más limitados que aquellos realizados con los usuarios, tanto en cantidad como en calidad, pero en general apuntan a que la participación en ellos se asocia con los siguientes aspectos:

- Aumento del nivel de información
- Mejoría en habilidades para enfrentar la vida
- Reducción de la carga del “cuidador”
- Aumento de la identidad de “cuidador”
- Mejor relación con su familiar enfermo y mayor capacidad para apoyarlo
- Aumento de la sensación de apoyo emocional.

(ibid)

“El hecho de contar con redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona. Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. También

contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia personal”.

(I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, 2012).

La familia posee un rol protagónico a lo largo de la vida de las personas, es quien moldea en primera instancia las conductas del individuo, trasmite valores, enseñanzas y costumbres, por otra parte los menores (niños, niñas y adolescentes) recurre de manera innata a la familia, ya que es ésta quien debería socorrer en cualquier tipo problemática que se presente, la interrogante que surge es ¿Cómo una familia ayuda o socorre a un integrante con enfermedad mental sino tiene las herramientas?, es por eso que es de vital importancia que tanto las agrupaciones y fundaciones gubernamentales y no gubernamentales puedan entregarle herramientas a las familias para tratar este tipo de problemáticas, más aún, se deberían realizar trabajos comunitarios en los que se informe a la población de que es la enfermedad, cómo se trata y qué riesgos trae consigo, de esta forma se podrá eliminar la brecha de la discriminación, se entregará conocimiento y se mantendrá en antecedente a los pobladores, finalmente permitirá que las personas que padecen algún tipo de enfermedad o trastorno mental puedan salir adelante y lograr una futura reinserción.

Al intentar comprender el modelo actual de salud, se puede evidenciar que existe una preocupación por el paciente psiquiátrico, existe acceso a salud mental, existen diferentes fundaciones que se preocupan de las personas en situación, lo que entrega una mirada de trabajo en torno a la problemática por parte del estado, lo que sin duda alguna se agradece y se acepta como un ayuda fundamental para las personas. Pero sin duda se encuentran deficiencias que aportan a debilitar el accionar del estado, ya que no se configura como un plan donde aborde la problemática de manera integral, sino más bien lo hace desde una mirada fija,

enfocándose solo en el enfermo y segregando diferentes aristas de la problemática, como el ejemplo la familia, lo que a su vez repercute en el paciente, ya que si la familia desconoce la enfermedad, y más aún, le teme por desconocimiento o prejuicio, el desenlace que se presentará con mayor seguridad será el abandono del paciente y este a su vez el abandono de cualquier tratamiento médico. Por lo mismo la deficiencia no solo se engloba en la familia ni en el paciente, sino que afecta a la problemática en general, ya que el trabajo que se realiza es de carácter asistencialista, pretendiendo solo entregar una ayuda inmediata a los usuarios que presenten enfermedad y deja de lado las redes que existen en torno al individuo.

4. Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo.

El estudio a realizar se encuentra dirigido a usuarios pertenecientes a la Fundación Rostros Nuevos, la cual es perteneciente al Hogar de Cristo, es por esto que es fundamental poder describir y comprender la misión y objetivos de esta Fundación.

La historia de la Psiquiatría en Chile, está cargada de etapas y de un crecimiento intentando “humanizar” el trato que se les da a los pacientes, es ahí en donde el Hogar de Cristo se hace parte de esta tarea abriendo una Fundación llamada Rostros Nuevos que aborda la problemática de salud mental.

El Hogar de Cristo es una Fundación que nace en octubre de 1944, donde San Alberto Hurtado lanza por primera vez la idea de construir un hogar enfocado en ir en la ayuda de la clase social más vulnerable de ese entonces, entregando cobijo y realizando acciones asistencialistas. A este centro, que tuvo sus comienzos en la comuna de Estación Central, se le dio el nombre de Hogar de Cristo. En diciembre

del mismo año comienza su construcción buscando así acoger de manera más óptima a los desposeídos.

La promoción y la visión de este centro se caracterizan por las enseñanzas católicas de San Alberto Hurtado, se cita textual su último anhelo recitando un extracto de la Biblia;

“Al partir, volviendo a mi Padre Dios, me permito confiarles un último anhelo: el que se trabaje por crear un clima de verdadero amor y respeto al pobre, porque el pobre es Cristo. `Lo que hicieréis al más pequeñito, a mí me lo hacéis`” (Mt. 25,40).

(www.hogardecristo.cl/quienes-somos/mision-y-vision/, 2014)

De este modo, el horizonte al que aspira llegar el Hogar de Cristo se expresa en la visión de “un país con justicia, respeto y solidaridad”. Es por esto que la misión del Hogar traza la ruta institucional para hacer realidad el cambio de las condiciones sociales en el país.

Como se comprobó en terreno El Hogar de Cristo convoca con entusiasmo y vincula a la comunidad en su responsabilidad con los “excluidos de la sociedad”, siendo una organización transparente, eficiente y eficaz, que animada por la espiritualidad de San Alberto Hurtado promueve una cobertura de respeto, justicia y solidaridad.

Los Valores de esta Fundación constituyen el modo característico de hacer las actividades. La acción social no se realiza de cualquier forma. Los valores expresan lo esencial de la cultura organizacional, es por esto que definiéndolo serían los

siguientes: solidaridad, compromiso, espíritu emprendedor, respeto justicia, transparencia y trabajo en equipo. Lo último mencionado es vital para toda organización, y se pudo constatar en las experiencias de práctica desarrolladas por los alumnos autores de esta tesis.

Desde esta Fundación nace Rostros Nuevos, siguiendo la misión que el Hogar de Cristo tiene, el ayudar a los más desvalidos, ejemplificándose en Rostros Nuevos Fundación dirigida a personas con diversas enfermedades o trastornos mentales.

Actualmente el Hogar de Cristo cuenta con centros emplazados a lo largo de todo Chile, los que se especifican en asistir y cubrir una necesidad enfocada en diversas temáticas específicas, por ejemplo, casas de acogidas para la tercera edad en situación de calle, personas con problemas de alcoholismo, entre otros. Es por esto que para el Hogar de Cristo los problemas psiquiátricos que afectan a una parte de la población chilena que a su vez también se encuentran en una situación social vulnerable no es un tema ajeno, sino todo lo contrario, está presente en el plan de trabajo y el enfoque de ayuda que ellos tienen. Es por esto que se crea la Fundación Rostros Nuevos, Fundación que cuenta con varios centros en la Región Metropolitana y dos fuera de esta, uno de esos centros es el Hogar San Francisco Javier, ubicado en la población Venezuela de la comuna de Recoleta. Cada uno de los centros de Rostros Nuevos que tiene como misión un accionar inspirado en la espiritualidad de San Alberto Hurtado, acogiendo y potenciando el desarrollo de personas adultas con discapacidad psíquica y/o mental en situación de pobreza y exclusión social, construyendo espacios con un enfoque comunitario que les permita vincularse, participar e integrarse socialmente.

También se crea conciencia, compromiso y corresponsabilidad de la comunidad respecto a la realidad social y para ello trabajan complementariamente con otros actores sociales y sectores del Estado como se pudo evidenciar en terreno.

Todo el quehacer social de las Fundaciones Filiales del Hogar de Cristo se inspira en la visión de promover -Un País con Respeto, Justicia y Solidaridad-, y se orienta por el carisma de San Alberto Hurtado, cuyo fundamento señala que cada persona es un ser único, hecho a imagen y semejanza de Dios y como tal debe ser tratado.

La Fundación Rostros Nuevos, como parte del Hogar de Cristo, ha asumido esta visión, acogiendo y potenciando el desarrollo de las personas con discapacidad mental en situación de vulnerabilidad y exclusión social, construyendo espacios, desde un enfoque comunitario, que permitan su vinculación, participación e integración social, con respeto pleno de sus derechos.

Bajo esta visión, el actuar se sustenta en siete valores corporativos: *solidaridad, compromiso, espíritu emprendedor, respeto, justicia, transparencia y trabajo en equipo*, lo que en el trabajo con Personas con Discapacidad Mental (PcDM), se expresan así:

a.- **Solidaridad:** Se actúa con prontitud y entrega frente a las necesidades de las PcDM, poniendo el trabajo al servicio de los demás. Se trabaja con entusiasmo en el fortalecimiento de los lazos que unen al individuo con la comunidad, porque se entiende la necesidad de este fortalecimiento como parte de la inclusión socio-comunitaria, siendo la solidaridad un aspecto clave de este proceso.

b.- Compromiso: Se desarrolla el trabajo con Personas con Discapacidad Mental con profesionalismo y entrega. Se propone trabajar de manera respetuosa, responsable y eficiente hacia el usuario y la institución, cumpliendo de forma oportuna los compromisos y acuerdos adquiridos con el usuario.

c.- Espíritu Emprendedor: Se trabaja proactivamente en la búsqueda de alternativas que incidan en una mejora de las condiciones de vida de las Personas con Discapacidad Mental, especialmente de aquellas que son más vulnerables. Dentro de la Fundación se brindan condiciones para su inclusión social, siempre respetando su voluntad y favoreciendo sus proyectos personales.

d.- Respeto: Valoran a las personas con discapacidad mental en su universal dignidad y en sus particularidades, respetando sus decisiones, las circunstancias de su vida y sus procesos personales. Se sitúa a la persona que padece una discapacidad mental en su condición de sujeto de dignidad, que está en circunstancia de una *fragilidad* específica. (Exeberría y Mauleon, 2008). Sostenemos una actitud horizontal en el trato, una orientación a la empatía y disposición para apoyar las opciones e intereses de los usuarios.

e.- Justicia: Se provee de condiciones para la igualdad de oportunidades, promoviendo y reconociendo a las Personas con Discapacidad Mental como sujetos de derechos, des-estigmatizándolos y abogando por contrarrestar la imagen negativa que de ellos se forma la sociedad. Se entiende que el trabajo con esta población trasciende el asistencialismo, convirtiéndose en una búsqueda permanente de justicia social.

f.- Transparencia: El trabajo se funda en la verdad y honestidad en las relaciones con los otros. Uno de los lemas es ser coherente en el decir y en el hacer.

g.- Trabajo en Equipo: Se obra en base a la confianza y colaboración de los integrantes del equipo. Se trabaja de forma coordinada e interdisciplinaria, aprendiendo y complementando enfoques y experiencias.

La Fundación Rostros Nuevos acoge diariamente a más de 700 personas con discapacidad psíquicos sociales, con 36 unidades con presencia en 7 comunas de la Región Metropolitana, Valparaíso y Curicó.

Uno de los principales componentes de intervención en los usuarios de la Fundación corresponde al componente de Apoyo Residencial y Material, lo que se explica por la situación de pobreza y exclusión social de los mismos.

Es por esto que existen diversas modalidades de atención residencial:

- *2 Hogares de larga estadía (viven más de 40 usuarios con supervisión las 24 horas del día, los 365 días del año)*
- *8 Residencias Protegidas (viven 12 usuarios con supervisión las 24 horas del día, los 365 días del año)*
- *18 Hogares Familiares (viven 6 usuarios en forma autónoma, financiados por la Fundación)*

- *Vida independiente (21 personas reciben apoyo de la Fundación para poder financiar su vivienda)*
- *Apoyo a vida con familia (80 familias del Pafam)*
- *Orientación y Atención en Salud Mental y General*
- *Programa Residencial Transitorio, que ofrece una alternativa residencial transitoria a mujeres en situación de calle (o en riesgo de estarlo) apoyando su proceso de rehabilitación y reinserción social y familiar.*

(Página web de Rostros Nuevos, www.rostrosnuevos.cl/programas-sociales/modelos-de-intervencion/, 2014)

La intervención principal que se hace en los distintos programas de la Fundación es más social que sanitaria. Esta última se desarrolla en conjunto con los servicios de salud públicos, más el apoyo y complemento de los equipos de rehabilitación de los programas.

Otro componente con el cual Rostros Nuevos Trabaja en pro de la ayuda de sus usuarios es la Rehabilitación y terapia ocupacional, es aquí en donde de acuerdo a la individualidad, las características personales, capacidades, nivel de autonomía y potencialidades de cada usuario se realizan distintas actividades de rehabilitación y terapia ocupacional.

La vinculación familiar también es un componente que Rostros Nuevos utiliza para el bienestar de sus usuarios, existiendo cuatro tipos; Previsión, Salud, otras Instituciones (Municipalidades, Centros de Educación, Centros de Capacitación, etc.) y Organizaciones Comunitarias u organizaciones sociales participativas (clubes sociales, clubes deportivos, centros de madres, juntas de vecinos, etc.).

La rehabilitación laboral también es un factor importante para que los usuarios de Rostros Nuevos tengan independencia y potencien cada una de sus habilidades propias y sociales para una exitosa reinserción social, esto se hace a través de uno de los Programas Sociales de FRN en donde se realizan talleres para los usuarios en donde desarrollan habilidades que les permitan desempeñar un rol laboral, ya sea realizando trabajos de mediana competitividad en las dependencias de la unidad o en empresas externas.

Finalmente y considerando que Rostros Nuevos es una Fundación que proviene desde el Hogar de Cristo existe el componente pastoral, en donde los usuarios reciben apoyo espiritual por parte de un equipo de pastoral, el que organiza actividades de retiro, eucaristías y reforzamiento de la Fe, entre otros.

4.1. Perfil de usuarios de la Fundación Rostros Nuevos

El perfil de los usuarios de Rostros Nuevos son personas que presentan algún grado de discapacidad psíquica y/o mental, que vienen de la extrema pobreza, la mayoría de ellos con escaso o nulo contacto con sus familias (y que han sido excluidos de la sociedad).

Como otros servicios dirigidos a la ayuda de problemáticas vigentes en la sociedad existen características para la inserción de personas al programa, estas son:

- Adultos mayores de 18 años (promedio 43 años).
- Hombres y mujeres.
- Capacidad funcional motora no inhabilitante (independiente – semi dependiente).
- Estabilidad clínica (compensados).
- Sin diagnóstico de consumo adictivo actual (alcohol, drogas).
- Usuarios con discapacidad psíquica y/o mental con diagnósticos como:
 - ❖ Esquizofrenia
 - ❖ Retardo Mental
 - ❖ Daño Orgánico Cerebral
 - ❖ Trastornos de la personalidad, entre otros.

Preferentemente derivados de las Hospederías del Hogar de Cristo, red de salud pública o por demanda espontánea.

Muchos de los usuarios insertos en la Fundación provienen de familias multiproblemáticas lo que los obliga en muchas ocasiones a permanecer varios años en los hogares, algunos por no tener un vínculo familiar estable o simplemente por no tener los medios económicos necesarios para mantenerse por sí mismos, ya que solo cuentan con el ingreso de su respectiva jubilación o pensión asistencial entregada por el estado.

Con respecto a su educación formal, existen muchos casos en donde los usuarios no terminaron su educación básica y media, sin embargo hay casos excepcionales que han terminado la educación superior.

En la Fundación Rostros Nuevos todos los usuarios son atendidos en todas sus necesidades básicas de hospedaje y en su tratamiento médico, como también en el desarrollo cognitivo de cada uno, ya que además se cuenta con un Centro Diurno para cada Hogar, en el cual se realizan trabajos en pro del desarrollo psicosocial y cognitivo del usuario, trabajo realizado por un grupo multidisciplinario encargado que cuenta con un Trabajador Social, un Terapeuta Ocupacional y un Psicólogo.

En conclusión la Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo presta ayuda a los pobres entre los pobres, que presentan como característica principal el pertenecer a familias con riesgo social, la ayuda va principalmente a uno de los integrantes que presente alguna enfermedad mental y que la familia, por algún motivo, no se pueda hacer cargo. Para entregar de una manera más transversal esta ayuda, la Fundación cuenta con diferentes programas que tienen como objetivo potenciar cada una de las características propias de los individuos en talleres programáticos y diferentes actividades diarias, que de una u otra forma le entregarán las herramientas necesarias para que estos puedan reinsertarse de manera correcta

en la sociedad y cuenten con las herramientas necesarias para poder desenvolverse en el día a día.

Es importante mencionar que la Fundación cuenta con el apoyo de las redes de salud estatal, ya que los usuarios están inscritos en las dependencias de los centros de salud en asistencia primaria. Como por ejemplo los consultorios locales cercanos a la Fundación. Esto ya que los usuarios al contar con una pensión estatal pueden optar a pertenecer al Fondo Nacional de Salud (FONASA) categorizados con la letra "A".

TERCERA PARTE

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO IV

MI REALIDAD

El carácter cualitativo que presenta esta investigación se ve reflejado a través de la aplicación de entrevistas en profundidad dirigida a 10 usuarios del Hogar San Francisco Javier de la Fundación Rostros Nuevos que presentan condición de abandono familiar. Estas entrevistas fueron realizadas dentro de las dependencias del Hogar San Francisco Javier y permitieron conocer sus percepciones en torno a su condición de abandono familiar.

Los sujetos entrevistados son usuarios del Hogar San Francisco Javier de la Fundación Rostros Nuevos, los cuales tienen como característica principal presentar abandono por parte de sus familiares. Para determinar lo anteriormente señalado se realizó una recolección de antecedentes familiares y entrevistas con los funcionarios y equipo técnico del Hogar siendo ellos los que dieron cuenta de la situación familiar histórica y actual de cada usuario.

1.- Primera Categoría: Conciencia sobre mi abandono familiar

En este punto los usuarios hacen referencia al nivel de conciencia que tienen respecto a su abandono familiar, cabe señalar que todos los entrevistados están en situación de abandono en el Hogar, realizando una investigación previa y cerciorándonos con el equipo multidisciplinario que ahí trabaja.

Aquí se encuentran tres tópicos, en donde se agrupan los usuarios conscientes de su abandono, los que no y los que tienen una concepción errada.

1.1 Tópico N°1: Estoy consciente sobre mi situación de abandono familiar

De los diez usuarios entrevistados ocho están conscientes de su situación de abandono siendo capaces de reconocerlo.

“Yo no tengo Familia, antes, antes estoy solo, ahora tengo familia aquí, al Hugo, La Nancy.” (Hernán)

“La familia que me cuidaba antes, parece que ya no me conocen, no me vienen a ver, yo creo que se han despreocupado de mi “. (Alicia)

“Mi tía no me vienen a ver, ya nadie me viene a ver “. (Nancy)

“Nadie viene a verme, soy casado y mi señora se separó de mí, no quiere nada conmigo, yo extraño mucho, yo quiero harto ella”. (Oscar)

Se puede apreciar que la mayoría de los usuarios a pesar de ser usuarios psiquiátricos, están conscientes de su condición, saben que su familia se ha despreocupado de ellos porque no van a verlos, tampoco reciben llamadas o algún acto de preocupación hacia ellos ya sea de uno o más integrantes de su familia. Sin duda alguna se denota la necesidad imperante que presentan los usuarios en torno al estar en contacto con su familia o algún integrante de su núcleo familiar.

Al momento de hablar de la familia como una “necesidad imperante” se debe tener en consideración y comprender a la familia como un grupo o núcleo conformado por personas que sientan y tengan la necesidad de protegerse mutuamente, ya que, no podemos exponer a los usuarios a que tengan contacto con redes que minimicen y decaigan su potencial innato como individuos, sino más bien, este núcleo debe tener características propias que incurran en la necesidad directa del sujeto.

Como menciona Couseiro,

“La familia juega un papel clave en la atención de estas personas que han sido desinstitucionalizadas, ello ha supuesto un gran aumento en la necesidad de apoyo de éstos enfermos, que ha recaído en la familia, y por ello la familia ha pasado a hacer un elemento fundamental a los procesos de atención de las personas con enfermedad mental grave y prolongada. Su papel principal es colaborar en potenciar y desarrollar recursos de rehabilitación y soporte social necesarios para posibilitar la integración social de éstas personas”

(Couseiro: 2013; 123).

Couseiro explica que la familia finalmente juega un rol clave y es fundamental para la recuperación del paciente psiquiátrico, ya que esta no solo brinda apoyo material o emocional sino que también tiene sus propias habilidades como grupo familiar para la pronta reinserción del usuario. El rol de la familia es único y tan importante para la recuperación del paciente como el mismo tratamiento terapéutico.

Es por esto que tener un vínculo familiar es de suma importancia para el usuario y su tratamiento y más aún para una posible reinserción social de éste, más aun si son los mismos usuarios los que demandan este vínculo.

Finalmente en este tópico se denota la importancia de utilizar en el Hogar terapias psicosociales para los usuarios con el fin de poder re establecer el vínculo familiar por la importancia que este tiene para el usuario y su tratamiento psiquiátrico.

1.2 Tópico N°2: Indiferencia

De los dos usuarios restantes a uno le es indiferente su condición de abandono.

“Nadie me viene a ver, solo la mamá de la Gloria cuando la vienen a ver a ella, a mí no me interesa, mi familia no es ni chicha ni limoná”. (María)

Este único caso denota la indiferencia frente a su situación de abandono.

1.3 Tópico N°3: Concepción errada sobre su situación de abandono familiar

Finalmente el otro usuario restante comenta que:

“Yo no estoy abandonado, me vienen a ver”. (Juan Luis)

El usuario demuestra que tiene una concepción errada sobre su situación de abandono, concepción que podría verse distorsionada por su condición psiquiátrica. Esto se debe a que posterior a la entrevista con los usuarios se corroboraron las respuestas con el equipo técnico que está a cargo de ellos, y al usuario no lo visita nadie hace más de dos años. Es probable que el usuario construya una realidad paralela con la finalidad de protegerse y escudarse en una familia que no está presente.

Con esta categorización podemos comprender que la mayoría de los usuarios entrevistados están conscientes sobre su abandono familiar, saben que sus familias no los van a visitar y que por ende se han despreocupados de ellos.

Una vez más se denota la importancia de la familia para estos usuarios.

“La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, Amortiguadora de las tensiones que engendra la vida cotidiana”

(Pérez V., Parra Z. 2004)

La familia como núcleo ha sido siempre la primera red de apoyo para cada una de las personas como se explica gracias a la cita anterior , la familia es el apoyo social que poseen los usuarios, la familia por sus características únicas son capaces de proteger y contener al usuario en los momentos complejos de su enfermedad por

ejemplo, ahora bien, como en toda regla hay excepciones, en este caso se puede apreciar como los usuarios de la Fundación Rostros Nuevos del Hogar San Francisco Javier no cuentan con sus redes familiares y se ven vulnerados a través del abandono, concordando con esta temática se puede desfragmentar un sinnúmero de temas, ya sea el abandono, el apoyo único del núcleo familiar, las responsabilidades de la familia frente a un integrante con enfermedades psiquiátricas, etc.

Sin embargo el tema que se abordará sugiere hacer una crítica a las políticas públicas en torno a la salud y a la familia que se están implementando hoy en Chile, ya que apuntan directamente a los suministros médicos que necesita un usuario, por ejemplo sus medicamentos, atención médica oportuna, etc. Eso está muy bien, ya que el paciente tiene una red de apoyo, pero ¿Qué pasa con las familias de ellos?, ¿Existe realmente una política pública que los ayude?, ¿Qué les preste orientación en el proceso a las familias?, la respuesta es no, hoy en día no existe un acompañamiento familiar al momento de presentarse un integrante con alguna patología de carácter mental, en el transcurso del tiempo (desde que comienzan los síntomas hasta que son diagnosticados) no existe un acompañamiento de contención ni de enseñanza en torno a las enfermedades, es en ese momento donde las familias se impregnan de prejuicios y comienzan a desvalorar de manera calificativa y psicológica al enfermo, se despreocupan de ellos, no comprenden sus actitudes y caen en la criminalización del familiar, esto a su vez perjudica la condición del usuario, ya que no presenta ni se desenvuelve en un ambiente propicio para su recuperación.

Sin embargo se debe esclarecer que el análisis expuesto se basa en una familia multiproblemática y no necesariamente se presenta en todas las familias, ya que algunas optan por recopilar información de manera personal, pero las que no lo hacen lamentablemente no cuentan con la implementación de una política que vaya acorde a ejercer un acompañamiento y entregar una educación de la experiencia que se está viviendo.

2.- Segunda Categoría: Mi opinión respecto a mi situación

En este punto los usuarios relatan brevemente que piensan sobre su situación de abandono, qué es lo que opinan, muchos de ellos demuestran que este tema si está presente. Es en esta misma línea en donde nueve de los diez usuarios nos explican y nos dan su opinión frente a su situación de abandono.

2.1 Tópico N°1: Mi abandono es a causa de malos tratos de parte de mi familia

“Mi papá antes me pegaba, me hacía cosas, me maltrataba, él era sádico conmigo (...) me gustaría que viniera mi mamá para estar comunicado con ella, ayudarla” (Nicolás)

“Me llevaba mal con mis tías, porque me pegaban, me pegaban porque salía a la calle, no sé bien lo que pasó, almorzaba y me daba por salir (...) me pegaban con un cable e' corriente en los brazos y con la manguera de regar con el astillón de fierro me pegaban” (Héctor)

Algunos usuarios al momento de explicar su abandono familiar se remontan en los malos tratos que tuvieron con su familia, tratando de justificar por qué su familia no se acerca a verlos continuamente o no se hacen cargo de ellos.

Es aquí donde se ve reflejado lo que se mencionaba en el texto anterior, es decir, la falta de educación y acompañamiento que carece la familia, más aún si es una

familia multiproblemática y que tienen un integrante con alguna patología, lo que el paciente intenta hacer es confeccionar una excusa que desligue de responsabilidad a la familia, culpándose por los malos tratos que el entregó al momento de vivir con ellos y por ello no recibir visitas.

Ahora bien lo que se debe hacer es ir más allá de esa excusa, más bien se debe abordar desde la mirada de la violencia que está presente en el contexto de una persona que está enferma, ya que las familias específicamente las que no tienen concepción de la enfermedad o algún tipo de información tienden a ver las conductas agresivas (que son propias de la enfermedad) simplemente como un mal comportamiento, el cual se debe corregir a través de ejercer violencia, se debe tener en consideración además que la mayoría de las familias antiguas (décadas de los 60-70) tenían adoptada la violencia hacia sus hijos como un método infalible de crianza y de manejo frente a la indisciplina, por lo anterior, es que si no contaban con la información necesaria para manejar la situación ante una presunta “crisis” (ya sea de esquizofrenia, bipolaridad, etc.) se atribuía a un episodio indisciplinado el cual se corregía con golpes.

Hoy en día la crianza a través de los golpes ha disminuido, no así desaparecido, por lo mismo es fundamental realizar un acompañamiento a las familias en donde se le entregue los conocimientos necesarios para poder manejar las diversas situaciones que deben enfrentar.

2.2 Tópico N°2: Mi familia se ha despreocupado de mí

Por otro lado hay algunos entrevistados que se refieren a su situación de abandono como una despreocupación de parte de su familia, muchos también explican que

les corresponde a los familiares preocuparse por ellos e ir a verlos de manera continua.

“Mi familia me dejo tirá, yo quiero estar con ellos (...) ellos se despreocuparon de mí, mis tíos ya no deben ni conocerme” (Nancy)

“Yo agradezco hartito a las tías, son buena gente, pero mis hijos debiesen estar aquí, si no me quieren en la casa por último me podrían venir a dejar un pedazo de pan” (Rosa)

“Son unos malagradecidos, uno le viene esto a la cabeza y arrancan, cuando deberían estar más, más acá, más con uno, deberían venir a verme siquiera. (Alicia)

Los usuarios manifiestan el desinterés que los familiares presentan en torno al abandono, se cuestionan por qué a ellos no los visitan, sin duda alguna ellos en su discurso y de manera muy escondida exigen una respuesta del hecho, cuestionando el actuar de sus familias.

En este punto se pueden observar un sinnúmero de aristas, una de ellas es la que hace referencia a la autoestima que presenta el usuario, ya que es el quien estima conveniente estar junto a su familia y demuestra la falta que le hace, demostrando así una valoración propia al momento de hablar de él como individuo. Diferente podría ser que el usuario manifestara una baja autoestima y fundamentara la respuesta con evasiones del tema o manifestara que él no necesita a su familia o no le interesa que su familia este presente o lo visite.

Por otro lado sienten que las personas encargadas de ellos dentro de la institución cumplen el rol de la familia, ya que se muestran muy agradecidos frente a los cuidados y la preocupación que manifiesta el equipo profesional a cargo, pero aun así la presencia de la familia los perjudica, ya que los hace entrar en una situación de mucha tristeza lo que puede desencadenar en crisis o muchas veces en retrocesos dentro de sus tratamientos médicos. Ahora bien, se debe tener en consideración, además, que ellos sienten que sus familias los deberían visitar. Al momento de efectuar un análisis más detallados frente a esta temática, se debe mencionar que de manera interna la Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo no cuenta con ningún proyecto o programa de seguimiento familiar que permita que exista un contacto continuo o que implemente espacios de reencuentro familiar, lo que desde la mirada de los investigadores se estima que debería ser un trabajo fundamental al momento de aceptar hacerse cargo de una persona que presenten alguna condición que perjudique el estado de los usuarios, en este caso el presentar alguna enfermedad de carácter mental.

2.3 Tópico N°3: No me lo merezco, está mal.

Finalmente ninguno de los usuarios manifestó que su situación de abandono es un hecho positivo, los nueve usuarios dejaron claro, ya sea explícitamente o implícitamente, que su abandono familiar es malo, o no merecedor.

“Está mal po’, na que ver que no me vengán a ver, a la Gloria siempre vienen a verla” (María)

***“No debería ser así, yo no creo que haya sido malo, ni a los perro los dejan botaos, yo lloro mucho, no tengo por qué estar solo
“(Hernán)***

Si bien nueve de los diez usuarios explican su opinión sobre su situación de abandono, solo un usuario de los diez no quiso referirse al tema.

La mayoría de los usuarios tienen diferentes explicaciones, significaciones y comprensión del por qué sus familiares se han despreocupado de ellos, ya sea afectivamente o económicamente, saben que su condición de abandono es real, para muchos tiene una explicación en hechos familiares pasados, para otros es una situación no merecedora y mala, como también ponen énfasis en que es una despreocupación.

Queda evidenciado que la mayoría de los entrevistados tiene algo que decir sobre su condición de abandonados por parte de su familia, sus explicaciones u opiniones pueden ser diversas pero en muchos de ellos nació el deseo de explicar qué es lo que piensan. Para la mayoría este tema no les es indiferente, por ende sienten o sintieron en algún momento la ausencia real de su familia.

3.- Tercera Categoría: Mi actitud frente a mi situación

En este último punto nos podemos dar cuenta de lo que les hace sentir su situación de abandono, tomando en consideración su actitud frente a esta problemática.

3.1 Tópico N°1: Me es indiferente mi abandono familiar

Diez de los usuarios explicaron diferentes actitudes, pero solo dos asumen su condición con una actitud de indiferencia.

“Me siento igual, no me da pena, en realidad me da lo mismo”
(Héctor)

“Con o sin mi familia me siento igual, estoy encerrada, me aburre, pero no me importa” (Soledad)

Las limitaciones de vivir en un hogar, como lo es el no poder salir continuamente llevan a que los usuarios creen una rutina basada en levantarse, deambular por las zonas comunes, comer, seguir deambulando y dormir.

Sin duda alguna esta “rutina” la adoptan como un único propósito diario, sus cuerpos comienzan a experimentar cambios, como lo es el caminar más de tres cuadras y presentar un cansancio exagerado visto desde la postura de una persona no sedentaria, es por esto que el usuario se ve envuelto en replicar las mismas

conductas a diario despojándose así de actividades propias de una persona y adoptando una condición más sedentaria, con esto además, se despojan de los recuerdos de su “estilo” de vida anterior, lo que se resume en no extrañar ni tener ganas de ver a sus familiares, esto debido a que en su actual “rutina” no está presente por ende no es algo que deseen sino más bien presentan una indiferencia o incluso una negación a querer hacer algo nuevo. Es importante dejar en claro que la conexión con las redes familiares es de vital importancia y que sin duda alguna se debe realizar un trabajo más exhaustivo en torno a restablecer estas líneas o un trabajo psicosocial para el paciente en donde se integren a las líneas de trabajo los familiares.

3.2 Tópico N°2: Lo asumo con tristeza

Por otro lado cinco usuarios manifestaron sentir pena o tristeza por estar abandonados por parte de su familia.

“Me da mucha pena que no me vengán a ver “(Nancy)

“Mal, yo lloro en la noche, los quiero hartos, tantos pecados que cometí, yo quiero ver a mi mamá no más, no quiero ver a nadie más (...)” (Oscar)

“Mal, me da pena me pongo triste a veces, de no poder verlos, yo ir a verlo o que ellos viniesen, los echo de menos” (María)

Claramente para ellos no es un tema fácil de tratar ya que lo sienten como algo negativo, más bien doloroso. Para ellos la imagen de su familia es muy importante, por ende les gustaría también que fueran más seguido a visitarlo sintiendo así mayor preocupación por ellos.

Pero el abandono familiar es muy recurrente al momento de tener un integrante con una enfermedad mental, debido a diversos factores interno y externos.

Si entendemos el abandono como;

“Un delito de omisión que consiste en poner en peligro la vida o la salud de una persona incapaz de valerse, derivada de la colocación en situación de desamparo o del abandono por parte de quien tiene la obligación de mantenerla o cuidarla y la posibilidad objetiva de evitar el riesgo por medio de la conducta debida, y desde lo subjetivo, el conocimiento de aquellos extremos, especialmente, de la situación objetiva de peligro concreto para la vida o la salud. Es un delito doloso, de peligro individual concreto, se consuma por el hecho de no aportar el numerario económico requerido para la subsistencia.”

(Domínguez; 2005:17)

Se puede dar cuenta que el abandono es causante de poner en riesgo la vida de un integrante que no puede valerse por sí mismo, como lo es el caso de varios usuarios que sin apoyo familiar terminan su vida siendo institucionalizado, o más aun, desde

que su familia evidencia su condición psiquiatría abandona al usuario delegando la responsabilidad a cualquier institución que pudiese hacerse cargo de ellos.

Sin duda alguna el tema del abandono es un tema doloroso, es impactante y no deja a nadie indiferente, si a esto le agregamos que la persona que lo está sufriendo padece alguna enfermedad es realmente trágico, sin mencionar, además que no cuentan con una red de apoyo (dejando de lado la Fundación) se está hablando claramente de una situación que puede desencadenar una depresión y que no es ningún aporte o estímulo positivo para el tratamiento de las personas, sino más bien significa una dificultad y hasta un retroceso en el tratamiento social del usuario.

3.3 Tópico N°3: Acepto mi condición de abandono y no me siento mal por ello

Finalmente los tres usuarios restantes señalaron que aceptan su condición de abandono pero positivamente.

“No me da pena, me siento bien, sé que no vienen pero ¿y?, qué se le va a hacer po’ jajaja” (Ester)

“Deben estar ocupados o enfermitos, mi mamá siempre ha estado bien enferma ella es solita, yo no me hago problemas, aquí estoy bien, me siento bien (...)” (Cristina)

“Contenta, si vienen o no, no vienen no más (...) creo que es cosa de ellos no me da pena ya, al final nunca tuve una emm, como decirlo, como confianza con mi mamá, una relación buena” (Alicia)

Al hablar de abandono debemos tener en claro que la situación en la que los usuarios se encuentran es en total desamparo familiar y a esto debemos sumarle la compleja condición de su enfermedad. Sin duda a lo largo de la investigación se pudo constatar algo muy puntual y un patrón que se repite en cada uno de los usuarios, esto es el incluir en cada uno de sus relatos a sus familiares, ya que a pesar de que ellos no los vean hace tiempo, sus familiares están presente en todo, tanto en los relatos como en sus sentimientos, de esta forma debemos considerar que aun que los usuarios estén perdidos en tiempo y en espacio, su memoria en torno a los lazos familiares y anécdotas, que marcaron su infancia o algún momento importante de sus vidas, no se borran, sino más bien se han ido potenciando con el pasar del tiempo. A medida que pasan los días y ellos siguen en su cotidianidad van adoptando nuevas costumbres, pero que de una u otra forma está ligada a los recuerdos que tienen de sus familias, de los momentos únicos y que hasta el día de hoy ellos atesoran.

El mantener presente los recuerdos favorece a que se manifieste en ellos el no tenerlos cerca, esto responde a uno de los objetivos de la investigación, el cual se basaba en saber si ellos estaban conscientes o no de su situación de abandono, claramente nos pudimos percatar de que sí están conscientes. Ahora lo que es diferente es el cómo lo enfrentan, ya que se debe recordar que los usuarios provienen de familias de escasos recursos, en donde priman las situaciones negativas, como lo es el hacinamiento, la drogadicción y múltiples factores que hacen que el individuo quiera retirarse de ese entorno, por lo que para muchos la situación de abandono a la que se ven enfrentados les favorece, ya que logran desligarse del entorno que tanto los atormentaba y buscan refugio en su “nuevo

hogar”, comienzan a identificar a diferentes actores como familiares propios, buscan en el personal figuras paternas o maternas, en sus compañeros figuras de hermandad, creando así un nuevo concepto de familia.

Por otro lado, algunos entrevistados el tema lo sienten presente los cuales su situación de abandono es un tema presente no necesariamente les causa alguna sensación de tristeza, sino por el contrario , a pesar de ser un tema complejo lo asumen con un sentimiento de resignación y en algunos casos hasta con sentimiento de alegría, alegría no en no ver a su familia, sino que su situación actual no la consideran como mala, todo lo contrario, uno menciona que tiene a su familia dentro del hogar , a pesar de tener a su familia consanguínea afuera y distante este usuario se conforma con los lazos de amistad fecundados en el hogar. Como también se puede reflexionar que actualmente ellos se sienten bien, quizás de forma material, ya que tienen sus cuidados, asisten a talleres, están satisfechas todas sus necesidades y lo que una familia puede entregar, como el cariño y la preocupación, pasa a segundo plano, ya que se ve suplido por el cuidado y el cariño que en el hogar se les entrega.

Por ende al momento de querer responder la pregunta si los usuarios saben sobre su situación de abandono, la respuesta es claramente un sí, ya que no por su condición de enfermos ellos presentan una “aislación” de sentimientos, sino todo lo contrario presentan una vulnerabilidad en la parte emocional, ya que han vivido periodos de violencia y de separación de su núcleo familiar lo que gatilla muchas veces la condición de abandono. Según el estudio realizado podemos inferir, además, que los usuarios que son auto-valentes y no están perdidos en tiempo ni espacio sienten claramente el abandono familiar y le otorgan un sentimiento propio y no necesariamente reiterativo. Sin duda, para algunos el abandono familiar es algo positivo, ya que lo excluyó de un ambiente de violencia, pobreza y muchas veces

de despreocupación por ellos mismos, poniendo en riesgo sus vidas y las de los que lo rodean.

Al momento de hablar de la opinión de los usuarios en torno a su abandono se encuentra una heterogeneidad de respuestas, lo que nos confirma lo anterior, es decir, el estar consciente de su situación de abandono, ya que opinan de algo que sienten, de algo que saben y más aun de algo que están viviendo día a día, a su vez, es de eso que logran crear y formar un sentir adoptando una actitud y que va acorde a la situación en que ellos se encuentran hoy en día dentro del Hogar San Francisco Javier de la Fundación Rostros Nuevos.

Es por esto que el vínculo con la familia es de suma importancia para la mayor parte de los usuarios entrevistados, esto debido a que:

“La familia por el hecho de ser la unidad primaria de la sociedad está comprometida a sobrevivir a las presiones externas que se ejercen sobre ella y, a cuidar física y económicamente a sus miembros, ya que no son capaces de asumir alguna función por sus propios medios. Además de criarlos en un ambiente propicio que les demuestre su valor, sus derechos y obligaciones (...)”

(Pérez, 1990:73).

La familia como agente protector debe ser la que le asegura al individuo tranquilidad, comodidad y un espacio propicio para desarrollarse y desenvolverse de manera positiva y segura, sin embargo cuando existen factores tanto externos como internos

este espacio se ve corrompido por conductas o episodios difíciles que complican el bienestar de quienes lo componen. En estos casos lo que se debería hacer es un trabajo de redes que permitan potenciar las características propias y esenciales de la familia, en pos de mejorar las falencias, pero nos preguntamos ¿Qué pasa si esto no pasa? , ¿Qué pasa si la familia continúa con la misma dinámica?, es ahí donde se interviene y donde se logra recatar al familiar que padece una enfermedad y que sin duda en conjunto con los niños y los ancianos es el más perjudicado.

Las familias multiproblemáticas tienden a ser impermeables, pero con un trabajo propicio y con un buen equipo multidisciplinario se puede lograr mejorar el espacio, ahora bien, esto lo mencionamos porque la idea de la Fundación es que ellos puedan volver a sus orígenes familiares y reinsertarse en la sociedad, ya sea en el mundo laboral, educacional, entre otros.

Por lo anteriormente mencionado se debe tener en consideración que un individuo que presente algún tipo de enfermedad o trastorno mental, que no esté ligado a la pérdida de memoria, siempre tendrá en consideración a sus familias y esta estará en sus recuerdos, ya sean negativos o positivos, esto debido a que en algún momento fueron su único ente socializador, por lo que se debe hacer un trabajo que esté ligado a eso, a mejorar las condiciones en la que la familia se encuentra y de manera paralela realizar un trabajo con el usuario, a través de un equipo multidisciplinario, que le permita potenciar sus habilidades y conductas “correctas” propias y adoptar nuevos conocimientos que le permitan una reinsertión positiva en la sociedad.

CAPÍTULO V

LA RESPUESTA DE UN FAMILIAR

El carácter cualitativo que tiene como base nuestra investigación fue obtenido principalmente a través de una entrevista semiestructurada que consta de diecisiete preguntas, cada una de estas preguntas, a su vez, colabora para la obtención de los datos necesarios para justificar el trabajo. Las entrevistas se aplicaron a diez familias contactadas mediante una previa investigación de redes familiares de usuarios que presentaran las condiciones necesarias para ser muestra de estudio.

La aplicación de la entrevista fue realizada en diferentes lugares de Santiago de Chile, ya que para tener un mejor manejo de la situación, y una óptima acomodación al tiempo de los familiares, se optó por reunirse en un punto en específico con los familiares (un familiar por cada usuario y de forma separada, tanto en día como en punto geográfico).

Las preguntas realizadas principalmente apelaban a entender dos puntos específicos, los cuales son:

1. Hechos familiares o contextuales por el cual se produce el abandono familiar.
2. Motivos por los cuales se produce el abandono familiar.

Estos dos puntos los definiremos como los hechos y motivos que evidencian la segregación de uno o más integrantes de la familia los cuales dejan de cumplir sus funciones o roles dentro de esta, desligándose de cualquier responsabilidad tanto

afectiva, de crianza o económica. Es decir, a través de estos dos puntos lograremos identificar los argumentos del abandono.

Los sujetos entrevistados son familiares consanguíneos de los usuarios del Hogar San Francisco Javier de la Fundación Rostros Nuevos, elegidos de manera aleatoria. Previo a la selección se realizó una recolección de antecedentes familiares con la finalidad de tener la mayor cantidad de datos posibles para lograr contactar a los familiares. Es importante destacar que las familias entrevistadas no han asistido a visitar a los usuarios, por lo que se han mantenido ausentes.

1.- Primera Categoría: Hechos familiares o contextuales

En este punto esclareceremos algunos hechos familiares que hayan sido cruciales para llegar al estado de abandono en el que se encuentran algunos de los usuarios del Hogar San Francisco Javier, se reitera que entenderemos como abandono familiar “el hecho que se realiza cuando una persona incumple los deberes inherentes a la tutela, guarda o acogimiento familiar y de sustento a sus descendientes, ascendientes o cónyuge, que se encuentran carentes de afectividad, cuidados y necesidades básicas”.

1.1 Tópico N°1: VIF por parte del usuario

“Ella estaba agresiva, me pegaba, no podía controlarla y a mí no me obedecía, siempre me golpeaba, mi hija o mi nuera de ese entonces a veces me defendían” (Hortensia)

“Más que nada es por su agresividad, nunca podíamos compartir con él, siempre intentaba golpearnos” (Edgar)

“Su hermana siempre le tuvo miedo por lo agresivo que él era” (Edgar)

“Se pegó muy fuerte en la cabeza, él tuvo un accidente mientras hacía el servicio militar y de ahí que quedó como raro, me acuerdo que lo derivaron al Hospital Militar y después cuando le dieron el alta como que se imaginaba que tenía metralletas y siempre andaba peleando con nosotros, en realidad con quién se le cruzara, siempre andaba como lanzando golpes” (María Angélica).

“Él siempre fue súper tranquilo, pero con el tiempo comenzó a ponerse violento, fíjese que para el once de septiembre del año setenta y tres, pal golpe de estado pues, él esa noche le pegó a la mamá, pero mucho, le sacó la mugre, entonces con la desesperación la mamá llamo a los carabineros y que no llegan los milicos en vez de los carabineros, ni le cuento, lo tomaron lo sacaron arrastrando de la casa, lo apalearon hasta que no quisieron más y se lo llevaron, no recuerdo adónde pero nos dijeron que lo fuéramos a buscar al otro día, y cuando llegamos vimos cómo le hicieron once electroshock, se suponía que ahí él iba a quedar bien, o por lo menos eso fue lo que nos dijeron, pero que... quedó marcando ocupado hasta ahora, hasta como usted lo ve”. (María Ester)

“Ella era muy agresiva con nosotros, nos pegaba y nosotros para responderle o calmarla también, para qué andábamos con cosas, y ahí vivimos por mucho tiempo el tema de la violencia intrafamiliar que le llaman” (Sonia).

“A veces se ponía como loca y empezaba a pegarle a quien se le cruzara y también a nosotros” (María Clementina)

La agresividad de los usuarios es un factor que se reitera en algunas familias que tienen un integrante con alguna patología mental, específicamente esquizofrenia, como se expuso en el marco teórico uno de los indicadores de la enfermedad es la tendencia a presentar conductas agresivas como se da en varios trastornos psiquiátricos. Saiz y Carrasco señalan que:

“Sin embargo, en el campo psicológico y en el psiquiátrico, la agresión ha sido con frecuencia ligada al ámbito de los impulsos o de las pulsiones, especialmente tras la descripción por el psicoanálisis de las tendencias hostiles y agresivas”.

(Saiz J, Carrasco L; 821: 2014)

Estas agresiones o conductas hostiles no son intencionadas de parte del usuario, mayoritariamente es debido a la misma enfermedad, las cuales se producen muchas veces por una psicosis mental o por una distorsión de la realidad, lo que conlleva a no reconocer a sus familiares o personas cercanas como tal, sino más bien como un enemigo o un individuo que les quiere hacer daño, lo que a su vez conlleva a que se presenten episodios de violencia intrafamiliar (VIF) ya sea por parte del usuario hacia sus cercanos, como también de parte de los cercanos hacia

el usuario, ya sea en instancias de defensa personal o en un trato directo, esto último con el sentido de darse a demostrar como una figura de autoridad.

1.2 Tópico N°2: Muerte de familiar cercano

“Falleció la mamá y quedó en el aire, dígame usted ¿Quién se querrá hacer cargo de él? ¡Nadie pues!” (María Ester)

“Cuando murió nuestra mamá como que todo empezó más fuerte” (Mario)

“Cuando murió mi mamá me la vinieron a dejar, ella había nacido con problemas, yo le estoy hablando del noventa y tanto, me la trajo una cuñada” (Hortensia)

“Cuando murieron mis papas se lo llevaron unos tíos y ahí como que lo dejé de ver, perdimos contacto” (Manuel)

“Después de que murió nuestra mamá, yo me hice cargo de ella, pero después mi hermano vendió la casa así que quedamos en la calle, obligada a ir a dejarla a un centro o una Fundación, así que ahí fue donde conocí la Fundación. (Sonia)

El fallecimiento de un ser querido siempre es un episodio que desequilibra la dinámica familiar, ya que existe una reorganización y la adopción de nuevos roles y responsabilidades o el cese de estas, más aún cuando son familias monoparentales, ya que el núcleo, al estar compuesto solo por dos personas, tiende a destruirse simplemente porque el integrante queda solo, quizás será acogido por otro núcleo familiar como por tíos, primos o algún familiar directo, pero en muchos casos no es así, sino todo lo contrario el familiar vivo tiende a quedar solo y comenzar a valerse por sí mismo, pero no debemos olvidar que las personas con algún tipo de enfermedad mental necesitan cuidados especiales, además de una supervisión constante, lo que conlleva a una responsabilidad enorme que muchas veces los familiares no están dispuestos a aceptar por lo que optan por no hacerse cargo de estas personas.

1.3 Tópico N°3: Consumo de alcohol y/o Drogas

“Él salía a jardinear a las casas, ahí se ganaba unos pesitos y con las juntas por ahí es que comenzó a tomar, ellos le daban, sus amigos, claro que con esos amigos, en vez de ayudarlo lo empeoraron, además empezó con cosas raras, nunca lo pillé, pero me daba que él en más de algo raro andaba, como drogas... Pero no lo sé, así que lo internamos mejor”. (Manuel)

“Por el tema de la droga, por ahí partió la cosa, como que nadie quería estar cerca de él, menos querer hacerse cargo, él con sus amigos consumía drogas y tomaban mucho alcohol, nadie lo podía controlar” (Edgar)

***“Comenzó a juntarse con drogadictos y alcohólicos de la calle y el también comenzó a consumir, no sé si drogas pero si mucho copete.
(María Ester)***

“Se ponía a tomar vino en la calle, ella en un principio no sabía pero recibía de igual forma y después que ya le explicamos que eso no hacia bien ella seguía tomando y fumando” (Sonia)

Como se ha mencionado anteriormente las personas que presentan algún tipo de enfermedad mental muchas veces no tienen discernimiento en lo que es bueno o en lo que es malo, por lo mismo muchas veces se dejan llevar por lo que los demás les dicen y en este caso por lo que los demás le ofrecen, esto conlleva a que las personas que presentan este tipo de enfermedad adhieran a su cotidianidad alguna costumbre como el beber o consumir algún tipo de droga o estupefaciente. Esto a su vez permite que se presenten mayoritariamente, y de manera reiterativa, descompensaciones, trayendo consigo conductas de agresividad, pérdida de memoria momentánea, descontrol de impulsos, entre otros.

1.4 Tópico N°4: Pobreza

“¡Le seré sincera! Yo no tengo como tenerla, yo soy pobre y no me alcanza, así de simple” (Sonia)

“Siempre fuimos muy pobres y hasta ahora en realidad, yo trabajo como asesora del hogar y me crie muy pobre y siempre he tratado de surgir pero no cuesta, por lo mismo no puedo tener a mi mamá, ¿con qué le pago a alguien para que me la cuide?, imposible” (María Clementina)

“Soy tan pobre que apenas me mantengo yo, imposible mantenerlo a él” (Lidia)

La pobreza es uno de los factores que influyen de manera irruptora en la vida de una familia, ya que genera un quiebre muchas veces de manera negativo, debido a que trae consigo periodos de angustia, tristeza, además de déficit y falencias en la dinámica familiar, es por esto que los integrantes de una familia deben adoptar nuevos roles con la intención de suplir los que no se están cumpliendo o se encuentran debilitados. Sin duda es una carga emocional y física enorme con la que tienen que cargar día a día los integrantes, por ende, si a esto le sumamos que uno de ellos tenga una enfermedad mental, que presente conductas agresivas y generalmente el consumo de alguna sustancia adictiva, ya sea alcohol o algún tipo de droga, es totalmente perturbador, de esta manera repercute en querer despojarse de esta responsabilidad más aún cuando se toma consciencia de que hay instituciones que se hacen cargo de ellos, manteniéndolos controlados y medicados.

En el punto de hechos familiares y contextuales se pudo constatar que uno de los hechos más significativos por el cual el abandono se hace presente es a causas de

los episodios de violencia que viven las familias y los cercanos que tienen a un familiar con algún tipo de enfermedad mental. El ciclo de la violencia en este caso es diferente, ya que se enfrenta a un importante factor adicional como lo es la enfermedad, las personas que tienen esta condición tienden a ser agresivas, no con la finalidad de hacer daño sin motivo, sino que muchas veces son impulsado por sus paranoias, esto complica aún más el cuidado y el manejo de este tipo de personas. Los otros dos factores se presentaron de forma muy pareja, estos fueron los problemas relacionados con conductas de alcoholismo y drogadicción, además de la muerte de un familiar. De esto se puede inferir que los usuarios que presentan algún tipo de enfermedad de carácter mental siempre tienen una especie de guardador, quien vela por su bien estar y lo acompaña en el día a día, entregándole las herramientas necesarias para sobrevivir, además de encargarse de entregar un apoyo en torno a las habilidades sociales que el individuo presenta, en simples palabras es quien se hace cargo de cada uno de sus cuidados, desde la comida, pasando por el vestir, hasta el interactuar con sus pares, ahora bien, el quiebre se produce y de manera impactante cuando esta persona muere, ya que queda en completo abandono el individuo, dependiendo muchas veces solo de él mismo, entonces si a eso se le suma su condición de enfermo, más el golpe emocional de la pérdida de su cuidador la descompensación es inminente y eso mismo a su vez hace que las personas no quieran hacerse cargo de ellos, por el trabajo que esto conlleva y el sentimiento de incapacidad que los inundan.

Por otro lado está el consumo de sustancias adictivas como el alcohol y las drogas. Esto trae consigo la dependencia de estos productos y a su vez conductas poco ortodoxas para poder lograr obtener este tipo de sustancias, desde robos a sus propios familiares o a terceros, hasta la agresividad e inclusive vagancia.

2.- Segunda Categoría: Motivos

Los motivos al igual que los hechos se definiría de manera operacional como los tópicos que evidencian la segregación de uno o más integrantes de la familia los cuales dejan de cumplir sus funciones o roles dentro de ésta, desligándose de cualquier responsabilidad tanto afectiva, de crianza o económica. De esta forma se deja en claro que se alude de manera directa el abandono familiar.

2.1 Tópico N°1: Falta de interés por el cuidado del usuario

“Porque ya no podía ni quería andar detrás de él, no puedo andar yendo yo para arriba y para abajo, era muy bueno para salir, en un principio me preocupaba pero ya con el tiempo dejé de preocuparme, además no se tomaba las pastillas y no me interesaba andar de tras de él como si fuese un niño, él ya era grandecito”
(Lidia)

“Él no podía vivir solo, porque primero estuvo internado mucho tiempo en el psiquiátrico y ahí me explicaron que tenía que tener una secuencia de pastillas y yo no tenía interés en estar repitiéndole a cada rato que se las tomara, yo también tenía que hacer mi vida”
(Mario)

“No la tengo yo porque nadie se puede hacer cargo de ella, yo trabajo y no hay nadie que la cuide” (Rosa)

“Mi mamá siempre fue la loca del pueblo, o por lo menos así la conocían como la loquita, entonces si siempre ha sido así, que saco yo con tenerla conmigo, una que no puedo y otra que no me interesa si siempre ha sido así” (María Clementina)

Otro factor que se presenta de manera reiterativa es la falta de interés por el cuidado y protección del usuario, el ser humano a medida que va creciendo va optando, según su marco referencial, cuáles son los caminos que quiere o puede tomar, de esta forma comienza a planificar su vida con la finalidad de alcanzar estos objetivos. Según lo relatado puede concluir que los familiares cuando tienen un integrante con una enfermedad mental, les cuesta hacerse cargo de este, ya que ven sus sueños truncados y perturbados por los cuidados especiales que el enfermo necesita, ya que el enfermo muchas veces es dependiente de los demás, tanto en el control de horarios de medicamentos, movilidad y toma de decisiones.

2.2 Tópico N°2: Otro familiar con problemas físicos y/o psicológicos

“Lo que pasa principalmente es que él tiene muchos hermanos que tienen su misma enfermedad, por lo tanto los cuidados tienen que ser para todos y si podemos prescindir de uno mejor para nosotros, por lo mismo le buscamos un hogar y eso pos” (María Angélica)

“Él tiene dos hermanos más enfermos, ellos tienen algo parecido ¡imagínese tenerlos a todos juntos!” (Manuel)

“Yo no puedo estar pendiente de él, porque también tengo una hija con retraso mental y requiere cien por ciento de mi atención” (Mario)

“Yo no me puedo hacer cargo de ella, a mí me falta una manito entera, a los 23 años tuve un accidente y perdí mi brazo entero” (Sonia)

En cuatro de las diez familias entrevistadas se evidencia que en la actualidad existe algún familiar que presenta una enfermedad de carácter mental, lo que hoy en día gracias a la amplia gama de redes sociales y conectividad que se pone a disposición del hombre se puede entender de mejor manera de qué se tratan las enfermedades, por otro lado la sociedad en temáticas de discriminación ha ido evolucionando lo que permite una apertura de mente a lo diferente. Según la experiencia, son estos dos factores claves para que hoy en día las familias se puedan hacer cargo de un integrante que padezca alguna enfermedad y no despojarse de él con la finalidad de que otros se hagan cargo, sino todo lo contrario, las familias son los únicos que tienen las herramientas necesarias innatas para poder mantener al enfermo con los cuidados necesarios, ya que;

“La familia es considerada como una de las piezas nucleares de las leyes e instituciones capaces de brindar apoyo en medio de los cambios, aunque ella misma se vea sometida a modificaciones, conservándose, no obstante, a través de éstos: es una institución a la vez perdurable y modificable”

(Revista Colombiana de Psiquiatría, 2009)

La familia es fundamental para el usuario con trastorno psiquiátrico, siendo considerada para las instituciones como una pieza fundamental para el tratamiento integral de los usuarios, esto debido a que la familia presenta cualidades propias que integradas en un plan de trabajo psicosocial para el usuario sería de mucha incidencia en el buen resultado de éste.

Pero aun así se les hace difícil, por lo mismo al momento de pensar en tener que cuidar a otro familiar siente que es imposible, tanto por el tiempo que esto conlleva como el desgaste emocional y físico.

2.3 Tópico N°3: Desinformación de la enfermedad

“Lo único que sé de la enfermedad es que le duele la cabeza y le dan unas puntadas” (Sonia)

“La verdad es que no sé, sé que es más o menos la esquizofrenia, sé que uno nace con eso y que en algún momento se gatilla la enfermedad y no tiene cura” (María Ester)

“No sé mucho, sé que existe un cambio de temperamento y que tiene que estar bajo un control medio y de pastillas” (Edgar)

“No sé en lo absoluto, ni lo que tiene, ni menos de qué se trata su enfermedad” (Manuel)

“Soy bien consciente de la enfermedad, sé que no se puede recuperar pero con tratamiento se puede llevar” (María Angélica)

“Sé que es algo de los nervios, sé que es una persona que tiene muchos nervios y que son tantos que casi los matan” (Lidia)

“No sé absolutamente nada, tampoco como que me interesa mucho” (Rosa)

“De la enfermedad sé cosas vagamente, por ejemplo sé que son gente que de repente ve cosas que para nosotros no existe y paranoia” (Mario)

“Sé que no se puede curar nada más” (Hortensia)

“No sé absolutamente nada” (María Clementina)

De estas frases se puede deducir que ninguno de los entrevistados tiene claro la enfermedad que padece su familiar, creemos que es de vital importancia que las personas sepan cuál es la enfermedad que su familiar presenta y recopilar así información necesaria para el cuidado que necesite, ya que debido al

desconocimiento podrían comenzar a crear un prejuicio en torno a la enfermedad, con conceptos errados de esta, generando así una discriminación hacia el usuario;

“La familia estigmatiza al enfermo mental rechazándolo por vergüenza a que se conozca su problema.”

(García H. 2004)

La estigmatización de la enfermedad es a causa de la mala o nula información que tiene el núcleo familiar de esta por eso el ideal sería conocer y profundizar en la enfermedad del familiar, de este modo pueden tener antecedentes claros y concisos al momento de decidir si pueden o no cuidar a su familiar, además no caen en prejuicios ni en errores de información.

En consecuencia a lo expuesto es posible determinar que los usuarios del Hogar San Francisco Javier de la Fundación Rostros nuevos se encuentran en situación de abandono debido a conflictos previos a la internación que se resumen en episodios de violencia intrafamiliar, que muchas veces es derivado del consumo de alguna droga, estupefacientes y/o alcohol. Lo que hace que los familiares mantengan un recuerdo negativo de la experiencia de vivir con alguien que presente alguna patología de carácter mental.

Sin embargo se debe mencionar que siempre existe un cuidador prioritariamente una madre o un padre que es quien se hace cargo desde un principio del usuario, soportando el desgaste emocional y físico que esto conlleva. Posterior al fallecimiento del cuidador principal, el cuidado queda a cargo de un familiar directo,

ya sea hermano o abuelo, e incluso muchas veces personas muy cercanas al núcleo familiar, como no tienen información o es vaga en torno a la enfermedad y no conoce los protocolos de cuidado que hay que tener con este tipo de personas no logran crear ni fortalecer una relación directa con el usuario tanto afectiva como de cuidados, presentándose muchas veces lo que se explicaba en un inicio de estos párrafos, la violencia intrafamiliar, es por esto que existe la tendencia a depositar la confianza y el cuidado de los individuos a terceros o incluso a instituciones para que se hagan cargo de ellos.

Se debe mencionar además que el punto número tres no fue desarrollado, debido a que comprendía relatos que fueran claves para poder entender de manera clara por qué existe abandono familiar, estos relatos no fueron necesarios, ya que los entrevistados se expresaron de manera clara y concisa en cada una de las preguntas realizadas. De esta manera se pudo determinar el objetivo del estudio de manera precisa.

En síntesis se debe hablar de manera clara al momento de tratar el tema del abandono. Siempre detrás del abandono existen causas que conllevan a que este se produzca, pero no por eso lo avala, sin duda alguna vemos el reflejo de la falta de políticas públicas que aporten al cuidado y tenencia de un familiar que presente alguna problemática de salud mental. En la actualidad en Chile existen políticas públicas que velan por los pacientes, que aseguran sus medicamentos y una atención y control en el sistema de salud, pero sin duda se observa la falta de terapias sicosociales, de acompañamiento y un trabajo con las familias o con el núcleo que rodea al paciente, sin duda alguna esto repercute en la comunidad, ya que si la familia o el núcleo no sabe lo que le pasa al paciente menor información tiene la comunidad. Entre estos párrafos se deja visto la falta de apoyo hacia la comunidad en general al momento de abordar temáticas de salud mental propiciando hasta nuestros días que se mantengan prejuicios en torno a esta temática, en consideración podemos mencionar que hemos avanzado a lo largo de

la historia en torno a los tratamientos pero no en torno a la educación sobre la salud mental. Es una deuda que se mantiene con la población y que sin duda alguna afecta aún más a los que presentan algún tipo de problema mental.

REFLEXIONES DE LA INVESTIGACION

A lo largo de la historia, el Trabajo Social ha intentado dar respuestas a diferentes problemáticas de carácter social con las que el hombres y mujeres se ha encontrado, esto ha llevado a que la profesión pueda abarcar diferentes áreas (en las cuales antes no estaba), como lo es el caso de la salud mental.

El Trabajador Social que se desempeña en esta área debe estar dispuesto a realizar un trabajo integral, es decir debe abordar los tres ejes principales que fundamentan la profesión, como lo es la temática de familia, comunidad e individuo. Se debe tener en consideración la pluralidad de perfiles que presentan los usuarios, esto porque es primordial el conocer el tipo de usuario con el que se va a trabajar, esto ya que las líneas de trabajo se deben formular basadas en antecedentes tangibles para de esta manera lograr llevar a cabo un trabajo íntegro y completo.

Sin duda alguna la experiencia del Trabajo Social dentro del área de la salud mental, es un aporte importantísimo, ya que permite inmiscuirse en un área que hasta no hace mucho era desconocida para las ciencias sociales y que solo era plaza de estudio de las ciencias naturales.

Al momento de hablar de Trabajo Social se hace de manera transversal y con una mirada que incluya la amplia gama que utiliza la profesión al momento de intervenir.

Al momento de querer realizar una reflexión a esta investigación se debe tener en cuenta varios puntos a analizar, para esto se comenzará hablando sobre la experiencia directa que se obtuvo a lo largo de la realización de este trabajo. Esta

sin duda marca un hito en la vida de futuros profesionales, ya que permitió adentrarse en lo más profundo de la intimidad de Rostros Nuevos perteneciente al Hogar de Cristo. Este proceso permitió poder abordar una temática muy compleja, ya que se está hablando de personas totalmente desvalidas cognitivamente y socialmente, personas que tienen capacidades totalmente distintas a los demás, pero que, al igual que cada individuo en el mundo, presenta una historia.

En el sentido descrito anteriormente, se puede mencionar que son historias marcadas por el dolor, el sufrimiento y el estigma de vivir con una enfermedad mental en una sociedad que está recientemente abriéndose a intentar conocer y aprender de estas temáticas.

Al comienzo de la investigación se presentaron varios obstaculizadores, ya que al ser personas institucionalizadas sus únicas redes son las que la institución les brinda dejando así una homogeneidad de búsqueda de información de los diferentes usuarios. Por otro lado, además, se debe mencionar lo complejo que fue contactar a las familias, ya que los usuarios se encuentran en situación total de abandono por lo que no se pueden actualizar continuamente las direcciones de contacto de los familiares o los números de teléfonos, pero gracias a la ayuda de una base de datos interna de la Fundación pudimos actualizar y recolectar la información necesaria para llevar a cabo la investigación.

Posterior a la realización del marco teórico y la elaboración de investigaciones paralelas, se adoptaron conocimientos sobre la temática de salud mental, comenzando por los tipos de enfermedades, sus síntomas y sus tratamientos; pasando por el tomar conocimiento de cómo viven día a día las personas que sufren algún tipo de enfermedad y/o trastorno de forma práctica y presente, hasta estudiar técnicas y mecanismos que nos permitan hablar con las familias y con los usuarios

temas más delicados sin caer en la imprudencia o en el desatino, generando así en un nuevo conocimiento que permitió potenciar cada una de las cualidades y habilidades propias, tanto como personas común y corriente y a la vez como pre-profesionales.

Se debe tener en cuenta ante todo que para poder demostrar que el trabajo realizado logra responder y contribuir a la temática estudiada se debe entender si se alcanzaron o no los objetivos de investigación. El primer objetivo habla de las causas que inciden en el abandono familiar de los usuarios que fueron objeto de estudio, es aquí donde se presenta una gran diversidad de causas, desde económicas hasta por desconocimiento de la enfermedad, sin embargo, se encuentra un patrón que se reiteraba en cada una de las familias, este era el de episodios de maltrato y violencia intrafamiliar (VIF). Para entender se debe reiterar que los usuarios y las familias a las que se les aplicó el instrumento, y fueron objeto de estudio, provenían de los quintiles más bajos, por lo tanto existían condiciones de pobreza que a su vez se traducían muchas veces en hacinamiento, analfabetismo y falta de educación generalizada, lo que sumado a que muchas familias vivieran en lugares muy apartados de lo urbano (solo algunas familias) condicionaba la falta de educación en torno a una enfermedad mental, por lo que no existía algún tratamiento oportuno o control de la enfermedad ni redes de apoyo.

Es importante mencionar además que tampoco existía información de control en torno al desarrollo de una crisis de alguno de los usuarios, lo que se traducía en episodios de violencia mutua, tanto de las familias hacia el usuario, como del usuario hacia las familias, lo que desemboca en un recuerdo amargo y difícil de olvidar, por lo tanto intentan dejar de lado a esta persona con la finalidad de olvidarse de esa etapa y de esos episodios tan dolorosos.

Por otro lado, el segundo objetivo está ligado a la percepción que tienen los usuarios del programa ante su situación de abandono. De esto se puede mencionar que la totalidad de los entrevistados está consciente de su abandono familiar, ya que lo explicitan en sus relatos y lo afirman con su sentir. Muchas veces las personas se imaginan que los individuos que padecen de alguna enfermedad no están conscientes de lo que pasa a su alrededor, no saben qué día es, o dónde están físicamente, pero sus sentimientos no se borran, ellos no olvidan a sus familiares (a menos que presenten alguna patología ligada a la pérdida de memoria), ni mucho menos olvidan lo que sienten o instancias del pasado que para ellos fueron significativas, ya sea algún cumpleaños o celebración. Sin lugar a dudas, el hecho de saber que sus familiares no lo visitan o que simplemente se cortó todo tipo de contacto los entristece y comienzan a buscar refugio en sus compañeros y en las actividades diarias, pero siempre en sus relatos están presentes las figuras de sus familiares o anécdotas. Con el pasar del tiempo y el ver que sus familiares ya no vienen, adoptan a sus compañeros como familiares, pero el recuerdo y el sentimiento hacia los que alguna vez fueron sus más cercanos siempre estarán presentes.

Por otro lado, están los objetivos generales los cuales ayudan a encontrar y describir las causas que inciden en el abandono familiar, esto se logró mediante la aplicación del instrumento, de esa forma se pudieron establecer hechos contextuales de la familia que incidieron en el abandono, a través del instrumento se pudo oír la argumentación que expone la familia de esta situación. Y con el segundo objetivo se pudo determinar que los usuarios tienen conciencia de su abandono, pero las actitudes son variadas, se encuentran usuarios que no les importa, hasta algunos que lloran en las noches por no tenerlos a su lado, de eso mismo se desprende la opinión frente a los hechos y la situación en la que se encuentran.

Al comenzar a hablar sobre los resultados directos de la investigación como tal, se debe remontar a las hipótesis del trabajo, por lo que se citarán nuevamente, se analizarán de forma individual y, al mismo tiempo, se responderán las interrogantes que nos planteamos al principio de nuestra investigación.

Hipótesis N°1

“El abandono familiar es causado por el bajo nivel socioeconómico de las familias, lo que imposibilita poder sostener el tratamiento y sus necesidades cotidianas”

Al momento de plantear una hipótesis se evidenció que debía ir ligada al entorno de la muestra, la primer apreciación que se efectuó fue que los usuarios para poder estar dentro de la Fundación deben estar catalogados como los “pobres entre los más pobres”, con el solo hecho de leer esta frase se pudo dar cuenta que la característica principal y que se debía reiterar entre los usuarios de la Fundación, es la situación de pobreza. Teniendo en consideración lo anteriormente expuesto, junto a la experiencia de prácticas anteriores, en donde se tocaban temas de pobreza, y a eso sumarle la teoría de las diferentes cátedras que tocaron este tema, por ende se puede inferir que el hecho que una familia se encuentre en una situación de vulnerabilidad económica trae, mayoritariamente, consigo una vulnerabilidad social.

El mayor motivo por el cual abandonan a un familiar enfermo es por no contar con los recursos para sus cuidados personales lo que a su vez permite que se presente una despreocupación por parte de los cuidadores hacia el tratamiento de los usuarios.

Analizando los datos se puede percatar que efectivamente es un factor que se reitera en todos los casos, pero que no es la principal causa del abandono, ya que el hecho de estar en situación de pobreza no justifica el no poder visitar aunque sea una vez al mes a su familiar, sin embargo sirvió para darse cuenta que es un factor que influye bastante al momento de querer egresar a un usuario de la Fundación, ya que no cuentan con el espacio físico ni con las condiciones económicas necesarias para brindarle los cuidados que una persona con este tipo de enfermedad necesita, sino todo lo contrario sería perjudicar aún más a la familia, ya que deberían hacerse cargo de un familiar que requiere de cuidados especiales y la vez tener que dividir en un integrante más el ingreso familiar, lo que en muchos casos sería desastroso, ya que llevaría a que la familia presente a un índice de pobreza más elevado .

Por lo anteriormente señalado, se puede entender que el bajo nivel socioeconómico de las familias no es la principal causa por la que se da el abandono familiar, sino más bien es la principal causa del por qué la familia no puede tenerlo en su hogar o permitir que este pueda egresar de los programas, por lo cual la hipótesis número uno es probada parcialmente.

Hipótesis N°2

“El abandono familiar es causado por el estigma social que conlleva una enfermedad mental”.

Esta hipótesis fue la única que no obtuvo ninguna respuesta que permitiera esclarecerla, ya que las familias no sienten vergüenza por tener un familiar enfermo

o no sienten que ellos como clan familiar son diferentes, lo que se plantea es que acorde a la sociedad occidental y la era actual, denominada por algunos la “era de las comunicaciones instantáneas”, las personas pueden optar por tener un mejor manejo de las situaciones, liberándose de tapujos que quizás hace no mucho tiempo eran muy fuertes o consideraban expresiones inusuales como el encerrar en una habitación de por vida a un familiar enfermo o no querer mostrarlo al resto de la comunidad con la que ellos interactuaban por miedo a reproches o a ser estigmatizados y catalogados como diferentes. Pero en la actualidad no es lo general, ya que las personas tienen un mayor conocimiento al momento de querer hablar sobre “temas tabú” las personas se abren a la posibilidad de que las cosas puedan ser distintas a lo que ellos son o ellos tienen, de esta manera se tiende a aceptar lo que antes no se aceptaba, en consecuencia de esto la hipótesis número dos es rechazada.

Con el pasar del tiempo las sociedades han ido mutando y cambiando, con este cambio se han ido adoptando nuevos conocimientos y nuevas formas de ver la vida, sin duda alguna podemos mencionar que muchos de estos nuevos aprendizajes han favorecido el destape de temáticas, como por ejemplo: la homosexualidad, el alcoholismo, la drogadicción, la violencia, entre otras.

Es así como la temática de las enfermedades mentales hoy en día se pueden hablar de una manera más abierta y desde la mirada de teorías que complementan el pensamiento racional humano. Muchas de estas teorías van a favor de mantener a los individuos con trastornos mentales como personas enfermas que necesitan de cuidados y orientaciones especiales, por lo mismo a lo largo del tiempo han nacido instituciones que aportan al bienestar de ellos. La sociedad tiende a normalizar temáticas y adoptarlas como un hecho, este es el caso de las enfermedades mentales. En un principio se creía que los trastornos tenían un fundamento más espiritual y pertenecientes a un origen demoníaco, por lo mismo las personas no se

atrevían a hablar sobre esto, con el pasar del tiempo la ciencia se encargó de alejar este tipo de teorías e impuso la lógica de que estas personas sufrían de una condición pertenecientes al área de las enfermedades mentales y que necesitaban un tratamiento multidisciplinario. Una vez instaurado este discurso dio paso para que las personas normalizaran esta temática y se pudiesen hablar sin tapujos, colaborando con los tratamientos de los que padecen algún tipo de enfermedad o trastorno.

Hipótesis N°3

“El abandono familiar es causado por la falta de información y educación en torno a enfermedades de salud mental”.

Al momento de aplicar el instrumento se evidenció que ninguno de los familiares entrevistados sabía claramente cuál es el diagnóstico que presenta el paciente, ni tampoco de qué se trataba su enfermedad. Esta hipótesis es una de las que se esclareció en su totalidad, ya que se pudo dar cuenta de la falta de experiencia y de conocimiento que tienen los entrevistados al momento de hablar de la enfermedad de su familiar. En torno a esto, se establece que es de suma importancia que se implementen políticas públicas que aporten a que las familias de los usuarios puedan tener acceso directo al saber qué enfermedad tiene su familiar, cuál es su diagnóstico y su tratamiento, contribuyendo así a que las familias puedan tener un mejor manejo de la salud del paciente, proporcionando un tratamiento más efectivo.

El poseer conocimiento sobre la enfermedad en todas sus áreas es primordial pero se cree pese a que esta información en las familias no exista, no es factor primordial para la causa del abandono familiar.

Por tanto esta hipótesis es comprobada. Pero se debe dejar en manifiesto la importancia de establecer lineamientos educativos que vayan en función a esclarecer cada una de las dudas que existan en torno a las enfermedades, no solo a las de carácter mental, sino a todo tipo de enfermedades, ya que se quiera o no cada una de ellas influye en la sociedad, por ende se debe mantener informada a la población.

Hipótesis N°4

“Al presentarse episodios de violencia de manera ocasionales de parte del usuario hacia el grupo familiar, este último tiende a abandonar al usuario con la finalidad de prevenir estas situaciones”.

Según las narraciones de los mismos familiares, se destacan episodios de violencia, tanto por parte de los familiares como por parte de los usuarios, gracias a esto se llega a la determinación que la violencia es el mayor y casi único motivo por el cual se presenta el abandono familiar, ya que las familias al tener desconocimiento de la enfermedad no son capaces de entender que los usuarios reaccionan a través de su enfermedad, que nos son capaces de controlar sus impulsos, en simples palabras estamos hablando de personas con enfermedades mentales, es por esto que al momento de vivir un episodio de violencia no lo ven como un desvalido o impulsado por su enfermedad, sino como un sujeto individual que los está atacando sin razón alguna.

Según las narraciones de los familiares los recuerdos de violencia se manifiestan con intensidad, los que nos permite inferir que existe un enojo, una especie de resentimiento interno que no les permite recordar a su familiar con ternura o

emoción, sino más bien les impulsa a recordarlo como “el violento”, “el loco peleador de la familia” lo que hace que intente seguir con sus vidas sin tener que hacerse cargo de alguien que al fin de cuentas los dañó, tanto física como emocionalmente. Es por esto que se infiere que la principal causa del abandono familiar son los episodios de violencia vividos entre los familiares cuando el usuario aún vivía con ellos, siendo la hipótesis número cuatro comprobada.

Hipótesis N°5

“Todos los usuarios son conscientes de su situación de abandono”.

Esta hipótesis también se pudo comprobar totalmente, ya que gracias al instrumento se pudo evidenciar que cada uno de los usuarios que se encuentra en situación de abandono está consciente de lo que le está pasando y de su condición, lo que si varía es la actitud que toman frente a este conocimiento, ya que a algunos les da aparentemente lo mismo, otros se deprimen y otros simplemente no les importa.

Resumiendo, la investigación realizada pudo responder la incógnita de cuáles eran las causas del abandono familiar, pudiendo inferir claramente que esto se debe a los episodios de violencia que vivió el clan familiar cuando el usuario aún vivía con ellos, gatillado muchas veces por descompensaciones que estaban ligadas a precarios cuidados que estos recibían, ya que además esclarecimos que existe un total desconocimiento por parte de los familiares hacia la enfermedad de los usuarios, desconociendo las causas, los motivos, los cuidados que necesita su familiar. Por lo mismo los familiares solo tienen el mal recuerdo del usuario como un “enfermo agresivo” y que no estaba dentro de sus cabales y al no tener información

de la enfermedad, ni de los cuidados necesarios, deciden dejarlo al cuidado de un tercero.

Al momento de querer hablar de la percepción de los usuarios se debe mencionar que ellos si tienen conciencia sobre su situación de abandono, pero no a todos los usuarios les afecta de la misma manera.

A modo de conclusión y recomendación se alude a que debería existir lineamientos que se encarguen tanto de los pacientes psiquiátricos como de las familias, ya que en la actualidad los programas y beneficios solo son pertinentes para los pacientes, ahora bien el cuestionamiento de esta práctica desemboca directamente en las familias y redes de apoyo de los pacientes, ya que solo no se ve presente un trabajo directo con las familias si no tampoco con la población en general ya sea informativo o educativo lo que sin duda alguna sería esencial para que cambie la forma de ver este tipo de problemáticas, lo que a su vez contribuiría a generar una sociedad más integradora y a su vez el trabajo sería totalmente integral y no enfocado solo en una arista de la problemática.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación realizada no estuvo exenta de dificultades, si bien se entiende que dentro de la sociedad el tema del abandono familiar hacia personas con discapacidades mentales, para muchos es un tema negativo y rechazado sobre todo por las mismas familias de los usuarios involucrados, lo que generó una doble preocupación por tratar de conseguir los datos necesarios sin perjudicar ni enjuiciar al objeto de estudio.

En primera instancia el primer concepto fue la percepción de parte de los usuarios en torno a su abandono familiar, es aquí en donde se encontraron los hallazgos más significativos en torno a este concepto. Tomando en cuenta la situación mental de los usuarios del hogar, la totalidad de estos tiene conciencia sobre su abandono, cuando se puede llegar a inferir que no es así, todos tienen algo que decir al respecto y adoptan diversas actitudes significativas, no le es indiferente esta problemática, sino que como sujetos a pesar de tener una discapacidad mental, pueden reflexionar la situación, ya sea positiva o negativamente.

Sumando a esto logró vislumbrar una gran heterogeneidad de discursos reflexivos, si bien varios no fueron extensos o elaborados, existió una variedad de opiniones diferentes con respecto a la misma problemática. Demostrando y reafirmando que a pesar de las dificultades cognitivas de cada usuario entrevistado y de los prejuicios que uno pudiese tener en torno a sus capacidades, cada ser humano es un universo diferente, cada usuario bajo su marco referencial es distinto, por ende su reflexión y discurso no fue la excepción y su discapacidad no fue en este caso un limitante, ayudando a concretar este punto de análisis para la investigación.

Por otro lado, el punto siguiente a investigar fueron las causas que provocaron el abandono familiar. En esta ocasión los entrevistados fueron las mismas familias de los usuarios, siendo el instrumento entrevistas en profundidad, en este caso un hallazgo importante fue la disposición de las familias a querer cooperar en el estudio, ya que el enfoque de la entrevista no fue un tema simple, sino todo lo contrario, fue un tema delicado y complejo en donde nos tendrían que explicar el por qué se dejó a su familiar en el hogar o por qué no lo va a visitar constantemente, denotando su despreocupación hacia el usuario y desligándose de cualquier responsabilidad. Es por esto que las preguntas, a pesar de haber sido elaboradas de forma sutil con el fin de no causar un rechazo a responder fueron realizadas y contestadas con éxito, demostrándonos que la voluntad de las familias a responderlas fue un hallazgo importante, teniendo en consideración la magnitud del tema abordado y los prejuicios sociales que hay sobre la temática.

Por otro lado, se debe tener en cuenta el enriquecimiento disciplinario que se obtuvo al momento de comenzar a trabajar en esta temática, esto debido a que las enfermedades mentales muchas veces tienden a ser un tema tabú, más aún en la sociedad actual que se rige por estereotipos que definen un prototipo de “perfección” a seguir, es por esto que al momento de enfrentar realidades familiares tan privadas, se denota muy latente la multiculturalidad, desde los ritos propios de la familia, hasta las dinámicas de comunicación que se dan puerta cerrada en un clan familiar.

Los hallazgos principales que se encontraron en la investigación son de carácter netamente cualitativo, aprendiendo de esta manera que existen un sinnúmero de dinámicas familiares, en donde muchas veces no predomina necesariamente el fortalecimiento de lazos o la ayuda al más desvalido, sino más bien la indiferencia y el caso omiso a temáticas tan duras como lo es el tener un familiar enfermo, llegando al punto de aislarlo de la realidad familiar y poniéndolos al cuidado y responsabilidad

de terceros, reestructurando la dinámica que se vivía cuando el usuario estaba con ellos.

Sin duda alguna, la investigación aporta a ampliar el conocimiento teórico, más aún cuando se está insitu dentro de las dinámicas que se mencionaban anteriormente, permitiendo encontrar características propias de las familias y que muchas veces no están plasmadas en libros de teorías, sino más bien, son evidenciadas al momento de compartir dentro de sus hogares y vivir por un par de horas la realidad de muchas familias que en cultura y espacios geográficos son similares entre sí. Al momento de considerar este estudio se debe aprender de manera clara el significado único de la empatía, muchas veces intentando entender por qué una familia es capaz de abandonar a un familiar enfermo y aprender a ser tolerante frente a respuestas que muchas veces se tornan absurdas, sin duda la implementación de la imparcialidad es uno de los factores que permitió tener un mejor manejo en torno a las emociones al momento de aplicar el instrumento.

En relación a la familia el mayor hallazgo que se encontró al momento de hacer la investigación tiene relación con la despreocupación y el desarraigo familiar que se presenta, ya que, en la cultura y en la sociedad actual la figura de la familia es muy potente, es entendida como base para el desarrollo de cada uno de los individuos. Es muy fuerte el percatarse que la familia es capaz de abandonar a uno de sus integrantes más aun uno que padece algún tipo de enfermedad.

Por otro lado se encontró con la destrucción total de los códigos y canales de comunicación entre las familias y los usuarios, ya que, no mantienen comunicación alguna, de tal forma que las personas encargadas de la Fundación pasan a ser un mediador entre ellos. Básicamente no logran establecer algún tipo de comunicación

lo que sin duda alguna dificulta aún más la mantención de redes familiares para los usuarios.

De cierta forma al momento de hablar de la familia se encuentra un sentimiento de dolor o indiferencia en torno al abandono, establecen de manera clara un sinnúmero de inseguridades siendo estas el resultado de una ansiedad más preocupante aun, se hace referencia a la ignorancia.

La falta de conocimiento que presenta la familia en torno a la problemática de sus familiares, más específicamente a su enfermedad es gigantesca, ya que no tiene ningún conocimiento científico o concreto acerca del padecimiento del usuario, sino más bien mantienen un conocimiento vago basado en supuestos o en aprendizaje externo y no otorgado por algún especialista.

A modo de reflexión, se puede mencionar que los usuarios de la Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo sí están conscientes de lo que les pasa frente a su situación de abandono y que más allá de todo son individuos que presentan una patología mental, lo que muchas veces no quiere decir que son personas que no se dan cuenta de lo que pasa a su alrededor o que inhiben los sentimientos frente al abandono que presentan, es por esto que es de vital importancia que las familias se hagan cargo de ellos o en su defecto puedan visitarlo con mayor frecuencia, lo que facilitará su pronta reinserción social y favorecerá su tratamiento.

Finalmente este estudio dará pie para una nueva investigación pero abordado desde la institucionalidad, mencionando y explicándoles los fundamentos del equipo técnico del Hogar San Francisco, generando así un segundo nivel de investigación en base

a las nuevas percepciones y poder generar nuevos conocimientos acerca de las causas del abandono familiar de los usuarios.

Por otro lado se puede generar nuevas investigaciones que relacionen el aporte familiar en la relación que el usuario tiene con su tratamiento, es decir ¿Cómo influye el apego familiar en los tratamientos psicosociales de los usuarios de la Fundación Rostros Nuevos?

Otro presunto estudio con alta viabilidad que se puede establecer dentro del área está relacionado con generar redes familiares con una familia adoptiva que se encargue de satisfacer cada una de las necesidades socio-afectivas de los usuarios, es decir ¿Cuál es el impacto personal y social que se produciría el establecer un lazo afectivo y proveedor con una familia adoptiva para un usuario con problemas de salud mental?

Sin duda los lineamientos de estudio son variados, lo que se debe tener en cuenta es la importancia de que el impacto para los usuarios sea de carácter positivo y genere un enriquecimiento tanto para los usuarios, para la sociedad y para la Fundación, ya que gracias a eso se pueden establecer nuevos lineamientos de trabajo y fomentar el desarrollo de personas con este tipo de dificultades

APORTES AL TRABAJO SOCIAL

El Trabajo Social al igual que muchas profesiones ha ido mutando a través del tiempo, este ha presentado una metamorfosis original y sin duda muy particular, ya que es una de las carreras que más cambios experimenta, esto debido a la heterogeneidad de pensamientos que día a día se van nutriendo y naciendo, que a la vez se demuestran en una sociedad sin tapujos, en una sociedad que está cada vez más arriesgada a demostrar su sentir, por otro lado el pertenecer a las ciencias sociales nos abre un mundo nuevo lleno de formaciones y marcos referenciales diferentes, nos presenta un abanico infinito de posibilidades.

“El Trabajo Social es la disciplina que se ocupa de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y lograr que los hombres asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora”

(Trigueros: 2001; 30)

El Trabajo Social hoy entrega la oportunidad de analizar y poder responder cuestionamientos tales como el ¿Por qué? o el ¿Cómo? de las problemáticas sociales, siendo una disciplina que abre un mundo al individuo, demostrándole que él es único capaz de resolver los conflictos sociales que vive día a día en conjunto con las redes con las que el individuo tiene o toma contacto.

El Trabajo Social se ha conformado y moldeado según las necesidades de la sociedad tomando en consideraciones las problemáticas sociales enfocadas en la cultura a la cual el individuo pertenece, de esta manera es que con el tiempo se han ido implementando técnicas que se han adoptado como propias, algunas de estas son las visitas domiciliarias, las entrevistas en profundidad, entre otras. De esta

manera el Trabajo Social se ha conformado como una rama de las ciencias sociales potente e imprescindible dentro de una sociedad.

Si se sitúa en el escenario de la salud mental y cada una de las matrices de esta temática se observa que el Trabajo Social se ha inmiscuido paulatinamente, tomando en consideraciones visiones que las demás disciplinas no observan ni trabajan, esto debido a que esta disciplina toma la salud mental de una manera integral de las personas, forjando un desarrollo en diferentes ámbitos del individuo, tales como intelectual, afectivo e incluso laboral, lo que a través de una buena ejecución de este trabajo se lograría alcanzar la reinserción social de los usuarios, reintegrándolos de manera definitiva en el medio social y cultural que lo rodea, esto a su vez debe estar acompañado de un seguimiento de cada uno de los casos.

“La enfermedad mental articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece”

(Carballeda: 2012; 3)

Al querer hablar del aporte de esta investigación al Trabajo Social, debemos mencionar que su aporte es enriquecedor, ya que plantea un estudio de una temática que es reiterativa en este tipo de ambientes e instituciones, para poder entender esto se debe tener en cuenta que la salud mental no solo se limita al diagnóstico médico como lo explica la cita anterior, sino también el sentir del paciente, la visión, la noción y la opinión que tiene de su situación y la de los sujetos que lo rodean, teniendo en cuenta esto último es que se puede comenzar a construir un plan de trabajo que vaya en post de una rehabilitación y la pronta reinserción social de individuo.

“Por otra parte, un segundo orden de los aspectos intrínsecos del Trabajo Social, se vincula con la intervención en las tramas sociales que rodean, construyen y se generan desde esa singularidad del sujeto de intervención. Las tramas sociales, pueden ser entendidas desde una mirada sociológica, ligadas a la noción de lazo social como elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario”

(Carballeda: 2012; 1)

Lo que intenta hacer el Trabajo Social en el escenario de la salud mental es tomar al individuo y normalizar al individuo según sus propias limitaciones y capacidades, no se pretende renovar al individuo o transformarlo en algo que no es, sino más bien potenciar las características propias y acomodarlas a la sociedad donde él está inserto, esto a su vez acompañado de un trabajo integrativo con la comunidad, implementando trabajos de concientización de las enfermedades, considerando que esta es la única forma de poder romper con los prejuicios y estigmas que ha acompañado a este tipo de enfermedades a lo largo del tiempo.

El estudio realizado aporta un conocimiento en base a explicaciones coherentes y de primera fuente al momento de analizarlo, ya que intenta dar respuesta a la problemática de abandono familiar, que como se mencionó anteriormente, es reiterativa en las instituciones que atienden a usuarios con este tipo de perfil. De este modo podemos mencionar la importancia que tiene el tener nociones que expliquen y fundamenten el abandono familiar que sufren las personas institucionalizadas y que a su vez presentan alguna enfermedad de índole mental.

El aporte, además, está ligado al trabajo que se puede implementar dentro de las instituciones, ya que ayuda a establecer líneas de trabajo de carácter comunitario, individual y familiar, poniendo un énfasis en los últimos dos tópicos, es decir, gracias a la investigación al momento de querer fortalecer los lazos con las familias dentro de una institución de características similares de la cual se obtuvo la muestra y se realizó el estudio contarán con un documento concreto que aporte a responder y fundamentar situaciones específicas en las que se encuentren los individuos, de esta manera se podrá realizar un trabajo definido bajo márgenes ambiciosos pero realistas, como por ejemplo la elaboración de un plan de fortalecimiento de redes familiares.

Dentro de las instituciones que atienden a personas con salud mental se prioriza el usuario y su entorno, por ende el aporte es realmente importante al momento de querer establecer lineamientos de trabajo. Si partimos de la base que ya existe un estudio del por qué existe la tendencia de abandono familiar dentro de las instituciones ya se tiene un conocimiento previo que aportará a tomar decisiones concretas con metas alcanzables, de esta manera se podrá realizar un trabajo viable, en simples palabras gracias a este estudio se cuenta con una base teórica para que los demás profesionales, Trabajadores Sociales, puedan configurar lineamientos de trabajo claros, precisos y viables, teniendo en consideración las características propias de los centros que hoy en día atienden y/o albergan a personas que presentan alguna enfermedad mental.

Por otro lado se debe mencionar el aporte a diferentes miradas en torno a una problemática social como lo es el abandono, ya que siempre se tiende a hablar del abandono a menores, a ancianos, a animales, pero no siempre se habla del abandono a familiares con este tipo de características, el poder abordar esta cara de la moneda confirma que es una problemática que está presente pero que se omite al momento de contemplar cuales son las problemáticas sociales que hoy en

día existen a nivel mundial. De esto se puede reflexionar que gracias a la entrega de este conocimiento se abrirá paso de manera paulatina el debate del aporte que hace el Estado al momento de entregar una visión, posición y solución a esta problemáticas, más aún, como un Estado de bienestar encargado de velar por el individuo desvalido y como se encarga de protegerlo, aportando al debate de la existencia de políticas públicas que cubran y satisfagan las necesidades de personas con este tipo de características.

Sin duda se puede mencionar que el aporte al Trabajo Social es un aporte crítico, son datos concretos de una experiencia real, que al momento de analizarlo se da cuenta de la infinidad de malas prácticas que hoy en día existe en torno al cuidado y bienestar de estas personas, partiendo por su red primaria, su familia, las cuales en su mayoría tienen como características ser familias multiproblemáticas las que en algunos casos tampoco tienen una red de apoyo que las ayuden a sobrellevar la enfermedad de su familiar, con estas palabras no se quiere justificar ni avalar las conductas de las mismas, sino más bien otorgar una apertura a la crítica y a forjar una conciencia como trabajadores de las ciencias sociales, y poder descubrir que se está haciendo como agentes de cambio para que las condiciones de los usuarios que presentan enfermedades mentales sean dignas y satisfactorias.

El aporte del Trabajo Social antes de la Dictadura Militar tenía un rol protagonista en el área de la salud mental, y fue este quiebre político el que cambió el objetivo de esta disciplina, generando un Trabajo Social mucho más asistencialista, dirigido a la ayuda superficial y focalizado hacia lo asistencial económico-provisional sin un cambio verdadero, es momento de que el Trabajo Social retome sus fundamentos y vaya en ayuda de generar cambios reales sobre todo en la población más vulnerable como es el caso de los usuarios con enfermedades mentales y que además sufren de abandono familiar.

Para que el Trabajo Social pueda aportar en la problemática evidenciada en este estudio es importante que se tome en consideración una intervención de tipo Psicoeducativa ya que es de suma importancia trabajar en torno a la sensibilización y concientización de las familias de los usuarios con respecto a la salud mental y todo lo que esto conlleva, más información de la enfermedad, de su tratamiento, sus síntomas y por sobre todo el empoderamiento de las familias a través de su rol protagonista en la superación de la problemática y bienestar integral tanto del usuario como la de sus familiares.

En el área académica esta investigación deja visible la necesidad de repensar la formación profesional de los Trabajadores Sociales, específicamente en la integración de un plan de estudios que contemple una cátedra específica en Salud Mental, debido al notable aumento de enfermedades mentales en la sociedad chilena. El Trabajador Social debe contar con herramientas técnicas y una base teórica específica, que accedan a entregar una respuesta oportuna y de calidad para una intervención integral, usuarios que presenten algún trastorno mental y a sus familias. De esta manera, los profesionales estarán preparados y formados de una forma integral para trabajar en el área de la Salud Mental.

Por otro lado en el área clínica la investigación realiza un gran aporte, ya que hace una radiografía a la base del abandono que presentan la gran mayoría de los usuarios, entregando así datos inéditos que si bien se pueden suponer, no estaban respaldados por algún estudio.

El resultado de la investigación proporciona orientación para poder sostener bases al momento de trabajar en el ámbito personal de los individuos, teniendo en consideración el utilizar los lineamientos familiares como redes de apoyo, lo que sin duda alguna sería de gran utilidad en algún tratamiento psicosocial.

En síntesis la investigación es un aporte fundamental para el área de salud mental desde la mirada del Trabajo Social, ya que comprende una realidad perteneciente a varios usuarios de este tipo de fundaciones. Además entrega una base teórica y pragmática al momento de querer generar nuevos lineamientos de trabajo e impulsar nuevos estudios dentro de la temática, aportando al desarrollo sustentable de nuevas formas de trabajo y áreas de suma importancia para el individuo. Por otra parte la investigación aporta y enriquece al Trabajo Social como disciplina ya que otorga una mirada interna desde un paciente psiquiátrico y desde su familiar en directa relación entre ellos y basado en una temática de abandono.

BIBLIOGRAFIA

- Aylwin N. y Solar M. (2009) **Trabajo Social Familia**, Tercera Edición Capitulo 2: El trabajo social Y la familia, recuperando una Historia. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.
- Bogdan y Taylor. (1986) **Introducción a los métodos cualitativos de Investigación:** La búsqueda de significados, Ediciones Paídos, Ibérica S.A, España.
- Bleuler E. (1960) **Demencia Precoz.** El grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires.
- Bravo P. (2014) **Psiquiatría Forense**, Universidad D' Alacant. España.
- Cavello V. (1981) **Psiquiatría Forense en el derecho penal.** Doctrina. Jurisprudencia. Pericas, Tomo I, Editorial Hammurabi, Argentina

- Cancrini L. (1997) **Las Familias Multiproblemática**, la intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática.
- Caamaño J. (s/f) **Corintios XIII, revista y pastoral de la caridad**, La Familia: Fuente y Espacio de Caridad.
- Carvajal C. (2008) **Psiquiatría II Edición**, Editorial Mediterráneo, Santiago Chile.
- Carballeda A. (2012) **La Intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental**, algunos interrogantes y perspectivas. Espacio Editorial, Argentina.
- Coomellas M. (1996) **Familia Multiproblemática**, la paradoja de la sociedad del bienestar, en educación social.
- Corvalán L. (s/f) **Modernismo y Posmodernismo**. Un enfoque histórico. Editorial Mapocho.

- Couseiro C. (2013) **Éticas y modelos de atención a las Personas Con trastorno mental grave.** Editorial Unión de Editoriales Universitarias españolas, Madrid.
- Cullen, Frank y Wozniak, (1987) **Estigma y Enfermedad Mental.** Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental.
- Dankhe, G. L. (1989) **Investigación y Comunicación,** MacGraw-Hill, México.
- Díaz E.(1995) **La filosofía de Foucault.** 2da Edición, Editorial Biblos. Buenos Aires, Argentina.
- Domínguez I. (2005) **Las figuras de abandono de Familia en Sentido estricto.** Madrid.
- Dr. Peña G. (2006) **Una introducción a la psicología,** Editorial Texto C.A., Caracas.
- Foucault M. (1984) **El sentido histórico de la alienación mental.** Enfermedad

mental y personalidad. Barcelona, Paidós.

Foucault M. (1967)

Historia de la locura en la época clásica I. Edición fondo de la cultura económica. México.

Fornier P. (2013)

Los desacoplados hoy, una reflexión sobre la obra Historia de la Locura de M. Foucault. Universidad Nacional de Educación a distancia. Madrid

Gradillas V. (1998)

La Familia del Enfermo Mental. La otra cara de la Psiquiatría. Editorial Díaz de Santos, Madrid.

Gutiérrez A. (1860)

Curso Completo de Filosofía elemental. Lógica Volumen I.

Gómez M. (2006)

Introducción a la metodología de la Investigación científica Editorial Brujas, Córdoba.

Gomez R. (2008)

Psiquiatría clínica diagnóstico y tratamientos en niños, adolescentes y adultos 3ª Edición, Editorial médica Panamericana, Bogotá.

- Guía de práctica clínica en el SNS (2009) **Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave.** Edita Ministerio de Ciencia e innovación
- Hamilton E. (1961) **Medicina Legal,** Facultad de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales, Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, 1961.
- Hernández A. (1992) **Aportes de la Psicología, modelo de tratamiento preventivo con familias en pobreza, UNICEF,** Bogotá, Colombia.
- Horney K. (1939) **Nuevos métodos en psicoanálisis.** New York, W. W. Norton & Company.
- Laborde A. (2006) **Reflexiones sobre el fenómeno migratorio De los mexicanos en Estados Unidos,** Editorial Plaza y Valdéz.

- LeCompte (1990) **Revisión de Diseño de la investigación Cualitativa**, POR C. Marshall y G. Rossman, Estudios Cualitativos en Educación.
- Muñoz M., Pérez E., Crespo M., Guillén A. (2009) **Estigma y Enfermedad Mental** análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud N° 98 (1955) **Legislacion en Materia de Asistencia Psiquiatrica del Cuarto Informe del comité de expertos en Salud Mental**, Ginebra.
- Pérez E. (2008) **La Locura (o la alternativa política del idiota)**. Editorial Biblios, Buenos Aires Argentina.
- Quiroz M (2000) **Apuntes para la historia del Trabajo Social en Chile**, UNAM. México.
- Rojas (1961) **Medicina Legal**, Facultad de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales, Universidad Católica de

Chile. Santiago de Chile, 1961.

Rodríguez J. (1981)

Derecho penal español. Parte General, 8° edición, Madrid, España.

Sánchez I. (2008)

La familia como primer agente socializador, Cuadernos de Docencia y Revista general de educación, Chile.

Tieghi O. (1989)

Tratado de Criminología. Editorial Universidad. Buenos Aires, Argentina.

Trigueros I. (2012)

Trabajador Social, Temario para la preparación de oposiciones V°1. Editorial MAD S.L. España.

Toledo U. (2004)

Una epistemología del Trabajo Social. Santiago. Chile. Universidad de Chile.

Fuentes Electrónicas

- AMAFE (2015)** **Amafe.org** Asociación madrileña de amigos y familiares de personas con esquizofrenia. Disponible en; <http://www.amafe.org/que-es-la-esquizofrenia/tratamiento-psicosocial/>. Visto el 13 de abril 2015
- Calero (2015)** **Psicomed.** Disponible en www.psicomed.net visto el 05 junio 2015.
- Congreso Nacional de Chile (2000)** **Código Civil,** Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=172986>, Visto el 25 de mayo del 2014.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (s/f)** **Declaración Universal de los Derechos Humanos,** Disponible en: http://www.ddhh.gov.cl/filesapp/Declaracion_Universal_DDHH.pdf Visto el 26 de mayo del 2014.
- Definición ABC (s/f)** **Definición de concepto “Somático”,** Disponible en Desde Definición ABC: <http://www.definicionabc.com/salud/somatico.php#ixzz3EplZq4Tz>. Visto el 12 de septiembre 2014.

- El Siglo de Torreón (2012)** **Fundamental el apoyo familiar al paciente psiquiátrico,** Disponible en: <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/766138.fundamental-el-apoyo-familiar-al-paciente-psiquiatrico.html>, visto el 11 de septiembre del 2014.
- Fundación Hogar de Cristo (2001)** **Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo,** Disponible en: <http://www.rostrosnuevos.cl/nuestra-obra/informacion-de-la-fundacion/> Visto el 24 de junio del 2014.
- Fundación ASAM (2012)** **Causas de la Esquizofrenia,** Disponible en: <http://www.fundacionasamfamilia.org/es/esquizofrenia/causas-de-la-esquizofrenia> Visto el 27 de junio del 2014.
- Leiton Montero Leidy (2014)** **Teoría de Familia,** Disponible en: dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/572/4/Capitulo%203.pdf. Visto el 25 de mayo del 2014.
- Ministerio de Salud** Intersectorialidad en Salud Mental, Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b618460e04001011f01239d.pdf> Visto el 26 de junio del 2014.

Ministerio de Salud **Salud Mental,** Disponible en:
http://web.minsal.cl/SALUD_MENTAL. Visto el 26
de junio de 2014

Ministerio de Salud de Costa Rica (2001) **I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica,** Disponible en:
http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-informacion/material-educativo/cat_view/659-documentos-ministerio-de-salud/56-centro-de-informacion/58-material-educativo/63-adulto-mayor. Visto el 20 de octubre del 2014

Real Academia Española (2001) **Diccionario de la Real Lengua Española,**
Disponible en:
<http://lema.rae.es/drae/?val=tendencia> Visto el 26
de mayo del 2014.

Revista Colombiana de Psiquiatría (2009) **El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica,**
Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000100009&script=sci_arttext , Visto el
1 de septiembre 2014.

- Revista de Neuro-psiquiatría** (2003) **La participación de la familia del paciente en la hospitalización psiquiátrica de “puestas abiertas”. Un modelo de atención etnopsiquiátrica.** Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiq uiatria/v66_n3/Pdf/a02.pdf. Visto el 20 de septiembre del 2014
- Reyes D. (2011) **Una mirada epistemológica al Trabajo Social Familiar Chileno: propuestas para la re integración de la Terapia Familiar.** Disponible en <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000438.pdf>, visto el 05 de marzo del 2015.
- Organización NAMI de California** (s/f) **Artículo Las familias y las enfermedades mentales.** Disponible en <http://www.namichicago.org/documents/lasfamilia sylasenfermedadesmentales.pdf>. Visto el 10 de mayo del 2015
- Prioridad Programática** (s/f) **Personas con trastornos psiquiátricos severos,** MINSAL, Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e6341aec52 aae2e04001011f017bae.pdf>. Visto 14 de noviembre 2014
- Sales Alloza Luis** (s/f) **Freud, desde la paranoia al reconocimiento de la esquizofrenia,** Disponible en <http://intercanvis.es/pdf/17/17-07.pdf>. Visto 27 de junio del 2014

**Sociedad Chilena de Salud
Mental**

Referencias de psiquiatría, Disponible en:
http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/conferencias/dr_ploblete.pdf. Visto el 23 de mayo del 2014

Sánchez Espejo Inmaculada
(2008)

La Familia como primer agente socializador,
Disponible en:
<http://www.st2000.net/cdocencia/numero010/art01005.pdf>. Visto 27 de junio del 2014.

ANEXOS

1. Operacionalización de Variables

Variable abandono familiar

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	indicadores
Causas del Abandono familiar	<p>-Causas: Fundamentos u origen De algo. Motivo o razón para obrar.</p> <p>-Abandono familiar: Hecho que se realiza cuando una persona incumple los deberes inherentes a la tutela, guarda o acogimiento familiar y de sustento a sus descendientes, ascendientes o cónyuge, que se encuentran carentes de afectividad, cuidados y necesidades básicas.</p>	<p>Hechos, motivos o argumentos que evidencian la segregación de uno o más integrantes de la familia los cuales dejan de cumplir sus funciones o roles dentro de ésta, desligándose de cualquier responsabilidad tanto afectiva, de crianza o económica.</p>	<p>Hechos familiares o contextuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Separación de los padres - Muerte de algún familiar - VIF - Cesantía del proveedor - Alcoholismo y/ drogadicción de parte de un familiar - Cambio de domicilio - Situación de pobreza.

			Motivos	<ul style="list-style-type: none">- Desinformación de la enfermedad- Temor o rechazo a la enfermedad- Enfermedad de uno o varios integrantes de la familia- Temor a los prejuicios sociales hacia la familia- Temor a ser rechazados socialmente- Falta de espacio en el hogar- Falta de tiempo para el cuidado del usuario- Falta de interés por el cuidado y
--	--	--	---------	---

				protección del usuario - Mala o nula relación con el usuario - Otros
			Argumentos	- Historia del proceso de internación - Historia sobre el periodo visitas - Historia sobre el abandono familiar

Variable Percepción

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Percepción de los usuarios en torno a su situación de abandono familiar	Proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social.	Proceso cognoscitivo particular que consiste en la interpretación, significación y comprensión del entorno o algún hecho como lo es el abandono familiar, obteniendo así un nivel de actitud de opinión o conocimiento al respecto.	Nivel de conciencia	<ul style="list-style-type: none"> - Sabe su situación de abandono - No sabe sobre su situación de abandono - Es indiferente con respecto a su situación de abandono - Otros

			Opinión	<ul style="list-style-type: none"> - Explica que piensa sobre su situación de abandono - No opina respecto a su situación de abandono - Otros
			Actitud	<ul style="list-style-type: none"> - Acepta su condición de abandono familiar - Rechaza su condición de abandono familiar - Le es indiferente su condición de abandono familiar - Manifiesta rabia o enojo frente a su

				situación de abandono - Otro
--	--	--	--	-------------------------------------

2. Entrevista en profundidad para aplicar a los familiares de los usuarios del Hogar San Francisco Javier

- 1- ¿Cuál es su nombre?
- 2- ¿Cuál es su parentesco con el usuario (nombre)?
- 3- ¿Recuerda cuando el usuario (nombre) vivía con usted?
- 4- ¿Cómo era la convivencia entre Ud. y el usuario (nombre) cuando vivía con Ud.?
- 5- ¿Cómo o en qué notó Ud. la enfermedad del usuario?
- 6- ¿Sabe cuál es el diagnóstico del usuario?
- 7- ¿Qué sabe Ud. sobre la enfermedad?
- 8- ¿Me podría contar como era su relación con el usuario antes de que desarrollara o se manifestara la enfermedad?
- 9- ¿Cómo era la relación con el usuario cuando ya tenía diagnosticada la enfermedad y aún vivía con usted?
- 10- ¿Cuál fue el motivo que impulsó o gatillo la internación del usuario en el Hogar?
- 11- ¿Qué razón o causa existen para que el usuario no viva con usted actualmente?
- 12- Teniendo en consideración que el usuario actualmente vive en el Hogar San Francisco Javier, ¿Cómo es hoy en día su relación con él?
- 13- ¿Lo va a visitar?
- 14- ¿Cada cuánto tiempo?
- 15- ¿Por qué razón su visita actualmente no es periódica?
- 16- Pese a lo relatado anteriormente, ¿existiría la posibilidad de llevar al usuario (nombre) devuelta a su hogar?
- 17- Si no se pudiera, ¿lo podría ir a visitar continuamente?

Entrevista en profundidad para aplicar a los usuarios del Hogar San Francisco Javier para conocer la percepción de estos en torno al abandono familiar que presentan

- 1- ¿Cuál es tu nombre?
- 2- ¿Cuánto tiempo llevas viviendo aquí?
- 3- ¿Te acuerdas de tu familia?
- 4- ¿Recuerdas con quien vivías antes de llegar acá?
- 5- ¿Me podrías nombrar con quienes vivías?
- 6- ¿Nos podrías contar como era la relación con los integrantes de tu familia cuando vivías con ellos?
- 7- ¿Con quién tenías según tú una buena relación?
- 8- ¿Con quién tenías según tú una mala relación?
- 9- ¿Qué sabes o que crees del porque llegaste a vivir en el Hogar?
- 10- ¿Tú crees que fue una buena opción la que tomo tu familia cuando decidió dejarte en el hogar?
- 11- ¿Por qué?
- 12- ¿Te vienen a ver?
- 13- ¿Quién?
- 14- ¿Cada cuánto tiempo vienen? O ¿vienen seguido?
- 15- ¿Tú visitas a algún familiar?,
- 16- ¿A quién?
- 17- ¿cada cuánto tiempo vas a visitarla?
- 18- ¿Crees que tu familia se ha despreocupado de ti?
- 19- ¿Me podrías relatar cómo es tu relación con tu familia actualmente?
- 20- ¿Me podrías comentar como te hace sentir que tu familia no te venga a ver continuamente?

21-¿Crees que es importante que tu familia venga cada cierto tiempo a visitarte?

22- ¿Por qué?