INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL DE LOS USUARIOS DE LA SALA 9 DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE (HDPUV)

JOHANA VANESSA PASQUEL MORENO
DIANA MARCELA DÁVILA RAMIREZ
DIANA MARÍA VIVAS MENDEZ
LIZETH MORENO GÓMEZ

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACION HUMANA
PROGRAMA ACADEMICO DE TERAPIA OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2011

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL DE LOS USUARIOS DE LA SALA 9 DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE (HDPUV)

JOHANA VANESSA PASQUEL MORENO
DIANA MARCELA DÁVILA RAMIREZ
DIANA MARÍA VIVAS MENDEZ
LIZETH MORENO GÓMEZ

Propuesta de Trabajo de Grado presentado para optar al título de Terapeuta Ocupacional

Asesora
YUDY SALAZAR TORRES
Terapeuta Ocupacional

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACION HUMANA
PROGRAMA ACADEMICO DE TERAPIA OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2011

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios que nos dio la guía y fortaleza en nuestro proceso de formación.

A nuestros padres quienes creyeron en nosotras y a través de su amor, esfuerzos y entrega, fue posible alcanzar este logro en nuestras vidas.

A nuestra asesora de trabajo de grado: Terapeuta Ocupacional y Neuropsicóloga del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle Yudy Salazar Torres, quien con su dedicación, paciencia, compromiso y profesionalismo nos dirigió para seguir creciendo intelectualmente.

Al Terapeuta Ocupacional encargado de la sala 9 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario José Gilberto Peña, quien con su apoyo se realizó el trabajo de campo y se obtuvo información valiosa para este trabajo.

Al Equipo interdisciplinar de la sala 9 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario, que gracias a su colaboración y participación fue posible la ejecución del estudio.

A las directivas del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario, que como institución nos abrió sus puertas y nos permitió realizar este trabajo de grado en sus instalaciones.

CONTENIDO

pág.

1. INTRODUCCIÓN 7

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 8

2.1. JUSTIFICACION 10

2.2. OBJETIVOS 12

2.2.1 GENERAL 12

2.2.2 ESPECÍFICOS 12

3. MARCO CONTEXTUAL 13

3.1 HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE (HDPUV) 13

4. MARCO TEORICO 22

4.1 DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL CRÓNICA 22

4.2 HOSPITALIZACION PROLONGADA 24

4.3 INIMPUTABILIDAD 26

4.4 ASPECTOS CONCEPTUALES ACERCA DE LA FAMILIA 28

4.4.1 Familia Y Discapacidad Psicosocial 30

4.5 EQUIPO INTERDISCIPLINAR EN SALUD MENTAL 35

4.5.1 La Institución 35

4.5.2 Trabajo En Equipo 36

4.5.3 Salud Mental Y Equipo Interdisciplinar 38

5. MARCO LEGAL 41

6. MARCOS DE REFERENCIA 43

6.1 MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA, Gary Kielhofner 43

6.2 MODELO ECOLOGICO-SISTEMICO (Bronfenbrenner) 47

7. METODOLOGÍA 49

7.1 TIPO DE ESTUDIO 49

7.2 POBLACION 49

7.2.1 Criterios De Inclusión: 50

7.3 FASES DEL PROYECTO 50

7.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS 51

8. RESULTADOS ____ *52*

8.1 RESULTADOS OBTENIDOS ____ **52**

8.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ____ **70**

9. CONCLUSIONES ____ *99*

10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO ____ *103*

11. RECOMENDACIONES ____ *104*

13. BIBLIOGRAFIA ____ *108*

14. ANEXOS ____ *112*

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Resultados obtenidos en la categoría: Influencia de la familia en el proceso de rehabilitación.
Tabla 2: Resultados obtenidos en la categoría: Influencia de la familia en el subsistema volitivo.
Tabla 3: Resultados obtenidos en la categoría: Influencia de la familia en el subsistema habituacional.
Tabla 4: Resultados obtenidos en la categoría: Influencia de la familia en el subsistema de ejecución.
Tabla 5: Resultados obtenidos en la categoría: Intervención con la familia en el proceso de rehabilitación y reinserción social.

LISTADO DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tipo de apoyo familiar recibido por los usuarios de la sala 9.
Grafico 2. Rango de edad de los usuarios del servicio de la sala 9.
Gráfico 3. Procedencia de los usuarios de la sala 9.
Gráfico 4. Zona Territorial de donde provienen los usuarios de la sala 9.
Gráfico 5: Escolaridad de los usuarios de la sala 9.
Gráfico 6: Diagnósticos de los usuarios de la sala 9.
Grafico 7: Víctima del delito cometido por el usuario de la sala 9.

LISTADO DE ANEXOS

Anexo A. Formato de caracterización sociodemográfica y familiar
Anexo B. Formato de entrevista
Anexo C. Consentimiento Informado
Anexo D. Cronograma
Anexo E. Presupuesto
Anexo F. Aspectos Éticos del Estudio

1. INTRODUCCIÓN

La rehabilitación psicosocial es definida por la OMS (1996) como un proceso que facilita oportunidades para que los individuos, que tienen una deficiencia, discapacidad o minusvalía producto de un trastorno mental, alcancen su óptimo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad.

Relacionado con el concepto de rehabilitación está el de recuperación, definido como un "proceso único, profundamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles, para vivir de manera satisfactoria, esperanzadora y contribuir a la sociedad"[1]. Esto quiere decir, que la rehabilitación busca, por una parte, aumentar las capacidades del sujeto y por otra lograr el desarrollo de recursos y apoyos en el entorno.

Los problemas de la persona en situación de discapacidad tienen que ver con el acceso social, y esto depende de la provisión de apoyos sociales que pueden facilitar este acceso y ayudar a la persona a mantenerse en una posición social.

La rehabilitación psicosocial, por lo tanto, no es la sustitución de discapacidades por capacidades, sino un conjunto de estrategias orientadas a promover la inclusión del individuo en su contexto social; sólo dentro de tales dinámicas se genera la capacidad, siendo la familia el principal contexto social que representa un aspecto fundamental en dicho proceso.

El presente trabajo de investigación describe y analiza la influencia de las familias en el proceso de rehabilitación psicosocial de los usuarios inimputables pertenecientes a la sala 9 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV), a partir de la percepción de los integrantes del equipo interdisciplinar de la sala 9, teniendo en cuenta como referentes teóricos el Modelo Ecológico Sistémico para abordar el componente familiar y el Modelo de la Ocupación Humana (MOH) para el análisis de los subsistemas volitivo, habituacional y de ejecución en los cuales influye la familia.

[1] Sareno B.; Montero F. (1993)."*La rehabilitación entre modelos y práctica*". Asociación Española de Neuropsiquiatría.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diversos estudios demuestran la importancia de la familia en el proceso de rehabilitación e inserción social de las personas con trastornos mentales, no obstante, no hay evidencia de investigaciones a nivel regional que tengan en cuenta el abordaje con las familias de personas en condición de inimputabilidad.

En el territorio Vallecaucano, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV), es la única Institución de Salud Mental que ofrece un servicio de rehabilitación psicosocial dirigido a personas en condición de inimputabilidad con discapacidad psicosocial[2], siendo este aspecto un elemento que favorece el desarrollo de procesos académicos e investigativos alrededor de temas como la inimputabilidad, la hospitalización prolongada, la discapacidad psicosocial crónica y el proceso de reinserción social de este grupo poblacional en particular.

En dicho servicio, se han adelantado investigaciones, en las disciplinas de Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Derecho, sin embargo, no se han llevado a cabo estudios cuyo eje central sean las familias de los usuarios o que contemplen la temática de familia como aspecto que pueda contribuir a favorecer el proceso de reinserción social y familiar de los usuarios.

Por otra parte, el servicio de sala 9 que atiende personas en calidad de inimputables del HDPUV, cuenta con un equipo interdisciplinar que consta de profesionales y estudiantes en práctica de las disciplinas de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, medicina y enfermería, y en algunos momentos estudiantes de fisioterapia y fonoaudiología quienes ocasionalmente implementan proyectos con los usuarios del servicio, sin acompañamiento permanente de un trabajador social en el servicio o estudiantes que realicen su practica en dicho espacio; es así como el abordaje desde dichas profesiones está centrado en procesos con el usuario, encaminados a potenciar habilidades o mejorar su desempeño y funcionalidad dentro del contexto hospitalario sin tomar en cuenta las redes de apoyo sociales y comunitarias tales como la familia y el contexto donde se verá inmerso el usuario una vez egrese de la institución.

[2] Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca. (2011).

En la sala de inimputables del HDPUV no hay un proceso de intervención suficiente, que involucre a las familias en el tratamiento de manera continua, que los prepare para apoyar el proceso de reinserción social una vez sus familiares egresen de la Institución, así como los procesos de seguimiento son escasos, teniendo en cuenta que sólo se realizan acciones puntuales en el área de psiquiatría.

Adicionalmente, se evidencia que el nivel de apoyo familiar recibido por la población de la sala 9 es muy reducido teniendo en cuenta que de los 32 usuarios que actualmente se encuentran en el servicio, tan solo 10 cuentan con apoyo familiar medido en términos de regularidad en las visitas (al menos una visita al mes) y llamadas telefónicas.

Por otra parte, según datos estadísticos de la sala de inimputables del HDPUV, del servicio han egresado 51 usuarios de los cuales el 30% han tenido recaídas, asociadas principalmente a aspectos relacionados con la suspensión del medicamento y el consumo de sustancias psicoactivas. Estos reingresos además de tener implicaciones negativas para los usuarios y sus familias, representan un incremento en los costos para la institución, por lo cual se hace necesario realizar estudios de este tipo porque benefician los procesos de rehabilitación, agilizándolos y mejorando la proyección de alta con mayores factores de protección alrededor de la persona en proceso de tratamiento.

Por lo tanto, esta investigación parte de una situación real de los usuarios en condición de inimputabilidad de la sala 9, y pretende dejar un precedente en el estudio de esta temática desde la visión de Terapia Ocupacional que dé cuenta de la importancia de incluir activamente a las familias en el proceso de tratamiento, por lo tanto, el trabajo se realizó a partir de siguiente pregunta de investigación: *¿Cómo influye la familia en el proceso de rehabilitación de los usuarios de la Sala 9, del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle?*

2.1. JUSTIFICACION

"El desarrollo de las concepciones sistemáticas en las ciencias de la salud implica la atención al usuario desde puntos de vista cada vez más integrales, que abarquen no sólo su individualidad y sus síntomas, sino que se extienda a factores de índole contextual como la familia y la comunidad"[3].

Teniendo en cuenta las pocas evidencias del abordaje con usuarios inimputables y sus familias, este estudio sirve como precedente para el desarrollo de nuevas investigaciones y como evidencia para el reconocimiento de la necesidad de crear estrategias terapéuticas que involucren activamente a las familias en el proceso de rehabilitación de los usuarios.

Adicionalmente, al identificar en qué aspectos del desempeño ocupacional traducido en efectividad de áreas y componentes de ejecución tiene influencia la participación de la familia en los usuarios, los terapeutas ocupacionales y demás profesionales del área de la salud mental, contarían con un insumo para orientar futuras intervenciones con los usuarios de la sala 9 y sus familias.

Las familias, quienes al ser involucradas en el proceso terapéutico de los usuarios, tendrán la posibilidad de desarrollar actitudes tales como la empatía y el reconocimiento de las habilidades y limitaciones de sus familiares, aspectos primordiales para el fortalecimiento de vínculos afectivos. Como también aptitudes necesarias para el reconocimiento y manejo de la enfermedad mental y sus implicaciones, para promover la independencia y autonomía de los usuarios que les permita asumir roles en el contexto social y familiar, y finalmente contribuir a reducir la carga de los cuidadores.

Para los usuarios, se obtendrán beneficios en términos de las ganancias afectivas y emocionales que representan para ellos contar con el apoyo y el acompañamiento de sus familiares, así como el incremento de la probabilidad de éxito en sus procesos de rehabilitación y posterior reinserción social.

[3] Fernandez Olazábal P, Louro Bernal I, Hernández Mandado P. *Elaboración de una Estrategia de Intervención Educativa para la Familia del Enfermo Mental*.

Abordar el tema permite contribuir, a la creación de estrategias institucionales que favorezcan una vinculación exitosa del usuario de sala 9 al contexto social, por lo cual se reducirá el riesgo de recaídas de los usuarios y posibles reingresos a hospitalización lo que representa un beneficio para la Institución en términos económicos, administrativos y terapéuticos.

Este estudio, representa un aporte científico, dado que proporcionará información de una temática poco abordada, adicionalmente, será útil como antecedente para fortalecer el campo de acción de Terapia Ocupacional en el área psicosocial y proyectar intervenciones basadas en la evidencia.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1 GENERAL

Describir la influencia de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial de los usuarios de la sala 9 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV).

2.2.2 ESPECÍFICOS

- Determinar los aspectos sociodemográficos y familiares que tienen incidencia en el éxito del tratamiento psicosocial de los usuarios de la sala 9 del HDPUV.

- Identificar la influencia de las familias en el proceso de rehabilitación psicosocial de los usuarios, a partir de las experiencias y percepciones del equipo interdisciplinar de la sala 9 del HDPUV.

- Analizar bajo el modelo de la Ocupación Humana la influencia de la familia en el desempeño ocupacional y en el proceso de rehabilitación psicosocial de los usuarios de la sala 9 del HDPUV.

3. MARCO CONTEXTUAL

3.1 HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE (HDPUV)

Reseña Histórica[4]:

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE, es una institución especializada en la intervención de todos los aspectos relacionados con la salud mental. Es de tercer nivel de atención, de carácter público y el centro de mayor complejidad psiquiátrica del suroccidente del país. Llegar a las instancias actuales, ha representado para el hospital un recorrido de alrededor de 70 años, desde la institución de custodia de los primeros tiempos al hospital de alta tecnificación del presente.

En 1940, la asamblea del Departamento, dicta una ordenanza dando vía libre a la construcción del hospital, pero solo 11 años después, se tenían las primeras construcciones, todavía sin la infraestructura suficiente para lo que se pretendía montar. En 1955, con la vinculación del departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, en calidad de ente consultor y responsable de las intervenciones clínicas, el hospital inicia su historia de posicionamiento asistencial y académico, que ha seguido marcando su trabajo. En este contexto recibe la visita de dos comisiones de organismos internacionales, en la década de los sesenta, que dieron testimonio del nivel de calidad de la época a pesar de las dificultades. En virtud del reconocimiento que hace OMS, de Centro Colaborador, al departamento de psiquiatría de la Universidad del Valle, el hospital queda como referente clínico de ese convenio, constituyéndose así en una institución pionera en la investigación y los tratamientos psiquiátricos modernos.

En los años noventa, vivió los problemas del sistema de salud del país, siendo gravemente afectado por ellos; sin embargo el compromiso de su talento humano, hizo que los procesos planeados para enfrentar la situación, no solo lograran

[4] Tomado de: Pagina web Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. http://www.hospitalpsiquiatricocali.com

mantener la calidad de los servicios sino que la mejoraran; en ese empeño el hospital ha logrado ser reconocido con el Certificado de Aseguramiento de la Calidad, ISO 9001 versión 2008 y en julio de 2009 con El CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN EN SALUD, otorgado por el ICONTEC y homologado internacionalmente por el I.S.Q.U.A. que lo posiciona como el primer centro psiquiátrico del país en obtener la Acreditación y como uno de los más prestigiosos de Latinoamérica.

Hoy, después de estos años de trabajo, el hospital es líder en intervenciones de acuerdo con las investigaciones científicas del momento, con protocolos ceñidos al rigor académico, es centro de educación universitaria donde se entrenan los pregrados de medicina, enfermería, psicología y otras disciplinas afines, de cinco universidades y los posgrados de psiquiatría, psicología clínica con énfasis en investigación y salud mental para enfermería, de la Universidad del Valle; se ha montado una unidad de atención del usuario para garantizar el cumplimiento de las necesidades del usuario, un sistema de información, que ha permitido documentar la pertinencia de programas especiales que el hospital ha creado como una contribución a la inversión social para la población vallecaucana y del sur occidente de Colombia, igualmente se viene haciendo énfasis en la garantía de la seguridad del usuario, siendo este aspecto de primer orden en el trabajo diario. Para llevar a buen término todo lo anterior, hay una gestión administrativa dirigida a mantener la institución en un adecuado cumplimiento de los indicadores financieros.

Misión:

Brindar a la comunidad servicios de salud mental integral, con respeto, calidad y seguridad; y contribuir en la formación académica e investigativa en disciplinas afines a la salud mental.

Visión:

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, Empresa Social del Estado, en el año 2013, será referente en prestación de servicios de salud mental integral, para la Nación y ocupara un lugar de reconocimiento internacional, en la investigación psiquiátrica, el manejo terapéutico, la formación de recurso humano y su gestión como empresa social.

Servicios:

El HDPUV es una Institución especializada en la intervención de todos los aspectos relacionados con la salud mental.

Esta entidad brinda a sus usuarios servicios de:

- Consulta externa
- Hospitalización
- Hospital Día
- Centro de Atención Día (CAD)
- Urgencias
- Farmacia
- Laboratorio
- Programa de Psiquiatría itinerante
- Atención Domiciliaria
- Actividades de promoción y prevención

El compromiso de esta institución está basado en ofrecer un servicio integral y de óptima calidad a sus usuarios, por lo cual cuenta con un manejo terapéutico interdisciplinario en las siguientes áreas:

- Psiquiatría
- Medicina general
- Enfermería
- Psicología
- Terapia ocupacional
- Trabajo Social
- Fisioterapia
- Fonoaudiología

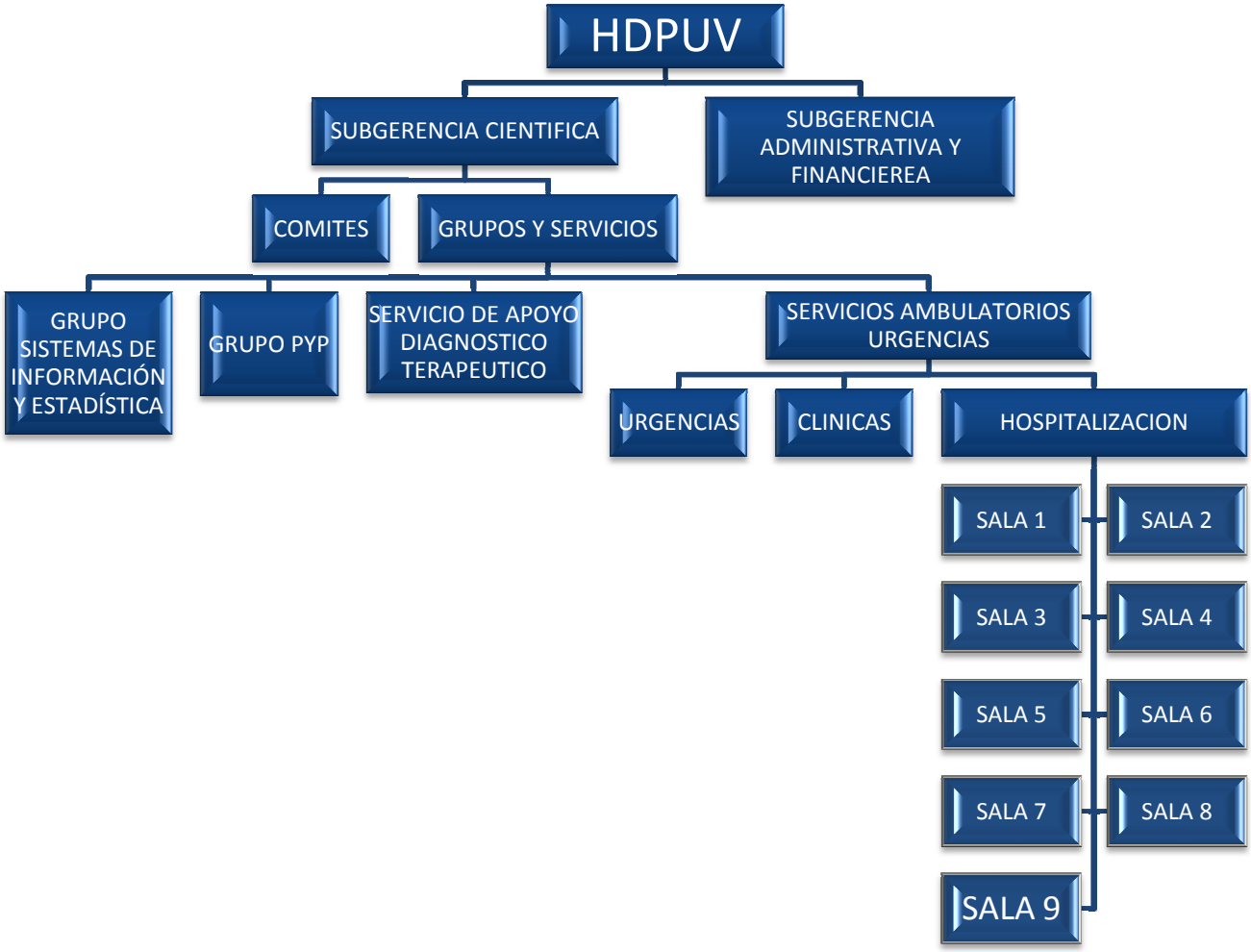
En la actualidad, el HDPUV tiene 9 salas de hospitalización y una adicional para la atención a emergencias, además de contar con una amplia planta administrativa y espacios exteriores e interiores dispuestos para el manejo terapéutico y esparcimiento de los usuarios de las diferentes salas y servicios.

3.2 SALA 9

La sala nueve fue creada en Enero de 2001 como parte de un convenio entre el HDPUV y el Ministerio de la Protección Social y el Departamento del Valle del Cauca, para aquellos usuarios con discapacidad psicosocial y judicializados por el Estado en condición de inimputabilidad, con el propósito de otorgarles un espacio Institucional en el que reciban un tratamiento terapéutico integral y que favorezca su situación mental y posterior reinserción socio laboral.

Organigrama Institucional

A continuación se presenta la ubicación del servicio de la sala 9 en el organigrama institucional del HDPUV.



Proceso de admisión e ingreso al servicio de la sala 9 de los usuarios declarados inimputables.

La característica particular para que un usuario ingrese al servicio de la sala 9, es que haya sido declarado inimputable, para lo cual, deben existir unas características judiciales y clínicas definidas a continuación:

- Judiciales: Que haya cometido un delito cuya gravedad amerite ser judicializado y del cual se haya determinado la culpabilidad por parte de un juzgado.

- Clínicos: Que haya existencia de algún tipo de psicopatología que sea comprobada por un profesional en el área de psiquiatría, que permita determinar que durante la acción del hecho punible, el usuario se encontraba sin la capacidad de auto determinarse.

El proceso de ingreso al servicio de la sala 9, inicia una vez se haya determinado la culpabilidad de la conducta punible definida por los juzgados y fiscales que investigan el caso, el abogado del detenido solicita una valoración por parte del perito psiquiatra para lograr determinar que el sujeto judicializado presente un trastorno mental, si esto es comprobado, durante la individualización y la judicialización se priva de la libertad al investigado y es enviado a los anexos psiquiátricos de las cárceles, en este periodo. Finalmente, mediante sentencia de un juzgado el Ministerio de la Protección Social se hace efectivo el traslado del usuario al servicio de la sala 9 del HDPUV.

- *Ingreso Administrativo de los usuarios declarados Inimputables la Sala 9 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E.*

1. Recepción de remisión enviada por el Ministerio de la Protección Social al director del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. informándole sobre la autorización en la prestación de servicios para el usuario.

2. Llegada del usuario a la institución por parte del INPEC o de la institución psiquiátrica que le estaba brindando tratamiento, adjuntan Historia clínica e Historia Jurídica.

- *Ingreso Terapéutico de los usuarios declarados inimputables de la Sala 9 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E.*

    1. Examen médico de ingreso.

    2. Examen psiquiátrico de ingreso.

    3. Orientación al paciente por parte del Terapeuta Ocupacional sobre el funcionamiento de la sala, normas de convivencia, horarios, toma de medicamento, iniciación del manejo terapéutico.

    4. Contacto con familia.

Proceso de egreso del servicio de la sala 9 de los usuarios declarados inimputables.

El egreso de los usuarios de la institución, es determinado por el Juzgado a cargo del caso, el cual exige el cumplimiento de los siguientes aspectos para solicitar el cambio de medida de seguridad:

1. Que el equipo interdisciplinar, haya determinado que el usuario alcanzó los objetivos terapéuticos propuestos para su proceso rehabilitador, entre los cuales se encuentran: que se encuentre orientado, con conciencia de enfermedad mental, adherencia a la toma del medicamento, mejoría en sus habilidades sociales, e independencia para la ejecución de sus actividades básicas de la vida diaria.

2. Que el usuario cuente con apoyo familiar.

3. Que se haya cumplido la condena, no obstante, cuando los criterios 1 y 2 se cumplen y la familia gestiona el egreso de la institución del usuario, es probable que el cambio de medida de seguridad se le sea otorgado, sin que el usuario haya culminado su tiempo de condena.

- *Egreso Administrativo de los usuarios declarados inimputables de la Sala 9 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E.*

- Recepción de la Orden de libertad proferida por el Juzgado de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad que lleva el proceso Jurídico.

- Llamada a familiares para la entrega, firma y orientación frente a las responsabilidades proferidas por el Juzgado.

- Diligenciamiento de la Historia Clínica, epicrisis de egreso, entrega a facturación y cierre de la factura.

- Acta de entrega del usuario a los familiares responsables.

- *Egreso Terapéutico de los usuarios declarados inimputables de la Sala 9 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E.*

1. Orientación por parte de la psiquiatra en relación a la toma de medicamentos en el hogar y manejo de la enfermedad mental.

2. Programación de citas de control con psiquiatría.

Proceso de tratamiento de los usuarios del servicio de la sala 9 del HDPUV

El equipo interdisciplinario que interviene en el servicio de la sala 9 consta de 10 profesionales

- Psiquiatra
- Terapeuta Ocupacional
- Psicóloga
- 6 Auxiliares de enfermería
- Jefe de enfermería

Además, actualmente consta de 11 estudiantes en práctica:

- 3 Estudiantes Practicantes de Terapia Ocupacional
- 2 Estudiantes Practicantes de Psicología
- 6 Estudiantes Practicantes de Medicina

Objetivos interdisciplinares del tratamiento en el servicio de la sala 9

Objetivo 1. Mejorar las actividades de la vida diaria en los horarios establecidos por el desarrollo de cada una de las actividades.

Objetivo 2. Potenciar las capacidades cognitivas, psicomotrices y adaptarse a la dinámica de la unidad.
Iniciar y finalizar las actividades de Rehabilitación psicosocial, cognitiva y psicomotriz.

Objetivo 3. Potenciar interacción social.
Participar en la dinámica del grupo, de forma positiva y aportando elementos propios.
Expresarse verbalmente en su relación con el resto del grupo, con un ritmo y tono aceptable.

Objetivo 4. Desarrollar habilidades sociales y de autocontrol.
Identificar las situaciones de estrés, dentro de la unidad y fuera de ella.
Conocer e identificar estrategias de afrontamiento y situaciones de riesgo.

Objetivo 5. Favorecer la conciencia de enfermedad.
Conocer e identificar la enfermedad y su manifestación
Conocer la medicación y situaciones conflictivas.

Objetivo 6. Desarrollar habilidades pre – laborales.
Asistir de forma autónoma a la actividad planteada en cada sesión.
Cumplir horarios y ser responsable de la tarea que realiza.
Comenzar y recoger herramientas y material sin necesidad de que se lo indique el terapeuta.

Objetivo 7. Reinserción laboral, potenciando las habilidades laborales.
Ser puntual y ser responsable.
Realizar las tareas que se le asignan y acabar estas con calidad.

Funciones individuales de los profesionales en el servicio de la sala 9

Psiquiatría:

1. Llevar a cabo la evaluación inicial del usuario
2. Definir plan de tratamiento farmacológico y terapéutico.
3. Ejecutar el plan de tratamiento farmacológico y terapéutico: seguimiento, modificaciones (si se requieren), evoluciones.
4. Definir y orientar al usuario y la familia en relación al tratamiento farmacológico en el hogar una vez el usuario egrese.
5. Ejecutar actividades de seguimiento (citas de control).

Psicología:

1. Participar en la formulación del plan de tratamiento.
2. Participar en la revista quincenal del servicio de la sala 9.

Terapia Ocupacional:

1. Programación y distribución de actividades del recurso humano.
2. Participación en la formulación del plan de tratamiento.
3. Ejecución y seguimiento del plan de tratamiento.
4. Favorecer la autonomía del paciente.
5. Fomentar el empleo de sus habilidades.
6. Fomentar el empleo de habilidades comunicativas y expresivas.
7. Fortalecer la motivación y la iniciativa hacia metas específicas de vida.
8. Promover la participación de la familia dentro del proceso del paciente.
9. Promover procesos cognitivos
10. Fomentar elaboración del duelo.
11. Fomentar el desarrollo y/o manejo de las condiciones de valía.
12. Promover interés por las diversas actividades
13. Favorecer integración y participación grupal.
14. Promover interés social para la cooperación hacia los demás.
15. Reducir niveles de ansiedad y estrés.
16. Favorecer psico-educación.
17. Favorecer adherencia al tratamiento.
18. Fomentar la conciencia de la enfermedad.
19. Elaborar información administrativas para el funcionamiento del proceso
20. Actividades de verificación asignadas.

4. MARCO TEORICO

A continuación, se realiza un análisis conceptual de las variables que caracterizan la temática abordada en el estudio: equipo interdisciplinar, adherencia terapéutica, relación terapéutica, discapacidad psicosocial crónica, estrategia de hospitalización prolongada, inimputabilidad, así como también una aproximación al concepto de familia, el marco teórico seleccionado para abordarlo en este estudio y su relación con la condición que caracteriza a los usuarios de la sala 9 (discapacidad psicosocial).

4.1 DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL CRÓNICA

Se entiende por población con discapacidad psicosocial crónica, aquella que incluye a: “Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos” (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981).

Con el fin de intentar evitar las connotaciones negativas y estigmatizantes del término “crónico o cronicidad”, últimamente en la literatura especializada se viene utilizando en vez del “enfermo mental crónico”, el término TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS) para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

El Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, supone la interacción de 3 dimensiones que representan a la población con TMS:

1. Dimensión DIAGNOSTICO: Se refiere a personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, tales como Psicosis y especialmente Esquizofrenia; así como psicosis maniaco-depresivas, trastornos depresivos graves, trastorno delirante y otros trastornos como algunos trastornos graves de personalidad.

2. Dimensión DISCAPACIDAD: Supone que muchas de las personas que sufren los anteriores trastornos, a consecuencia de los mismos o propiciado por ellos, presentan variadas discapacidades o déficit expresadas en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social. Como consecuencia, parece necesario utilizar parámetros de valoración del funcionamiento social que aporten información con respecto al grado de autonomía e independencia de la persona y de sus necesidades de supervisión y apoyo. En general, las personas con TMS presentan en mayor o medida déficit en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social (Blanco, A. y Pastor, A.):

- Autocuidados (deficiente higiene personal, manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables.
- Autonomía (Deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral)
- Autocontrol (Incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal)
- Relaciones Interpersonales (Falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales)
- Ocio y tiempo libre (Aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés)
- Funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información)
- Funcionamiento laboral (falta de experiencia o fracaso laboral, expectativas laborales desajustadas, falta de hábitos básicos de trabajo, dificultades de manejo sociolaboral)

Estas discapacidades o dificultades en su funcionamiento psicosocial hacen que muchos de ellos presenten problemas en el manejo de las exigencias de la vida personal y social y en el desempeño normalizados de roles sociales.}

3. Dimensión DURACIÓN: El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de

tratamiento y no de la enfermedad ya que es frecuente que exista un periodo premórbido o incluso con sintomatología activa.

En síntesis, la población con TMS incluye a aquellas personas que a consecuencia de los mismos presenta un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, lo que les lleva a tener dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social.

4.2 HOSPITALIZACION PROLONGADA

La modalidad de hospitalización prolongada se caracteriza por estancias extensas en la institución, en el caso puntual de la población objeto de estudio, es debido a su condición de inimputabilidad y a que sus trastornos mentales generalmente son crónicos.

La hospitalización prolongada implica diversos procesos que favorecen la rehabilitación del individuo. Por ejemplo, se considera que al contar con un contexto adecuado para la rehabilitación, equipado con diversos recursos materiales, espaciales y con un equipo interdisciplinar especializado, el individuo tiene mayores expectativas y condiciones para rehabilitarse exitosamente.

No obstante, la hospitalización prolongada, también se visualiza por algunos entes de opinión como un "generador de cronicidad", pues consideran que[5]:

• La institución absorbe parte del tiempo e interés de sus miembros proporcionándoles un mundo propio, lo que supone un deterioro de los usos normativos de convivencia básicos y de la capacidad de tomar decisiones.

• Obstaculiza la interacción social con el exterior, especialmente en instituciones cerradas y alejadas de núcleos urbanos.

[5] Molina Martín, Juan de Dios (2003). "*El papel del hospital de larga estancia en el proceso de rehabilitación*". Revista de Salud Mental nº 17 PAG 7–13. Madrid - España.

• No procura separaciones entre los ámbitos fundamentales de la vida: dormir, trabajar y recrearse.

• Separa radicalmente el mundo de los usuarios del mundo del personal tratante.

• Debilita progresivamente los lazos del usuario con su familia o red social natural.

• Supone una deprivación estimular que deteriora el proceso de comunicación.

Principios que regulan el funcionamiento de la hospitalización prolongada[6]

Pese a las críticas que han llevado a que esta modalidad de hospitalización haya ido reduciendo significativamente en los últimos años en países como España, Shepherd desarrolla extensamente unos principios que caracterizan la hospitalización prolongada, y que al ser aplicados favorecen el éxito de los procesos de rehabilitación. A continuación se describen algunos de los más relevantes:

a) Las **intervenciones individualizadas** constituyen uno de los aspectos primordiales de la metodología utilizada en estos dispositivos. Se elabora un programa individualizado, a partir de la evaluación realizada por parte del equipo. En este período se recogen los puntos fuertes y débiles del sujeto a partir de las aportaciones de todos los profesionales. Las metas se diseñan planteando pequeñas mejoras respecto a la conducta base del usuario.

b) Las **intervenciones se centran en cuestiones prácticas** relacionadas con la convivencia y la vida diaria, con el funcionamiento del usuario y el desarrollo de sus habilidades. Se emplean las intervenciones psicosociales habituales de los programas de rehabilitación (psicoeducación, entrenamiento en habilidades, estrategias de afrontamiento) junto a los tratamientos farmacológicos. La patología no se obvia, pero permanece en un segundo plano; los síntomas se abordan en la medida en que interfieren en el desempeño del usuario en su vida cotidiana. Shepherd cree que el hecho de priorizar el funcionamiento en vez de los síntomas encierra un mensaje de normalización hacia el usuario y le ayuda a disminuir los trastornos de comportamiento.

[6] MAESTRO Barón Juan C., JIMENEZ Estévez Juan F.(2008). *"Las necesidades de hospitalización prolongada".* Madrid.

c) La tercera característica alude a la importancia de **la calidad de la relación entre el personal y los usuarios**. Shepherd (10) afirma: "Calidad en este contexto no significa sólo respeto por el individuo y su singularidad, sino también la expresión de un interés genuino por la otra persona y la transmisión de calidez en la relación interpersonal". No obstante, es importante crear una atmósfera en el personal baja en emoción expresada y en criticismo, hostilidad y sobreimplicación entre el personal y los usuarios. Por lo tanto, la selección del personal, su formación regular y el apoyo y supervisión del mismo, son factores importantes para alcanzar los objetivos descritos anteriormente, evitando además, que los estresores externos que afectan al personal (conflictos dentro del equipo, problemas con la administración del hospital, moral baja) afecten la calidad del servicio prestado a los usuarios.

d) El último principio alude a la necesidad de mantener la **consistencia y continuidad de los cuidados a través de la coordinación y comunicación entre los miembros del equipo**. Según Shepherd (10), "Trabajar con esta clase de usuarios en este tipo de entornos es, por su naturaleza, difícil, absorbente y, a menudo, muy frustrante. Las metas deben ser pequeñas y tienen que plantearse despacio. Mantener la mejoría requiere crear y sostener un ambiente terapéutico de alta calidad a lo largo de períodos de tiempo muy prolongados. Por todos estos motivos, es importante que el equipo se mantenga cohesionado y motivado, dado que es una estructura frágil y delicada que necesita atención y apoyos constantes para conservar su funcionamiento".

4.3 INIMPUTABILIDAD

La inimputabilidad aplicada a la salud mental, "se considera a partir de la verificación de una situación fáctica como es la presencia de enfermedades o estados patológicos en la esfera psicosocial que afectan la capacidad del sujeto de comprender la ilicitud del hecho o determinarse de acuerdo con esa comprensión" [7].

El artículo 33 de nuestro Código Penal, consagra la fórmula de la imputabilidad, estableciendo que "Es inimputable quien al momento de ejecutar el hecho legalmente descrito, no tuviere la capacidad de comprender la ilicitud o de

[7] Congreso de Colombia. Código Penal Colombiano. Articulo 33.

determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental" A esta inimputabilidad le corresponde un tratamiento excepcional, el cual se encuentra delimitado por unas causales taxativamente establecidas en el referido Código Penal.

Dicho concepto de inimputabilidad es el opuesto al de imputabilidad que es la "Capacidad para conocer y valorar el deber de respetar la norma y de determinarse espontáneamente". De este modo, se concibe a la imputabilidad como una problemática que debe ser analizada desde la perspectiva de la capacidad psicosocial del sujeto que comete el delito.

Inimputabilidad en Colombia y sus causales[8]

Según la definición establecida en el código penal Colombiano son dos las consideraciones que deben tenerse en cuenta para calificar a un individuo como inimputable: La primera hace referencia a la capacidad del sujeto para comprender un acto como ilícito y la segunda de ellas al hecho de poder determinarse conforme a esa comprensión, de forma tal que en el evento de concretarse lo anterior se tendrá al individuo como un imputable y en el caso que la persona no logre efectuar alguna de las operaciones antes mencionadas será tenido como inimputable.

En lo concerniente a la aptitud para comprender la ilicitud del hecho, se relaciona con las condiciones mentales del individuo que le permiten realizar un juicio de valor sobre la conducta y por ende una representación anterior a la ejecución de la misma, de manera que pueda identificarla como reprochable y contraria a derecho.

Tratándose de la capacidad de dirigir la conducta conforme a la comprensión de la ilicitud, puede decirse que ésta hace alusión a la posibilidad que tiene el sujeto de adoptar un determinado comportamiento, teniendo la opción de elegir entre varias alternativas que pueden ser, o bien una acción de carácter lícito o una abstención de aquella que no lo es.

[8] Trespalacios Gaviria, Jorge. *Inimputabilidad*. Concepto y Alcance en el código Penal Colombiano.

En el evento de que el individuo infractor sea valorado como inimputable, el resultado de la acción le será atribuido e igualmente será sujeto responsable del mismo, tanto penal como civilmente. Así, quien es inimputable por padecer de un trastorno mental permanente será sometido a un tratamiento mediante internación en un establecimiento psiquiátrico o clínica que se adecue a sus necesidades, de acuerdo con el contenido del artículo 94 del Código Penal.

Si bien es cierto que el tratamiento recibido por un inimputable es menos drástico que el de un imputable, no por ello las medidas de seguridad pierden su carácter sancionatorio, pues el sujeto está respondiendo civil y penalmente e igualmente se le está atribuyendo el resultado de su acción.

En la actualidad, el sistema carcelario y de salud colombiano se enfoca en un manejo interdisciplinario del usuario inimputable durante su periodo de reclusión en la Institución Psiquiátrica, el cual es determinado por la evolución positiva que muestra el sujeto durante el tratamiento o por el tiempo establecido por el juez, ya que no tiene pena mínima ni esta puede ser mayor de 20 años.

4.4 ASPECTOS CONCEPTUALES ACERCA DE LA FAMILIA

El tema familia ha sido motivo de debate de numerosos disciplinas y estudiado a lo largo de la historia desde diversas perspectivas. Así se la definió inicialmente por su evolución (familia agrícola, luego industrial) y actualmente a raíz de modificaciones en la forma de convivencia y cambios en su organización surgen nuevas clasificaciones. Algunas definiciones de familia, que consideramos más pertinentes en el estudio, son las enunciadas por:

El concepto biopsicosocial de familia, sustentado en la teoría de sistemas afirma que “es un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en el que cada uno de sus integrantes interactúan como microgrupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad”.

La familia es, el lugar donde se juegan las posibilidades de adquisición en orden a la salud mental, que no es una cualidad estática que alguien posea en privado, es decir no se sostiene a sí misma, sino que se mantiene gracias a la cercanía y

apoyo emocional de otros, implicando un sistema de valores en donde el bienestar del individuo está vinculado a los integrantes del sistema primordial.

Tipos de familia[9]

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

Por su difusión, se considera que la familia nuclear derivada del matrimonio heterosexual es la familia básica. Sin embargo las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad. Esto explica, por ejemplo, el alto número de familias extensas en las sociedades tradicionales, el aumento de familias monoparentales en las sociedades industrializadas y el reconocimiento legal de las familias homoparentales en aquellas sociedades cuya legislación ha reconocido el matrimonio homosexual

Las familias pueden ser clasificadas de diversas maneras.

- Familia nuclear, formada por la madre, el padre y su descendencia.
- Familia extensa, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- Familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.
- Familia homoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) con una pareja homosexual.
- Otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.
- En muchas sociedades, también se presentan familias unidas por lazos puramente afectivos, más que sanguíneos o legales. Entre este tipo de unidades familiares se

[9] Bruce, J.Cohen; (1984), "*Teoría y problemas de introducción a la sociología"*, McGraw, México D.F

encuentran las familias encabezadas por miembros que mantienen relaciones conyugales estables no matrimoniales, con o sin hijos.

4.4.1 Familia Y Discapacidad Psicosocial

"La enfermedad mental de un miembro de la familia es un acontecimiento inesperado que interrumpe el sentido generalmente de continuidad en el ciclo de vida con un impacto profundo en los miembros de la familia" (Marsh y Dickens, 1997, p.51).

El grado de aceptación y tipo de enfrentamiento que ejerza la familia a dicha problemática está sujeto a aspectos tales como la concepción de enfermedad mental, la solidez de los vínculos familiares, los medios y recursos, e incluso el nivel de educación y habilidad para la resolución de problemas de sus miembros. Sin embargo, esta problemática, no deja de ser impactante y representar un gran desafío para la familia, dando lugar a que se presenten diversos sentimientos y reacciones tales como[10]:

- **Negación:** se caracteriza porque uno o varios miembros de la familia asumen una actitud centrada en negar la presencia de la problemática que genera la presencia de una persona con enfermedad mental o le restan importancia a este hecho, esto se manifiesta en conductas tales como: el uso de mecanismo defensivo arcaico, ocultamiento de síntomas, huida hacia delante (se multiplican las ocupaciones), resistencia a buscar ayuda profesional, se intentan normalizar las conductas del posible discapacitado.

- **Confusional:** esta reacción se caracteriza por la generación de un caos al interior de la familia y de la dinámica dentro de la misma al conocer la presencia una discapacidad psicosocial. Se caracteriza por conductas como: el caos impregna a toda la familia, evidente riesgo de desintegración del sistema familiar, cambios radicales en las rutinas y dinámicas familiares, no se comprende el alcance de la enfermedad, se multiplican las consultas a especialistas o curanderos.

- **Paranoide:** La familia asume conductas proyectadas a culpar a otros tales como considerar que "el enemigo" está fuera (el sistema sanitario, el gobierno, la otra parte de la familia y demás entes externos), conductas defensivas y reivindicativas

[10] Anderson, Carol; Reiss, Douglas; Hogarty, Gerard (1986). "*Esquizofrenia y Familia"*. Buenos Aires: Amorrortu

de los derechos, se multiplican las querellas: hacia el hospital, el médico, entre otros.

- **Depresiva:** La familia se culpa y se sume en estados de tristeza, vergüenza, culpa, sobreprotección y aislamiento.

Habitualmente, la mayoría de familias pasa por una serie de fases desde el momento inicial en el que comienzan a ver que a su familiar le ocurre algo hasta que, pasado un tiempo lo aceptan y se adaptan a la nueva situación[11].

Fase de alarma

- La enfermedad puede aparecer de forma brusca o progresivamente con pequeñas alteraciones del comportamiento y cambios en el estilo de vida del afectado. Estamos en el primer brote de la enfermedad. La familia no entiende qué está pasando, se hacen preguntas.

- Suele haber mucha desorientación, la familia no sabe qué hacer.

-Se suele buscar la causa del problema y cualquier explicación banal resulta tranquilizadora.

-Se confunden los primeros síntomas de la enfermedad con el desarrollo personal o circunstancias estresantes de la vida ("será cosa de la edad", "le habrá pasado algo en algún sitio o con alguien"), cambios temporales.

- La familia suele responder a veces minimizando el problema, restándole importancia y, a veces, negando el problema.

- Unos miembros de la familia toman la actitud de esperar a ver cambios y otros se muestran más ansiosos y preocupados. En ocasiones, las distintas actitudes ante el problema pueden crear conflictos.

- Esta primera fase es una fase de incertidumbre al no saber realmente qué le está ocurriendo al familiar afectado.

[11] Roger Bastide: "*Sociología de las enfermedades mentales"*. Siglo XXI Editores SA

Fase de resistencia

- Esta fase comienza cuando el estilo de vida de la persona afectada se agrava y ya no se le puede restar importancia, el comportamiento extraño del familiar continúa haciéndose más notable (se sale de las normas, no se adapta). Ya no se pueden tomar como cambios temporales.

- Coincide con las sucesivas recaídas e ingresos... “el problema comienza a parecer irresoluble”.

- Pueden aparecer sentimientos de frustración, ansiedad, miedo, irritabilidad, dificultad para dormir, pérdida de apetito: la familia reconoce necesidad de apoyo profesional.
- Suelen aparecer sentimientos de rencor frente al familiar con esta enfermedad, acusaciones, deseos de perderle de vista. A veces, se producen discusiones, acusaciones, incluso abandono del hogar.

- La familia se moviliza ante la clara actitud no sana del familiar afectado.

- La idea de una enfermedad duradera no se puede entender, se cree que se curará como otras enfermedades, se espera una solución a corto plazo.

- Se dan diferentes actitudes en los miembros de la familia:
• Familiares muy preocupados por los cambios
• Familiares que se alejan de la persona con enfermedad
• Familiares que no dan importancia a la situación y no la valoran en su justa medida.

Fase de agotamiento

- Después de varios meses se debilitan las fuerzas. La familia va viendo que la persona con enfermedad mental no vuelve a su estado anterior al primer brote.
- En la persona con enfermedad mental predominan los síntomas negativos (p.ej. pérdida de hábitos, apatía, desinterés general…)

- Se puede llegar a ver a la persona con enfermedad mental como un inválido que necesita cuidados y vigilancia constantes, lo que puede dificultar su adaptación y rehabilitación. De esta manera se hacen más dependientes.

- La persona con enfermedad mental se convierte en el eje central de la familia y se le dedica más tiempo y atención. O por el contrario es segregado y excluido.

-La familia se aísla socialmente por vergüenza y miedo.

Fase de aceptación

- Muchas familias no logran afrontar adecuadamente esta situación, por lo cual algunas se desentienden de su familiar o si han encontrado asistencia hospitalaria se desvinculan de sus procesos terapéuticos, aun más cuando estos se encuentran hospitalizados y pareciera que "ya hay quien se haga cargo".
- Por el contrario, otras familias logran aceptar esta situación y afrontarla recurriendo al apoyo de instituciones y profesionales en salud mental, y siendo participes en el proceso de rehabilitación e inserción social de su familiar.

Alteraciones en los roles y funciones familiares ante la discapacidad[12]

Si surge una discapacidad, la distribución de roles y funciones familiares necesita redefinirse (Rolland, 2000). Esa redefinición será tanto más profunda, y potencialmente más complicada, cuanto más importantes eran los roles o las funciones familiares de la persona en situación de discapacidad. En este sentido, la condición de salud de cualquiera de los padres supone una mayor tasa de cambio, en la medida en que, además del cuidado, impone la necesidad de que alguien se ocupe de ganar el dinero, arreglar la casa, preparar las comidas, imponer autoridad, prodigar cuidados, etc.

Cuando quien posee la discapacidad es un hijo, el ajuste estructural es menor (aunque no así el emocional), necesitándose de las características de la discapacidad y del apoyo que recibe el cuidador, la carga será llevadera o bien implicara una renuncia y un esfuerzo poco menos que heroicos.

Los roles de cuidador familiar, quien está al cargo de las necesidades del discapacitado y los que deja este, generalmente se adscriben a la misma persona. Podrían ser distribuidos entre todos los miembros de la familia, pero no suele ser

[12] Navarro, Gongora José, (2004) "*Enfermedad y Familia, Manual de intervención psicosocial"*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. Pág. 84

el caso: alguien asume toda la carga. La adscripción suele ser cultural y sigue una pauta ligada al género: los hombres heredan funciones ejecutivas (la dirección del negocio familiar, por ejemplo), y las mujeres funciones de servicios (el cuidado del enfermo, por ejemplo).

A veces surgen problemas en la negociación misma del rol, lo que resulta más probable si la persona con discapacidad es la madre. En estos casos la adscripción cultural puede verse desafiada por otros valores o prioridades, como son que la(s) hija(s) mayor(es) tenga(n) también posibilidades de terminar una carrera y de formar relaciones de pareja; disfrutar de los mismos privilegios que tuvieron los padres. La hija (el hijo) puede considerar que es función del padre el hacerse cargo de la madre, al fin y al cabo es su esposa.
En los casos de condiciones gravemente incapacitantes de uno de los padres (o de uno de los hijos con un papel importante dentro de la familia), las funciones y roles que esta persona desempeñaba las tiene que asumir el resto de la familia, lo que exige, también, una negociación más o menos explícita entre quien tiene que delegar la función y quien(es) tiene(n) que asumirla. En este tipo de negociaciones resulta característico que la persona discapacitada entienda que puede retener mas roles y funciones que los que juzga apropiados el resto de la familia. Si tales roles y funciones llevaban aparejadas cuotas de poder o de prestigio (o una gran parte de la identidad del padre dependía de los roles que desempeñaba), este debe experimentar una pérdida considerable, con su consiguiente duelo. Asumir nuevos roles y funciones por parte del esposo sano es, a veces, un proceso costoso.

Así, la madre sana puede encontrar que no sabe cómo jugar roles de control y ejecutivos con los hijos, mientras que el padre sano descubre lo difícil que resulta desarrollar funciones afectivas y de servicios. En todos los casos, la familia por entero, pero sobre todo quien juega el rol de cuidador, descubre hasta qué punto el problema interfiere con su proyecto de vida e, incluso, con hábitos elementales de la vida cotidiana.

Cuando los cuidadores familiares son los hijos pueden presentarse problemas alrededor de la época de emancipación. La aceptación del rol de cuidador que se hizo en un momento dado ve cuestionada su validez cuando es tiempo (o comienza a pasar el tiempo) de que el hijo lleve una vida independiente. Los problemas de este tipo no se han de completarse como producto del egoísmo o la falta de amor o de escrúpulo de la hija(o), sino más bien como expresión de la necesidad de vivir la propia vida, lo que es normal, reclamando el relevo en un rol

que desempeño por cierto tiempo. Por otro lado, se suele olvidar que asumir el rol de cuidador primario implica un proceso de ajuste entre dos personas. El cuidador y la persona con discapacidad (Feigin, 1994), proceso lleno de miedos mutuos, de intereses muy diferentes, que puede verse, además, complicado por factores culturales (Rolland, 1994) y de la enfermedad misma (Weingarten y Weingarten Worthen, 1997).

4.5 EQUIPO INTERDISCIPLINAR EN SALUD MENTAL

4.5.1 La Institución

La atención en Salud Mental, como en otros dispositivos de atención psicosocial, tiene como característica común que está desarrollada por equipos (grupos) formados por individuos que crean relaciones interpersonales de interdependencia, no solo respecto a las tareas sino también de carácter afectivo. Como es sabido, las relaciones que se pueden dar dentro del grupo pueden ser variadas: satisfactorias o insatisfactorias, de presión, de conformismo, de solidaridad, de pertenencia, de utilización.

También el grupo puede generar cobertura para defenderse de la presión de la organización o de los individuos a los que va destinada su atención.

A su vez el grupo necesita una organización que articule la tarea para realizar el objetivo común, de tal manera que toda modificación en un elemento de la organización conlleva una modificación para todos los demás.

Los profesionales suelen mantener relaciones ambivalentes con la institución a la que pertenecen, en la que se pueden sentir protegidos pero a la que también pueden vivir como agresora.

Es conocida por todos la complejidad de la Institución pública en general y la aquí referida, la sanitaria en particular. Los canales comunicacionales administrativos y los métodos de control son dos ejemplos de las dificultades que los equipos encuentran a la hora de realizar la tarea y puede que esas dificultades «administrativas» sean las principales con las que se han de enfrentar o por lo menos las más difíciles de resolver (Guimón, 2002).

4.5.2 Trabajo En Equipo[13]

El trabajo en equipo tiene beneficios en cuanto a la efectividad y mejora de la calidad en todos los ámbitos de trabajo donde se necesita la participación de diversas disciplinas y profesionales, los cuales son orientados hacia objetivos comunes.

Muchos de los fenómenos, situaciones y problemas sobre los que intervienen los distintos servicios y recursos son complejos y han de analizarse, comprenderse y atenderse desde diferentes niveles y estamentos profesionales. Esto resulta especialmente relevante en la atención social, sanitaria y sociosanitaria en la que presta servicio la Terapia Ocupacional.

Definición

Según manifiesta Cucurella, la suma de individuos no constituye un grupo. La misma autora señala que el grupo se constituye cuando esos individuos interaccionan mediante la comunicación, pasando a formar equipo cuando trabajan mediante un método basado en normas, mejoras de calidad y objetivos concretos, con una duración dependiente del objetivo perseguido.

Carreño define el equipo como “la suma de personas unidas por el deseo de lograr objetivos compartidos y entre los que prevalecen los procesos de cooperación sobre los de competencia”.

Katzenbach y Smith proponen, por su parte, la siguiente definición: “equipo es el conjunto de personas, pocas, con capacidades complementarias, comprometidas para desarrollar un propósito común, con un conjunto de objetivos en cuanto a resultados y con un enfoque determinado. Se considera conjuntamente responsable de todo”.

Cucurella aconseja que el equipo no esté constituido por más de siete personas y, si es posible, que el numero sea impar. La autora basa estas recomendaciones en una cuestión de tiempo y disposición de la gente, ya que cuanto mayor sea el

[13] Begoña, Polonio. (2003). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Editorial Médica Panamericana, S.A. 1ª edición,. Pág. 171

número de miembros más dificultades habrá para encontrar el momento en el que todos puedan asistir a las reuniones, siendo muy importante que estén todos para que puedan aportar sus observaciones sobre los temas tratados.

Un equipo no existe por el mero hecho de que exista un grupo de individuos motivados para constituirlo. Es necesario que se promueva un proceso dinámico hacia unos objetivos concretos señalados, utilizando una metodología u organización determinada. El equipo es una estructura viva y dinámica; critica, evalúa, modifica y reformula sus objetivos y los medios en los que trabaja.

Siguiendo de nuevo con Cucurella, los aspectos indispensables para constituir un equipo son: la colaboración para conseguir un objetivo común; trabajar unidos para poder conseguir dicho objetivo; aceptar e integrar las aportaciones de los distintos miembros y desarrollar una participación activa y dinámica en todo el proceso. El primer paso de un equipo es transformar las orientaciones generales sobre un propósito común en objetivos específicos y mensurables. Estos objetivos lo que hacen es definir un producto de trabajo para el equipo que no es lo mismo, según Leturia y Cols., que los fines generales de la organización o que la suma de los objetivos de trabajo individuales. Estos objetivos permiten al equipo mantenerse centrado en la consecución de los resultados buscados. Sirve para conducir el equipo sin que se produzca desviaciones por motivos internos o externos y también sirve de acicate para todos los miembros del equipo.

Según Leturia y Cols., el propósito de equipo y los objetivos de rendimiento del mismo van unidos. Un propósito de equipo es una creación conjunta que existe solamente con el esfuerzo cooperativo del equipo. Así los objetivos específicos ayudan al equipo a mantener el control y a responsabilidad sobre el proceso; el propósito, sus aspiraciones más altas, aporta tanto el significado como la energía emocional.

Características del trabajo en equipo

1. La necesidad de comprender y aceptar los principios del trabajo en equipo. Esto es, comprender que es necesaria la colaboración de todos para conseguir un objetivo común que permita a los componentes del equipo trabajar unidos, cada uno desde su saber profesional, para poder obtener la meta marcada y evaluar sus efectos; comprender y aceptar que es necesario asumir consensuadamente las aportaciones de los distintos

miembros; y comprender y aceptar que es necesaria una participación activa y dinámica en todo el proceso de trabajo del equipo.

2. La necesidad de contar con habilidades para el trabajo en equipo. Estas habilidades se adquieren a través de una buena formación teórica en los conocimientos de la propia disciplina de cada uno de los miembros del equipo; una buena base teórica de conocimientos sobre el trabajo en equipo, que puede haberse adquirido *a priori* o puede darse durante la constitución y desarrollo del propio equipo; la existencia de voluntad, predisposición y deseo de los profesionales que integran el equipo; y utilización de los instrumentos propios del trabajo grupal, entre otros.

Hay que tener presente que le trabajo en equipo no es sinónimo de calidad, y no es la única vía para la planificación, mejora y atención adecuada; en muchas ocasiones, si no es todas, es necesaria la combinación de acciones individuales junto con el trabajo del equipo.
La composición del equipo viene determinada, como otros aspectos, por el objetivo del mismo. En general, los equipos están compuestos por los profesionales más implicados en el tema y se utilizan todas las disciplinas que inciden o deben incidir para conseguir el objetivo marcado.

4.5.3 Salud Mental Y Equipo Interdisciplinar

"El concepto de Salud Mental y el modelo de equipo de Salud Mental, están íntimamente relacionados, ya que las modalidades que se pretenden del segundo, dependen de la ideología que sustenta el primero.

Por ello, el concepto de Salud Mental que privilegia la dimensión social del mismo, exige un equipo de Salud Mental interdisciplinario que privilegie, igualmente, la participación no solo de psiquiatras y psicólogos, sino de sociólogos, antropólogos, terapistas ocupacionales, asistentes sociales, educadores, juristas, arquitectos, urbanistas y todo profesional relacionado a la vida social."[14]

[14] Dr. Montaño everth. Políticas de salud mental. Consulta en línea 20 de agosto de 2011: http://www.univalle.edu/publicaciones/revista_salud/revista02/pagina15.ht

El ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar, por tanto es un lugar donde concurren diferentes profesionales, diferentes modelos teóricos de intervención, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones y mandatos institucionales e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención.

Si se hace un inventario de las distintas actividades que los profesionales de la Salud Mental tienen que desarrollar para abarcar la atención de este modelo, se podrían catalogar en una tipología denominada de «tipos extremos» (Guimón, 2002).

En un extremo de la escala estaría el grupo de actividades que suponen que la Salud Mental (sobre todo la Psiquiatría) elige como objeto de su estudio y de sus intervenciones al cerebro humano, sin hacer mención del ambiente que lo circunda. Y en el otro extremo se encontrarían las concepciones que estudian los fenómenos sociales en conjunto y cómo modificarlos, casi sin tener en cuenta el cerebro humano. Aunque esta bipolaridad es artificiosa, sí ayuda a entender que la atención en Salud Mental abarca distintas corrientes y formas de mirar la enfermedad mental.

La relación estaría formada en un extremo por la corriente biologicista, pasando por la corriente conductista, las doctrinas introspectivas como el psicoanálisis, las doctrinas de las relaciones interpersonales que relacionan los trastornos psíquicos con la interacción de los individuos en sus distintos grupos de pertenencia (modelo sistémico) y en el otro extremo estaría la concepción de abordajes llamados antipsiquiátricos, que consideran que lo que se debe tratar es la situación alienante de la sociedad y no al «supuesto enfermo mental».

¿QUIÉNES SON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL?[15]

La atención a la Salud Mental Comunitaria ha hecho siempre hincapié, entre otros aspectos, en la necesidad de una tarea realizada en equipo. Para ello se crearon los Equipos de Salud Mental, equipos formados por distintos profesionales y distintas áreas de conocimiento.

[15] Garcia, Lopez, Salud Mental Comunitaria ¿una tarea interdisciplinar?. http://www.ucm.es/BUCM/revistas/trs/02140314/articulos/CUTS0404110273A.PDF

En cuanto a quiénes deben llamarse profesionales, el calificativo se ha extendido a todas las categorías de trabajadores en el campo de la Salud Mental, excluyendo a los administrativos y a los Servicios Generales.

Los profesionales que suelen formar estos equipos son: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y con frecuencia terapeutas ocupacionales.

Los componentes de los equipos aportan su punto de vista en las diferentes actividades que asume el Servicio. En general podría decirse que el psiquiatra aporta la visión médico-psiquiátrica; el enfermero la de las necesidades vitales generales; el trabajador social la visión social y familiar y el psicólogo clínico los datos provenientes de la exploración psicológica.

EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR[16]

La aplicación de la Terapia Ocupacional tiene mayor sentido desde un enfoque interdisciplinar. Aporta al resto del equipo el punto de vista del especialista en la comprensión y análisis de la ocupación humana.

El objetivo final del trabajo en equipos interdisciplinares donde participa el terapeuta ocupacional consiste en la mejora de la calidad de vida del ser humano. Parte del rol del terapeuta ocupacional consistirá en dar a conocer los puntos de vista de la profesión, con el fin de que el resto de los integrantes del equipo puedan beneficiarse de la participación del terapeuta ocupacional. En lo que se refiere al proceso de planificación, resolución de problemas y evaluación de resultados, el terapeuta ocupacional podrá participar con sus conocimientos técnicos como muchos otros profesionales que estén formados en técnicas de organización, evaluación y planificación.

[16] Begoña, Polonio. (2003). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Editorial Médica Panamericana, S.A. 1ª edición,. Pág. 179

5. MARCO LEGAL

La atención de las personas inimputables está enmarcada bajo la ley 65 de 1993, por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario y la ley 599 de 2000 por la cual se expide el Código Penal.

El Código Penitenciario y Carcelario dicta en su artículo 24: "ESTABLECIMIENTOS DE REHABILITACIÓN Y PABELLONES PSIQUIÁTRICOS. Los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos son los destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, según dictamen pericial.
Estos establecimientos tienen carácter asistencial y pueden especializarse en tratamiento psiquiátrico y de drogadicción y harán parte del subsector oficial del sector salud.
El Gobierno Nacional en el término no mayor de cinco años incorporará al Sistema Nacional de Salud, el tratamiento psiquiátrico de los inimputables, para lo cual éste deberá construir las instalaciones y proveer los medios humanos y materiales necesarios para su correcto funcionamiento. Durante el mismo plazo desaparecerán los anexos o pabellones psiquiátricos de los establecimientos carcelarios y su función será asumida por los establecimientos especializados del Sistema Nacional de Salud.
Mientras se produce la incorporación ordenada en el presente artículo, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario organizará una dependencia especializada para la administración y control de los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos y podrá contratar con entes especializados del Sistema Nacional de Salud el tratamiento de los inimputables".

Mientras que el Código Penal establece en su artículo 33 "Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez sicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares". Además los artículos 70 y 71 respectivamente señalan: "Internación para inimputable por trastorno mental permanente. Al inimputable por trastorno mental permanente, se le impondrá medida de internación en establecimiento psiquiátrico, clínica o institución adecuada de carácter oficial o privado, en donde se le prestará la atención especializada que requiera.

Esta medida tendrá un máximo de duración de veinte (20) años y el mínimo aplicable dependerá de las necesidades de tratamiento en cada caso concreto. Cuando se establezca que la persona se encuentra mentalmente rehabilitada cesará la medida.
Habrá lugar a la suspensión condicional de la medida cuando se establezca que la persona se encuentra en condiciones de adaptarse al medio social en donde se desenvolverá su vida.
Igualmente procederá la suspensión cuando la persona sea susceptible de ser tratada ambulatoriamente.
En ningún caso el término señalado para el cumplimiento de la medida podrá exceder el máximo fijado para la pena privativa de la libertad del respectivo delito".
"Internación para inimputable por trastorno mental transitorio con base patológica. Al inimputable por trastorno mental transitorio con base patológica, se le impondrá la medida de internación en establecimiento psiquiátrico, clínica o institución adecuada de carácter oficial o privado, en donde se le prestará la atención especializada que requiera.
Esta medida tendrá una duración máxima de diez (10) años y un mínimo que dependerá de las necesidades de tratamiento en cada caso concreto. La medida cesará cuando se establezca la rehabilitación mental del sentenciado.
Habrá lugar a la suspensión condicional de la medida cuando se establezca que la persona se encuentra en condiciones de adaptarse al medio social en donde se desenvolverá su vida.
Igualmente procederá la suspensión cuando la persona sea susceptible de ser tratada ambulatoriamente.
En ningún caso el término señalado para el cumplimiento de la medida podrá exceder el máximo fijado para la pena privativa de la libertad del respectivo delito".
Según los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia expuestos por el Ministerio de la Protección Social, para la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental de la población con trastornos mentales se debe tener como estrategia la incorporación de la persona con trastorno mental y sus familiares en el manejo de su problema mental. Esto nos afirma que el Estado no desconoce la importancia de la participación de la familia en el proceso de rehabilitación de esta población.

Participación de los pacientes, las familias y las comunidades: en el contexto de la política se promoverá que las personas con problemas mentales, sus familias y las comunidades sean involucradas en el manejo de dicho problema; reconociendo también, el papel crucial del cuidador en el manejo de la persona con trastorno mental y las necesidades de los cuidadores para que cumplan de manera adecuada su papel.

6. MARCOS DE REFERENCIA

La disciplina de Terapia Ocupacional cuenta con diversos modelos y marcos de referencia que guían su quehacer y le dan sustento a sus acciones. En este estudio, se ha empleado el Modelo de la Ocupación Humana (MOH), como base teórica, pues logra integrar conceptos teóricos dentro de una representación de la ocupación humana aplicada tanto en la práctica como en la investigación de Terapia Ocupacional en el área de la salud mental.

6.1 MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA, Gary Kielhofner [17]

Este modelo propio de la Terapia Ocupacional, plantea que la participación y el desempeño ocupacional emerge de la relación entre la persona con las condiciones del ambiente, donde la persona se compone de los siguientes subsistemas: a) volición, b) habituación, y c) capacidad de desempeño.

A continuación se realizara una descripción de las variables fundamentales del Modelo de la Ocupación Humana.

VOLICIÓN

El modelo plantea que una necesidad universal de hacer es expresada en forma única a través del desempeño ocupacional de cada persona. Las elecciones que la persona realiza para actuar son vistas como el resultado de la volición. La volición incluye los valores, la causalidad personal, y los intereses. Estos se relacionan con lo que uno encuentra importante, con cuan efectivo se siente uno al participar en el mundo, y con lo que uno encuentra placentero y satisfactorio. La Causalidad Personal, los Valores, y los Intereses se interrelacionan y juntos constituyen el contenido de nuestros sentimientos, pensamientos y decisiones acerca de participar en ocupaciones.

Causalidad personal

La causalidad personal se refiere a lo que las personas creen de su propia efectividad. Incluye: a) conocimiento de capacidad, el reconocimiento y la actitud en relación a las capacidades presentes y potenciales, y b) el sentido de eficacia

[17] Kielhofner, G. (2002). *Modelo de la Ocupación Humana, Teoría y Aplicación*. (3rd. Ed.). buenos aires. Medica Panamericana.

que incluye la percepción de control y del como uno controla su propio desempeño y logra resultados de desempeño esperados.

Valores

Los valores se refieren a lo que uno visualiza que vale la pena hacer, y cómo cree que debería realizar el desempeño. Reflejado en los valores se encuentra el sentido común que guía el tipo de vida que la persona busca. Los valores producen emociones intensas referentes a como debe ser la vida y a como uno debe comportarse.

Intereses

Los intereses reflejan tanto las disposiciones naturales como gustos adquiridos. Los intereses incluyen: a) la disposición a disfrutar ciertas ocupaciones o ciertos aspectos del desempeño de estas, denominadas como atracción y b) preferencia, que es el conocimiento de que uno disfruta formas específicas de realizar las actividades

HABITUACIÓN

Se refiere a la adquisición y exhibición de ciertos patrones recurrentes de desempeño ocupacional que conforman la mayoría de la vida diaria de las personas. Estos patrones son regulados por los hábitos y roles. El proceso de adquisición y repetición de estos patrones de desempeño ocupacional es denominado Habituación.

Hábitos

Los Hábitos permiten que el desempeño ocupacional evolucione en forma automática. Ellos mantienen la manera de hacer las cosas que hemos aprendido y repetido. Los Hábitos se reflejan en: a) el desempeño en actividades rutinarias, b) el típico uso del tiempo, y c) los estilos de desempeño (por ejemplo, hacer las cosas en forma rápida o lenta).

Roles

La participación ocupacional también refleja los roles que uno ha interiorizado. Las personas se identifican a sí mismas como esposos, padres, trabajadores o estudiantes cuando participan en estos roles. Estos roles en que uno participa crean expectativas de ciertos tipos de desempeño ocupacional, y la competencia en ellos depende del ser capaz de cumplir razonablemente con esas expectativas.

Interrelación de Hábitos y Roles:
Los hábitos y los roles, juntos, nos permiten reconocer características y situaciones en el ambiente y responder automáticamente a ellas. Los roles nos guían a como desempeñarnos en posiciones sociales, los hábitos regulan otros aspectos la rutina de un individuo y formas de desempeñar las ocupaciones. Mucho de la participación ocupacional pertenece a un patrón conocido de la vida diaria. La adaptación ocupacional significa ser capaz de mantener un patrón que sea tanto satisfactorio para uno mismo como uno que cumpla con expectativas razonables del medio ambiente. El MOHOST provee una oportunidad de obtener información acerca de los roles que la persona ha interiorizado y acerca de como la persona los lleva a cabo. También otorga una oportunidad de examinar las rutinas diarias en la vida de una persona.

CAPACIDAD DE DESEMPEÑO

La Capacidad de Desempeño corresponde al tercer elemento de la persona que hace posible el desempeño en las ocupaciones diarias. La Capacidad de Desempeño encierra una relación compleja de capacidades básicas pertenecientes a los sistemas internos del organismo tales como los sistemas músculo-esquelético, circulatorio, pulmonar, neurológico, cognitivo. Estas capacidades básicas al interactuar con factores ambientales permiten a la persona expresar habilidades en la ocupación.

El Ambiente
El ambiente impacta la participación ocupacional a través de: a) otorgar oportunidades y recursos, y b) creando las condiciones que desafían y demandan ciertas condiciones de participación en las personas.

El ambiente se conceptúa comprendiendo las dimensiones física, social, económica y política. La dimensión física consiste de espacios y de objetos. Los espacios se refieren a contextos tanto naturales como fabricados con los cuales las personas pueden interactuar.
El ambiente social incluye grupos de personas y formas ocupacionales en las cuales la persona se desempeña. Los grupos sociales otorgan y definen expectativas para los roles y constituyen un espacio social en el cual esos roles son desempeñados. El clima ambiental, las normas de un grupo otorgan oportunidades y demandan ciertos tipos de desempeño ocupacional.

Las formas ocupacionales se refieren a “las cosas que hacer “dentro de un contexto ambiental determinado. Las formas ocupacionales son reconocibles, coherentes y significativas para el desempeño, las que se mantienen en el conocimiento colectivo. Se han nombrado como “limpieza de la casa”, “jugar a la canasta”, leer un libro, etc. Consecuentemente la forma ocupacional que es parte del típico desempeño ocupacional de un grupo es algo que los miembros reconocerán y tendrán un lenguaje para describirla.

El ambiente en el cual uno desempeña ocupaciones es una combinación de aspectos físicos y sociales. Estos contextos ocupacionales están compuestos por espacios, objetos, formas ocupacionales y/o grupos sociales que constituyen un contexto significativo para el desempeño. Los lugares Ocupacionales pueden incluir el hogar, la escuela, universidad, centros de educación en general, lugares de trabajo, el vecindario y lugares de encuentro social, de recreación, o recursos (por ejemplo: teatros, iglesias, clubes, bibliotecas, museos, restaurantes, supermercados, bancos y comercio). La participación ocupacional es facilitada y construida por estos lugares ocupacionales.

Habilidades

En nuestro desempeño ocupacional llevamos a cabo acciones discretas dirigidas a un objetivo. Por ejemplo, el preparar café es una forma ocupacional reconocida culturalmente en muchas partes del mundo occidental. Estas acciones que conforman el desempeño ocupacional son llamadas HABILIDADES OCUPACIONALES. Habilidades son acciones que presentan un objetivo y que la persona utiliza cuando se desempeña. A diferencia de la Capacidad de Desempeño que se refiere a las capacidades básicas, habilidad se refiere a acciones funcionales discretas. Existen tres tipos de habilidades ocupacionales: habilidades motoras, habilidades de procesamiento, y habilidades de comunicación e interacción.

- **Habilidades motoras:** Se refieren a la movilidad de la propia persona o movilizar los objetos para tareas (Fisher, 1999). Incluyen acciones como estabilizar e inclinar el propio cuerpo y manipular, levantar y transportar objetos.

- **Habilidades de procesamiento:** Se refieren a las acciones secuenciadas lógicamente en el tiempo, mediante la selección y el uso de herramientas y los materiales apropiados y la adaptación del desempeño cuando se

encuentran problemas (Fisher, 1999). Estas habilidades incluyen acciones como elegir y organizar objetos en el espacio, así como iniciar y terminar los pasos del desempeño.

- **Habilidades de comunicación e interacción:** Se refieren a la transmisión de intenciones y necesidades y la coordinación de la acción social para actuar junto con las personas (Forsyth y Kielhofner, 1999). Estas habilidades incluyen tales cosas como hacer gestos, tener contacto físico con otras personas, hablar participar y colaborar con los otros y ser asertivo.

6.2 MODELO ECOLOGICO-SISTEMICO (Bronfenbrenner)

Hace un par de décadas, el psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner mantenía que la mayor parte de la psicología evolutiva de la época hacía referencia a la conducta extraña de los niños en situaciones extrañas con adultos extraños (Bronfenbrenner, 1979). Con una afirmación tan radical este autor resumía en parte sus críticas hacia la investigación tradicional, realizada en situaciones clínicas muy controladas y contextos de laboratorio, investigaciones que carecían en gran medida de validez, pues no reflejaban necesariamente las reacciones y comportamientos del mismo sujeto en situaciones de la vida real.

El postulado básico de Bronfenbrenner es que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, con lo cual la observación en ambientes de laboratorio o situaciones clínicas ofrece poco de la realidad humana. El autor tiene en cuenta el ambiente “ecológico” que circunscribe al sujeto. Esto lleva a considerar el desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos, también cambiantes. Proceso a su vez influenciado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por contextos de mayor alcance en los que están incluidos esos entornos (Bronfenbrenner, 1979).

De estas premisas surge el denominado “ambiente ecológico” entendido como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente.

Desde esta óptica el contexto en el que vive y se desarrolla el Individuo incluye factores situados a diversos niveles, más o menos cercanos y que ejercen influencias directas y/o indirectas. A continuación se describe cada uno de estos sistemas desde los postulados del autor:

Microsistema: Es el nivel más cercano al sujeto, e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste pasa sus días, es el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como en el hogar, el trabajo, sus amigos. Cada uno de los medios citados (familia, amigos, trabajo/escuela, hospital/consulta, asociaciones, otros pacientes) han de desglosarse en multitud de variables y factores que interaccionan e influyen en el sujeto directamente. Algunas de ellas son las propias características personales, actitudinales y conductuales de los sujetos implicados en los diferentes entornos.

Mesosistema: Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplia cuando la persona entra en un nuevo entorno. Es decir, vendría a representar la interacción entre los diferentes ambientes en los que está inmerso el sujeto.

Exosistema: Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno. Es decir, cada microsistema que rodea al individuo, está inmerso en sus propios microsistemas (familia, amigos, trabajo, etc.) en los que el usuario no está presente pero que pueden influir en él. Este tercer nivel determinara factores de incidencia indirecta en la vida de una persona.

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo cualicuantitativo-exploratorio. Busca plasmar y analizar una serie de datos obtenidos a partir de la percepción del equipo interdisciplinar frente a la influencia de las familias en el proceso de rehabilitación psicosocial y describir de qué manera esto se traduce en el desempeño ocupacional de los usuarios de la sala 9 del HDPUV, permitiendo realizar una aproximación global respecto a la participación de sus familias en el proceso de rehabilitación psicosocial.

Pretende realizar un primer acercamiento científico al problema planteado, dado que no se encontraron evidencias de investigaciones previas en Terapia Ocupacional, y se desconocen estudios realizados por otras disciplinas en la región con población inimputable, por lo tanto, se pretende establecer un punto de partida para estudios posteriores de mayor profundidad que enmarque la participación de la familia en los procesos rehabilitación psicosocial de los usuarios inimputables.

7.2 POBLACION

La población que participó en el estudio, estuvo conformada por 11 miembros del equipo interdisciplinar del servicio de la sala 9 HDPUV, de los cuales 7 son profesionales y 4 estudiantes en práctica.

El grupo de profesionales estuvo conformado por:

- 7 profesionales:

6. Terapeuta Ocupacional
7. Psiquiatra
8. Psicóloga
9. Jefe de enfermería
10. 3 Auxiliares de enfermería

- 4 estudiantes:

11. Estudiante de profundización de Terapia Ocupacional
12. Estudiante de práctica profesional de Terapia Ocupacional
13. 2 Estudiantes de práctica profesional de Psicología

Esta población de sexo femenino y masculino y se encuentra en diferentes rangos de edades entre los 23 y 45 años.

7.2.1 Criterios De Inclusión:

14. Profesionales: Tiempo superior a seis meses laborando en el servicio de sala 9.
15. Estudiantes: Proceso de intervención no inferior a dos meses con los usuarios y hubiesen establecido algún acercamiento con la realidad familiar de estos, este criterio es menor en tiempo al de los profesionales teniendo en cuenta que la estancia de los estudiantes en el servicio oscila entre 2 y 10 meses.

7.3 FASES DEL PROYECTO

El proyecto de investigación se ejecutó teniendo en cuenta las siguientes fases o momentos:

FASE 1. CARACTERIZACION DE LOS USUARIOS DE LA SALA 9

Durante esta fase se realizó la revisión documental y entrevista al Terapeuta Ocupacional de la sala, donde se indagaron los aspectos sociodemográficos y familiares de los 33 usuarios del servicio. La información, permitió obtener datos en relación a aspectos que aportaron al conocimiento de la población y que de alguna forma inciden en el apoyo que reciben de sus familias.

FASE 2. APLICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Durante esta fase, se entrevistó a 7 profesionales y 4 estudiantes en práctica del servicio, con el objetivo de indagar respecto a la influencia de la participación de las familias en el proceso de rehabilitación psicosocial de los 33 usuarios de la sala 9; utilizando para ello una entrevista semiestructurada que se aplicó de forma individual a cada profesional participante.

FASE 3. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

En esta fase se realizó el análisis descriptivo de las percepciones obtenidas por parte del equipo interdisciplinar, dicho análisis, se realizó teniendo como base teórica los postulados del Modelo de la Ocupación Humana (Gary Kielhofner), así como también, el análisis de las variables sociodemográficas propias del proceso del tratamiento que influyen en el acompañamiento de la familia y en el éxito del proceso de rehabilitación de los usuarios. Finalmente se formularon conclusiones y recomendaciones pertinentes que aporten a futuras investigaciones e intervenciones con población inimputable y sus familias.

7.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

FORMATO CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y FAMILIAR

Para obtener la información de manera precisa y sistematizada, se aplicó un formato de caracterización sociodemográfica y familiar (Ver Anexo 1). El cual permitió registrar aspectos relacionados con las características sociodemográficas y familiares de la totalidad de los usuarios del servicio de la sala 9.

ENTREVISTAS

Para obtener la percepción de los miembros del equipo interdisciplinar, la información fue recolectada a partir de la técnica de entrevista a profundidad semiestructurada, mediante la aplicación del formato de entrevista dirigida a los integrantes del equipo interdisciplinar (Ver Anexo 2), con la utilización de grabadoras de audio como herramienta tecnológica para el registro.

La entrevista fue diseñada por las investigadoras teniendo en cuenta los postulados del Modelo de la Ocupación Humana.

8. RESULTADOS

8.1 RESULTADOS OBTENIDOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada una de las fases del proyecto:

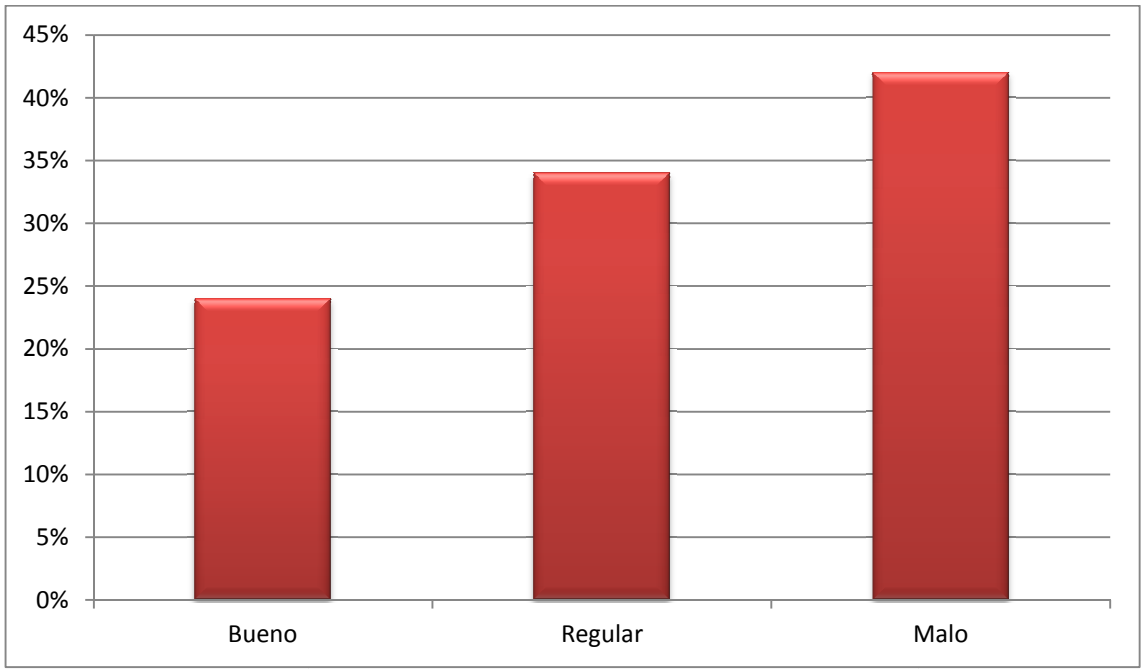
FASE 1 – Caracterización de la población

En esta fase se realizó la caracterización sociodemográfica y familiar de los usuarios del servicio de la sala 9 del HPDUV, a partir de la revisión documental de las historias clínicas, historias jurídicas y entrevista con el terapeuta ocupacional a cargo del servicio.

Mediante esta caracterización, se indagaron variables sociodemográficas que contribuyen a obtener información relevante para el estudio tales como la edad, escolaridad, procedencia, diagnóstico, tipo de apoyo recibido por parte de la familia, delito, motivo de la falta de apoyo familiar, las cuales inciden de manera importante en la forma de relacionarse entre el usuario y la familia y pueden condicionar positiva o negativamente la participación de las familias en el proceso de rehabilitación de los usuarios.

A continuación se describen los principales rasgos sociodemográficos de la población:

TIPO DE APOYO FAMILIAR RECIBIDO POR LOS USUARIOS DE LA SALA 9



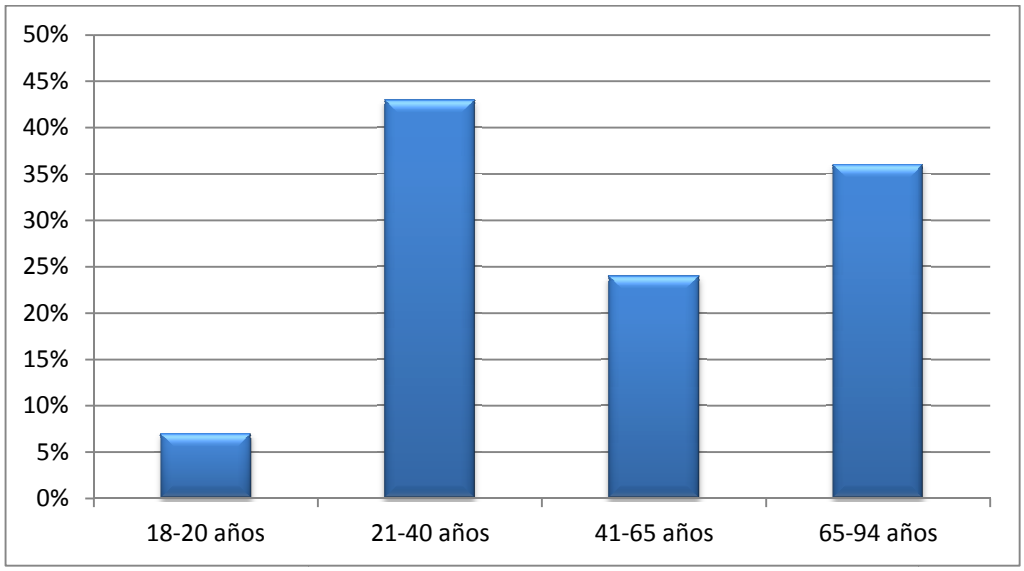
Gráfica 1. Tipo de apoyo familiar recibido por los usuarios de la sala 9.

A partir de la caracterización se identificó que el 42% de los usuarios de la sala 9 tienen un apoyo familiar calificado como malo, en términos de que han sido totalmente abandonados por sus familias.

En segunda instancia se encuentra el 34% de la población que reciben un apoyo regular, representado en que reciben pocas llamadas (máximo dos llamadas al año) y/o visitas (una visita al año o ninguna) y que sus familiares no manifiestan interés en el tratamiento o egreso de la institución.

En menor proporción, se encuentra la población que recibe un buen apoyo por sus familiares que constituyen el 24% del total de los usuarios del servicio, esto se evidencia en que sus familias asisten al menos una vez al mes a visitarlos y/o los llaman mínimo dos veces al mes, así como también se muestran interesados por su tratamiento, evolución y proceso de egreso de la institución.

RANGO DE EDAD DE LOS USUARIOS DE LA SALA 9

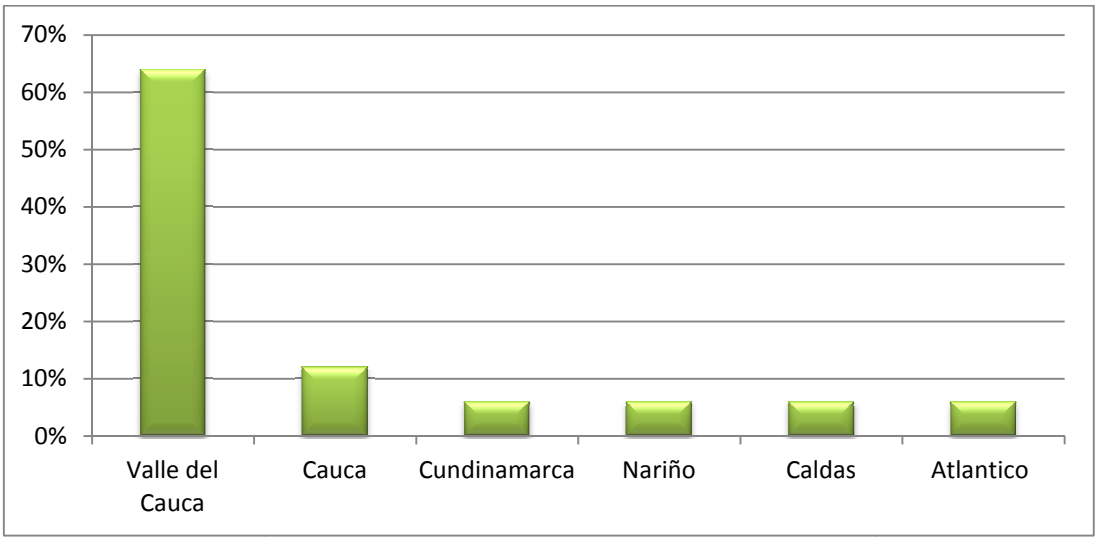


Gráfica 2. Rango de edad de los usuarios del servicio de la sala 9

Al indagar en el rango de edad de los usuarios, se encontró que el 43% de la población total, se encuentran en un rango de edad entre los 22 y 40 años, correspondiente a la etapa de adultez temprana. Seguidos con un 36% por los adultos mayores cuyas edades oscilan entre los 65 y 94 años de edad. En menor proporción se encuentran los adultos intermedios en un 24% cuyos rangos de edad se encuentran entre los 41 y 65 años de edad y apenas el 7% de la población son adolescentes con un rango de edad entre los 18 y 20 años.

Al relacionar las edades de los usuarios con el tipo de apoyo recibido por parte de sus familias se logra identificar que quienes tienen apoyo malo o regular, son en su mayoría los pertenecientes a las etapas de la adultez intermedia (entre 41 y 65 años) y adultez tardía (entre 66 y 94 años). Lo que significa que la edad representa un factor que incide en el apoyo familiar recibido por los usuarios, siendo los adultos intermedios y adultos mayores los que reciben menos apoyo, en relación a los adolescentes y los adultos jóvenes quienes reciben apoyo regular y bueno por parte de sus familiares.

PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS DE LA SALA 9

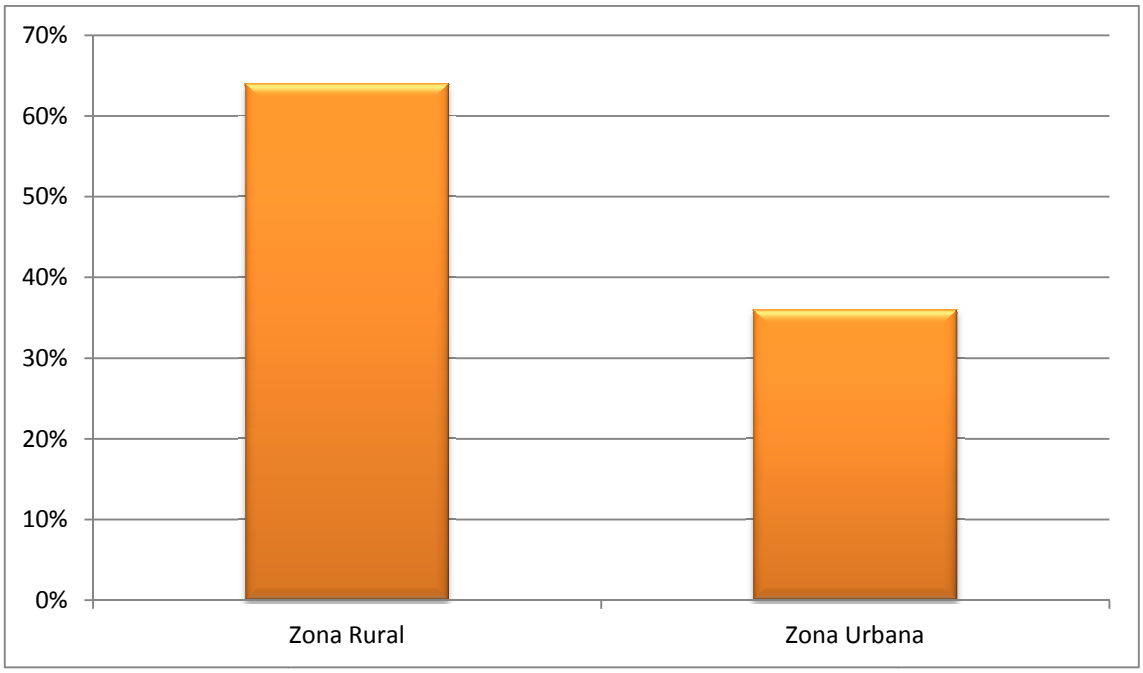


Gráfica 3. Procedencia por departamento de los usuarios de la sala 9

Se identificó, que la mayoría de los usuarios son provenientes del departamento del Valle del Cauca con una proporción del 64% total de la población, seguidos por los procedentes del departamento del Cauca representado por el 12% de la población, y en menor proporción son originarios de los departamentos de Cundinamarca, Nariño, Caldas y Atlántico que representan el 24% del total de la población. No obstante, los usuarios cuya procedencia es del Valle del Cauca, son originarios en su mayoría de otros municipios o zonas aledañas a la ciudad de Cali, siendo tan sólo el 9% total provenientes de Cali.

En la caracterización, se logró identificar que los usuarios que son procedentes de Cali o de municipios cercanos, reciben más visitas por parte de sus familiares, mientras que ninguno de los usuarios procedentes de otros departamentos, reciben visitas por parte de sus familiares. Esto quiere decir que el lugar de procedencia de los usuarios y de las familias también es un factor que influye en el apoyo recibido, determinado por las limitaciones del contexto, en este caso la distancia entre el lugar de residencia y la institución, lo que dificulta que las familias que residen lejos de la institución tengan la posibilidad de visitar a su familiar e involucrarse en su proceso de tratamiento, y por lo tanto, terminan desvinculándose del mismo.

ZONA TERRITORIAL DE PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS DE LA SALA 9

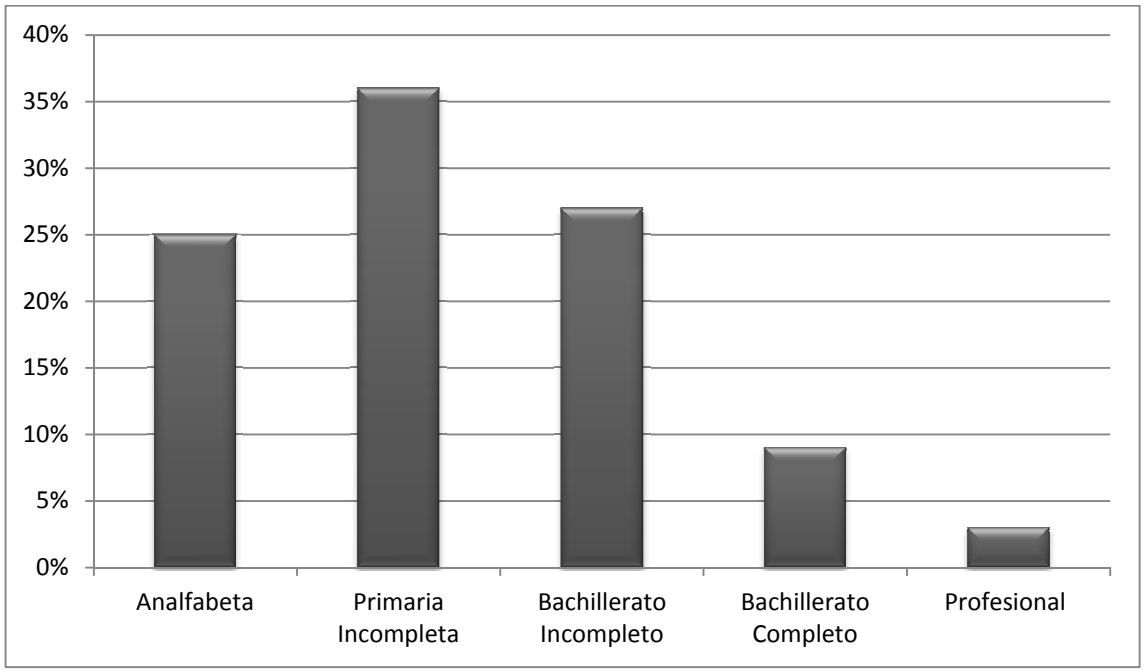


Gráfica 4. Zona territorial de procedencia de los usuarios de la sala 9

Se identificó que el 61% de los usuarios son provenientes de zonas rurales mientras el 39% habitaban en zonas urbanas. Se pudo establecer además, que este aspecto tiene relación con el nivel de escolaridad de los usuarios pues los procedentes de zonas rurales tienen menos acceso a la educación y por lo tanto, sus niveles de escolaridad son inferiores en relación a los otros, así mismo, se evidencia que las ocupaciones de los usuarios cuya procedencia es de territorios rurales están asociadas a labores del campo mientras las ocupaciones de los compañeros procedentes de zonas urbanas son diversas. Finalmente se observó que el nivel socioeconómico de los usuarios originarios de zonas rurales es inferior a originarios de zonas urbanas.

A partir del análisis de las variables, no se evidenció que la zona territorial de procedencia de los usuarios, tenga influencia directa en el tipo de apoyo recibido por los usuarios por parte de sus familias.

ESCOLARIDAD DE LOS USUARIOS DE LA SALA 9



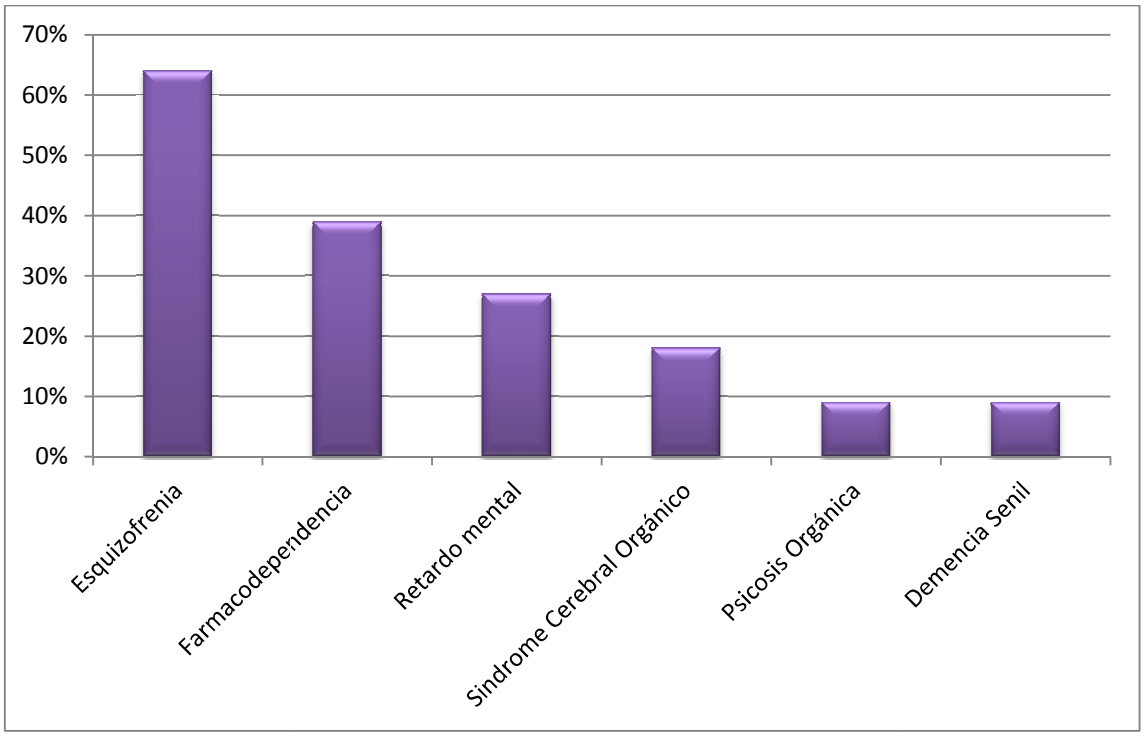
Gráfica 5. Escolaridad de los usuarios de la sala 9

A partir de la caracterización, se identificó que el 25% de los usuarios del servicio son analfabetas, el 36% tienen como escolaridad la primaria incompleta, el 27% cuyo nivel académico es el bachillerato incompleto, en menor proporción el 9% culminó el bachillerato, y tan solo el 3% de la población, equivalente a un usuario, culminó los estudios profesionales.

Como se mencionó anteriormente, la baja escolaridad es un factor que en la mayoría de los casos se ve influenciado por la zona territorial (rural o urbana) de la cual procede el usuario, así como con del nivel socioeconómico al cual pertenece, aspectos que facilitan o entorpecen el acceso a la educación e inciden en importancia y significado que le da el sujeto a su formación académica.

A partir del análisis de las variables, no se evidenció que la escolaridad de los usuarios, tenga influencia directa en el tipo de apoyo recibido por los usuarios por parte de sus familias.

DIAGNÓSTICOS DE LOS USUARIOS DE LA SALA 9



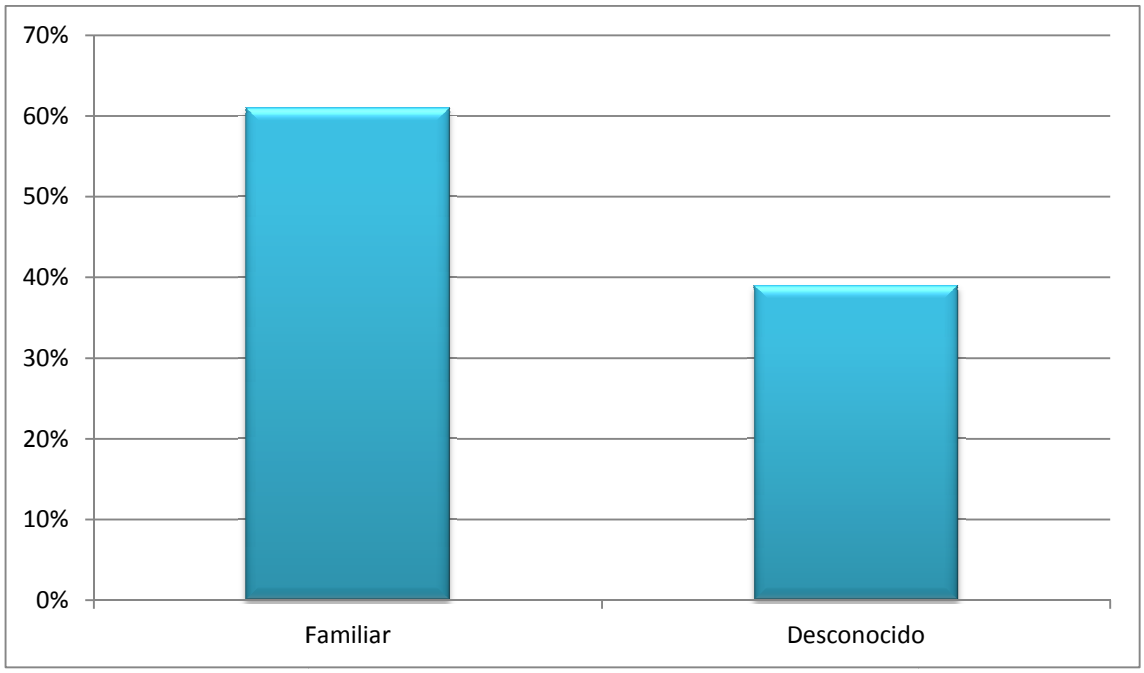
Gráfica 6. Diagnósticos de los usuarios de la sala 9

Se evidenció que la mayoría de los usuarios de la sala 9 tienen como diagnostico principal la Esquizofrenia la cual representa al 63% del total de la población del servicio, seguida por la farmacodependencia la cual abarca al 39%, el retardo mental que representa al 27%, el Síndrome Cerebral Orgánico que comprende al 18% y la Psicosis Orgánica y la Demencia Senil que corresponden al 9% de los usuarios cada una.

Cabe aclarar, que los usuarios presentan un diagnóstico principal que generalmente es esquizofrenia, psicosis orgánica, o síndrome cerebral orgánico, no obstante, en diversos casos están acompañados de un diagnóstico secundario que son retardo mental ó farmacodependencia.

En el análisis estadístico, no se identificó que el tipo de diagnóstico sea un aspecto que esté relacionado con el apoyo recibido por parte de la familia.

VICTIMA DEL DELITO



Gráfica 7. Víctima del delito cometido por el usuario de la sala 9

Según los datos obtenidos, en un 61% de los casos, los delitos cometidos por los usuarios de la sala 9 han sido en contra a alguno o varios miembros del núcleo familiar, mientras el 39% restantes han involucrado a un desconocido o persona externa a la familia.

Dentro de los delitos cuyas víctimas han sido los familiares se encuentran en mayor proporción: violencia intrafamiliar, tentativa de homicidio y homicidio; siendo el padre, la madre y hermanos(as) consecutivamente, los familiares más agredidos.

A partir de lo anterior, se logró identificar que los usuarios cuyo delito ha involucrado la familia, reciben menos apoyo familiar en relación a quienes han cometido el delito dirigido a una persona desconocida o externa al núcleo familiar.

FASE 2 – Aplicación de las entrevistas

Durante esta fase, se aplicaron las entrevistas semiestructuradas (Ver Anexo 2), a 11 integrantes del equipo interdisciplinar de la sala 9, del HDPUV, con el fin de indagar su percepción frente a los factores que inciden en el apoyo familiar y la influencia de la familia en el proceso de rehabilitación de los usuarios del servicio.

Por medio de la entrevista, se indagaron cinco dimensiones que precisarán las percepciones del equipo interdisciplinar respecto a la participación de la familia en el proceso, que tuviera en cuenta las premisas relacionados con el modelo de la ocupación humana y permitiera indagar a acerca de los tres subsistemas que aborda el modelo, a continuación se mencionan dichas dimensiones y sus resultados:

1. Influencia de la familia en el proceso de rehabilitación.

2. Influencia de la familia en el subsistema volitivo.

3. Influencia de la familia en el subsistema habituacional.

4. Influencia de la familia en el subsistema de ejecución.

5. Intervención con familia en el proceso de rehabilitación e inserción social.

A continuación se presentan los resultados obtenidos por cada dimensión, a partir de lo referido por los integrantes del equipo interdisciplinar entrevistados:

Tabla 1.
Descripción de la influencia de la familia en el proceso de rehabilitación

1.1 Tipo de apoyo familiar	***1.2 Influencia de la condición de inimputable en el apoyo familiar***	***1.3 Influencia de la edad de los usuarios en el apoyo familiar***
El 100% de los entrevistados, refirieron que el apoyo recibido por parte de las familias es REGULAR, debido a: • "Rechazo de la familia hacia el usuario por el tipo de delito cometido". • "Lugar de residencia de la familia". • "Situación socioeconómica de la familia".	El 100% de los entrevistados, refirieron que la condición de inimputabilidad SI INFLUYE, DE FORMA NEGATIVA en el apoyo familiar recibido. • "Porque la sociedad y las familias estigmatizan al usuario". • "Porque la mayoría de las familias no tienen reconocimiento de la influencia de la enfermedad mental en la ejecución del delito". • "Porque el tipo de hospitalización (prolongada) de los usuarios inimputables, propicia que las familias se desvinculen de sus procesos de rehabilitación".	El 82% de los entrevistados, refirieron que la edad SI INFLUYE en el apoyo familiar recibido. • "Porque mientras más joven es el usuario, mejor es el apoyo familiar recibido". • "Porque mientras mayor es la edad del usuario, el apoyo familiar recibido es peor"

1.4 Características familiares de los usuarios inimputables	*1.5 Importancia de la familia en el proceso de rehabilitación*	*1.6 Influencia de la familia en la percepción de la enfermedad mental*	*1.7 Influencia de la familia en la conciencia de enfermedad mental*
• "Familias con escasos recursos socioeconómicos y baja escolaridad". • "Familias disfuncionales". • "Familias desestructuradas".	El 100% de los entrevistados refirieron que la participación de la familia en el proceso de rehabilitación de los usuarios SI ES IMPORTANTE. • "Porque se favorece el cumplimiento de los objetivos del tratamiento". • "Porque se favorece el proceso de reinserción social del usuario". • "Porque disminuye el riesgo de recaídas una vez egrese el usuario". • "Porque se fortalecen los vínculos afectivos".	El 73% de los entrevistados refirieron que la familia SI INFLUYE en la percepción de la enfermedad mental. • "Trasmitiendo ideas acertadas o falsas de la enfermedad mental". • "Transmitiendo ideas discapacitantes o capacitantes". • "Transmitiendo ideas de segregación o participación".	El 82% de los entrevistados refirieron que la familia SI INFLUYE en la conciencia de enfermedad mental. • "En el reconocimiento de la enfermedad mental". • "En el reconocimiento de la importancia del tratamiento".

Tabla 2.
Descripción de la influencia de la familia en el subsistema volitivo

2.1 Influencia de la familia en el interés del usuario por su proceso de rehabilitación.	***2.2 Influencia de la familia en la planeación y cumplimiento de expectativas personales del usuario.***	***2.3 Influencia de la familia en el autoconcepto del usuario.***
El 100% de los entrevistados refirieron que la familia SI INFLUYE en el interés del usuario por su proceso de rehabilitación. • En “el interés del usuario por tener reconocimiento y estatus dentro de la familia”. • En “el interés del usuario por tener un buen desempeño en el proceso de rehabilitación”.	El 100% de los entrevistados refirieron que la familia SI INFLUYE en la planeación y cumplimiento de expectativas personales del usuario. • En “las expectativas del usuario de egresar de la institución”. • En “las expectativas del usuario de acceder a una vivienda y a un hogar”. • En “las expectativas del usuario de acceder a una actividad productiva”. • En las expectativas de ejercer el rol de familiar.	El 100% de los entrevistados refirieron que la familia SI INFLUYE en el autoconcepto del usuario. • En “la creencia del usuario en sus habilidades/cualidades y en el reconocimiento de sus debilidades/defectos”. • En “la creencia del usuario que es importante para los demás”.

Tabla 3.
Descripción de la influencia de la familia en el subsistema habituacional

3.1 Influencia de la familia en la adquisición y mantenimiento de hábitos y rutinas de los usuarios.	***3.2 Influencia de la familia en la readquisición y desempeño de roles de los usuarios.***
El 100% de los entrevistados refirieron que la familia SI INFLUYE en la adquisición y mantenimiento de hábitos y rutinas de los usuarios. • "Ajustando el contexto y la rutina familiar para promover el mantenimiento de hábitos y rutinas". • "Promoviendo una rutina equilibrada". • "Fomentando hábitos saludables".	El 91% de los entrevistados refirieron que la familia SI INFLUYE en la readquisición y desempeño de roles de los usuarios. • "Promoviendo la readquisición y desempeño de roles familiares". • "Promoviendo la readquisición y desempeño de roles sociales". • "Promoviendo la readquisición y desempeño de roles productivos".

Tabla 4.
Descripción de la influencia de la familia en el subsistema de ejecución

4.1 Influencia de la familia en la adquisición y mantenimiento de habilidades cognitivas.	***4.2 Influencia de la familia en la adquisición y mantenimiento de habilidades sociales.***	***4.3 Influencia de la familia en la adquisición y mantenimiento de habilidades psicomotrices.***
El 64% de los entrevistados refirieron que la familia SI INFLUYE en la adquisición y mantenimiento de habilidades cognitivas. • Directamente, "proponiendo actividades terapéuticas con demandas cognitivas". • Indirectamente, "promoviendo su participación en actividades de autocuidado, productivas y de tiempo libre que tengan implícitas demandas cognitivas".	El 91% de los entrevistados refirieron que la familia SI INFLUYE en la adquisición y mantenimiento de habilidades sociales. • "Mediante las interacciones dentro del grupo familiar". • "Promoviendo su participación en diversos contextos sociales".	El 45% de los entrevistados refirieron que la familia SI INFLUYE en la adquisición y mantenimiento de habilidades psicomotrices. • Directamente, "proponiendo actividades terapéuticas con demandas psicomotrices". • Indirectamente, "promoviendo su participación en actividades de autocuidado, productivas y de tiempo libre que tengan implícitas demandas psicomotrices".

4.1 Influencia de la familia en la adquisición y mantenimiento de habilidades cognitivas.	***4.2 Influencia de la familia en la adquisición y mantenimiento de habilidades sociales.***	***4.3 Influencia de la familia en la adquisición y mantenimiento de habilidades psicomotrices.***
El 36% de los entrevistados refirieron que la familia NO INFLUYE en la adquisición y mantenimiento de habilidades cognitivas. • "Porque es necesario que este tipo de entrenamiento lo realicen especialistas en el área". • "Porque la familia no tiene tiempo ni recursos para realizar este tipo de actividades con los usuarios". • "Porque la familia no se interesa por involucrar a los usuarios en este tipo de actividades".	El 9% de los entrevistados refirieron que la familia NO INFLUYE en la adquisición y mantenimiento de habilidades sociales. • "Porque la familia evitará exponer al usuario a situaciones sociales debido al estigma social"	El 55% de los entrevistados refirieron que la familia NO INFLUYE en la adquisición y mantenimiento de habilidades psicomotrices. • "Porque es necesario que este tipo de entrenamiento lo realicen especialistas en el área". • "Porque la familia no tiene tiempo para realizar este tipo de actividades con los usuarios". • "Porque la familia no se interesa por involucrar a los usuarios en este tipo de actividades".

Tabla 5.
Intervención con familia en el proceso de rehabilitación y reinserción social

5.1 Intervención con familia en el servicio de la sala 9	***5.2 Intervención con familia desde cada disciplina***
El 91% de los entrevistados refieren que la intervención que se realiza con familia en el servicio de la sala 9 es INSUFICIENTE. • "A causa de la carga laboral y consecuente escases de tiempo por parte de los profesionales del servicio". • "A causa de la ausencia de un profesional especializado en familia".	El 45% de los integrantes del equipo interdisciplinar entrevistados refieren que SI INTERVIENEN con las familias de los usuarios de la sala 9. • "Convocando a las familias". • "Realizando educación en la enfermedad mental y su manejo". • "Promoviendo el proceso de reinserción socio familiar". • "Realizando seguimiento a la adherencia al medicamento luego del egreso". El 55% de los integrantes del equipo interdisciplinar entrevistados refieren que NO INTERVIENEN con las familias de los usuarios de la sala 9. • "Porque la carga laboral no lo permite". • "Porque la falta de tiempo no lo permite". • "Porque la institución no establece el trabajo con familia como una necesidad en el tratamiento". • "Porque se convoca a las familias pero estas no asisten".

5.3 Aportes de cada disciplina al trabajo con familia	*5.4 Aspectos importantes para el futuro abordaje con familias*
El 100% de los profesionales y estudiantes en práctica profesional, refirieron como aspecto relevante, intervenir con las familias partiendo del trabajo interdisciplinar. Adicionalmente, mencionaron los siguientes aspectos desde cada disciplina: TERAPIA OCUPACIONAL • "Favoreciendo la participación de la familia y el usuario en las redes de apoyo sociales y comunitarias". • "Educación en hábitos y rutinas". • "Promoviendo que la familia involucre al usuario en proyectos productivos y actividades de ocio y tiempo libre". • "Promoviendo el reconocimiento de las habilidades del usuario por parte de la familia". • "Llevando a cabo procesos de equiparación de oportunidades en el contexto social y familiar del usuario". PSICOLOGÍA • "Favoreciendo la participación de la familia y el usuario en las redes de apoyo sociales y comunitarias". • "Promoviendo la conciencia de enfermedad mental". • "Fortaleciendo vínculos afectivos, el manejo del duelo y el perdón". • "Promoviendo la creencia en las habilidades del usuario por parte de la familia". PSIQUIATRÍA	• "Realizando promoción y prevención temprana de la enfermedad mental". • "Aportando en el fortalecimiento de vínculos afectivos entre el usuario y su familia". • "Promoviendo la conciencia de enfermedad". • "Educando a la familia en el manejo de la enfermedad mental". • "Fomentando el reconocimiento de habilidades y limitaciones del usuario por parte de la familia". • "Favoreciendo el proceso de reinserción social". • "Realizando seguimiento para prevenir el riesgo de recaídas luego del egreso".

• "Promoviendo la conciencia de enfermedad mental". • "Educación relacionada con la enfermedad mental y su manejo". • "Educación en la toma del medicamento • "Realizando seguimiento una vez egresen". ENFERMERÍA • "Educación relacionada con la enfermedad mental y su manejo". • "Educación en la toma del medicamento • "Informando al familiar en relación a los avances del tratamiento".	

8.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta la descripción de los resultados por cada dimensión:

1. INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

En esta categoría se indagaron aspectos relacionados con el tipo de apoyo que reciben los usuarios del servicio por parte de sus familiares, las características de las familias de los usuarios inimputables y la influencia del apoyo familiar en su proceso de rehabilitación. A partir de dichos aspectos se logran identificar los siguientes elementos:

1.1 Apoyo familiar

El 100% de los entrevistados afirman que el apoyo que reciben los usuarios por parte de sus familias es regular, lo que se evidencia en que las familias no establecen ningún tipo de contacto con el usuario; en otros casos, los reconocen como parte del núcleo familiar y han asumido el compromiso de recibirlos en el hogar una vez egresen, pero no muestran interés por su proceso de tratamiento, lo que se refleja en el bajo número de visitas o llamadas telefónicas durante el tiempo de estancia, y generalmente cuando hay algún contacto es por iniciativa de la institución o del usuario.

Los usuarios sin apoyo familiar no tienen expectativa de egresar de la institución independientemente de que hayan cumplido su tiempo condena o alcanzado satisfactoriamente los objetivos terapéuticos del tratamiento, según lo establecido en el Código de Procedimiento Penal. Art. 427 donde se refiere que el apoyo familiar es un requisito fundamental para proporcionar a los usuarios un cambio de medida de seguridad y egreso de la institución, dado que es indispensable que estos cuenten con una fuente de apoyo que los acoja en un hogar donde se les proporcione el apoyo y acompañamiento que requieren para su proceso de reinserción social. Por otra parte, los usuarios que tienen apoyo regular, son vulnerables a recaídas, puesto que su red de apoyo primaria no es lo suficientemente solida para favorecer el proceso de rehabilitación psicosocial y posterior reinserción social.

Los miembros del equipo interdisciplinar entrevistados, afirman que las principales causas del regular apoyo familiar recibido por los usuarios de la sala 9 son:

rechazo por el tipo de delito, lugar de residencia y situación socioeconómica de la familia.

El tipo de delito cometido por el usuario, es el aspecto que tiene mayor influencia en el apoyo familiar cuando la víctima ha sido un integrante de la familia, así mismo, este hecho afecta las familias en mayor o menor grado según factores, como son: "la relación con la víctima, tipo de lazo familiar e intensidad del mismo y grado de dependencia emocional o económica, así como las circunstancias del evento en términos de si este ha sido esperado o repentino, sosegado o violento"[18]. Las familias de los usuarios de la sala 9, deben afrontar la pérdida de un familiar cuya agresión se ha dado en circunstancias violentas e inesperadas, y quien en muchos de los casos ejercía un rol de eje emocional y/o sustento económico del hogar, motivo por el cual las familias se sienten profundamente dolidas con el familiar agresor y optan por rechazarlo.

Esta situación se complejiza cuando los familiares no comprenden que el delito fue motivado por un trastorno mental, el cual según lo define la Corte Suprema de Justicia "se trata de cualquier perturbación o anomalía en el funcionamiento psíquico que altera gravemente, de manera permanente o transitoria el área del intelecto, la afectividad o la voluntad como parte de la personalidad del sujeto, impidiéndole gozar del pleno uso de sus facultades durante su acto delictivo, tener pleno conocimiento de la situación, basándose en la capacidad para distinguir lo licito de lo ilícito así como entender las consecuencias de sus actos", el trastorno mental, conlleva a que el individuo experimente unos síntomas positivos que son aquellas manifestaciones que no se observan en las personas que no padecen un trastorno mental como lo son los delirios y alucinaciones, siendo los primeros creencias irracionales y los segundos alteraciones en la percepción de la realidad, aspectos que generalmente están exacerbados durante la ejecución del delito e incitan al sujeto para que materialice la agresión.

Otro aspecto al cual hacen referencia los profesionales entrevistados, tiene incidencia en el apoyo regular recibido por los usuarios de la sala 9, es la distancia de la residencia y los recursos económicos de las familias, lo que dificulta su desplazamiento a la institución, puesto que se requiere de una inversión económica importante y suspendan sus actividades laborales para visitar a su familiar.

[18] Worden, J.W. (2004). "*El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia"*. Ediciones Paidós Ibérica.

La falta de recursos económicos, además, no favorece que la familia asuma la responsabilidad de proporcionarles elementos para su estancia en el hospital y para cubrir sus necesidades o demandas al momento del egreso de la institución, razones por las cuales algunos familiares prefieren desvincularse o comprometerse superficialmente con el proceso de rehabilitación de los usuarios.

1.2 Influencia de la inimputabilidad en el apoyo familiar

El 100% de los integrantes del equipo interdisciplinar entrevistados, refirieron que la condición de inimputabilidad influye negativamente en el apoyo familiar recibido por los usuarios e identifican los siguientes aspectos: estigmatización social, incomprensión de lo que representa la condición de inimputable y el tipo de hospitalización prolongada la cual propicia que las familias se desvinculen.

En primera instancia los entrevistados consideran que la familia y la sociedad, estigmatizan a los usuarios ya sea por su discapacidad psicosocial, o porque que han cometido un delito, la estigmatización es definida como "una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores" (Goffman, 1963). La doble condición de los usuarios inimputables, genera diversas reacciones por parte de la sociedad y de la familia, quienes no logran articular el delito y el trastorno mental, y juzgan al usuario ya sea desde las implicaciones morales, éticas y religiosas del delito, razón por la cual se les etiqueta "como asesinos, agresivos y peligrosos", o desde el trastorno mental "iniciándose la llamada "carrera moral", la cual conlleva una aceptación formal de la despersonalización del enfermo, al tiempo que se justifica su exclusión de la vida social y se le da soporte moral a su incapacidad como persona"[19].

Así mismo, los entrevistados refieren que la inimputabilidad dejaría de ser un motivo de abandono y rechazo familiar, si se promoviera el entendimiento de la inimputabilidad y del trastorno mental entre las familias y los usuarios, aspecto que les permitiría comprender los motivos del delito y favorecería los procesos de

[19] Goffman E. Asilos: (1990) "*Ensayos en la situación social de los pacientes mentales y de otros internos*". New York City: Doubleday.

.

perdón y aceptación asumidos como “un proceso bidireccional que requiere de un amplio abordaje terapéutico donde tanto la familia como el usuario comprenden la situación, se perdonan mutuamente y se comprometen a trabajar juntos a favor del proceso de rehabilitación y reinserción socio familiar del usuario”.

Los entrevistados refirieron que otro aspecto de la inimputabilidad que influye negativamente en el apoyo recibido por parte de las familias, es el tipo de hospitalización en este caso prolongada. Teniendo en cuenta que el artículo 24 del Código Penitenciario y Carcelario (L. 65/93) prevé “la existencia de establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos especiales destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, según dictamen pericial", se asume entonces, que las personas que se encuentran hospitalizadas en la institución en calidad de inimputables deben permanecer en esta durante periodos de tiempo prolongados, puesto que además de recibir un tratamiento de rehabilitación, también se encuentran pagando una condena. Por lo tanto, la institución se hace cargo de proporcionar todo lo que el usuario requiere durante su tiempo de estancia (servicios asistenciales, terapéuticos, medicamentos, alimentación, vestido, elementos personales, vivienda), restándole a la familia la responsabilidad tanto asistencial como económica del usuario, por lo tanto, muchas familias de bajos recursos económicos optan por desvincularse del proceso de tratamiento.

1.3 Influencia de la edad en el apoyo familiar

El 82% de los integrantes del equipo interdisciplinar entrevistados, consideran que la edad es un factor que si influye en el apoyo familiar.

Los entrevistados, refieren que mientras menor es la edad del usuario, el apoyo familiar recibido es mejor; mientras que por el contrario, cuando más avanzada es la edad del usuario el apoyo familiar es menor, lo que se evidencia en que ninguno de los adultos mayores que se encuentran actualmente en el servicio cuenta con apoyo familiar. Los entrevistados refieren que dicho aspecto está directamente relacionado con los roles que desempeña el individuo dentro de la familia en cada etapa del ciclo vital.

Los usuarios más jóvenes (adolescentes), aún se encuentran vinculados directamente al núcleo familiar primario, y por lo tanto, sus familiares consideran que en el cumplimiento de sus roles como padres y hermanos mayores se encuentran en el deber proporcionar cuidado y protección al hijo y hermano

adolescente, siendo más comprensivos y solidarios con su condición, lo que se traduce en un mejor apoyo familiar.

Los adultos jóvenes, estén vinculados al núcleo familiar primario o hayan formado su propia familia, ejercen un rol de proveedor o aportan al sustento económico del hogar, razón por la cual las familias se muestran comprometidas en su rehabilitación, pues tienen la expectativa de que el familiar podría recuperarse y volver a desempeñarse productivamente o por lo menos ser independiente en sus actividades de la vida diaria.

Los adultos intermedios y adultos mayores del servicio de la sala 9, en su mayoría han llegado a esta etapa del ciclo vital siendo solteros y estando desvinculados de la familia pues en muchos casos los padres han fallecido y los hermanos tienen una familia establecida, por lo cual es menos probable que haya una fuente de apoyo familiar que los apoye en su proceso de rehabilitación. Adicionalmente, sus patologías son crónicas y se evidencia mayor deterioro y compromiso en sus funciones y estructuras, “aspecto que los lleva a ser más dependientes, por lo cual es menos probable que algún miembro de la familia se quiera hacer cargo de su cuidado y sustento”.

1.4 Características de las familias de los usuarios inimputables

Según lo mencionado por los integrantes del equipo interdisciplinar, las principales características de las familias de los usuarios inimputables son: familias de escasos recursos económicos y provenientes de zonas rurales, familias desestructuradas y disfuncionales. Así mismo, refieren que estos aspectos han tenido incidencia directa o indirecta en el desarrollo del trastorno mental y en consecuencia con el delito cometido por los usuarios.

Los entrevistados refirieron que la procedencia rural y consecuente escasez de recursos económicos, son factores característicos de la mayoría de las familias de los usuarios en condición de inimputables de la sala 9, así mismo afirmaron que estas características sociodemográficas “representan un factor de riesgo para el desarrollo y evolución del trastorno mental, pues no favorecen el acceso a la información y servicios en salud mental que permitan la prevención, identificación y tratamiento temprano de la patología”, puesto que “los servicios de salud mental en áreas rurales permanecen inaccesibles para una parte importante de la población, ya que existe mayor escasez de centros especializados y profesionales. Como consecuencia, muchos pacientes no tienen acceso a los

servicios de rehabilitación psicosocial, aumentando el riesgo de adquirir y desarrollar una enfermedad mental, y de incrementar su deterioro y sus discapacidades".

Por otra parte, los integrantes del equipo interdisciplinar manifestaron que "muchos de los usuarios provienen de familias desestructuradas que en su mayoría son monoparentales o extensas, y también disfuncionales con antecedentes de abuso y violencia intrafamiliar, siendo generalmente las madres y los usuarios en su etapa de la niñez los más abusados", estos aspectos también influyen en el desarrollo de trastornos mentales, teniendo en cuenta que los factores ambientales tales como las interacciones del individuo dentro del contexto social y familiar, son aspectos que tienen incidencia en la salud mental de las personas.

1.5 Importancia de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial

El 100% de los miembros del equipo interdisciplinar entrevistados manifestaron que la familia es importante en el proceso de rehabilitación de los usuarios de la sala 9.

Los entrevistados refirieron que las familias aportan significativamente en la consecución de los objetivos del tratamiento puesto que "si la familia está comprometida en el proceso, fomentará la conciencia de enfermedad mental, la adherencia al medicamento, la participación en las actividades terapéuticas, las conductas adaptativas, y la optima ejecución de su rol de usuario".

Los profesionales entrevistados aseguraron que la familia es importante en el favorecimiento del proceso de reinserción social del usuario, refiriendo que es la única red de apoyo que le puede proporcionar el apoyo que el usuario requiere, para fomentar el mantenimiento de las habilidades alcanzadas durante el proceso de rehabilitación, prevenir recaídas supervisando la toma del medicamento y acompañándolo a los controles con el profesional en psiquiatría, así como también, apoyando al usuario en la participación de proyectos productivos y fomentando hábitos saludables y rutinas estructuradas.

1.6 Influencia de la familia en la percepción de la enfermedad mental

El 73% de los profesionales entrevistados afirman que la familia influye en la percepción del usuario a cerca de su enfermedad mental.

Por lo tanto, según lo refieren los entrevistados, si la familia posee un concepto negativo, discapacitante o segregador de la enfermedad mental, probablemente el usuario percibirá su condición de la misma manera, además la familia lo reconocerá de acuerdo a dichas concepciones, tratándolo como el enfermo, incapaz, extraño o motivo de vergüenza, lo que tendrá repercusiones negativas en su proceso de tratamiento y posterior proceso de reinserción social.

Por el contrario, según lo refieren los integrantes del equipo interdisciplinar, cuando las familias poseen una percepción realista de la enfermedad mental se reconocen los alcances y limitaciones del usuario, comprenden la enfermedad mental, son asertivos en su forma de relacionarse con el usuario, le otorgan roles y responsabilidades acordes a sus capacidades, limitaciones, y promueven su aceptación por parte de la sociedad.

1.7 Influencia de la familia en la conciencia de enfermedad mental

El 82% de los integrantes del equipo interdisciplinar entrevistados, refirieron que la familia influye en la conciencia de enfermedad mental por parte del usuario.

Los entrevistados manifestaron que cuando la familia adquiere conciencia de la enfermedad y reconoce la importancia del proceso de rehabilitación del usuario, se esforzará por transmitir esto a su familiar y se convertirá en una red de apoyo importante en la consecución de los objetivos del tratamiento, pues para estos los usuarios “es muy importante la concepción de la familia frente a su condición”, por lo tanto, si la familia reconoce la presencia de la enfermedad mental es más probable que el usuario también la reconozca y adquiera conciencia de esta.

Así mismo, con el reforzamiento de la familia, es más probable que el usuario identifique los signos, síntomas y manejo de la enfermedad mental e identifique la importancia del tratamiento terapéutico y medicamentoso así como la necesidad de darle continuidad al proceso una vez el usuario egrese.

Durante la caracterización se logró identificar, que el nivel de escolaridad tanto de los usuarios como de las familias influye en aspectos relacionados con el reconocimiento y comprensión de la condición psicosocial de los usuarios, dado que muchas de las familias provenientes de zonas rurales y con bajos niveles de escolaridad no reconocen la enfermedad mental o incluso, en algunos casos atribuyen la condición del usuario a factores místicos que son los Factores

místicos como la brujería, o lo atribuyen a un castigo divino. Estos aspectos o argumentos derivan en la importancia que los profesionales trabajen articuladamente en promover la conciencia de enfermedad, no solo en los usuarios sino también en las familias.

2. INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL SUBSISTEMA VOLITIVO

En esta categoría se indagó la forma en la cual el equipo interdisciplinar percibe los intereses, metas personales y autoconcepto de los usuarios y como la familia influye en estos.

2.1 Influencia de la familia en los intereses

El 100% de los entrevistados consideran que la familia influye sobre los intereses de los usuarios, lo que se evidencia en su motivación por ser reconocidos por sus familiares, mediante conductas tales como tener un desempeño destacado en las actividades terapéuticas, cumplir con las demandas de su rol de usuarios del servicio de la sala 9 y en el disfrute de las ocupaciones e interés por participar en nuevas actividades.

El grupo interdisciplinar considera que a través del apoyo que brinda la familia, los usuarios obtienen una motivación por ejecutar de manera satisfactoria las actividades realizadas en las intervenciones terapéuticas, así mismo esto se ve reflejado en la calidad del producto final, en el esfuerzo e interés por participar. Dado que "muchas ocupaciones producen resultados o productos, la satisfacción puede emanar de lo que hemos logrado o producido"[20] Pues los entrevistados refieren que es diferente el "resultado del producto cuando el usuario cuenta o no con apoyo familiar", el usuario esperan obtener un reconocimiento cuando estos le son enseñados a la familia. Por el contrario, el usuario que no cuenta con apoyo familiar, no va a tener mayores expectativas de reconocimiento, por lo tanto, su esfuerzo e interés van hacer menores, sin lograr obtener un disfrute máximo de las ocupaciones, denominado flujo, "la experiencia del flujo es un saturación completa de la propia conciencia con las experiencia positiva de realizar una

[20] Kielhofner , Gary. *(2006) .Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación.* Buenos Aires. Médica Panamericana. pág. 61

actividad"[21]. Lo que significa que si el usuario logra obtener el interés esperado como lo es el reconocimiento este se convierte en una experiencia positiva.

El equipo interdisciplinar refiere que el usuario que cuenta con apoyo familiar obtiene un mejor desempeño en el cumplimiento de las funciones del rol de usuario en su proceso de rehabilitación, esto se evidencia en el comportamiento del usuario a través del seguimiento de la norma, la adherencia al medicamento, seguimiento de instrucciones, en el mantenimiento de su auto cuidado, en la adquisición y mantenimiento de hábitos y rutinas, y en las habilidades sociales. Dado que la familia como sistema de apoyo "proporciona recursos, servicios de diversa índole a las personas, como la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y los consejos"[22]. Por lo tanto la familia a través de consejos o señalamientos positivos en el desempeño de su familiar promociona el complimiento y la adherencia al tratamiento. De esta manera el usuario adquiere mayor motivación en su proceso terapéutico.

Los entrevistados afirman, que cuando los usuarios no cuentan con apoyo familiar manifiestan menos interés y disfrute por las actividades en la que los usuarios participan o les gustaría participar , por lo tanto, presentan dificultad en el goce y la satisfacción de realizar una actividad "lo que conduce a sentimientos de aburrimiento y de frustración ante la falta de compromiso con los intereses"[23], afectando el desempeño de manera negativa, por carecer de sentido de placer y satisfacción, por lo tanto las actividades realizadas no son significativas, dado que los placeres, las comodidades y los disfrutes cotidianos que animan nuestra existencia y ayudan a mantener la energía y el humor puede verse amenazado o alterados por la discapacidad" mucho más si no se cuenta con un apoyo familiar que este brindando motivación, entusiasmo y ánimo a su familiar en su proceso de rehabilitación.

---

[21] Kielhofner, Gary. *(2006) .Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación.* Buenos Aires. Médica Panamericana. pág. 61

[22] Ardila, Sara. (2009). Revista colombiana de psiquiatría. *El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica*. Vol. 38.

[23] Kielhofner, Gary. *(2006) .Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación.* Buenos Aires. Médica Panamericana. pág. 395

2.2 Influencia de la familia en las expectativas y metas personales

El 100% de los integrantes del equipo interdisciplinar entrevistados, refieren que la familia influye en la creación de metas y expectativas de los usuarios, así como en el cumplimiento de las mismas. Dichas metas están relacionadas con el egreso de la institución, acceso a una vivienda, apoyo afectivo y la realización de los proyectos productivos.

Esto quiere decir, cuando el usuario tiene apoyo familiar, crea expectativas acerca de su egreso de la institución, debido a que cuentan con un lugar de vivienda, apoyo económico y afectivo por parte de su familia, es así como el usuario "logra tener un recuerdo y reflexión sobre el desempeño en términos de su importancia para sí mismo y para su mundo, a través de estas interpretaciones también se construyen ideas acerca del futuro y sus posibilidades"[24], lo que significa que si el usuario reconoce lo importante que es para su familia por medio del apoyo brindado en su proceso de rehabilitación, este lograra proyectarse a futuro a través de metas y expectativas en su vida, reconociendo que cuenta con posibilidades para lograrlas.

Sin embargo cuando un usuario no cuenta con apoyo familiar sus metas a largo plazo son limitadas, debido a que la mayoría reconocen que al no tener familia no llegaran a egresar de la institución, por lo tanto sus metas se vuelven actividades del diario vivir, estando limitadas únicamente a las actividades institucionales programadas por el equipo terapéutico, impidiendo la toma de decisiones e interés por parte del usuario esto se debe a que las personas realizan anticipaciones ya que "constantemente encontramos posibilidades mediatas o futuras para la acciones. El modo en que anticipamos estas posibilidades de acción se refleja en aquello en lo que prestamos atención en el mundo que nos rodea."[25] Es decir si la persona reconoce las posibilidades que tiene para realizar a cabo una acción en este caso una meta, el usuario lograra proyectarse a un futuro distante, creando expectativas para la acción. Por el contrario el usuario que no tiene apoyo familiar no logra proyectarse a través de las posibilidades generadas a futuro, si no de las

[24]. Kielhofner , Gary. *(2006) .Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación.* Buenos Aires. Médica Panamericana. pág. 19

[25]. Kielhofner , Gary. *(2006) .Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación.* Buenos Aires. Médica Panamericana. pág. 20

posibilidades mediatas reflejadas en las actividades diarias de las intervenciones terapéuticas.

2.3 Influencia de la familia en el autoconcepto

La totalidad de los integrantes del equipo interdisciplinar, refieren que la familia influye de manera positiva sobre el autoconcepto del usuario.

Esto se evidencia en el apoyo familiar brindado al usuario en su proceso de rehabilitación, “a través del reconocimiento de sus habilidades y capacidades por parte de la familia cuando realizan señalamientos positivos así mismo el interés demostrado a su familiar hospitalizado a través de su proceso terapéutico”, por ende, el usuario logra reconocerse y aceptarse a través de la aceptación del otro, debido a que, “el modo en que nos vemos a nosotros mismos refleja el modo en que el mundo nos ha respondido”[26], por lo tanto, si el usuario percibe que es una persona apreciada e importante para su familia, se evidencia un mayor reconocimiento de las capacidades y habilidades, apreciación e importancia de sí mismo y el valor que le da a las cosas que realiza. Dado que “nuestro valor es validado por la forma en que los otros aprueban o reconocen nuestro comportamiento”.[27] Así mismo se genera sentimientos de competitividad a través de su autoeficacia es decir el reconocimiento de efectividad al usar sus capacidades para alcanzar un logro.

Por el contrario, los usuarios que no cuentan con acompañamiento familiar, podrían percibirse como personas poco valiosas, debido a que su red primaria no logra reconocerlo como tal, es decir como una persona con capacidades y limitaciones, por lo tanto, genera poca creencia en sus habilidades y reconocimiento de sus cualidades, interfiriendo en el interés y el valor en su proceso terapéutico, “reflejado en escasa tolerancia a la frustración, fracaso en el

---

[26]. Kielhofner , Gary. *(2006) .Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación.* Buenos Aires. Médica Panamericana. pág. 19

[27]. Kielhofner , Gary. *(2006) .Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación.* Buenos Aires. Médica Panamericana. pág. 19

.

establecimiento de objetivos ocupacionales o falta de un esfuerzo adecuado para completar las ocupaciones o seguimiento de objetivos."[28]

3. INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL SUBSISTEMA HABITUACIONAL

3.1 Influencia de la familia en el mantenimiento de hábitos y rutinas

El equipo interdisciplinar afirma que la familia si influye en la adquisición y mantenimiento de hábitos y rutinas de los usuarios.

Hay que tener en cuenta que cuando el usuario llega a la institución tiene una desestructuración de sus hábitos y sus rutinas debido a su condición de salud mental, pues "en la patología psiquiátrica, los componentes de volición y de habituación son generalmente los más afectados. Las personas con discapacidad psicosocial presentan apatía o falta de vitalidad, desorganización de la rutina diaria y pocos roles ocupacionales."[29] Los deterioros afectan negativamente los hábitos y su interrupción exacerba más los síntomas y/o las consecuencias del trastorno subyacente.[30]

Por tal motivo la institución, a través del equipo interdisciplinar de la sala 9, fomenta hábitos y rutinas estructuradas en los usuarios durante el tiempo en que éstos permanecen en la institución, logrando que se apropien de los mismos, a partir de horarios establecidos previamente para llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Una vez el usuario egrese de la institución, la familia cumple un rol fundamental en el mantenimiento de los hábitos que los usuarios han adquirido en la institución, la familia por lo tanto, puede ser facilitador o barrera en el proceso, pudiendo convertirse en barrera cuando en la familia existe una desestructuración de hábitos y rutinas como la perdida de horarios establecidos para llevar a cabo las actividades diarias tales como dormir, levantarse, bañarse, desayunar, aseo del

[28] Kielhofner , Gary. *(2006) .Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación.* Buenos Aires. Médica Panamericana. pág. 393

[29] Forn, Carmen. *Terapia Ocupacional y Rehabilitación Psiquiátrica*. Pág. 154.

[30] Kielhofner, Gary. (2004). *Terapia Ocupacional, Modelo de Ocupación Humana, Teoría y Aplicación*. 3ª edición, editorial Medica Panamericana, Pág. 79

hogar, entre otras; o la falta de hábitos saludables como la realización de algún deporte o actividad física, la alimentación equilibrada; éste aspecto es referido por los entrevistados quienes aseveran que "es la familia la que da continuidad a los hábitos y rutinas luego del egreso de los usuarios de la institución, debido a que si la familia no supervisa el cumplimiento de la toma del medicamento, del baño, de los horarios en los que realiza las actividades, o si el usuario se ve inmerso en un hogar con rutinas desestructuradas se afecta el proceso adelantado en la institución".

Teniendo en cuenta lo anterior, se perciben las implicaciones del contexto en la ejecución de la rutina de las personas, pues "apreciar el medio ambiente significa que automáticamente la persona se localiza en medio de características ambientales familiares y percibe sus implicaciones de acción para un comportamiento habitual que hace"[31], es por esto que si la familia no propicia un contexto para dar continuidad a los hábitos adquiridos por los usuarios en la institución, se generará una pérdida de los mismos y en consecuencia una pérdida de acontecimientos que guían las acciones. Es así como los profesionales manifiestan la importancia, que la familia realice ajustes o del contexto familiar para favorecer el mantenimiento de estos hábitos y rutinas, resaltando la importancia de la acomodación de la familia a las necesidades del usuario, tales como ajustes de la rutina de la familia para favorecer la de su familiar y la implementación de modificaciones dentro de la estructura del hogar como adaptaciones al contexto a través de apoyos visuales que permitan al usuario recordar las actividades que debe llevar a cabo diariamente y cumplir con la rutina, como "ubicar las pastillas en la mesa de noche, la elaboración de ficheros que permitan poner las actividades por secuencia y hora o simplemente la ubicación de los relojes en sitios que tengan buena visibilidad". La modificación del entorno es considerado como un factor de protección, pues "Intervenciones recientes dirigidas a perseguir la modificación del entorno familiar han producido dramáticas reducciones en las recaídas, exacerbaciones y reingresas de pacientes" (Strachan, 1986.).
Cuando la familia se vincula al mantenimiento de los hábitos y las rutinas del usuario, favorecerá y reforzará el cumplimiento de las actividades en los horarios propicios, aspecto que se relaciona directamente con la estructuración de las

[31] Kielhofner, Gary. (2004). *Terapia Ocupacional, Modelo de Ocupación Humana, Teoría y Aplicación*. 3ª edición, editorial Medica Panamericana. Pág. 73

rutinas dentro del hogar. Sin embargo, se observa actualmente que el reforzamiento de estas actividades es necesario más en unos usuarios que en otros, siendo factores como el diagnostico, la edad y el tiempo de permanencia en la sala, aspectos que según los entrevistados, inciden en el grado de interiorización y estructuración de estos hábitos y rutinas.

Así mismo, el equipo interdisciplinar reconoce la responsabilidad de la familia en el establecimiento de hábitos saludables que aporten al fortalecimiento de la salud integral del usuario, dichos aspectos incluye la supervisión de la toma del medicamento, además del suministro de una dieta equilibrada, la ejecución de actividades deportivas o actividad física, el cumplimiento de los horarios de sueño y descanso; actividades que se han fortalecido en la institución.

Teniendo en cuenta que "La familia del enfermo mental es la que brinda el cuidado primario… es esencial enseñarles a que propicien un apego terapéutico, y a que no se suspenda la toma del medicamento."[32], es por esto importante la existencia de una familia y el apoyo de la misma, una vez el usuario salga de la institución, pues ésta influye significativamente en dar continuidad a la toma del medicamento por parte del usuario, lo que es afirmado por el equipo terapéutico entrevistado el cual reconoce la importancia e "influencia de la familia en el mantenimiento de esta rutina", debido a la incapacidad que tiene esta población de seguir con sus rutinas.

Por otro lado el equipo reconoce la importancia que la familia promueva en el usuario una rutina equilibrada la cual consiste en el desempeño tanto de actividades de autocuidado como actividades productivas o laborales y actividades de ocio y tiempo libre. "Desde la filosofía de la terapia ocupacional es fundamental el equilibrio entre el tiempo dedicado al trabajo, juego, actividades lúdicas, descanso y sueño y autocuidado"[33]. "Hay desequilibrio si hay exceso de trabajo, pero también es desequilibrante la falta de éste, ya que si la demanda es baja o la persona tiene pocas oportunidades de trabajo, el desequilibrio producido también se considera nocivo para la salud. Esta situación se observa tanto en personas desempleadas, como en adultos mayores especialmente los que viven en residencias especiales, o en personas con discapacidades ya sean físicas o

[32] Panduro, Cerda, Arturo; Villaseñor Bayardo, Sergio Javier; Vargas López, Raúl; Alcalá Padilla, Leobardo. (2002).*Por una mejor comprensión y una nueva esperanza en la Salud Mental. Investigación en Salud*.; Redalyc. Vol. IV, Núm. 002, Universidad de Guadalajara, México

[33] Moruno Miralles, Pedro; Romero Ayuso, Dulce. (2003) *Terapia Ocupacional, Teoría y técnicas*. Editorial Masson. Pág. 281.

mentales"[34]. Por tal motivo la familia debe propiciar los medios para que el usuario se vincule a una actividad productiva la cual lo haga sentir participe de la sociedad, "haciendo posible el desarrollo de capacidades y el cumplimiento de aspiraciones individuales"[35].

Es por esto importante la educación y formación de la familia, a través del apoyo y asesoramiento de un profesional, para que logren identificar la necesidad de hacer modificaciones en el contexto familiar y aprendan pautas específicas para continuar con el fortalecimiento de hábitos y rutinas que los usuarios han adquirido en la institución. "Es necesario proporcionar a las familias apoyo, información, educación y asesoramiento para dotarse de estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y ser agentes activos de la rehabilitación, así como para mejorar la calidad de vida de la propia familia"[36]. "La terapia conductual familiar está altamente estructurado y es sistemática. Se basa en los principios aprendizaje y en el cambio conductual. Sin embargo, se desarrolla de forma alentadora y cálida por parte de los terapeutas con el fin de procurar un ambiente de aprendizaje para el paciente y su familia"[37]. Por tal razón es fundamental la presencia de los profesionales al momento de orientar y formar a la familia con relación a la enfermedad mental de su familiar, además debe contar con habilidades para saber comunicar las estrategias que la familia debe aportar al proceso de rehabilitación del usuario.

3.2 Influencia de la familia en la readquisición de roles

El 91% de los miembros del equipo interdisciplinar entrevistados, reconocen la influencia de la familia en la readquisición y desempeño de roles una vez el usuario egrese, pues ésta permitirá o limitará la participación del mismo en las diferentes actividades de la vida diaria y contextos de interacción. Además, si hay ausencia de apoyo familiar no hay posibilidades de egreso[38], por lo tanto el usuario no podrá desempeñar los diferentes roles que demanda el contexto social, limitándose exclusivamente al rol de paciente.

---

[34] Gómez Lillo, Silvia. Equilibrio y organización de la rutina diaria. Consultado en línea 15 agosto de 20011: http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/111/96.

[35] Trujillo, Alicia. (2002) *Terapia Ocupacional, conocimiento y práctica en Colombia*. Pág. 39

[36] Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo Situación actual y recomendaciones. Madrid, 2002.

[37] La Rehabilitación Psicosocial En Enfermos Mentales Crónicos. TEMA 99. 2000

[38] Código de Procedimiento Penal, articulo 427.

“La identidad del rol se genera cuando los otros nos reconocen y responden como ocupantes de un estado particular”[39], es por esto que asumimos un rol en la medida en que el contexto nos dan un lugar y la oportunidad de actuar de acuerdo a un papel en la sociedad, esto también lo afirma el equipo interdisciplinar al referir que “la familia favorecerá la participación en los roles sociales, familiares y productivos de los usuarios, una vez identifica las habilidades del usuario, si por el contrario no identifican ninguna destreza, lo limitaran y restringirán la participación en nuevos roles”.

De igual forma afirman la importancia de que la familia ofrezca la “posibilidad de participar e interactuar en nuevos entornos como el trabajo, la comunidad y la misma familia, así que a medida que el usuario pueda participar de estos contextos podrá desempeñar nuevos roles, situación que no se dará si por el contrario se le aísla”.

Por lo tanto es la familia en primera instancia la que le da un lugar al usuario en la sociedad una vez egrese de la institución, permitiendo el desempeño de roles sociales tales como vecino, amigo, participante de un grupo religioso, o un grupo de la tercera edad, de roles familiares como papá, esposo, hijo, hermano, tío y de roles productivos como estudiante o trabajador.

“Más que la discapacidad, el mayor obstáculo al que se enfrentan las personas en situación de discapacidad para desempeñar un rol son las barreras sociales”[40]. Cuando la familia se rehúsa a admitir al usuario en distintos grupos sociales se evidencia una barrera a los roles, destacándose como rol principal el rol de enfermo.

[39] Kielhofner Gary. Terapia Ocupacional, Modelo de Ocupación Humana, Teoría y Aplicación. 3ª edición, editorial Medica Panamericana, 2004. Pág. 82

[40] Kielhofner, Gary. Terapia Ocupacional, Modelo de Ocupación Humana, Teoría y Aplicación. 3ª edición, editorial Medica Panamericana, 2004. Pág. 86

4. INFLUENCIA EN EL FAMILIA EN EL SUBSISTEMA DE EJECUCIÓN

En esta categoría se indagaron aspectos relacionados con el aporte que las familias podrían generar en el mantenimiento de las habilidades cognitivas, sociales y psicomotrices una vez los usuarios egresen de la institución

4.1 Influencia de la familia en la adquisición y mantenimiento de habilidades cognitivas

El 64% de los entrevistados, refirieron que las familias podrían influir en la adquisición y mantenimiento de habilidades cognitivas. Siempre y cuando le proporcionen al usuario la oportunidad de ser partícipe de actividades de la vida diaria, de tiempo libre, y productivas que tengan implícitas demandas cognitivas.

Este tipo de habilidades se potencian cuando la familia le otorga responsabilidades al usuario tales como darle cumplimiento a los horarios y demandas de su rutina, cuando le asigna tareas tales como: cuidado del hogar, trabajos domésticos, compras, preparación de la alimentos, jardinería; y cuando promueven su participación en actividades de ocio y tiempo libre tales como juegos de mesa, lectura y televisión educativa.

Otro tipo de estimulación cognitiva que identifican los profesionales entrevistados, implica el entrenamiento directo de dichas habilidades, donde el familiar dedique un espacio de tiempo en el horario habitual para ejecutar con el usuario actividades que potencien dichas destrezas, o se involucre al usuario en algún grupo donde se ejecuten actividades de este tipo bajo la tutoría de un profesional.

En contraste, el 36% restante de la población entrevistada afirma que las familias no podrían aportar a la adquisición y mantenimiento de habilidades cognitivas porque que no reconocen este tipo de habilidades ni de qué manera se podrían potenciar, puesto que las familias no tienen ningún entrenamiento para favorecer habilidades cognitivas y la institución no las involucra en actividades terapéuticas ni psicoeducativas que los instruya al respecto, además, la mayoría de familias carecen recursos económicos y de tiempo para dedicar a la realización de este tipo de actividades.

4.2 Influencia de la familia en la adquisición y mantenimiento de habilidades sociales

El 91% de los integrantes del equipo interdisciplinar, refieren que la familia tiene influencia en la adquisición y mantenimiento en habilidades sociales.

Teniendo en cuenta que "la familia es el grupo social básico donde se producen los primeros intercambios de conductas sociales y afectivas, valores y creencias, que tienen una influencia muy decisiva en el comportamiento social del individuo"[41], se deduce que esta influye en la adquisición y mantenimiento de habilidades sociales del usuario desde antes de su ingreso a la institución y durante el tratamiento, lo que es confirmado por los entrevistados quienes afirman que "los usuarios que han mantenido buenas relaciones con sus familiares e interactúan constantemente con estos, presentan mejores habilidades adaptativas e interacciones sociales más asertivas en comparación a los compañeros que no mantienen contacto con sus familias".

Del mismo modo, una vez el usuario egrese de la institución, la familia será la encargada de que el usuario continúe potenciando sus habilidades sociales mediante las interacciones cotidianas dentro del grupo familiar, lo que a su vez lo preparará para interactuar en otros contextos, por lo tanto, los entrevistados establecen que es necesario que la familia "involucre al usuario en actividades propias de la dinámica familiar así como en grupos de apoyo social, actividades productivas y comunitarias donde interactué con amigos, vecinos y demás miembros de la sociedad".

Los entrevistados, consideran que las destrezas psicosociales son las más comprometidas cuando hay un trastorno mental, por lo tanto, demandan mayor reforzamiento tanto del equipo terapéutico como de la familia, para evitar que el usuario recaiga en conductas agresivas e inadaptativas.

[41] Caballo, V.E: (1993).Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI de España. S.A

4.3 Influencia de la familia en el mantenimiento de las habilidades psicomotrices

El 55% de los integrantes del equipo interdisciplinar entrevistados consideran que la familia no influye en la adquisición y mantenimiento de las habilidades psicomotrices.

Porque no se les ha dado a conocer la importancia de promover este tipo de destrezas y las ganancias secundarias que representan para el usuario en términos de funcionalidad, independencia y sentimiento de competencia, al mismo tiempo que reducen la carga del cuidador. También porque desconocen que estas habilidades se pueden fomentar indirectamente mediante la interacción física del sujeto con tareas, objetos, y entornos, lo que sucede cuando la persona participa continuamente en actividades de la vida diaria, actividades de ocio y de tiempo libre, y productivas.

Otros integrantes del equipo interdisciplinar consideran que es necesario que la adquisición y mantenimiento de habilidades psicomotoras sean abordadas por instituciones o profesionales especialistas en el área, además refieren, que las familias carecen de tiempo y recursos para la realización de estas, porque “no pueden interrumpir sus actividades laborares para dedicar tiempo a entrenar al usuario”, así como refieren que hay familias que no les haría ningún tipo de exigencia al usuario para ejecutar de actividades con demandas psicomotrices porque consideran que podrían afectar negativamente su condición de salud y disparar los síntomas de la enfermedad mental, y por lo tanto, prefieren que el usuario permanezca en el sedentarismo.

El 45% restante de los miembros del equipo interdisciplinario, consideran que la familia si podría aportar en la adquisición y mantenimiento de habilidades psicomotrices, promoviendo la participación del usuario en actividades tales como autocuidado, organización de hogar, realización de compras, manualidades, actividades deportivas y de juego. No obstante, es necesario la institución eduque a las familias en el reconocimiento de la importancia de estas habilidades, así como en estrategias para fomentarlas en el hogar.

5. INTERVENCION CON FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACION E INSERCION SOCIAL DE LOS USUARIOS DE LA SALA 9

En este componente se evaluaron aspectos relacionados con la manera en que la institución promueve el trabajo con familias en el servicio de la sala 9 y el quehacer de cada profesión tanto interdisciplinarmente como individualmente, en la intervención con familias para favorecer el proceso de rehabilitación e inserción social.

5.1 Intervención con familia en el servicio de la sala 9

El 82% de los integrantes del equipo interdisciplinar entrevistados afirman que el trabajo que se realiza con las familias de los usuarios de la sala 9 es insuficiente.

Los entrevistados lo atribuyen a que el servicio de la sala 9 no cuenta con un profesional especializado en familia, como una trabajadora social que lleve a cabo un proceso de intervención integral y continuo con las familias, y se ocupe de articular y dirigir el trabajo interdisciplinar con dicha población, mencionan que “es necesario que este profesional realice trabajos más prolongados con la red primaria, que cite a las familias e indague sobre los vínculos, las dinámicas familiares, las concepciones que tiene la familia sobre la enfermedad y a partir de la esta información se trabajen sobre la intervención e información que corresponda brindarles, así como también en los procesos de seguimiento, logrando así vincular a las familias y a los otros miembros del equipo interdisciplinar, para favorecer el proceso de rehabilitación psicosocial y posterior reinserción social de los usuarios”.

Por lo tanto, es esencial que los usuarios y las familias tengan la atención de un profesional en el área de trabajo social que “implemente actividades de educación social en la promoción de la participación de las familias, en el conocimiento, de detección y manejo de factores de riesgo, realizar junto con el área de psicología talleres y círculos de prevención de salud mental, realizar atención psicosocial, brindar asesoría individual y familiar con el fin de fortalecer la sana convivencia, atender las consultas y orientaciones que los usuarios requieran, así como las situaciones de crisis por conflictos familiares, relación entre padres e hijos, relación entre hermanos, realizar seguimiento de casos atendidos que lo ameritan, en especial aquellos relacionados con conflictos familiares, con el fin de verificar el fortalecimiento de los factores de protección y la disminución de los factores de riesgo, evaluar y diagnosticar mediante estrategias domiciliarias con el fin de

proporcionar los elementos necesarios para que la familia y la comunidad recupere su capacidad y su función protectora, facilitando en desarrollo social"[42], permitiendo que con ello la atención integral a las familias y a los usuarios en la institución, de ahí que el trabajador social en coordinación con el equipo profesional que opera en la sala, realice un trabajo conjunto entre usuario y familia permitiendo con ello un abordaje integral del proceso de rehabilitación psicosocial.

Por otra parte el equipo interdisciplinar, refiere que los profesionales del servicio, no cuentan con el tiempo requerido para realizar procesos de intervención articulados y continuos con las familias, porque cumplen numerosas funciones dentro de la institución que no se los permite. Así mismo, afirman que dentro de la delegación de funciones de los profesionales del servicio, "no se tiene en cuenta el abordaje con familias, esto, debido a que la Institución no contempla la intervención con familias como algo prioritario dentro del proceso de tratamiento y rehabilitación psicosocial de los usuarios, lo que se evidencia en la escases de recursos humanos dispuestos para este tipo de intervenciones".

Finalmente, la población entrevistada afirma que hay aspectos inherentes a la familia tales como el desinterés, las condiciones socioeconómicas y la distancia de la residencia, que dificultan que la institución vincule a las familias, puesto que si estas no asisten a los procesos terapéuticos a los cuales son convocados, habrían pérdidas económicas para el servicio y la institución, evidenciadas en el recurso humano, material y físico que no sería utilizado.

5.2 Intervención con familia desde cada disciplina

En este ítem la mayoría de los profesionales entrevistados afirman que realizan algún aporte en el abordaje con las familias desde su respectiva disciplina.

Los profesionales entrevistados afirman que el trabajo que ejecutan con las familias no es de tipo interdisciplinar, son acciones aisladas desde el enfoque de cada disciplina que se ejecutan "cuando las familias solicitan algún apoyo por parte del profesional o cuando cuentan con disponibilidad de tiempo", a continuación se enumeran los aportes que realizan algunos profesionales del servicio en su intervención con familias.

[42] López luna, Chaparro Maldonado. (2006) *Competencias Laborales del trabajador social vistas desde el mercado laboral*. universidad colegio mayor de Cundinamarca (Colombia).

En el servicio de la sala 9, han realizado intervención con familias los estudiantes en práctica profesional de psicología, centrándose en el fortalecimiento de la red de apoyo primaria (familia), esto a través de actividades psicoeducativas que son encaminadas a promover la conciencia de enfermedad mental y el reconocimiento de su familiar en situación de inimputabilidad, además de capacitar a la familia sobre el manejo de la enfermedad por medio del reconocimiento de las destrezas y limitaciones del usuario, así mismo, realizan intervención para fortalecer los vínculos afectivos, el manejo de duelo y el perdón en el caso de aquellos usuarios que han agredido a un familiar.

Al igual que psicología, la profesional en psiquiatría del servicio aporta en la promoción de la conciencia de enfermedad mental, así mismo sobre las educación relacionada a la patología, con el fin de que la familia conozca el manejo de la enfermedad, reconozca los signos y síntomas, además de la educación en la toma del medicamento, para que la familia aprenda a afrontar la enfermedad en el momento que egrese el usuario. Igualmente se realizan procesos de seguimiento una vez el usuario egrese de la institución, con el objetivo de supervisar el cumplimiento de la toma del medicamento y la evolución de la psicopatología.

Tanto la disciplina de psicología como psiquiatría realiza intervenciones a los familiares de los usuarios, a través de la "terapia de familia por medio de la psicoeducación y apoyo psicológico que ayuda a los miembros de la familia, a estar preparados para la expresión de la enfermedad del paciente y a elaborar estrategias de respuestas, que ayuden tanto al paciente como a la familia a afrontar la enfermedad de la mejor manera posible."[43]

El aporte que refirieron los profesionales de enfermería, hace referencia a la educación respecto a la enfermedad mental, su manejo, en la toma del medicamento e informando al familiar en relación a los avances del tratamiento, generalmente cuando la familia acude solicitando dicha información.

Dado que la disciplina de enfermería trabaja por medio de la psicoeducación a través de algunos componentes a nivel familiar como lo es "el componente didáctico que proporciona información sobre la salud mental y el sistema mental

[43] Hales Robert E, Yudofsky. Stuart. (2009). Tratado de psiquiatría clínica. Elsevier Masson. España

de la salud, el componente del proceso familiar centrado en afrontar la enfermedad mental y sus secuelas para la familia y el componente social, que aumenta el uso formal y no formal de las redes de apoyo".[44]

El aporte desde Terapia Ocupacional, generalmente se realiza por parte de los estudiantes de práctica profesional y profundización, quienes ocasionalmente implementan proyectos donde se convoca a las familias para realizar educación en estrategias para estructurar hábitos y rutinas una vez el usuario egrese de la institución, promoviendo además que la familia involucre al usuario en proyectos productivos y actividades de ocio y tiempo libre mediante el reconocimiento de las potencialidades y limitaciones del usuario. Esto a través de la psicoeducación a la familia, que tiene como finalidad "mejorar la comprensión del tratamiento integral del enfermo y proporcionar apoyo al cuidador; se basa en los conocimientos actuales sobre las causas de los trastornos y su manejo, e intenta promover un mayor control de los familiares sobre la difícil situación que enfrenta y un mejor ajuste del paciente". [45]

5.3 Aportes de cada disciplina al abordaje con familia

La totalidad de los miembros del equipo interdisciplinar entrevistados refirieron que desde su disciplina podrían hacer mayores aportes al abordaje con las familias de los usuarios de la sala 9.

Los profesionales entrevistados afirmaron que podrían participar en la implementación de estrategias interdisciplinares para trabajar de manera articulada en el abordaje con las familias.

Los miembros del equipo interdisciplinar pertenecientes a las disciplinas de terapia ocupacional y psicología refirieron que su abordaje con familia podría favorecer la participación de los usuarios y las familias en redes de apoyo principalmente las sociales y comunitarias, orientando a la familia para que hagan parte de los diversos grupos de apoyo y tengan acceso a los recursos que les puede proporcionar el entorno. Así mismo, desde ambas disciplinas se podrían realizar abordajes encaminados a que la familia identifique y reconozca las

[44]Stuart .Gail, Lalaia. Michele. (2006*). Enfermería Psiquiátrica principios y practica*. Elsevier: España

[45] Forn Carmen. *Terapia ocupacional y rehabilitación psiquiátrica*. Ediciones del vicerrectorado académico de la UCV: Caracas. Venezuela

potencialidades de los usuarios e identifique estrategias para obtener un buen aprovechamiento y mantenimiento de las mismas.

Los terapeutas ocupacionales, también refirieron que su trabajo con familias dentro del equipo interdisciplinar se podría fomentar la estructuración de hábitos y rutinas así como las actividades productivas y de ocio y esparcimiento, proporcionándole a las familias la "orientación en la formulación de estrategias que favorezcan la participación del usuario en los diversos contextos de la manera más adaptativa, funcional e independiente". Así mismo, resaltaron la importancia de su intervención en procesos de equiparación de oportunidades dentro del contexto familiar y social que aportarían a mejorar la participación y adaptación de dichos contextos a favor del proceso de reinserción social del usuario.

El profesional y estudiantes en práctica de psicología refieren que desde su quehacer la Psicoterapia podría ser una estrategia importante de apoyo para las familias, porque permite indagar y conocer a la familia, para favorecer la creación y fortalecimientos de redes de apoyo y fortalecer los vínculos afectivos, el manejo del duelo y el perdón tratando con ello de mejorar la interacción entre el usuario y los miembros de la familia, así mismo, realizarían aportes significativos orientado e informado a la familia acerca del afrontamiento de la enfermedad mental, estrategias para abordar el plan de tratamiento y proporcionar apoyo afectivo al usuario durante este proceso.

Los entrevistados del equipo interdisciplinar refieren que desde psiquiatría el abordaje se centraría en educar a las familias en la importancia de la toma del medicamento, educación relacionada con la enfermedad mental y su manejo; aportando conocimientos sobre la enfermedad mental para evitar recaídas, educar a la familia en la identificación de comportamientos o actitudes en el usuario que pueden ser observados y ayudan a prevenir crisis, fomentar la conciencia de la enfermedad mental, y realizar seguimiento a la adherencia al medicamento y al tratamiento una vez el usuario egrese de la institución.

Los auxiliares de enfermería refieren que desde su disciplina "sus funciones son el suministro y supervisión del medicamento, supervisión de las actividades básicas cotidianas, y el acompañamiento de las actividades de terapia ocupacional y psicología, la realización del reporte de asistencia del familiar y si hay una buena relación durante la visita". No obstante consideran que podrían hacer mas aportes relacionados con la educación de las familias en el asesoramiento del "esquema de cómo el usuario debe tomar la medicación",

manejo de los síntomas fuera de la institución, cuidados que requiere el usuario en casa, y fomentar la importancia de asistir a las citas de control.

5.4 Aspectos importantes en el futuro abordaje con familias

El equipo interdisciplinar refiere como aspectos importantes para el abordaje familiar en el proceso de rehabilitación de los usuarios: realizar promoción y prevención temprana de la enfermedad mental, aportar en el fortalecimiento de vínculos afectivos entre el usuario y su familia, promover la conciencia de enfermedad, educar a la familia en el manejo de la enfermedad mental, fomentar el reconocimiento de habilidades y limitaciones del usuario por parte de la familia, favorecer el proceso de reinserción social y realizar seguimiento para prevenir el riesgo de recaídas luego del egreso".

El equipo interdisciplinar puede lograr que la familia tenga una conciencia de enfermedad, a través de actividades psicoeducativas tales como charlas grupales ofrecidas tanto a los usuarios como a las familias. Si la familia tiene una conciencia de enfermedad puede ofrecer un apoyo más efectivo en el proceso de rehabilitación del usuario, como la responsabilidad para la toma de medicamentos, la asistencia a controles, y por ende va a existir una mayor adherencia al tratamiento y se reduce el riesgo de posibles recaídas. Es así como el equipo interdisciplinar entrevistado afirma que "se debe fomentar la conciencia de enfermedad mental, el reconocimiento de los alcances…" además también refieren que "la familia debe de entender que el delito cometido por su familiar fue producto de una enfermedad o limitación".

Los problemas de recaídas están íntimamente relacionados con la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento pues "la falta de conciencia de enfermedad es la principal causa de abandono del tratamiento, con poco reconocimiento de las consecuencias de la enfermedad y como esta afecta la vida del paciente"[46]

Otro aspecto importante a considerar por el equipo interdisciplinar para el abordaje familiar con relación al proceso de rehabilitación de los usuarios es la educación en la enfermedad mental, incluyendo el conocimiento del diagnostico del usuario, la identificación de los síntomas negativos y positivos de la enfermedad, las

[46] La falta de conciencia de enfermedad en pacientes con esquizofrenia y su relación con el incumplimiento terapéutico principales retos a los que se enfrenta la psiquiatría actual. Consultado en línea 20 agosto de 2011: http://www.psiquiatria.com/noticias/psicosis/esquizofrenia/35556/

características del medicamento, el reconocimiento de las deficiencias cognitivas, psicosociales y como éstas pueden limitar el desempeño o realización de las diversas actividades.

Las familias de las personas con trastornos mentales "demandan información sobre la enfermedad y el tratamiento, así como indicaciones acerca del modo de relacionarse con el enfermo"[47]. "Ensayos clínicos han demostrado repetidamente que intervenciones familiares que proveen alguna combinación de educación acerca de la enfermedad, apoyo, resolución de problemas, e intervención en crisis, en combinación con farmacoterapia apropiada, reduce las recaídas desde un 40 a 53 % a un 2 a 23 % en un año. (Dixon y Lehman, 1995 p.639)"[48]. Es por tal razón que los entrevistados afirman "la importancia que se aborden aspectos relacionados con la educación en la enfermedad mental, sus síntomas, el medicamento y el manejo de la misma". Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo interdisciplinar debe ofrecer información tanto al usuario como a su familia sobre:

"• Los síntomas de la enfermedad, con el objeto de que tengan una idea adecuada de qué síntomas son propios y se deben a su enfermedad y cuáles a otras razones, así como desmontar los mitos que respecto a ella existen y de este modo desarrollen una idea más ajustada de la misma.
• El curso de la enfermedad, distinguiendo los síntomas persistentes y los síntomas de aviso, de modo que reconozcan las señales antecedentes de las crisis, y ayuden a su prevención y tratamiento de forma rápida y eficaz.
• Las causas de la enfermedad, con el fin de disipar las posibles dudas respecto a ellas y a las ideas erróneas que de ellas circulan.
• Los factores de riesgo y protección respecto al inicio o empeoramiento de la enfermedad, con el fin de que puedan evitar los primeros y desarrollar los segundos.
• Los distintos tipos de medicación, su funcionamiento y correcta administración, sus efectos secundarios y la forma de aliviarlos"[49].

[47] Calabuig Pablo, Fernández Sáiz, M. J. González Muñoz, R. A.; Serrano Escartín, R. M. Atención De Enfermería A Las Familias Con Enfermos Mentales. Consultado en línea 19 de agosto de 2011:http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articles/rev54/artic06.htm

[48] Acuña, julia. (1999). *Modelos en Rehabilitación Psicosocia*l. Ministerio De Salud. División De Salud De Las Personas. Unidad De Salud Mental.

[49] Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte; (2007). Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). N. º 21016. Madrid

Como tercer aspecto y siguiendo el grado de importancia los entrevistados consideraron preponderante en la intervención con familia, la prevención de recaídas en los usuarios, entendiendo como recaída "el recrudecimiento de los síntomas, antes de alcanzar la fase de recuperación. La recaída ocurre durante la fase de consolidación del tratamiento"[50]. "Una de las claves para prevenir las recaídas es identificar los desencadenantes de los síntomas y las estrategias para controlarlos"[51]. El equipo interdisciplinar puede utilizar como estrategia la psicoeducación para educar al paciente y a la familia acerca de los síntomas tempranos de una recaída, además de reforzar en la familia la importancia de dar continuidad al proceso en casa como la rutina en la toma del medicamento, la asistencia a controles médicos. "En las últimas décadas, las intervenciones psicosociales se han centrado en la prevención de recaídas. Este énfasis en la prevención de las exacerbaciones está justificado porque las recaídas tienen un efecto muy negativo en el paciente, en su familia y en los profesionales de la salud mental que se encargan del tratamiento.

A nivel del paciente, las recaídas pueden tener un efecto muy perjudicial en la rehabilitación a largo plazo, ya que pueden pasar muchos meses hasta que el paciente recupere su nivel previo de funcionamiento. A nivel clínico para controlar las recaídas casi siempre es necesario hospitalizar al paciente, lo que supone unos mayores costes e intensidad en el tratamiento. Se ha utilizado una gran variedad de intervenciones psicosociales para prevenir las recaídas. Pero los objetivos de estas estrategias puede resumirse en: la reducción del estrés, el aumentar la cooperación con la toma de medicación… y el entrenamiento de los familiares en la evaluación de los síntomas"[52]. De igual forma hay que tener en cuenta que el mismo contexto familiar puede ser un elemento que propicie a las recaídas del usuario, pues "La tensión en el hogar con la frustración, la desilusión, el criticismo, la intrusividad y la desmoralización pueden contribuir a que exista un

[50] Forn, Carmen. *Terapia Ocupacional y Rehabilitación Psiquiátrica*. Ediciones del vicerrectorado académico de la UCV: Caracas. Venezuela. Pág. 482

[51] Gail, W. Stuar; Michele, T. Laraia. (2006).*Enfermería Psiquiátrica, Principios y Práctica*. 8ª edición. Edición Elsiever España, S.A.. Pág. 416.

[52] Aldaz, José Antonio; Vázquez Carmelo. (1996). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Siglo Veintiuno de España Editores. Pág. 26

clima emocional que favorezca la recaída"[53], por tal razón es fundamental que el equipo interdisciplinar trabaje con y hacia éste contexto.

Por otra parte, otro aspecto importante considerado por el equipo interdisciplinar en la intervención con familia es el entrenamiento para favorecer la reinserción, participación y adaptación al contexto social de los usuarios, iniciando con el reconocimiento en la familia de las habilidades y limitaciones del usuario. Por lo tanto la familia debe fomentar las habilidades comunicativas, las habilidades sociales, la resolución de problemas, permitiendo la autonomía e independencia en la realización de las actividades y así posibilitando la participación en las áreas ocupacionales de la vida diaria (autocuidado, trabajo/estudio, ocio/esparcimiento) sin signos de aislamiento, sino por el contrario, mayor participación en el contexto familiar, dándole un lugar al usuario en el mismo. Todo lo anterior, con ayuda del equipo interdisciplinar, el cual concientice a la familia de la importancia de lograr una mayor participación del usuario en casa para así fomentarlo en el contexto social en general.

Además el equipo interdisciplinar debe "entrenar al usuario en la adquisición de habilidades y estrategias de orientación espaciotemporal, empleo del transporte y del dinero, utilización de servicios de comunicación, realización de trámites burocráticos y orientación vocacional y búsqueda de empleo, y ajuste laboral"[54]. No hay que olvidar que una de las barreras que encuentran las personas en situación de discapacidad una vez inicia un proceso de reincorporación a la sociedad, es la misma sociedad con sus prejuicios y barreras sociales que limitan la plena participación de la persona. Por lo tanto, debe de iniciar por el contexto familiar la aceptación y el reconocimiento de la necesidad de que esta persona vuelva a desempeñarse como un ser social por naturaleza y vuelva a ser productivo.

"Una vez alcanzados los objetivos definidos en el plan de rehabilitación y encaminada ésta hacia la reinserción, se articula un proceso de seguimiento y mantenimiento de los logros conseguidos. Este seguimiento tiene previsto apoyarse en contactos periódicos con el usuario de alta de la fase de intervención por un tiempo no determinado con anterioridad. Esta fase de seguimiento se lleva a cabo a través de contactos periódicos ya sea mediante citas programadas,

[53] La Rehabilitación Psicosocial En Enfermos Mentales Crónicos. Tema 99. 2000

[54] Durante, Molina Pilar; ARNAIZ, Noya Blanca.(2001) *Terapia Ocupacional en Salud Mental: Principios y Práctica*. Editorial Masson: Barcelona España. Pag. 168..

visitas domiciliarias o contactos telefónicos[55]". Por tal razón el seguimiento luego del egreso también fue una variable tenida en cuenta por el equipo interdisciplinar en la intervención con familia, debido a que las familias requieren del apoyo terapéutico que le proporcionarían todos los miembros del equipo interdisciplinar para que el proceso de reinserción social sea más exitoso.

Por último establecieron la importancia del fortalecimiento de vínculos afectivos, pues son el aspecto que permitirá y garantizara un apoyo contundente para el usuario de sala 9 en su proceso de rehabilitación, dado que es necesario que la familia haya llevado a cabo procesos de duelo, perdón, reconocimiento y comprensión de la situación de discapacidad psicosocial del usuario para que se comprometa realmente en su proceso y para que su participación sea significativa y movilizada por los vínculos afectivos más que por la obligación.

[55] Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte; (2007).Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). N. º 21016. Madrid. Pág. 38

9. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten señalar que los objetivos planteados al inicio de la investigación fueron alcanzados. Los procedimientos ejecutados permitieron identificar, describir y analizar la influencia de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial de los usuarios de la sala 9 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, a partir de las experiencias y percepciones del equipo interdisciplinar; de igual manera se logró identificar los aspectos socio-demográficos y familiares que tienen incidencia en el éxito del tratamiento psicosocial de esta población. Para ello se adoptó una postura teórica relacionada con la adherencia terapéutica y el trabajo del equipo interdisciplinar respecto a la familia de acuerdo a la visión desde Terapia Ocupacional a partir del Modelo de la Ocupación Humana y el Modelo Ecológico Sistémico.

A través de la entrevista en profundidad, se logró conocer la opinión de cada uno de los profesionales de la sala 9 sobre la influencia que tiene la familia en el proceso de rehabilitación de esta población, de acuerdo a los ítems abordados desde el Modelo de la Ocupación Humana. La entrevista facilitó la recolección de la información, permitiendo tener en cuenta cada uno de los subsistemas del modelo. De igual forma se logró realizar una caracterización socio demográfica de la población la cual permitió identificar factores que influyen en el apoyo brindado por las familias en el proceso terapéutico, como lo son la escolaridad, la proveniencia, el diagnóstico y la edad.

Un aspecto importante que cabe mencionar es que la visión frente al tema varía de acuerdo a la profesión de cada integrante del equipo entrevistado, donde se evidenció que los profesionales de las áreas de psiquiatría y enfermería tienen una visión más centrada en la rehabilitación.

En cuanto a la población objeto de estudio, profesionales en diferentes áreas que pertenecen al equipo interdisciplinar de la sala 9, contribuyó a identificar la importancia de la intervención con las familias de los usuarios de esta sala, teniendo en cuenta la condición de inimputabilidad de los mismos y que el 61% de los casos, los delitos cometidos por los usuarios han sido en contra a alguno o varios miembros del núcleo familiar, además, la presencia y el apoyo de la familia es un factor primordial para que el usuario egrese de la institución y se vincule al contexto social una vez cambie su medida de seguridad.

Se evidencia que la práctica clínica no debe estar solo centrada en las intervenciones con el usuario, sino de manera habitual involucrar a la familia en los procesos de rehabilitación de usuarios con enfermedad crónica o prolongada, permitiendo con ello el conocimiento de la enfermedad y la participación de la familia en el proceso terapéutico.

Por tal razón la intervención con las familias es un aspecto que no se debe obviar en la intervención psicosocial de la sala 9 del hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, pues es el núcleo familiar el principal soporte socio-afectivo, sin olvidar que en estos casos, es la más afectada debido a que los delitos fueron cometidos hacia la misma familia. Además, el Ministerio de Protección Social a través de los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia señala la importancia de involucrar a las familias en el manejo de la enfermedad mental; reconociendo también el papel crucial del cuidador en el manejo de la persona con trastorno mental y las necesidades de los cuidadores para que cumplan de manera adecuada su papel.

Hay que tener en cuenta la importancia que tiene la influencia de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial, pues por medio de ésta, el usuario logra adquirir una mejor adherencia al tratamiento y mejor desempeño en las actividades terapéuticas, debido a que esta red de apoyo primaria incide en la motivación del usuario hacia su proceso de rehabilitación, lo que permite que logre potencializar y fortalecer las habilidades fomentadas en la institución.

Es importante destacar que los entrevistados reconocen que en la actualidad el trabajo que se realiza con la familia de los usuarios de sala 9 es insuficiente, señalando tres (3) variables principales que limitan este proceso: la falta de un profesional especializado en familia, la carga laboral de los profesionales del servicio y las condiciones socioeconómicas y demográficas de las familias.

Además, la mayoría de los profesionales no realizan intervenciones con las familias de esta población. Por lo tanto se puede concluir que faltan objetivos comunes en el equipo interdisciplinar que permitan direccionar la intervención con la familia, además de los factores socio-demográficos y económicos los cuales limitan la participación de las familias en el proceso psicosocial de los usuarios y la intervención del equipo interdisciplinar hacia la misma.

A partir del Modelo de la Ocupación Humana se plantea la influencia de la familia en el subsistema volitivo, habituacional y de ejecución de sus familiares de la siguiente manera:

La familia logra influir en las expectativas y metas, especialmente en la expectativa de egreso siendo esta una motivación en su proceso de rehabilitación.

En el subsistema habituacional se puede concluir que la familia influye en los hábitos, rutinas y roles de los usuarios una vez egresen de la institución. Debido a que este contexto puede ser barrera o facilitador en el establecimiento y mantenimiento de hábitos y rutinas estructuradas, siendo apoyo en la supervisión de éstos como la toma del medicamento, y apoyo en el mantenimiento y reforzamiento de la rutina estructurada adquirida en la institución para ejecutar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Sin embargo es importante mencionar que es necesario, primero una estructuración de hábitos y rutinas dentro de la familia para así ofrecer al usuario un contexto ajustado a las necesidades del mismo.

De igual manera la familia incide en el desempeño de roles en los usuarios, debido a que puede tanto favorecer como limitar la participación en los roles sociales, familiares y productivos en el usuario. Por lo tanto se debe reforzar en la familia la importancia de darle un lugar al usuario dentro de la misma, con la posibilidad de realizar las actividades de manera independiente y funcional.

En el subsistema de ejecución se logró identificar que la familia influye en la adquisición y mantenimiento de habilidades cognitivas, sociales y psicomotoras una vez los usuarios egresen de la institución, debido a que ésta será quien potencie dichas habilidades mediante la reincorporación del usuario al núcleo familiar, en actividades productivas, comunitarias, de ocio y tiempo libre, permitiendo así que el usuario mantenga y mejore sus habilidades desempeñándose en diferentes acciones y roles dentro del núcleo familiar, permitiendo la participación ocupacional, generando una identidad y competencias ocupacionales y por ende una adaptación ocupacional tanto a nivel familiar, social y productivo; mejorando así la calidad de vida, fomentando el mayor grado de independencia, bienestar, autoestima y satisfacción personal.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de fomentar un trabajo con las familias a partir de modelos de intervención claramente definidos con estrategias acordes a las particularices de la población como: talleres, capacitaciones y actividades terapéuticas involucradas al proceso de rehabilitación, con el fin de mejorar los vínculos afectivos entre los familiares y el usuario de sala 9, así mismo incrementar el conocimiento y la conciencia de

enfermedad por parte de la familia, debido a que la falta de conocimiento es uno de los impedimentos para el apoyo en el proceso terapéutico, el equipo interdisciplinar debe explicar a las familias en qué consiste la enfermedad, cuales son los síntomas positivos y negativos de la misma, cual es el tratamiento farmacológico que debe llevar el usuario, que puede pasar en caso de no cumplir con la rutina medicamentosa, la importancia de los controles médicos, además como modificar el contexto para que sea un facilitador en el proceso de rehabilitación del usuario y así prevenir posible recaídas.

Los hallazgos que se presentan en esta investigación pueden contribuir a la toma de decisiones en la intervención del equipo interdisciplinar de la sala 9, así mismo favorecer el ingreso del profesional de trabajo social al equipo de salud, contribuyendo al abordaje desde un objetivo común a partir de los hallazgos encontrados en la investigación.

En lo referente a la proyección de la investigación, este estudio logra brindar los conocimientos necesarios a través de los resultados obtenidos, para la implementación de planes e intervenciones en diferentes servicios en el área de psicosocial, principalmente en hospitalización prolongada, promoviendo la necesidad e importancia de vincular a la familia en el proceso de rehabilitación.

Es importante recordar que los resultados obtenidos, proporciona datos desde la percepción del equipo interdisciplinar, sin embargo es fundamental que en próximos estudios se indague directamente a la familia con el fin de analizar su percepción acerca de la participación en el proceso de rehabilitación.

Finalmente es importante que desde el quehacer de cada profesión que conforma el equipo interdisciplinar de la sala 9, se involucre a la familia de manera directa en las intervenciones terapéuticas, no obstante sin perder el objetivo común del equipo interdisciplinar, brindando apoyo tanto al usuario como a la familia.

10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las dificultades en la ejecución del estudio se presentaron al momento de aplicar las entrevistas al equipo interdisciplinar, debido a que algunos entrevistados desconocían algunos conceptos de terapia ocupacional, tales como desempeño ocupacional, roles, habilidades cognitivas, valores, autoconcepto.

Algunos entrevistados se mostraron renuentes a proporcionar información relacionada con el abordaje que realiza la institución con familias, limitando el análisis de la información recolectada.

La disponibilidad de tiempo de algunos profesionales, los cuales no pudieron participar de éste, debido a las intervenciones pendientes; asimismo algunas entrevistas se hicieron en lugares no propicios, donde el profesional se encontraba al cuidado de los usuarios, lo que interfirió negativamente por el ruido o la falta de atención del entrevistado, también existieron casos donde el profesional realizó la entrevista simultáneamente con alguna actividad.

De igual manera, se encontró escaza información bibliográfica sobre la relación del equipo interdisciplinar con la familia en el campo psicosocial además del tema de adherencia terapéutica por parte de la familia, limitando la ampliación de estos términos; igualmente no se encontraron investigaciones que sustentaran las diferentes temáticas y la población abordada, y que permitiera contrastar o comparar la información obtenida con otros estudios, lo que dificulto obtener información suficiente para el análisis de los resultados.

11. RECOMENDACIONES

Esta investigación permitió identificar que en la actualidad se ofrece una intervención insuficiente con las familias de los usuarios de la sala 9 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Por lo tanto se debe iniciar éste proceso a partir del establecimiento de objetivos interdisciplinarios que permitan el abordaje integral.

Cabe mencionar que este primer acercamiento a la identificación de la necesidad de la intervención con la familia de esta población, debe fortalecerse con el aporte de otras disciplinas para abordar todos los aspectos, ya que la rehabilitación debe tener un enfoque bio-psicosocial.

De acuerdo a los resultados obtenidos es importante que el equipo terapéutico de la sala 9 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle realice procesos más estructurados para las familias, con el fin de promover y favorecer el acompañamiento de éstas en el proceso de rehabilitación de los usuarios como red de apoyo primaria, para lograr una mejor adherencia terapéutica y motivación en los usuarios, realizando también un trabajo conjunto familia – usuario en las actividades terapéuticas.

Las intervenciones familiares deben proveer educación acerca de la enfermedad, conocimiento y comprensión de los signos y síntomas de la patología, apoyo, resolución de problemas, e intervención en crisis, lo cual puede prevenir significativamente las recaídas de los usuarios de sala 9. Además se debe reforzar en la familia, el reconocimiento de la condición del usuario como persona en condición de inimputabilidad, término que explica lo sucedido en el momento del delito, logrando además reforzar la conciencia de enfermedad por parte del equipo interdisciplinario.

Así mismo es importante la intervención de trabajo social, con el fin de brindar un abordaje más amplio a la familia, aportando diferentes conocimientos al equipo interdisciplinario de la sala 9. Promover en la familia a través del seguimiento la continuación de los procesos realizados en el hospital a través de la fomentación de actividades que fortalezcan las habilidades cognitivas, sociales y psicomotoras, adquiridas en el proceso de rehabilitación; así como el fortalecimiento de hábitos y rutinas adquiridos en la institución.

12. CONTRIBUCIONES

Con la investigación realizada se logró reconocer la necesidad de trabajar con la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial de los usuarios con enfermedad mental prologada, permitiendo con ello incorporar los modelos utilizados por la profesión como fundamento teórico, apoyando los razonamientos y las dimensiones (áreas) del ejercicio profesional.

Esta investigación promueve las intervenciones interdisciplinarias en el campo psicosocial, generando nuevas dinámicas de trabajo con la población en situación de inimputabilidad. Además pretende generar iniciativa del profesional en Terapia Ocupacional por la investigación en el campo psicosocial con el fin de ampliar los conceptos manejados en la disciplina sobre familia y salud mental.

Por otra parte el estudio permite reconocer los recursos y estrategias terapéuticas con las que cuenta la disciplina de terapia ocupacional en el abordaje con familia de usuarios con enfermedad mental prolongada, los cuales aportarían significativamente al proceso de rehabilitación psicosocial a nivel de promoción, prevención, restauración y equiparación de oportunidades.

Se reconoció la importancia que tiene la familia en el curso de la enfermedad y la participación de ésta en el proceso de rehabilitación psicosocial, por esto la familia debe hacer parte del proceso, en consecuencia se trata de qué los miembros de la familia puedan apropiarse de los diferentes temas apoyando así los usuarios en la actividades de la vida diaria, contexto familiares, comunitarios, laborales y recreativo, abordando estrategias que permitan la autonomía para el desempeño de la ocupaciones en los diferentes contextos .

A nivel investigativo el estudio permitió reconocer la importancia de las áreas de actuación, del terapeuta ocupacional a nivel psicosocial además de reconocer el impacto que puede tener las intervenciones e investigaciones sobre el desempeño ocupacional de los usuarios con enfermedad mental prolongada unas vez estos egresen de la institución e intente reincorporase a la vida familiar, social y ocupacional de ahí la importancia de que tiene este trabajo para futuras investigaciones ya que la profesión de terapia ocupacional aportaría desde los fundamentos teóricos , razonamientos y las dimensiones (áreas) del ejercicio profesional a futuras investigaciones relacionadas con el usuario, la familia e impacto a nivel ocupacional y en la rehabilitación psicosocial

En la medida en que estos estudios enriquezcan el quehacer del terapeuta ocupacional a nivel familiar y el reconocimiento en los campos de intervención permitiendo con ello contribuciones importantes para el desarrollo del ejercicio profesional y la incidencia de las estos en la adherencia a los proceso terapéuticos.

Esta aproximación inicial permitió reconocer y analizar alrededor de temas como, la influencia de la familia en el proceso de rehabilitación, la importancia del trabajo interdisciplinar, la condición de inimputabilidad, la hospitalización prolongada, la discapacidad psicosocial crónica y el proceso de reinserción social, siendo estos aspectos que pretende generar iniciativa de investigación en el campo psicosocial con el fin de ampliar los conceptos manejados en la disciplina, favoreciendo con ello el desarrollo a nivel académico e investigativos por parte de terapia ocupacional.

De esa manera, la investigación permitió reconocer la importancia de vincular a la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial e implementar intervenciones que contemplen la temática de familia, favoreciendo con ello el proceso de reinserción social y familiar de los usuarios de la sala nueve Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) y una vez estos egresen de la institución, además de contribuir a investigaciones futuras porque hay pocos estudios que fundamenten científicamente las intervenciones con familia y el impacto a nivel ocupacional siendo este es un fenómeno complejo y, por ende, su investigación constituye un reto para los interesados en el tema.

A nivel social los aportes del estudio fueron significativos porque a partir de las percepciones del grupo interdisciplinar, se permitió reconocer la importancia que tiene la familia como la fuente de apoyo social, personal y en proceso de rehabilitación psicosocial y la importancia de esta en el curso de la enfermedad mental crónica, además de reconocer el impacto que puede tener sobre el desempeño ocupacional de los usuarios.

Se reconocido a la familia como fuente de apoyo primaria, que contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de los usuarios con enfermedad mental crónica y al mismo tiempo que favorece procesos de rehabilitación psicosocial ya que la familia puede influir en la adquisición y mantenimiento de las áreas ocupacionales (actividades de la vida diaria, trabajo, ocio y esparcimiento), además de contribuir en la integración social una vez lo usuarios egresen la institución.

Por lo anterior es relevante que las intervenciones psicosociales dejen de estar centradas en el usuario e incluyan a la en la familia realizando acciones encaminadas a la promoción, prevención, restauración y equiparación de oportunidades, permitiendo así estructura los servicios, la organización y distribución de los recursos humanos con los que cuenta la instituciones además optimizar esfuerzos y coordinar acciones desde el grupos interdisciplinares que permitan integrar a las a las familias a los proceso de intervención teniendo como finalidad educar, entrenar y brindar apoyo a las familias una vez los usuarios y egresen de la institución y sea la familia la fuente de apoyo bienestar biopsicosocial para el usuario

13. BIBLIOGRAFIA.

- Kielhofner, Gary. (2002). *Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Técnicas*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Kielhofner, Gary. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Romero, D. y Moruno, P. (2003). *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. Barcelona. Masson.
- Duarte, Molina Pilar y Noya Arnaiz, Blanca. (1988).*Terapia ocupacional en salud mental:* principios y práctica. España: Masson, S.A.
- Duarte Molina, Pilar, Noya Arnaiz, Blanca y Moruno Miralles, P. (2000). *Terapia en salud metal: 23 caso clínicos comentados*. España: MASSON S.A. .
- Rodríguez, A (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con enfermedades mentales crónicas*. Madrid: Pirámide.
- Molina Martín, Juan de Dios (2003). *El papel del hospital de larga estancia en el proceso de rehabilitación. Revista de Salud Mental*. 17, ,7- 13.
- Código Penal Colombiano (2005). *Código de procedimiento penal*. Bogotá: Temis.
- Espriella, R. (2006). *Historias de mujeres filicidas inimputables por enfermedad mental*. Rev. colombiana de psiquiatría. Vol.35 no 3. Bogotá July/Sept. 2006
- Tejada, P. A. (2005) Escobar Córdoba, F. *Inimputabilidad y riesgo de violencia*. Rev. Colombiana. Psiquiatría. Vol.34.
- República de Colombia, Ministerio de la protección social, Fundación fes socia. (2005). *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. Editado por ministerio de la protección social y fundación fes social.
- Bruce, J. (1984). *Teoría y problemas de introducción a la sociología*. México: McGraw

- Barg, Liliana. (2003) *Los vínculos familiares, reflexiones desde la práctica profesional*. Buenos Aires: Espacio editorial.
- Anderson,Carol, Reiss, Douglas y Hogarty, Gerard (1986). *Esquizofrenia y Familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Roger Bastide.(1967). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Editores SA
- Navarro Góngora, José. (2004). *Enfermedad y Familia, Manual de intervención psicosocial*. Barcelona Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Becerra Ledesma, Rosa y Rennel, Beatriz. (2008). *Elementos básicos para el trabajo en salud mental*. Argentina: Espacio editorial.
- Gracia Fuster, Enrique y Musitu Ochoa, Gonzalo (2000). *Psicología social de la familia*. España: Paidos.
- Kuipers, Elizabeth, Letf, Julián y Lam, Dominic. Esquizofrenia: *Guía práctica de trabajo con familias*. España. Paidos.
- Louise Rebraca, Shives. (2005). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental conceptos básicos.* Madrid: Mcgraw- Hill Interamericana.
- Ajusto Bernal, Cesar. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Pearson.
- Hernández Sampieri, Roberto, Fernandez- Collado, Carlos y Baptista Lucio Pilar.(2006). *Metodología de la investigación*. España: McGraw-Hill Interamaricana
- Yahira rossini guzmán s, Olga lucía estrada z, Paola Andrea tejada m, Osvaldo crespo. (2010). *Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación*. Revista facultad de salud - rfs enero - junio 2010 • universidad sur colombiana, vol. 2 nro. 1 - 2010: 39-50.
- Grau Abalo, Jorge A., and Libertad Martín Alfonso. (2004)"*La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud*."Psicología y Salud 14.1: 89.
- García, J. M. Granada, M. I. Leal, R. Sales, M. T. Lluch , J. Fornés, A. Rodríguez, J. Giner. (2010). *Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia*: Consenso de enfermería en salud mental. 38:1-45

- Silva, G.E, Galeano, E. Correa, J.O. (2005). *Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia, Asociación colombiana de medicina interna Colombia*. Vol. 30, num.4. 268-273.

- Lluch Canut MT, Biel Tres A. (2006) *La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería*. Rev. Presencia 2006 ene-jun; 2(3). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php> [ISSN: 1885-0219] .

- Talavera, Valverde M. A. (2003).Terapia ocupacional. *La ocupación en las unidades de hospitalización psiquiátricas.* Jornadas de terapia ocupacional en salud mental del país vasco. En www.terapia-ocupacional.com

- García Gonzalo, N.; Canosa Domínguez, N. & Talavera Valverde, M. A.: "*El significado de la ocupación en los servicios sanitarios de salud mental*". En www.terapia-ocupacional.com 2003.

- Canosa. Domínguez, N: Begoña Díaz, S; Talavera Valverde M. A (2003). *Terapia Ocupacional. La importancia del contexto* .P, 5

- Sanjurjo Castelao, G. (2004). *Posibilidades para el trabajo rehabilitador desde la terapia ocupacional*. Asociación de usuarios de salud mental. En www.terapia-ocupacional.com

- Bedoya Hernández, M. Builes Correa M. V. (2008) *La familia contemporánea*: relatos de resiliencia y salud mental. Revista Colombiana de Psiquiatría. 37.3, p344.

- Inglott Domínguez, R. Touriño González, E. Baena Ruiz, J.Fernández.(2004). *Intervención familiar en la esquizofrenia*: Su diseminación en un área de salud. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. n.92 Madrid oct.-dic. 2004.

- Córdoba Andrade, I. Restrepo Rivera, A. M., Tamayo Cardona J. A. Peña Siabato, M. P. Verdugo Alonso M. A., (2010). *Variables personales, familiares y sociales asociadas a comorbilidad entre retraso metal y trastornos mentales de adulto*. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 15, No.1, enero - junio 2010, págs. 13 – 28

- Belloso, J. J., García, B. Prado, E. (2000) *Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.vol. XX, n.º 73, pp. 23-40.

- Sandoval, Chacón, C. Canales-Víquez, G. *Funcionamiento psicosocial de personas con enfermedad mental desinstitucionalizadas*: Una experiencia de rehabilitación psicosocial Costarricense. Revista Costarricense de Psicología, Vol. 29, No. 41-42, 2009, 121-135

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2007). *Modelo de centros de rehabilitación psicosocia*l. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP), Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS), Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES). N. º 21016, 74-143.

- Frain, Michael P., et al. (2007) "*El uso del modelo de capacidad de recuperación de estrés en la familia, el ajuste y la adaptación de los consejeros de rehabilitación.*" El Diario de Rehabilitación 73,3: 18.

- Anderson, Ryan J., Nichole L. Huff, and Jennifer L. Hodgson. (2008)"*Terapia de familia medica en un ajuste psiquiátrico el hospitalizado*: un estudio cualitativo."Families, Systems & Health 26.2: 164.

- Edwards, Todd M., et al. "Psiquiatría, MFT, (2001). *Medicina y Familia Colaboración: La Clínica de Salud Mental* de Sharp." familias, los sistemas de salud. Colección Psicología. 19,1 25-35.

- Welton, David. (2006)"Ser normal: El estigma social contra los enfermos mentales y sus *familias* (Informe). Colección Psicología. ”Diario de Consejería Pastoral 41 - 42.

- Heru, Alison M.”. (2000) *Funcionamiento de la Familia, la carga, y la recompensa en la prestación de cuidados para enfermos mentales crónicos*" Las familias, los sistemas de salud. Colección Psicología. 18.1: 91- 103.

- Cohen, M. Seren. (1999)"*Las familias hacer frente a las enfermedades infantiles crónicas: Una revisión de la investigación*" Las familias, los sistemas de salud. Colección Psicología 17.2: 149-164.

14. ANEXOS

ANEXO A

“INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL DE LOS USUARIOS DE LA SALA 9 DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE HDPUV”

FORMATO DE CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y FAMILIAR

- Edad: _____
- Fecha de ingreso: _____
- Procedencia: _____
- Zona territorial de procedencia:
  Urbana: ___
  Rural: ___
- Escolaridad: _____
- Ocupación: _____
- Estado civil:_____
- Diagnóstico: _____

- Tipo de delito: _____
- Víctima del delito:
  Familiar: __
  Desconocido: ___

- Tipo de apoyo familiar:
  Bueno ____
  Regular ____
  Malo ____

- Pronostico de egreso: Bueno___ Regular___ Malo____

ANEXO B

"INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL DE LOS USUARIOS DE LA SALA 9 DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE HDPUV"

ENTREVISTA INTEGRANTE EQUIPO INTERDISCIPLINAR SALA 9

PROFESION:	
FECHA DE ENTREVISTA:	
TIEMPO LABORANDO EN SALA 9:	
RESPONSABLE	

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar la influencia de la familia en el proceso de rehabilitación del usuario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer la percepción del equipo interdisciplinar referente a la influencia de la familia en el proceso de rehabilitación de los usuarios de la sala 9.
- Analizar la información brindada por el profesional entrevistado.

INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN EL PROCESO DE REHABILITACION

1. Considera que el apoyo que reciben los usuarios de la sala 9 por parte de su familia es:
   Bueno __ Malo __ Regular __. ¿Por qué?

2. ¿Cuáles considera usted son las causas principales por las que las familias de algunos usuarios tienen poca participación en sus procesos de rehabilitación?

3. ¿Considera usted que la situación de inimputabilidad influye en el acompañamiento que la familia le brinda al usuario?. Si__ No__ ¿Por qué?

4. ¿Considera que la edad del usurario facilita el apoyo que le brinda la familia en el proceso? Si__ No__ ¿Por qué?

5. ¿Qué particularidades logra usted identificar respecto a familias de los usuarios inimputables?

6. ¿Considera importante la participación de las familias en el proceso de rehabilitación de los usuarios? Si__ No __ ¿Por qué?

7. ¿Considera usted que la familia influye en la percepción que tiene el usuario de la sala 9 acerca de su enfermedad. Si__ No__ ¿Por qué?

8. ¿Considera usted que la familia influye en la conciencia de la enfermedad por parte del usuario de la sala 9? Si__ No__ ¿Por qué?

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL SUBSISTEMA VOLITIVO

1. ¿Considera usted que la familia influye en el interés del usuario por su proceso de rehabilitación? Si__ No__ ¿De qué manera?

2. ¿Cree usted que la familia influye en las expectativas y metas personales del usuario y en el cumplimiento de las mismas?
   Si __ No __ ¿De qué manera?

3. ¿Cree usted que la familia influye sobre el concepto que tienen los usuarios de sí mismos? Si__ No__ ¿De qué manera?

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL SUBSISTEMA HABITUACIONAL

1. ¿Considera usted que la familia influiría en la adquisición de hábitos y rutinas en el usuario cuando este egrese de la institución? Si __ No__ ¿De qué manera?

2. ¿Cree usted que la familia tiene influencia en la readquisición y el desempeño de roles una vez el usuario egrese de la institución? Si__ No__ ¿De qué manera?

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL SUBSISTEMA DE EJECUCIÓN

1. ¿Cree usted que la familia tiene influencia en la adquisición y mantenimiento de habilidades cognitivas? Si __ No__ ¿De qué manera?

2. ¿Cree usted que la familia tiene influencia en la adquisición y mantenimiento en habilidades sociales? Si__ No__ ¿De qué manera?

3. ¿Cree usted que la familia tiene influencia en la adquisición y mantenimiento de habilidades psicomotrices? Si__ No__ ¿De qué manera?

INTERVENCION CON FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACION Y REINSERCION SOCIAL

1. ¿Cómo describe usted el trabajo que se realiza con los familiares de los usuarios en el servicio de sala 9 en el proceso de rehabilitación?
   Suficiente __
   Insuficiente __
   ¿Por qué?

2. ¿Desde su intervención se involucra a la familia? Si_ No_ ¿De qué manera?

3. ¿Desde su profesión podría aportar al trabajo con familia? Si _ No_ ¿De qué manera?

4. ¿Qué aspectos considera usted importantes en el abordaje familiar en relación al proceso de rehabilitación e inserción social del usuario?

ANEXO C



Facultad de Salud.
Escuela de Rehabilitación Humana.
Programa Académico de Terapia Ocupacional.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROFESIONALES

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ de _____, profesional en la disciplina de _____, he sido informado sobre la investigación "INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LOS USUARIOS DE LA SALA 9 DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE HDPUV".

El estudio trata de identificar, analizar y describir los aspectos que inciden en el apoyo familiar, así como la influencia de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial de los usuarios del servicio de la sala 9, a partir de la percepción del equipo interdisciplinar, para esto, se aplicará una entrevista semiestructurada la cual tendrá un termino de tiempo de 45 minutos a 11 integrantes del equipo interdisciplinar, dicha entrevista será ejecutada en una sola sesión y se utilizara una grabadora de audio.

El propósito de la investigación es servir como precedente para la realización de nuevos estudios con la población inimputable y sus familias, así como para la creación de estrategias terapéuticas que vinculen a las familias en el proceso de rehabilitación de los usuarios y así mejorar su desempeño ocupacional y favorecer sus procesos de reinserción social.

Este proyecto no representa ningún tipo de riesgo para los participantes de la investigación, ya que las actividades a realizar no atentan contra la salud e integridad de los mismos, además estas actividades estarán bajo la supervisión de profesionales.

La información que los investigadores recolecten y registren será usada sólo con propósitos investigativos y académicos, y bajo ninguna circunstancia será difundida, salvo en el documento que recoja los resultados de la investigación.

Ante cualquier eventualidad que requiera un cambio en el estudio le será suministrada la información. Además el profesional obtendrá una copia del consentimiento informado.

Yo acepto participar en el estudio de manera voluntaria conociendo el derecho de retirarme cuando lo desee, tengo conocimiento de que no obtendré ningún reconocimiento material por ello. Los investigadores se desplazarán hasta el sitio regular donde permanezco, por lo que no tendré que incurrir en gasto alguno por el estudio.

Al firmar este consentimiento adquiero la responsabilidad de contribuir con información valida al responder las preguntas.

Cualquier inquietud e información referente a la investigación pueden comunicarse a los siguientes teléfonos:

INVESTIGADOR	**CELULAR**	**TELÉFONO**
Lizeth Yohana Moreno Gómez	3127793689	8298722
Diana Marcela Dávila Ramírez	3152244962	2746594
Diana María Vivas Méndez	3152978738	5567388
Johana Vanessa Pasquel Moreno	3186900479	4478534

Para constancia se firma en_____ a los____ días del mes_____ del año_____

_____
Firma del representante legal
CC.

_____ _____
Testigo Testigo
CC. CC.

TUTORA: Yudy Salazar Torres. Terapeuta Ocupacional, Magister en Neuropsicología, Docente de la Universidad del Valle. Tel Cel.: 3167594248

Información adicional:
CIREH: Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Teléfono: 518 56 77 (eticasalud@univalle.edu.co

ANEXO D

CRONOGRAMA

FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO EN MESES			
		Mayo 2011	Junio 2011	Julio 2011	Agosto 2011
FASE 1 Caracterización de la población.	• Presentación del anteproyecto al Comité de Ética Humana. • Presentación del proyecto a los profesionales de la sala 9. • Entrega del consentimiento informado a los profesionales de la sala 9. • Revisión de historias clínicas (datos sociodemográficos). • Entrevista al terapeuta ocupacional de la sala (historia familiar)				
FASE 2 Aplicación de las entrevistas.	• Entrevista a equipo interdisciplinar				
FASE 3 Análisis de resultados.	• Tabulación de los datos sociodemográficos y familiares. • Análisis de la información obtenida. • Elaboración de las conclusiones y recomendaciones.				

ANEXO E

PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	FUENTE DEL RECURSO		CANTIDAD	VALOR UNITARIO (En pesos)	VALOR TOTAL (En pesos)
	PROPIOS	UNIVALLE			
MATERIALES Y SUMINISTROS					
Resma de papel	**---**		1	9.000	9.000
Fotocopias	**---**		30	100	30.000
Impresiones	**---**		500	300	150.000
Lapiceros	**---**		4	700	2800
Argollado	**---**		4	2000	8000
PERSONAL					
Docente asesor trabajo de grado		----	10 horas en un plazo de 6 meses	30.000	1.800.000
Estudiantes de Terapia Ocupacional		----	40 horas durante 6 meses	5.000	4.800.000
EQUIPOS Y SOFTWARE					
Grabadora de audio	---		2	55.000	110.000
Computador	---		4	1.300.000	5.200.000
Memoria USB	---		4	20.000	80.000
OTROS					
Transporte	----		64 pasajes al mes x 6 meses (4 personas)	1.500 cada pasaje	576.000
Imprevistos					100.000
				TOTAL	12.755.800

ANEXO F

ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Las condiciones éticas para el desarrollo de la investigación fueron las siguientes:

Información general de la investigación: "Influencia de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial de los usuarios de la sala 9 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle HDPVU"

Manejo de la información: Privacidad, reserva, respeto por la ideología y el secreto profesional reflejado en el anonimato de los participantes y el respeto por la dignidad. La información recopilada durante las entrevistas se manejará de forma pertinente esperando que esta rigurosidad se refleje en la confiabilidad y óptimos resultados de la investigación.

Fuentes y usos de la información: Es importante aclarar que en las publicaciones derivadas de la investigación se mantendrá el anonimato de los participantes.

Inconvenientes y riesgos: Los participantes al estar informados de la investigación y procedimiento, tienen derecho a no participar en la investigación o retirarse del proceso en el momento que lo deseen.

Consentimiento informado: Los resultados de la investigación serán divulgados como material escrito en la Universidad del Valle- como proceso académico. Brindando bases para futuras investigaciones y planes de intervención para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Funciones del personal del equipo de investigadores

Investigadores:

Asumir todas las responsabilidades académicas, científicas y legales del proyecto y su ejecución, se encargarán de la recolección bibliográfica, de la ejecución operativa del proyecto y participarán en el análisis de la información obtenida a través de la caracterización y las entrevistas.

Directora

Aportará orientación en torno a los modelos teóricos dentro del cual se enmarca el proyecto para garantizar la coherencia epistemológica, facilitará bibliografía, servirá de soporte académico y científico a la investigación. Será responsable conjuntamente con los investigadores principales de la ejecución del proyecto.