



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA**  
**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**TÍTULO:**

EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES DE MAYOR ÍNDICE DEL CENTRO DE SALUD N° 02 HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ DE LA CIUDAD DE LOJA Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL.

Tesis previa a la obtención del Grado de Licenciada en Trabajo Social.

**AUTORA:**

Evelin Estefania Vargas Jaramillo

**DIRECTOR DE TESIS:**

Psic. Clín. Antonio Paul Aguilar Maita Mg. Sc.

**LOJA – ECUADOR**  
**2019**

## CERTIFICACIÓN

Psic. Clin. Antonio Paúl Aguilar Maita Mg. Sc.

**DOCENTE DE LA CARRERA DE TRABAJO SOCIAL DE LA FACULTAD JURÍDICA,  
SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

### **CERTIFICO:**

Haber dirigido, en todas sus partes el desarrollo del trabajo de tesis titulado: **EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES DE MAYOR ÍNDICE DEL CENTRO DE SALUD N° 02 HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ DE LA CIUDAD DE LOJA Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL**, de autoría de la postulante Evelin Estefania Vargas Jaramillo, el informe del trabajo ejecutado tanto en su forma como en su contenido está en conformidad con los requerimientos exigidos por los reglamentos de la Universidad Nacional de Loja, con los procedimientos técnicos de la elaboración de la investigación científica.

Por tanto, luego de haber revisado en forma prolija, autorizo su presentación, sustentación y defensa para los fines pertinentes ante el correspondiente Tribunal de Grado.

Loja, marzo del 2019



Psic. Clin. Antonio Paúl Aguilar Maita Mg. Sc.

**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Evelin Estefania Vargas Jaramillo declaro ser la autora del presente trabajo de Tesis; y eximo a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

**Autora:** Evelin Estefania Vargas Jaramillo

**Firma:** .....

**Cédula:** 1150436119

**Fecha:** Loja, 17 de Junio del 2019

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo, Evelin Estefania Vargas Jaramillo; declaro ser autora de la tesis titulada: **EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES DE MAYOR ÍNDICE DEL CENTRO DE SALUD N° 02 HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ DE LA CIUDAD DE LOJA Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL**, como requisito para optar el grado de **LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 17 días del mes de junio de 2019, firma el autor.

**FIRMA:** 

**AUTORA:** Evelin Estefania Vargas Jaramillo

**CÉDULA:** 1150436119

**CORREO ELECTRÓNICO:** evelinestefaniav@gmail.com

**CELULAR:** 0991857798

**LUGAR:** Loja; Cda. Bellavista.

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

**DIRECTOR DE TESIS:** Psic. Clin. Antonio Paúl Aguilar Maita. Mg. Sc.

**TRIBUNAL DE GRADO**

**PRESIDENTA:** Ing. Celia Isabel Jara Galdeman Mg. Sc.

**VOCAL:** Lcda. Natalia Irene Zárate Castro Mg. Sc.

**VOCAL:** Ing. Luis Fernando Ludeña Jaramillo Mg. Sc.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación se lo dedico primeramente a Dios por ser mi guía y mi mejor aliado, por ser quien me ha dado siempre la fuerza necesaria para superarme.

A mi mamá Enid, quien ha estado conmigo en cada momento, gracias a ella por ser ese pilar fundamental en mi vida, a mi tío Patricio por nunca negarme su apoyo, a mis hermanos Geovanny, Marjhory, Eder por la motivación constante hacia mí, Eder gracias por ser mi ejemplo de lucha y superación constante.

A mis maestros por ser la fuente de conocimientos y superación personal.

**Evelin Estefania**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi especial e imperecedero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Jurídica, Social y Administrativa, a la Carrera de Trabajo Social y a todas las personas, que a través de sus conocimientos, experiencias y permanente apoyo, contribuyeron a la realización y culminación de esta investigación.

Mi sincero reconocimiento al Psic. Clin. Antonio Paúl Aguilar Maita Mgs. , Director de tesis quien con su valiosa orientación profesional me ha guiado con sus amplios conocimientos y experiencia, a todos los docentes de la carrera de Trabajo Social; y, a los Directivos, pacientes y familiares del Centro de Salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja, por la apertura y colaboración para una excelente culminación de esta investigación.

*La Autora*

## **1. TÍTULO**

**EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES DE MAYOR ÍNDICE DEL CENTRO DE SALUD N° 02 HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ DE LA CIUDAD DE LOJA Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL.**

## **2. RESUMEN**

El acompañamiento familiar en pacientes con trastornos mentales es parte fundamental del proceso de rehabilitación de los pacientes, ya que aporta de manera significativa en su recuperación, evitando posibles recaídas.

El presente trabajo de investigación titulado, el acompañamiento familiar en pacientes con trastornos mentales de mayor índice del centro de salud n° 02 Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja y la intervención del Trabajador Social, con objetivos establecidos tanto como el objetivo general determinar la influencia del Acompañamiento Familiar en pacientes con Trastornos Mentales de mayor índice del Centro de Salud N° 2 “Hugo Guillermo González” en el proceso de rehabilitación; y como objetivos específicos realizar un diagnóstico situacional en el Centro de Salud N° 02 Hugo Guillermo González sobre el acompañamiento familiar en el proceso de rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales; identificar los trastornos mentales con mayor índice del Centro de Salud N° 02 “Hugo Guillermo González” de la ciudad de Loja; correlacionar el acompañamiento familiar en los pacientes con trastornos mentales del Centro de Salud N° 02, y por último elaborar una propuesta de intervención social para fortalecer la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales.

Para la ejecución de la misma se utilizaron una serie de métodos científico, inductivo-deductivo, analítico y correlacional, y técnicas tales como: la observación directa, entrevistas y grupos focales con las 22 familias de pacientes con trastornos mentales, entrevistas a Psicólogo Clínico y Trabajadora Social de la institución, y la correlación de las variables del acompañamiento familiar y los trastornos mentales de mayor índice mediante el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), con los resultados obtenidos se ha podido comprobar que existe un porcentaje mínimo de participación de las familias en el proceso de



rehabilitación de los pacientes con trastornos retardando la recuperación total del paciente y de la misma manera generando una posible deserción del tratamiento, también es importante mencionar que los trastornos mentales que se tratan con mayor índice en el centro de salud son los trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas tales como: alcohol, cannabis y cocaína; y trastorno depresivo recurrente.

Se ha diseñado una propuesta de intervención social para fortalecer la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja, misma que da cumplimiento al cuarto objetivo de la investigación y solución a la problemática.

**Palabras claves:** acompañamiento familiar, trastornos mentales.

## **2.1. ABSTRACT.**

Family support in patients with mental disorders is a fundamental part of the process of rehabilitation of patients, since it contributes significantly to their recovery, avoiding possible relapses.

The present research work entitled, the family accompaniment in patients with mental disorders of higher index of the health center n ° 02 Hugo Guillermo González of the city of Loja and the intervention of the Social Worker, with established objectives as well as the general objective to determine the influence of Family Accompaniment in patients with Mental Disorders of higher index of Health Center No. 2 "Hugo Guillermo González" in the rehabilitation process; and as specific objectives to make a situational diagnosis at the Health Center No. 02 Hugo Guillermo González on family support in the process of rehabilitation of patients with mental disorders; identify mental disorders with a higher index of the Health Center No. 02 "Hugo Guillermo González" of the city of Loja; correlate family accompaniment in patients with mental disorders of the Health Center No. 02, and finally develop a proposal for social intervention to strengthen the active participation of families in the process of rehabilitation of patients with mental disorders.

A series of scientific, inductive-deductive, analytical and correlational methods were used for the execution of the same, and techniques such as: direct observation, interviews and focus groups with the 22 families of patients with mental disorders, interviews with Clinical Psychologist and Social Worker of the institution, and the correlation of family accompaniment variables and mental disorders of higher index through the SPSS program (Statistical Package for the Social Sciences), with the results obtained it has been possible to verify that there is a minimum percentage of participation of the families in the process of rehabilitation of patients with disorders delaying the total recovery of the patient and in the

same way generating a possible desertion of the treatment, it is also important to mention that the mental disorders that are treated with higher index in the health center are the mental and behavioral disorders due to the use of psychotropic substances such as: alcohol, cannabis and cocaine; and recurrent depressive disorder.

A proposal of social intervention has been designed to strengthen the active participation of families in the process of rehabilitation of patients with mental disorders at the Hugo Guillermo González health center in the city of Loja, which fulfills the fourth objective of the research and solution to the problem

**Keywords:** family accompaniment, mental disorders.

### **3. INTRODUCCIÓN**

El trastorno mental es un asunto que ha inquietado históricamente a muchos estudiosos del ser humano, quienes se han enfocado, principalmente, en la descripción de diagnósticos, etiología y formas de enfrentarlos, con el fin de brindar mayor conocimiento científico al respecto. Investigadores del campo de la medicina y de la psicología intentan dar respuestas y ofrecen formas de tratamiento del enfermo; sin embargo, de un tiempo para acá, se ha encontrado que esta enfermedad no es individual puesto que se ha descubierto que involucra un contexto, una sociedad y a la misma familia.

Es por esto que otros investigadores se han dedicado a estudiar la relación que hay entre familia y trastorno mental y demuestran que esta relación es de vital trascendencia en la recuperación de los pacientes.

La familia es considerada como una institución importante para la sociedad y sobre todo para la formación del hombre, de esta manera podemos hacer referencia a la importancia de la misma en los procesos de rehabilitación de sus integrantes con diferentes psicopatologías, tomando en cuenta que esta con su ayuda podría mantener un equilibrio en el paciente y en su recuperación.

A medida en que la familia se va integrando en el proceso de rehabilitación, aportando significativamente y de manera positiva, se lograría acelerar la recuperación del paciente sin generarse consecuencias tales como la reincidencia.

De esta manera el trabajo de investigación realizado en el Centro de Salud “Hugo Guillermo González”, en su programa ambulatorio de salud mental, es acerca del Acompañamiento Familiar en pacientes con trastornos mentales de mayor índice, además reconocer la intervención del Trabajador Social dentro de esta área, con la finalidad de determinar la influencia del acompañamiento familiar en el proceso de rehabilitación de los

pacientes, es así como en el transcurso de esta investigación se pudo corroborar la falta acompañamiento y participación familiar durante el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales.

Debido a los resultados obtenidos en la investigación y a la importancia de la problemática en el departamento de salud mental en donde es evidente la urgencia de una solución que permita acelerar el proceso de rehabilitación sin reincidencia alguna para de esta manera mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastorno mental y de su entorno social.

Cabe recalcar que a través de la propuesta de intervención social recomendada se fortalecerá la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales, mediante actividades que han sido brevemente planificadas para la obtención de buenos resultados con la ejecución de la misma.

Para una mejor comprensión de la investigación, se menciona el proceso que se ha llevado a cabo de forma detallada, en la revisión de literatura se ha sustentado teóricamente las variables de la investigación, dando valor a cada una de ellas mediante definiciones y más, de esta manera los temas principales son: el acompañamiento familiar, trastornos mentales y el trabajo social, de los mismos se desprenden algunos subtemas, que fundamentan la investigación realizada.

Se menciona los métodos utilizados en la investigación tales como: método científico, método inductivo, deductivo, método analítico y el correlacional, para cada método de investigación se ha dejado en claro sus procedimientos y los datos que se han tomado en cuenta para establecer las conclusiones, de la misma manera se ha utilizado técnicas como la observación, la entrevista, y los grupos focales, que han sido aplicadas a una población de 22 familias de pacientes con trastornos mentales, el Psci. Clin. y la Trabajador Social del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja, para la recolección de datos que permitieron conocer la realidad de la problemática.

En la discusión de resultados se hace referencia a los resultados obtenidos mediante la interpretación cuantitativa y cualitativa, en donde se valora los datos recolectados con las técnicas de observación, entrevistas, y grupo focal, incluyendo la correlación de las variables del acompañamiento familiar y trastornos mentales de mayor índice del centro de salud Hugo Guillermo González.

Luego de la investigación realizada se deduce la premisa final y de esta manera sugerencias que se considera convenientes para la solución de la problemática, en donde se plantea una propuesta de intervención social que fortalecerá la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con trastorno mental.

## **4. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **4.1 Marco Conceptual**

#### **4.1.1 Acompañamiento Familiar**

##### **4.1.1.1 Definición**

El Acompañamiento familiar es ese trabajo de relación personal continuada, relativamente duradera, de comprender a las personas para contribuir a que ellas mismas entiendan y empiecen a dominar su situación y las claves de sus dificultades; de apoyo para activar y movilizar recursos, capacidades, potencialidades de las personas y de su entorno. (Pérez Eransus, 2004, p 93).

Cáritas difiere el acompañamiento familiar del seguimiento familiar, señalando que en este último caso se evoca una relación en la que la persona usuaria es un objeto paciente, sometido a una observación periódica por parte de un profesional que lo sigue, observa, vigila y control. En cambio, el acompañamiento responsabiliza a la persona usuaria en la organización de su propia vida.

*El acompañamiento familiar es el modo en que la familia brinda su apoyo a una persona que se encuentra atravesando cualquier tipo de situación, trabajando de tal manera que le ayude a comprender y entender su realidad, las causas y consecuencias que le han generado llegar a esa condiciones, para que de esta manera sepa dominar la circunstancia y empiece a buscar su propia solución potencializando sus habilidades y generando el bienestar que necesita.*

#### **4.1.1.2 Familia**

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad que ha experimentado, con la evolución histórica, transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.

El Diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe entender << al grupo de personas viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje >>. En esta definición, en la que están reunidas tres acepciones de lo que se debe entender por familia, se esboza ya una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar.

Según (González, 2008) “La familia se ha denominado como una institución básica de la sociedad ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Para este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del hombre, y ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su incorporación en la vida social y la transmisión de valores culturales de generación en generación. La sociedad descansa en la familia como entidad llamada a garantizar la vida organizada y armónica del hombre.”

Las funciones básicas y universales de la familia derivan del campo biológico y se entienden con amplitud al nivel cultural y social. Abarcan, entre otras, la satisfacción socialmente aprobada de las necesidades sexuales, así como de las económicas, constituyéndose, en este sentido, en una unidad cooperativa que se encarga de la supervivencia, el cuidado y la educación de los hijos.

William J GOODE (1964) añade algunas peculiaridades de la institución familiar:

- a) La familia es la única institución social que encontramos formalmente desarrollada en todas las sociedades conocidas, junto con la religiosa.



- b) Las responsabilidades implícitas en los roles familiares apenas pueden ser delegadas en terceras personas, cosa que si es posible en otros tipos de roles sociales.
- c) Aunque las obligaciones familiares no están respaldadas por castigos formales, como ocurre con otras, casi todos las cumplen. Las presiones sociales y las repercusiones informales que tiene su incumplimiento para el individuo son un instrumento de control más eficaz que las sanciones formales.
- d) Puesto que toda la gama de actividades del individuo se perciben más fácilmente desde el interior de la familia, ésta puede evaluar la distribución que cada uno hace de sus energías y recursos y actuar como eficaz agente de control de la sociedad.
- e) Por último, la familia cumple una serie de funciones sociales aislables unas de otras, aunque de hecho en ningún sistema familiar se hallan separadas.

*La familia es una institución social conformada por un conjunto de personas que comparten lazos sanguíneos o legales, considerada como base fundamental para el hombre y la sociedad en general, debido a su importancia y aportación en la formación de sus miembros es calificada como la primera escuela del ser humano en donde su instrucción se basa en medidas de aprendizaje esenciales para la vida.*

#### **4.1.1.3 La importancia de la familia en pacientes con trastorno mental**

La enfermedad mental tiene implicaciones tanto personales como familiares. Tanto los estilos de afrontamiento como la conducta de enfermedad varían en función de los recursos que el sujeto pone en juego, entre los recursos ambientales el principal es la familia, de aquí la especial importancia que cobra el grupo familiar en el tratamiento de la persona con enfermedad mental. (García, 2005)

(Huerta, 2008) Considera que las familias proporcionan hasta un 80% de apoyo y cuidado para los pacientes.

El papel de la familia es vital. En la medida en que una familia se apropie del problema, participe en el tratamiento y ayude a solucionarlo, es mucho más fácil para un sujeto tener mayores posibilidades de recuperarse.

*La participación de las personas significativas en la vida del paciente, de manera particular la familia, permite que se provoquen apoyos efectivos para el tratamiento y, por otro lado, tienen una aproximación al impacto que genera el trastorno en la vida del paciente. En este tipo de situaciones la familia se llega a convertir en un elemento indispensable y en el mejor apoyo que puedan tener las personas con diagnóstico de trastorno mental, un apoyo absoluto de parte de las familias, genera mayor interés en los pacientes para poder continuar con su tratamiento, de esta manera la intervención familiar permite la estructuración y estabilidad tanto de la familia como del paciente.*

#### **4.1.1.4 Familias con miembros adictos a las drogas y al alcohol**

En la actualidad la familia se entiende como un entorno evolutivo soportado por una dinámica y compleja red de interacciones mutuas que se establecen entre todos los miembros participantes.

A lo largo de la historia familiar van a aparecer numerosas circunstancias que generan situaciones de desequilibrio, y la principal función de los miembros de la familia será promover cambios que posibiliten la adaptación a las nuevas demandas que esas situaciones crean. En algunas ocasiones, los miembros de la familia logran reestablecer el equilibrio. En otras, las circunstancias adversas o la escasa flexibilidad de los participantes para adaptarse al cambio, van a generar situaciones de riesgo que dificultan el adecuado desarrollo de sus miembros, especialmente de aquellos de menor edad, quienes están aún en período de formación. (Palacios M. J., 1998 - 2013)

*La importancia de la familia en el desarrollo de todos sus miembros es máxima, tomando en cuenta que son los padres quienes brindan un modelo a seguir dentro de su hogar, los valores, los principios inculcados.*

*Dentro del trabajo realizado para conocer a fondo la situación del porque esta persona llegó a ser consumidora se relevan una serie de raíces de donde parte el problema, en la mayoría de casos se desencadena por problemas ocasionados dentro de su entorno familiar. Por ende el trabajo de los especialistas es tanto con el paciente y su familia, teniendo presente las etapas que se generan con el proceso de rehabilitación en donde es de suma importancia la presencia de acompañantes.*

#### **4.1.1.5 El apoyo familiar como proceso psicosocial**

El apoyo familiar como proceso psicosocial implica considerar que las formas en las que éste se dé y los significados y valores que se le atribuyan, sólo podrán ser comprendidos a la luz de un contexto sociohistóricoespecífico. Esto significa que el apoyo familiar, además de ser una estrategia individual y relacional particular, anclada a su vez en condiciones biológicas, se configura y se transforma de maneras específicas, de acuerdo con las condiciones sociales e históricas presentes. (Gómez, 2009).

Los procesos psicosociales se refieren a aquellas acciones de individuos o grupos, referidas o influidas por otros individuos o grupos. Una acción es considerada como psicosocial en la medida en que no puede explicarse a partir del sujeto mismo, sino que, explícita o implícitamente, en su forma o contenido, en su raíz o en su intención, está referida a otro y a otros. Entrelazando este tema con la problemática que se estudia, nos referimos a la influencia que tiene el comportamiento familiar de manera mediata en proceso que el paciente con trastorno mental está llevando a cabo.

*Entrelazando este tema con la problemática que se estudia, nos referimos a la influencia que tiene el comportamiento familiar de manera mediata en el proceso que el*

*paciente con trastorno mental está llevando a cabo, ya que la rehabilitación psicosocial tiene como meta global ayudar a las personas con trastornos mentales a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más normalizadas e independiente que sea posible.*

#### **4.1.1.6 Apoyo social**

El apoyo social según puede definirse como "una transacción interpersonal que incluye uno de los siguientes aspectos:

- a) Preocupación emocional (amor, em-patía, etc.),
- b) Ayuda instrumental (bienes y servicios),
- c) Información (acerca del contexto), o
- d) Valoración (información re-levante para la auto-evaluación)

El concepto de "apoyo social" se ha incluido todo tipo de recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. En este sentido, los sistemas comunitarios de prestación económica, asistencial y /o sanitaria son considerados como proveedores de "apoyo social". En los últimos años, la atención de los investigadores se ha dirigido hacia las redes informales de apoyo, estas engloban todas aquellas relaciones sociales que de forma natural se configuran en el entorno del sujeto, (amigos, familia, compañeros de trabajo, etc.) y que son fuentes proveedoras de apoyo, más básicas y más tradicionales. (Jesús Rodríguez Marin, 1993)

*Cuando la familia enfrenta este problema, entre sus miembros se desatan diversas reacciones emocionales, como enojo, desesperación, culpa, depresión, soledad, frustración, desilusión, desesperanza, y también cambios en los patrones de vida y funciones entre esposa, esposo, hijos y el enfermo mismo. Todos los miembros de la familia que viven la*

*experiencia de la declinación de un ser querido, deben sobrellevar esos cambios tristes, intentando brindar todo su apoyo al paciente, llenándolo de optimismo y valor para que sepa enfrentar su problema.*

*Los trastornos mentales afectan a la familia, emocionalmente, física, social y económicamente, por ende el apoyo de las personas cercanas a la familia como compañeros de trabajo o vecinos y demás pueden ayudar significativamente a la familia y al paciente en aspectos importantes durante y después del proceso de rehabilitación.*

#### **4.1.1.7 Funcionamiento familiar**

El funcionamiento familiar es definido como el resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar (McCubbin, 1993), y es un importante concepto que ayuda a la comprensión de los esfuerzos para manejar las situaciones creadas por las enfermedades mentales severas. (Johnson, 1998) señala que hay un número limitado de estudios en el campo de la salud mental que hayan evaluado las diferencias en el funcionamiento familiar, a partir de las categorías socioeconómicas y étnicas. En este sentido, es necesario además tener en cuenta los factores culturales de esta población (Gutiérrez, 2006)

El funcionamiento del sistema familiar en las personas con problemas de salud mental se afecta en muchos factores que pueden limitar y/o entorpecer el proceso de desarrollo profesional e integración laboral. Actitudes y conductas de sobreprotección, desentendimiento, falta de conocimiento del mercado laboral y sus alternativas, expectativas desajustadas, etc., producen un conflicto y desajustes importantes en las posibilidades de apoyo familiar para el desarrollo de la empleabilidad, por lo que es necesario un trabajo de asesoramiento y entrenamiento con la familia, paralelo al que se realiza con la persona afectada por el enfermedad mental. (Richards & Bergin, 2000)

Muchas veces hemos visto como los familiares sufren con el síndrome del cuidador que es aquella persona que refleja las angustias y tensiones de la persona que asume esta tarea sin estar preparada. (Croake J., 2002)

*El proceso de socialización se inicia en el núcleo familiar, donde los niños comienzan a recibir información sobre la formación, el trabajo, el juego y el ocio, aprendiendo diferentes aspectos fundamentales para su futuro ocupacional en el ámbito productivo.*

*Desde esta premisa básica, la intervención con familias se hace imprescindible en la mayoría de los casos para que la intervención sea eficaz e integral debido a que la familia es considerada como una de las piezas nucleares de las instituciones capaces de brindar apoyo en medio de los cambios a sus miembros, aunque ella misma se vea sometida a modificaciones, no obstante, a través de éstos cambios es una institución a la vez perdurable y modificable.*

#### **4.1.2 Trastornos mentales**

##### **4.1.2.1 Definición**

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente. (Association, 2014)

*El trastorno mental es aquel que llega a producirse a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo del ser humano, lo cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones. Los trastornos mentales pueden ser consecuencia de factores biológicos, ambientales o psicológicos.*

#### **4.1.2.2 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas**

- ***Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol***

El trastorno por consumo de alcohol se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo. La abstinencia de alcohol se caracteriza por síntomas que se desarrollan entre 4 y 12 horas después de la reducción del consumo, tras la ingesta de alcohol de forma prolongada e intensa. Como la abstinencia de alcohol puede ser desagradable, las personas pueden seguir consumiendo a pesar de las consecuencias adversas, sobre todo para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Algunos de estos síntomas (p. ej., las alteraciones del sueño) pueden perdurar durante meses a baja intensidad y conllevar una recaída. Una vez que desarrolla un patrón repetitivo e intenso de consumo, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden emplear gran cantidad de tiempo en obtener y consumir bebidas alcohólicas. (Association, Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, 2014)

- ***Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabis***

El trastorno por consumo de cannabis y los otros trastornos relacionados con el cannabis son problemas que están asociados con las sustancias derivadas de la planta de cannabis y y

los compuestos sintéticos químicamente similares. Con el tiempo, esta materia vegetal ha acumulado muchos nombres (p. ej., maruja, hierba, maría, mandanga, marihuana, cáñamo, mota y ganja, costo, hachís, chocolate, grifa). Una extracción del concentrado de la planta de cannabis que también se utiliza comúnmente es el hachís.

Cannabis es el nombre genérico y quizás el término científico más apropiado para las sustancias psicoactivas derivadas de la planta. Por tanto se utiliza esta denominación en el manual para hacer referencia a todas las sustancias tipo cannabis, incluyendo los compuestos cannabinoides sintéticos. (Association, Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, 2014)

- ***Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína***

La cocaína se puede consumir en diferentes preparaciones (p. ej., hojas de coca, pasta de coca, clorhidrato de cocaína y alcaloides de la cocaína, como base libre y crack) que difieren en cuanto a su potencia debido a los diversos niveles de pureza y velocidad de inicio. Sin embargo, en todas las formas de sustancia, la cocaína es el ingrediente activo. El clorhidrato, la forma más común del polvo de cocaína, se esnifa a través de las fosas nasales o se disuelve en agua y se inyecta por vía intravenosa. (Association A. P., 2014)

***Los trastornos mentales debido al consumo de sustancias psicotropas son aquellos que afectan el cerebro y el comportamiento de una persona, y produce incapacidad de controlar el consumo de medicamentos o drogas legales o ilegales. Las sustancias como el alcohol, cannabis y la nicotina también se consideran drogas. El consumo de drogas puede tener efectos perjudiciales y significativos a corto y largo plazo, al momento de convertirse en una necesidad de consumir para una persona, ya se llega a considerar como un problema de adicción es donde es necesaria la intervención de un médico, familiares,***



*amigos, grupos de apoyo y un programa de tratamiento organizado para superar tu adicción a las drogas y mantenerte alejado de ellas.*

#### **4.1.2.3 Síndrome de abstinencia**

El Síndrome de Abstinencia pertenece a una serie de reacciones físicas que aparecen cuando una persona que sufre adicción a una sustancia deja de consumirla. Este síndrome puede aparecer relacionado con cualquier sustancia que tenga el potencial de crear dependencia; el alcohol, el tabaco, cocaína, cannabis, cafeína, benzodiazepinas, etcétera.

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones. (Salgado, 2000)

##### ***Tipos de síndrome de abstinencia***

El síndrome de abstinencia agudo es el más conocido. Se trata de una serie de reacciones fisiológicas y psicológicas que aparecen nada más interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva hacia la que se sufre adicción. Los síntomas dependerán del tipo de sustancias psicoactiva. Generalmente el SA produce lo contrario al consumo de la sustancia (por ejemplo, si el consumo de cocaína produce activación e hiperalerta, su síndrome de abstinencia produce decaimiento, desgana, etcétera). La intensidad y gravedad de estos síntomas varían en función del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida.

Sin embargo a este síndrome de abstinencia le acompañan frecuentemente otros SA menos conocidos. Estos son:

- Síndrome de abstinencia tardío: caracterizado por un conjunto de alteraciones del sistema nervioso asociado con problemas de salud física y psicológica. El SA tardío

interfiere de forma significativa en la vida del paciente además de aumentar la probabilidad de recaída.

- Síndrome de abstinencia condicionado (o psicológico): los síntomas del SA agudo reaparecen cuando la persona se encuentra en situaciones en donde habitualmente consumía la sustancia. En este síndrome ha habido un proceso de aprendizaje en el que se asocian determinados estímulos a la conducta de consumir. Por ejemplo, es frecuente que los fumadores fumen más en circunstancias concretas. Así pasa por ejemplo, cuando se toma café o en el descanso de una charla. El SA condicionado aparecerá en el proceso de deshabitación tabáquica en estas circunstancias.

*El síndrome de abstinencia consiste en una serie de reacciones físicas que aparecen cuando una persona que sufre adicción a una sustancia deja de consumirla, siendo considerado como una condición que altera el estado de salud, siendo necesaria su aparición en el proceso de deshabitación a la sustancia.*

#### **4.1.2.4 Trastornos depresivos**

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. El rasgo común de todos los trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañados de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. (Association, Trastornos depresivos , 2014)

### ***Conductas Suicidas***

La tendencia al suicidio inducida por drogas o por un tratamiento supone un cambio notable en los pensamientos y la conducta de la persona con respecto a su situación basal, se asocia temporalmente al comienzo del uso de una sustancia y debe diferenciarse de los trastornos mentales primarios subyacentes.

La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de los intentos fallidos. (Association, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales , 2014)

El fenómeno del suicidio debe considerarse como un trastorno biológico que puede ser desencadenado por situaciones medioambientales. El suicida potencial es una persona con un sufrimiento intenso y siempre es un paciente grave para quien por su desesperanza, las expectativas del futuro no superan un presente doloroso.

### ***La ideación suicida***

La ideación suicida se define como una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón y puede ser conceptualizada como la primera fase de una conducta que termina con la vida, aunque se reconoce que el paso por una etapa no requiere haber pasado por las anteriores La ideación puede ser un antecedente del intento suicida, el cual, a su vez, es el principal predictor de futuros intentos, e incluso del suicidio consumado. (Carolina Sarmiento Silva, 2011)

### ***Factores de Riesgos***

Los factores de riesgo suicida se pueden dividir en fijos y modificables. Evidentemente, un buen tratamiento psiquiátrico difícilmente modificará los riesgos fijos, tales como el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, la

situación económica y la preferencia sexual. En cambio, los factores de riesgo modificables son, principalmente, la ansiedad y la depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas.

Según (Gutiérrez-García, 2006) los factores de riesgo del suicidio se establecen como:

- a) Los primarios, que incluyen los trastornos psiquiátricos y la enfermedad médica crónica.
- b) Los secundarios, que son los factores que llevan a una actitud disfuncional, como la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo.
- c) Los terciarios, que incluyen los factores demográficos como la edad, el género, ciertos periodos vulnerables (periodo premenstrual y cambios estacionales) y el formar parte de un grupo socialmente minoritario que con frecuencia es perseguido o reprimido.

*El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el cerebro, el ánimo, y la manera de pensar, afecta la forma en que una persona come y duerme, afecta el autoestima y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, no es una condición de la cual la persona puede liberarse a voluntad, necesita de una atención médica especializada.*

*La depresión hace que la visión que tiene una persona acerca del mundo circundante se estreche hasta tal punto que llega a distorsionar la realidad, fijándose únicamente en los aspectos negativos de la vida, y los positivos dejándolos pasar de largo como si no tuvieran importancia alguna o, sencillamente, no existieran, por ende la enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión. De esta manera la persona con depresión tiene una conducta suicida en donde su idea es acabar con su vida.*

### **4.1.3 Trabajo Social**

#### **4.1.3.1 Definición**

Según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales el Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respalda por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a la vida y aumentar el bienestar.

Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respalda por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (Lima, 2016)

#### **4.1.3.2 Trabajo Social en la Salud Mental**

Se ha desarrollado en estrecha relación con dos elementos: la filosofía y organización comunitaria de los Centros de Salud Mental y los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados para enfermos mentales graves y crónicos, en sus diversas modalidades de atención. Dichos Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados han sido el eje sobre el que se ha asentado la integración comunitaria de los pacientes con enfermedad mental grave y crónica. Los programas de atención temprana en psicosis son uno de los principales retos que tienen los programas de tratamiento

comunitario de los pacientes con enfermedad mental grave. Suponen un cambio en la metodología y filosofía de las intervenciones de los profesionales y en nuestro caso de los trabajadores sociales. A la hora de enfrentarnos a una derivación que asume el trabajador social en un Programa de Continuidad de Cuidados, considero de gran interés la metodología de intervención que nos aporta el Trabajo Social centrado en la tarea o por objetivos. (Martorell, 2010)

El Trabajador Social en Salud Mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionales,...) procurando la integración de las diferentes disciplinas, entendiendo por tal al conjunto de profesionales encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema.

Para Eva Garcés el Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental. Estamos hablando, por consiguiente, de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares.

Para Barker el Trabajo Social Clínico es la aplicación profesional de los métodos y teorías del Trabajo Social al diagnóstico, tratamiento y prevención de disfunciones psicosociales, incluyendo desordenes emocionales, mentales y conductuales.

Como trabajadores sociales debemos estar especialmente atentos a las consecuencias sociales de la enfermedad mental, que van a traducirse en una perturbación o limitación de una función (disfunción o deficiencia), en la incapacidad funcional (discapacidad para el desempeño de un rol social), en la dependencia (necesidad permanente de mantenimiento por parte de otra persona o de un servicio concreto), en la sobrecarga familiar manifiesta o persistente, o bien, la ausencia de familia y en la ausencia de red social. (Trullenque, 2010)

*El Trabajo Social en salud mental es la especialidad que abarca el trabajo con personas afectadas por problemas mentales y una práctica diferida en cualquier entorno, que promueve la salud mental de los individuos y de las familias, teniendo por objetivo mejorar su funcionamiento familiar y social, reconociendo la complejidad de las relaciones interpersonales y de sus influencias.*

*El Trabajador Social interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.) procurando la integración de las diferentes disciplinas y la aportación de sus conocimientos en el proceso de rehabilitación de las personas con trastorno mental, por tal este conjunto de profesionales tienen un objetivo en común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema.*

#### **4.1.3.3 Funciones básicas del Trabajador Social en Salud Mental**

##### **a) Función de Atención directa**

Es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud.

El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia.

Todo ello llevado a cabo mediante un proceso que incluye:

- ✓ Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y/o familiares.
- ✓ Valoración socio-familiar.
- ✓ Diagnóstico social.
- ✓ Planificación de la intervención social.
  - Acompañar al individuo en la asimilación del proceso de cambio y favorecer su socialización.
  - Entrevistas con el usuario dirigidas a potenciar la autonomía en las actividades cotidianas.
  - Trabajo dirigido a informar y orientar sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre.
  - Seguimiento y evaluación del proceso de intervención.
  - Realizar visitas a domicilio para valoración e intervención.
  - Apoyar y contener a las familias, tanto a nivel grupal como individual, para que participen en el proceso de cambio.
  - Informar del acceso a los recursos comunitarios e institucionales.
  - Conexión y derivación del usuario a recursos adecuados.
- ✓ Discusión del caso con el equipo profesional, para estructurar un plan de trabajo en función de las necesidades detectadas.

#### **b) Función preventiva, de prevención e inserción social**

Con el objetivo de conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo a través de:

- ✓ Los recursos normalizados.



- ✓ Los recursos específicos dirigidos a este colectivo (Programa residencial, ocupacional, de ocio y tiempo libre, laboral).
- ✓ Fomentar la creación de grupos de autoayuda, asociaciones de familiares y afectados, etc.

### **c) Función de coordinación**

Dentro del equipo de salud mental la función que el trabajador social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración e inserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psicosociales. Todo ello es una exigencia básica de la atención integral de salud, otorgándole el valor de una asistencia de calidad (Palacios, 2002).

La importancia que lo social adquiere en la comprensión de la vulnerabilidad y la enfermedad, y el hecho de que cualquier tipo de intervención adquiere la categoría de acción terapéutica supone un necesario replanteamiento de las estrategias de salud mental (Pons, 2006)

*El trabajo social, a nivel general, tiene como objetivo de estudio al individuo y al medio con el que se relaciona, en salud mental se define la intervención con personas que tienen problemas de salud mental y con sus familias potenciando sus capacidades y utilizando los recursos sociales necesarios con la finalidad de mantener las cuotas más altas de calidad de vida.*

*El trabajador social ejerce una atención directa a los pacientes, a sus familias y a las redes de relación, dentro del marco institucional en el que desarrolla su actividad profesional. El proceso consta de cuatro etapas (estudio, diagnóstico, tratamiento y evaluación) que se inician cuando el paciente o su familia se dirigen al trabajador social con una solicitud. Lo cual propiciará, a través de la observación y de la escucha, que el*

*trabajador social pueda recoger la información necesaria que le permita conocer suficientemente al individuo y a su situación.*

#### **4.1.3.4 Intervención del Trabajo Social en usuarios con trastornos mentales:**

(Trullenque, El Trabajo Social en Salud Mental, 2010) Esta especificidad viene definida por un lado, por la población con la que trabaja y su psicopatología y por otro, por una metodología propia de intervención:

La población con la que trabaja y su psicopatología. El conflicto o trastorno mental es lo que diferencia a este grupo de población. Es por tanto ese conflicto o trastorno mental el que los define como usuarios de los Servicios de Salud Mental, y el que a la vez los diferencia, ya que algunas personas se convierten en usuarios de una consulta especializada en una situación de crisis y otras son usuarios «continuos» de la red de salud mental por su evolución.

##### ***Usuarios continuos de la red de salud mental***

- ✓ La demanda de consulta al dispositivo es objeto de la atención en salud mental porque sufren un trastorno mental: Pacientes que acuden a recibir tratamiento y cuyo problema médico fundamental es el psiquiátrico.
- ✓ El caso requiere un Plan de tratamiento específico, tratamiento basado en objetivos con el paciente por parte del equipo.
- ✓ El trabajo se define a medio-largo plazo.
- ✓ Intervención sobre:
  - La problemática socio-familiar.
  - Las consecuencias sociales de la enfermedad: en el caso de las enfermedades crónicas, la prolongación en el tiempo del trastorno produce la aparición de «consecuencias» psicosociales que perturban el curso de la vida habitual.

- La formación en psiquiatría, favorece el desarrollo de una intervención adecuada.
- Accesibilidad del trabajador social (para el paciente, familia y equipo).

### ***Usuarios en situación de crisis***

- ✓ La demanda de consulta a la Unidad sea objeto de la atención en salud mental.
- ✓ Plan de tratamiento específico, tratamiento basado en objetivos con el paciente por parte del equipo.
- ✓ El trabajo se define a corto plazo.
- ✓ La problemática social del usuario esté relacionada con el motivo de la consulta, con la demanda de salud mental.
- ✓ Intervención sobre la problemática socio-familiar, ligada al motivo de consulta.
- ✓ La formación en psiquiatría, favorece el desarrollo de una intervención adecuada.
- ✓ Accesibilidad del trabajador social (para el paciente, familia y equipo).

***El trabajador social desarrolla su actividad profesional a nivel individual, familiar, grupal y comunitario; entendiendo estos ámbitos como esferas que se interrelacionan y con las que se trabaja al mismo tiempo. Lo cual significa que, ante una problemática social, nuestra actuación se dirige al trabajar los propios recursos del paciente, la prevención, la ayuda y la promoción; así como la gestión de los recursos sociales adecuados. Este nivel de trabajo posibilita que los aspectos antes mencionados puedan articularse mediante los grupos que funcionan en la comunidad.***

***La intervención con las familias desde el trabajo social está definida por los mismos criterios que sostienen otras profesiones, ya que la salud y la enfermedad se dan en sujetos que no están aislados sino que se encuentran dentro del contexto familiar y social. Por tanto, es evidente que en la atención al usuario esta intervención se tiene que prever de manera específica.***

#### **4.1.3.5 Integración social o reinserción**

La intervención se centra sobre el individuo en relación con su contexto y situación social, sobre lo que los demás le dejan hacer o lo que los demás piensan que no puede hacer a causa de su discapacidad. Se interviene sobre el sujeto en relación al concepto social que se tiene de él.

La integración social se puede considerar como la participación del individuo en las distintas esferas de la vida social y es el principio de la unidad del cuerpo social. Es un concepto contrario al de marginación. Por ello, la recuperación del Trastorno mental se basa también en conseguir un sistema de soporte comunitario que favorezca dicha integración social, que sobrepasa el ámbito de actuación puramente clínico o psiquiátrico. Requiere la participación de profesionales de otras redes y servicios de la comunidad, lo que implica establecer mecanismos de coordinación a nivel del territorio. Se trata de conseguir un entorno comunitario favorable a la aceptación de las discapacidades o limitaciones que la enfermedad mental comporta y propiciar una optimización del uso de recursos disponibles en la comunidad, y en esto los trabajadores sociales tenemos una función primordial.

Estaríamos hablando de conseguir una «equiparación de oportunidades, que significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad tal como el medio físico y cultural, la vivienda, el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreación se hace accesible para todos (Nations, 1998)

Tanto la rehabilitación como la integración social buscarán articular en la vida del paciente una serie de recursos residenciales, ocupacionales, socioafectivos y comportamentales de características protésicas, que le permitan el desempeño de un mayor número de roles socialmente válidos en ambientes lo más normalizados posible. Para alcanzar este objetivo, la intervención se articula a través de un proyecto individualizado que combine, por un lado, el

entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad y, por otro, actuaciones sobre el ambiente que incluyen desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico (Rodríguez, 2009)

El trabajador social dentro del equipo rehabilitador realizará intervenciones tanto específicamente rehabilitadoras como de integración social, aunque con un mayor peso específico en la segunda, con el objetivo de:

- ✓ Realizar un diagnóstico de la situación psicosocial del paciente: personal (recursos propios y capacidades conservadas), contexto (redes y apoyos sociales, recursos del entorno) y malestar psicosocial generado en la interacción del individuo y el contexto (existencia de alta emoción expresada en el contexto familiar y/o abandono, marginación, problemas judiciales, económicos, laborales...) y diseñar una propuesta de intervención para mejorarla, integrada dentro del Plan Individualizado de Rehabilitación.
- ✓ Disminuir las situaciones de desventaja o discapacidad detectadas y proporcionar los soportes sociales necesarios para mejorar su adaptación social y favorecer su integración en la comunidad
- ✓ Promover valores relacionados con la adquisición de hábitos sociales saludables, tolerantes, que reduzcan el impacto y los fenómenos de exclusión del colectivo en situación de riesgo.
- ✓ Favorecer la adquisición de hábitos saludables y conductas socialmente competentes, como prevención de los efectos adversos de la discapacidad.

*El trabajador social además de realizar todas las funciones dentro del proceso de rehabilitación del usuario con trastorno mental, también se centra en la reinserción del*

*paciente en su entorno social y realiza una serie de actividades que ayuden al mismo a reincorporarse en la sociedad, de la misma manera es indispensable se efectúe un programa de prevención de sustancias psicotropas, consecuencias de las mismas y demás para que exista una convivencia mayormente satisfactoria, en donde mejore la calidad de vida del paciente rehabilitado y de la sociedad que lo rodea.*

#### **4.1.3.6 Roles del Trabajador social**

Con el término rol se designa sociológicamente el comportamiento que, en una sociedad dada, debe esperarse de un individuo, habida cuenta de su posición o status en esa sociedad. En un sentido más restringido se habla de roles profesionales haciendo referencia a aquellos que desempeñan y que los otros esperan que desempeñen, aquellos que ejercen una determinada profesión (Egg).

- **Proveedor de servicios:** Ofrece servicios de sostén y ayuda a personas en estado de dependencia, especialmente las que están en situación de emergencia; esta puede significar solucionar problemas o generar conductas que sirvan para que el sujeto que demanda la ayuda, resuelva el problema por sí mismo, de la misma manera presta servicios sociales específicos que benefician a los ciudadanos, tales como la prevención del consumo de sustancias psicotrópicas.
- **Diagnóstico:** Adquiere conocimiento exacto sobre la situación de los usuarios y familias, realizando el estudio y evaluación social con fines de diagnóstico y de planificación de las acciones de intervención.
- **Terapeuta:** Reconoce y elimina los factores que en el proceso de interacción social han causado el consumo de sustancias psicoactivas. Favorece la identificación de causas y consecuencias y factores de riesgo, a través de una reunión entre usuarios y familias, con la finalidad de analizarlos conjuntamente y plantear alternativas para mejora o eliminar dichas acciones. Adopta los cambios

necesarios en la dinámica familiar para prevenir la aparición de conductas que pongan en riesgo al rehabilitado; así promoviendo la comprensión y el adecuado manejo dentro del hogar. Incentiva la participación activa de la familia durante y después del proceso rehabilitador.

- **Informador:** Informa y canaliza cuando es necesario acerca de los recursos institucionales disponibles, ya que sean servicios especializados, legislación social, recursos sociales y con derechos sociales, informa sobre los servicios que ofrece con el fin de hacerlo accesibles al mayor número posible de personas (usuarios potenciales) y de fomentar la participación de la gente en la formulación de los programas y facilita información sobre otros servicios o recursos externos a los que las personas con trastornos mentales o su familia puedan recurrir.
- **Gestor:** Esta tarea de gestor la realiza como intermediario entre los usuarios y las instituciones, relacionando al individuo con instituciones públicas o privadas que presten el servicio que el paciente con trastorno mental necesite, tal como el internamiento en algún centro de rehabilitación para personas con trastornos, asegurando que efectivamente obtengan los servicios en la institución más apropiada a su necesidad.
- **Investigador:** Diseña y realiza investigaciones aplicadas, recopilando y analizando datos para diagnosticar necesidades o problemas sociales de carácter individual, grupal o comunal. Estudia y analiza la situación de personas o su entorno, sin necesidad de recurrir a procedimientos de investigación excesivamente formalizados, con el fin de establecer la naturaleza y magnitud de los problemas y necesidades.

*Siendo el Trabajo social una profesión que busca el bienestar social, los roles del mismo permiten identificar e intervenir en situaciones de riesgo intentando mejorar la calidad de vida del usuario al que se atiende.*

*Dentro de la salud mental el trabajador social emplea los roles y funciones que sean necesarios para cumplir con el objetivo propuesto, dependiendo de la necesidad que presente el paciente y su familia.*

## **4.2 Marco legal y normativo relacionado a la salud mental**

Según el Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, el marco legal es el siguiente:

### **4.2.1 Constitución de la República del Ecuador**

La Constitución Política del Ecuador tiene una serie de disposiciones orientadas a garantizar la salud, el Buen Vivir y el desarrollo integral de todos los habitantes del territorio nacional, de manera particular cabe mencionar la responsabilidad que tiene el Estado de garantizar el derecho a la salud (Art. 3 y 32). En el Art. 35 se hace especial referencia a los grupos de atención prioritaria que deben recibir las personas y grupos en riesgo, quienes recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

El Art. 66 determina aspectos íntimamente relacionados con la salud mental. El derecho a la integridad personal, que incluye: a) La integridad física, psíquica, moral y sexual. b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado... c) La prohibición de la tortura, la desaparición forzada y los tratos y penas crueles, inhumanas o degradantes.

Uno de los grandes avances en la constitución es el Art. 364, donde se cita a las adicciones como problema de salud pública y la responsabilidad del Estado de desarrollar programas coordinados de información, prevención, tratamiento y rehabilitación en este ámbito.



#### **4.2.2 El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013**

El Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV) manifiesta que el principio rector de la justicia relacionado con la igualdad tiene que materializarse entre otras cosas, en la creación de escenarios que fomenten una paridad que viabilice la emancipación y la autorrealización de las personas y donde los principios de solidaridad y fraternidad puedan prosperar y así surja la posibilidad de un mutuo reconocimiento; temas determinantes para la salud mental de las personas.

Otro de los principios relacionados con la salud mental, se refiere al cumplimiento de los derechos universales y la potenciación de las capacidades humanas, hacia una relación armónica con la naturaleza, una convivencia solidaria, fraterna y cooperativa y hacia un trabajo y ocio liberadores.

Las estrategias del Plan Nacional para el Buen Vivir tienen que ver con la democratización de los medios de producción, (re)distribución de la riqueza y diversificación de las formas de propiedad y organización, inversión en el marco de una macroeconomía sostenible, inclusión, protección social solidaria y garantía de derechos en el marco de un estado constitucional de derechos y justicia ponen la base para trabajar en los determinantes sociales que tienen que ver con la promoción de la salud.

#### **4.2.3 Ley Orgánica de Salud**

Haciendo énfasis en el **Art. 3** donde se ubica a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

#### **4.2.4 Ley Orgánica de Discapacidades**

Esta Ley manifiesta en su **Art. 20**. Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de

promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación.

**Art. 3, literal 2.-** Promover e impulsar un subsistema de promoción, prevención, detección oportuna, habilitación, rehabilitación integral y atención permanente de las personas con discapacidad a través de servicios de calidad;

**Art. 87.-** Políticas de promoción y protección social.- La autoridad nacional encargada de la inclusión económica y social y/o los gobiernos autónomos descentralizados articularán con las entidades públicas y privadas, el desarrollo y ejecución de políticas destinadas a:

1. Fomentar la autonomía, goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad;
2. Orientar y capacitar a las personas y las familias que tienen bajo su cuidado a las personas con discapacidad, en el buen trato y atención que deben prestarles;
3. Promover de manera prioritaria la reinserción familiar de personas con discapacidad en situación de abandono y excepcionalmente insertarlas en instituciones o centros de referencia y acogida inclusivos, para lo cual la institución responsable asegurará su manutención mientras la persona con discapacidad permanezca bajo su cuidado;
4. Incorporar de forma temporal o permanente a personas con discapacidad en situación de abandono en hogares sustitutos de protección debidamente calificados por la autoridad nacional encargada de la inclusión económica y social, asegurando su manutención mientras la persona con discapacidad permanezca bajo su cuidado;
5. Implementar centros diurnos de cuidado y desarrollo integral para personas con discapacidad;
6. Crear centros de referencia y acogida inclusivos para el cuidado de personas con discapacidad en situación de abandono;

7. Establecer mecanismos de participación, solidaridad y responsabilidad comunitaria para la integración e interacción social de las personas con discapacidad y sus familias;
8. Establecer mecanismos para la inclusión de las niñas y los niños con discapacidad en centros de desarrollo infantil;
9. Implementar prestaciones económicas estatales para personas con discapacidad en situación de extrema pobreza o abandono;
10. Apoyar económicamente el tratamiento médico necesario y óptimo de enfermedades de las personas con discapacidad; y,
11. Financiar programas y proyectos que apoyen a la sostenibilidad de los niveles asociativos de y para la discapacidad.

#### **4.2.5 Convenios, Acuerdos Internacionales**

**Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)** a pesar de no ser vinculante, explicita el derecho de toda persona a la integridad física, mental y moral.

**Pacto Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966):** Establece que los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

**Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (1966)**, en el Artículo 7, proporciona a todos los individuos, incluidos aquellos con trastornos mentales, protección frente a la tortura y la crueldad, el tratamiento inhumano o degradante, el castigo, así como el derecho a no ser sometido a experimentos médicos o científicos sin un consentimiento libre e informado.

**Carta de Ottawa para la promoción de la salud:** La Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa en 1986, definió las siguientes líneas estratégicas:

- La elaboración de políticas públicas saludables
- El reforzamiento de la acción comunitaria
- La creación de ambientes favorables
- El desarrollo de las aptitudes personales
- La reorientación de los servicios sanitarios

**Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976)**, en el Artículo 12 se reconoce el derecho de todas las personas, incluyendo a aquellas con trastornos mentales, a disfrutar de los mejores estándares posibles de salud física y mental.

**Adelaide (1988) donde se hace un énfasis en la formulación de políticas públicas saludables.** Las políticas públicas en todos los sectores influyen en los determinantes de la salud. La salud es tanto un derecho humano como una inversión social. Es necesario formar alianzas en toda la sociedad

Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, reunida en 1990, que adoptó la **Declaración de Caracas**, la misma que define las bases de la reforma a la salud mental en América Latina, la que fue ratificada en la reunión de Brasilia de noviembre del 2005, en la que se advierte:

“Que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos 15 años, tales como:

- La vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, que se ha incrementado notablemente;
- El aumento de la mortalidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia, derivados de problemas relacionados con la salud mental;

- El aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que facilite la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y de abuso de alcohol; y
- El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia en atención a las víctimas.”

**Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental** (Asamblea General de las Naciones Unidas - 1991).

**Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental**, del 17 de diciembre de 1991, resolución 46/119.

**Sundsvall, (1991):** En esta 3ra Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se enfatizó en la creación de entornos saludables, propicios para la salud.

**La Declaración de Bogotá (1992)** destaca la relación entre salud y desarrollo y exige un compromiso renovado con la solidaridad y la equidad en la salud. La Declaración demanda:

- La coordinación entre todos los sectores sociales e instituciones para lograr el bienestar
- Promover la participación de la sociedad civil.
- La integración total de las mujeres.
- Facilitar un diálogo entre diferentes tradiciones y conocimientos sobre salud.

También demanda el compromiso en:

- Reducir el gasto innecesario en el sector público, como el dedicado a la defensa y la guerra.
- Aumentar la inversión en desarrollo social y humano.

**Yakarta 1997:** La 4ta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, es la primera en dar participación al sector privado en el apoyo a la

promoción de la salud. Ofrece una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud, reconsiderar los determinantes de la salud y señalar estrategias necesarias para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI.

**Tratado Interamericano para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Minusvalías.** Es el primer tratado internacional orientado específicamente a defender los derechos de las personas con trastornos mentales, suscripta en Guatemala el 8 de Junio de 1999.

**México - 2000. Promoción de salud hacia una mayor equidad:** La Quinta conferencia avanza en el desarrollo de las cinco prioridades para el siglo XXI en la promoción de salud que fueron identificadas en Yakarta.

**La Carta de Bangkok - 2005:** La Carta de Bangkok para la Promoción de la salud establece las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los determinantes de la salud mediante la promoción. Su propósito es fomentar la salud a través de valores, principios y estrategias de acción.

**Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad - 2006,** habla sobre el irrestricto apego a derechos humanos, en todas las acciones tendientes a proteger a las personas con capacidades diferentes.

**El Consenso de Panamá - 2010 :** La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), con el co-auspicio del Gobierno de Panamá, convocó la Conferencia Regional de Salud Mental en la Ciudad de Panamá los días 7 y 8 de octubre del 2010, presenta los siguientes puntos:

- Impulsar la implementación de la Estrategia y plan de acción sobre salud mental mediante un proceso que debe adaptarse a las condiciones particulares de cada país para poder responder de manera apropiada a las necesidades actuales y futuras en materia de salud mental.

- Fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental en todos los países de la Región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década.
- Reconocer como un objetivo esencial la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad.
- Identificar en los escenarios nacionales los desafíos actuales y emergentes que demandan una respuesta apropiada por parte de los servicios de salud mental, en especial la problemática psicosocial de la niñez, la adolescencia, las mujeres, así como de los grupos poblacionales en situaciones especiales y de vulnerabilidad.
- Incrementar la asignación de recursos a los programas y servicios de salud mental y lograr una equitativa y apropiada distribución de los mismos, en correspondencia con la carga creciente que representan los trastornos mentales y por el uso de sustancias, entendiendo que la inversión en salud mental significa una contribución a la salud y al bienestar en general, así como al desarrollo social y económico de los países.

Su mensaje es claro: **"La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020"**.

**La 8va Conferencia de Promoción de la Salud (Helsinki - 2013)**, tiene como eje central "la Salud en Todas las Políticas" (SeTP), parte del reconocimiento de que el sector salud, por sí solo, no es capaz de resolver los problemas fundamentales de la salud pública, que es necesario además que las políticas en otros sectores consideren siempre una evaluación del impacto en la salud (EIS).

Salud en Todas las Políticas (SeTP) es un enfoque de la política pública en todos los sectores que toma en cuenta las implicancias de salud en las decisiones, busca generar sinergias, y evitar impactos negativos en la salud, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

SeTP se basa en derechos y obligaciones vinculados a la salud y tiene su foco en las políticas públicas en todos los niveles de gobierno.



### 4.3 Marco Institucional

## RESEÑA HISTORICA DEL CENTRO DE SALUD N° 2 HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ DE LA CIUDAD DE LOJA.

### Ámbito geográfico

#### Ubicación (coordenadas).

El Centro de Salud N° 2 de Loja está ubicado en las coordenadas: latitud 4°00-14.959” Sur, longitud 79°11-53.702” Oeste

**Superficie:** Tiene una superficie de 38km<sup>2</sup>

**Pisos climáticos:** Los pisos climáticos no varían en forma considerable y van desde 2100m. A 2160m sobre el nivel del mar.

**Clima:** Su clima es templado andino, varía de 16 a 18°C, generalmente cálido durante el día y más frío y húmedo en la noche. Junio, Julio y agosto trae las lloviznas orientales con los vientos alisios, y se conoce como la temporada de viento. Los meses de septiembre a diciembre son cálidos y más secos, registrándose las más altas temperaturas en el mes de noviembre, de hasta 28°.

#### *División política del área*

El Centro de Salud N°2 está ubicado al sur oriente de la ciudad de Loja, en la Parroquia San Sebastián, limita al norte por la calle Azuay, por el oeste la Avenida Pio Jaramillo que a la altura de la calle Teniente Maximiliano Ortiz se dirige hacia la Avenida de los Paltas, por el Sur con la calle Gobernación de Mainas que en la parte oriental se continúa con la calle Catamayo abarcando el barrio Pucará y por el este está delimitada por la Avenida Emiliano Ortega.

Para fines programáticos se ha dividido al área geográfica del Centro de Salud N°2 en 11 sectores:

**Sector 1.-** Las calles Azuay, Olmedo y Catacocha hasta la Avenida Emiliano Ortega, Estadio Federativo, al Centro Rehabilitación Social Loja y las villas de los Militares.

**Sector 2.-** Barrio Panecillo, El Tejar de Jericó y el Pucará

**Sector 3.-** Parque Infantil hasta, las calles aledañas al Cabo Minacho hasta la Avenida Universitaria, Barrio Los Molinos, Los Arupos, y lugares aledaños al Supermaxi.

**Sector 4.-** Barrio San Sebastián, Mercado San Sebastián hasta la Avenida Universitaria.

**Sector 5.-** Sector Norte de Perpetuo Socorro.

**Sector 6.-** Sector Sur de Perpetuo Socorro.

**Sector 7.-** Barrio Los Geranios, Mercado de la Tebaida, Los Cocos hasta la Avenida Pio Jaramillo.

**Sector 8.-** Barrio La Tebaida Alta y Baja

**Sector 9.-** Barrio San Pedro

**Sector 10.-** Época y Maestros 2

**Sector 11.-** Barrio Peñón del Oeste, Guadalupe, Reina del Cisne y Pio Jaramillo.

### ***Descripción de principales cuencas hidrográficas del territorio***

De sur a norte está atravesada por dos ríos: EL Zamora cuyos orígenes son las Lagunas del Parque Podocarpus y el Rio Malacatos q nace igualmente en las montañas del Cajanuma.

Las fuentes de agua potable están ubicadas en las cordilleras este del Barrio Zamora Huayco de donde nace la quebrada El Carmen que provee de parte del agua que se consume en la ciudad.

### ***Descripción general de la accesibilidad del territorio***

Cuenta con vías de comunicación asfaltadas que permiten trasladarse en vehículo, taxi, bus urbano o caminando. En cuando a medios de comunicación cuenta con acceso a radio, prensa, teléfono fijo y celular, e internet.

## **Listado de las unidades de población más pequeñas, sectores.**

### **Descripción de poblaciones de difícil acceso por situación o características geográficas.**

Los barrios más distantes son Época, Guadalupe y Peñón del Oeste que debido a que no existe en la ciudad buses urbanos que se trasladen de este a oeste y viceversa, el acceso de la población de estos sectores tiene esta dificultad y para llegar hasta la ubicación del Centro de Salud debe hacerlo a través de taxi, esto se agrava en vista de que el Peñón del Oeste y Guadalupe existen familias cuyos recursos económicos no les permiten hacer este pago. Otros sectores como la Tebaida y los Cocos por disponer de transporte de sur a norte generalmente acuden a otras casas de salud de esta ciudad.

Otro sector con dificultades de acceso y falta de servicios básicos es El Tejar de Jericó debido a que son lugares que no estuvieron considerados en la Planificación Urbana. Los barrios del sector 3 que están cercanos al Cabo Minacho en las calles Cariamanga, Sucre y Bolívar se encuentran en hacinamiento y muchos de ellos no cuentan con servicios básicos suficientes.

### **Identificación de factores protectores en el entorno (geográfico):**

#### **Características geográficas del espacio geográfico que favorece a la Salud y el Buen Vivir.**

En el área de influencia del Centro N° 2 tenemos algunas condiciones que las consideramos como protectores del entorno. Estas son la presencia de parques en donde se puede practicar caminatas, así tenemos el Parque Lineal de la Tebaida, el Parque Pucará, el Parque de San Sebastián, además cuenta con el Estadio Federativo donde se pueden realizar diversas actividades deportivas y que está dentro del programa Ejercítate Ecuador del Ministerio del Deporte. Por otra parte la condición de zona urbana confiere a las familias tener acceso a los servicios básicos como agua potable, luz, teléfono, medios de transporte,

internet factores que facilitan la vida de las familias que viven en la mayoría del territorio. Otro factor benefactor es la presencia de suficientes centros educativos fiscales gratuitos.

## **Información Histórica**

### **Descripción histórica de la población. Hitos históricos relevantes y sus actores**

Al referirnos a la historia de la Parroquia resulta inevitable hablar de la historia de Loja, ya que el área de Cobertura del Centro de Salud N° 2 abarca la Parroquia San Sebastián, una de las más antiguas y tradicionales de Loja. La Loja actual, se asienta sobre el mismo escenario físico de los antiguos Paltas. Sin embargo, los escasos estudios relacionados con el pasado preincaico de los territorios que actualmente constituyen la provincia de Loja, no nos permiten llegar a conclusiones valederas y que puedan ser aceptadas con carácter definitivo acerca del origen de nuestros antecesores y de los territorios que ocuparon.

Se manejan tres hipótesis al respecto para algunos, los Paltas son considerados como originarios de la Amazonía, como un grupo jíbaro (arawako) que, tramontando la Cordillera de los Andes, se asentaron en los territorios de la actual Loja, rompiendo la unidad “Puruhá-Mochica” de los poblamientos de la Sierra andina. La vinculación histórica de nuestra provincia con la Amazonía es evidente, y está claro que el origen de la población Palta es diferente al de las comunidades del resto de la Sierra ecuatoriana. Loja en este aspecto, rompe la continuidad de origen que se da en el resto de la Sierra.

Otra propuesta, nos habla de la semejanza de los pueblos del sur de la provincia con los pueblos Moche y Chimú del Norte del Perú; y, una tercera, basada en estudios arqueológicos de nuestra cerámica, encuentra en ellas fuertes elementos mayas, lo que ha dado pie para que se hable de la influencia de las culturas mesoamericanas sobre los antiguos Paltas. Lo interesante de estas hipótesis es que ninguna de ellas tiene carácter excluyente.

Para hablar de la historicidad del Área, debemos hacer referencia a la historia del Centro de Salud N° 2, que es la jefatura del área.

El Centro de Salud, se inició en el año 1959, siendo parte de lo que en ese entonces se denominaba ASISTENCIA SOCIAL, asumiendo la dirección de esta Unidad Operativa de Salud, el Doctor Rogelio Briceño Loján, posteriormente en el año 1961 se crea el Centro de Salud N° 2 asumiendo las funciones de Directora la Dra. Lola Samaniego Córdova.

El Centro de Salud N° 2 a partir de su creación venía funcionando en distintos lugares de la ciudad, en locales arrendados hasta que siendo el Dr. Hugo Guillermo González, Alcalde encargado hace la donación de un terreno donde funcionaría el Centro de Salud N° 2.

Posteriormente siendo Director Provincial de Salud de Loja consigue el Gobierno Central los recursos necesarios para la construcción de esta unidad operativa.

En reconocimiento a toda esta labor en el mes de Agosto de 1979 se promulga el decreto oficial por parte del Dr. Gil Bermeo Vallejo Ministro de Salud de ese entonces para que esta Unidad de Salud lleve el nombre del Dr. Hugo Guillermo González.

### **Características demográficas de la población**

Información demográfica: Número total de población

POBLACIÓN 2017	HOMBRES	MUJERES
<b>32048</b>	15933	16152

## **5 MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Materiales**

Los materiales que se utilizaron en el desarrollo de la tesis son los siguientes:

- Cámara Fotográfica
- Cuaderno de notas
- Esferos
- Copias
- Hojas
- Libros
- Computadora
- Infocus

### **Métodos**

#### **Método Científico**

Al momento de ejecutar los instrumentos que se planteó, el método científico permitió profundizar todos los temas relacionados a la problemática que se investigó y de la misma manera se pudo responder a varias de las interrogantes planteadas, mismas que han servido para el desarrollo de la propuesta de intervención social.

#### **Método Inductivo**

Considerando que el método inductivo obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares, mediante instrumentos realizados en la investigación, tales como: la ficha de observación y las entrevistas realizadas al Psicólogo Clínico y Trabajadora Social del Centro de Salud N° 02 Hugo Guillermo González de la Ciudad de Loja, de esta manera permitió determinar el problema a través de los aspectos particulares llegando a un enfoque general.

#### **Método Deductivo**

El método deductivo extrae conclusiones lógicas y válidas a partir de un conjunto dado de premisas o proposiciones, mediante los grupos focales y las entrevistas realizadas a las

familias de los pacientes se ha llegado a conocer información importante para la investigación.

### **Método Analítico**

Se ha revisado en forma separada todo el acopio de los instrumentos realizados en la investigación, de esta manera se ha obtenido conocimiento acerca de la situación que vive cada familia con su paciente con trastorno mental del centro de Salud, misma información que ha sido fundamental para el desarrollo de la tesis y la elaboración de la propuesta de intervención social.

### **Método Correlacional**

Se pudo relacionar las variables del acompañamiento familiar en los pacientes con trastornos mentales del Centro de Salud N° 02 “Hugo Guillermo González”.

### **Técnicas**

#### **Observación**

Se utilizó la ficha de observación, asistiendo a las terapias multifamiliares, la cual permitió conocer de manera directa la manera en la que se suele trabajar con los familiares de pacientes con trastorno mental y la cantidad de participantes que asisten a las mismas.

#### **Entrevista**

Se trabajó con la aplicación de la entrevista estructurada donde se elaboraron dos cuestionarios, el primero dirigido a los familiares de los pacientes con trastornos mentales, y otro cuestionario con otro tipo de preguntas dirigido a la Trabajadora Social y al Psicólogo Clínico, con el fin de recolectar información importante para la investigación y así mismo ideas de solución.

#### **Grupos Focales**

Con la utilización de la técnica de los grupos focales se obtuvo puntos de vista e ideas de los participantes de uso exclusivo para la investigación que contribuyeron de manera

productiva para la elaboración de la propuesta de intervención social para fortalecer la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales.

### **Población y Muestra**

Dentro de la investigación se ha tomado en cuenta una población de 22 familias de pacientes con trastornos mentales, las mismas que han sido la muestra para la investigación



## 6 RESULTADOS

### FICHA DE OBSERVACIÓN

El motivo principal por el cual se realizó la ficha de observación fue para corroborar cuantos participantes asistían a las terapias multifamiliares y los temas que el Psicólogo les impartía, mismo que nos sirve para conocer a fondo la realidad de la problemática investigada.

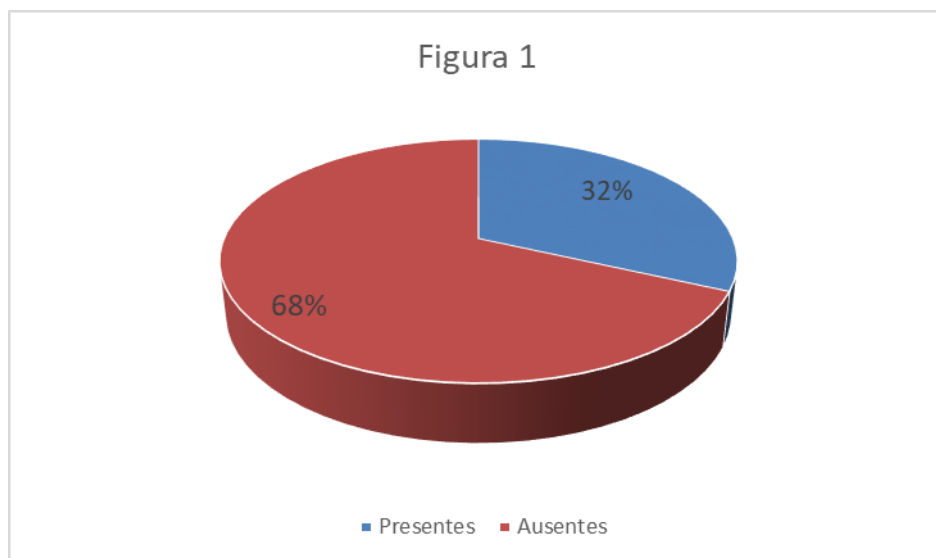
**Tabla 1.**

#### Asistencia de familiares a terapias multifamiliares

PARTICIPANTES	N°	%
Presentes	7	32%
Ausentes	15	68%
Total	<b>22</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Ficha de Observación en terapias multifamiliares.

**AUTORA:** Evelin Estefania Vargas Jaramillo



**Figura 1.** Familiares de pacientes presentes y ausentes en terapias multifamiliares.

**Elaboración:** Investigadora

## **Interpretación Cuantitativa**

El resultado que nos brinda la ficha de observación ha servido para constatar el número de asistentes a las terapias multifamiliares. Mismos resultados que nos lanzan un porcentaje del 32% de familiares que asisten a las sesiones y el 68% de ausencia.

## **Análisis Cualitativo**

Las terapias multifamiliares son un modelo de intervención terapéutica en la que varias familias son atendidas simultáneamente, estas son realmente necesarias para poder continuar con el proceso de rehabilitación, ya que ayuda a asimilar de mejor manera la situación que están atravesando tanto los familiares como el paciente con trastorno mental, las mismas sirven para que el participante se exprese con voz propia, sin temores, y de la misma manera recibir la ayuda necesaria, la información y todo lo que sea de útil importancia para cada uno de ellos.

En el gráfico n° 1 se puede evidenciar claramente que un alto porcentaje de familiares de los pacientes no asisten a las terapias multifamiliares que se brinda en el centro de salud, perdiendo la oportunidad de expresarse y de obtener conocimientos sumamente necesarios para el proceso a seguirse.

**Entrevista aplicada a familiares de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental  
del Centro de Salud “Hugo Guillermo González” de la ciudad de Loja**

**Pregunta 1. ¿Qué parentesco tiene con el paciente?**

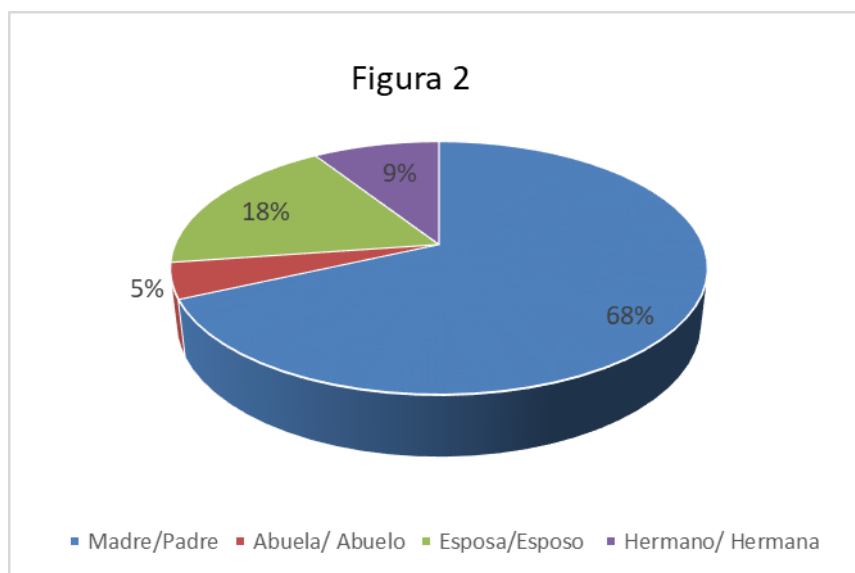
**Tabla 2.**

**Parentesco entre familiar y paciente con trastorno mental**

ALTERNATIVAS	<i>F</i>	%
Madre/Padre	15	68%
Abuela/ Abuelo	1	5%
Esposa/Esposo	4	18%
Hermano/ Hermana	2	9%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Encuesta a familiares de pacientes con Trastorno Mental del Centro de Salud N° 02.

**AUTORA:** Evelin Estefania Vargas Jaramillo



**Figura 2.** Parentesco entre familiar y paciente con trastorno mental

**Elaboración:** Investigadora

### **Interpretación Cuantitativa**

Según la tabla n° 2 el parentesco entre familiares y pacientes es del 68% que son madres y padres, 18% esposa/esposo, 9% hermana/hermano, y el 5% Abuela/Abuelo, quienes están al tanto de lo que suceda con el paciente

### **Análisis Cualitativo**

Mediante los resultados obtenidos se puede determinar quién es el miembro de la familia del paciente que está encargado del acompañamiento en su tratamiento, dándonos un porcentaje mayoritario que evidencia que son los padres de los pacientes con trastorno mental, esto se debe a que dentro de la dinámica interna existe un predominio en realizar una monitorización parental hacia las víctimas de las diferentes psicopatologías investigadas, en algunos de los casos el paciente es menor de edad, por ende son sus padres los representantes legales y responsables directos de su recuperación.

**Pregunta 2. ¿Ud. acompaña y brinda el apoyo necesario que el paciente necesita?**

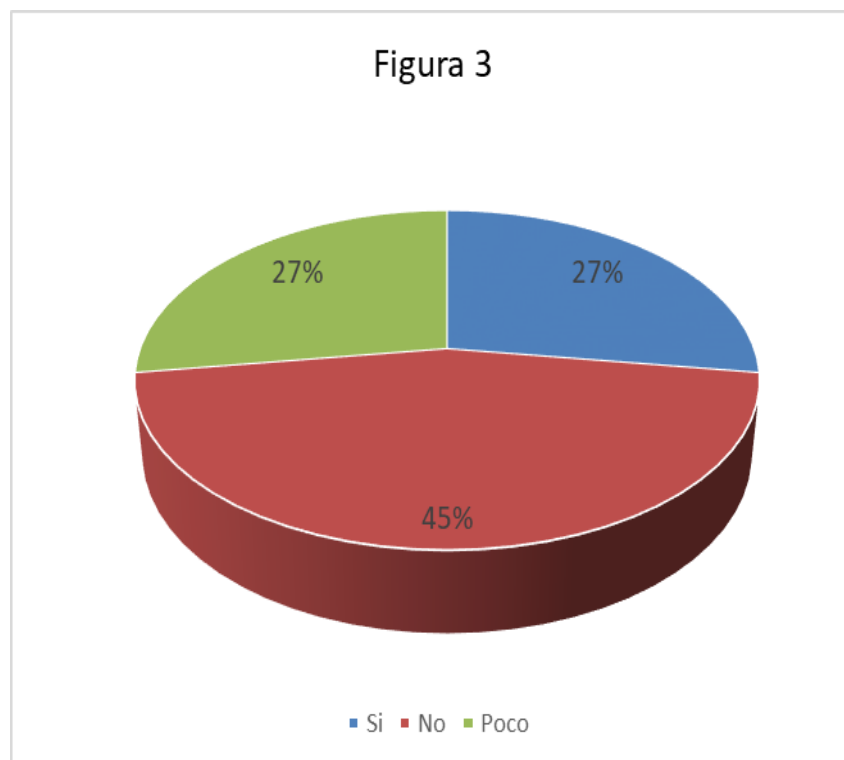
**Tabla 3.**

**Apoyo brindado hacia el paciente**

ALTERNATIVAS	<i>f</i>	%
Si	6	27%
No	10	45%
Poco	6	27%
Total	<b>22</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Encuesta a familiares de pacientes con Trastorno Mental del Centro de Salud N° 02.

**AUTORA:** Evelin Estefania Vargas Jaramillo



**Figura 3.** Apoyo brindado hacia el paciente

**Elaboración:** Investigadora

### **Interpretación Cuantitativa**

En el cuadro n° 3 se muestra un porcentaje mayoritario en el que indica que el 45% de familiares no acompañan ni apoyan al paciente con trastorno mental, 27% de los mismos han respondido a la entrevista que sí, mientras el otro 27% responden que lo hacen pocas veces.

### **Análisis Cualitativo**

Al momento de realizar esta pregunta, contrastando con la ficha de observación realizada en las terapias multifamiliares en donde se observa claramente que no hay acompañamiento ni participación de la mayoría de las familias de los pacientes en terapias brindadas por parte del equipo encargado.

Es esencial resaltar que la familia debe convertirse en soporte importante para la atención del problema, integrándose de manera decidida desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen.

Podemos resaltar la falta de compromiso que se da por parte de la familia, tomando en cuenta que en un proceso de rehabilitación para pacientes con este tipo de problemas es sumamente necesaria la presencia de su familia que brinde el apoyo moral y emocional que ayude a acelerar su recuperación de manera positiva sin posibles reincidencias.

**Pregunta 3. ¿A cuántas reuniones que se brinda en el Centro de Salud asiste Ud.?**

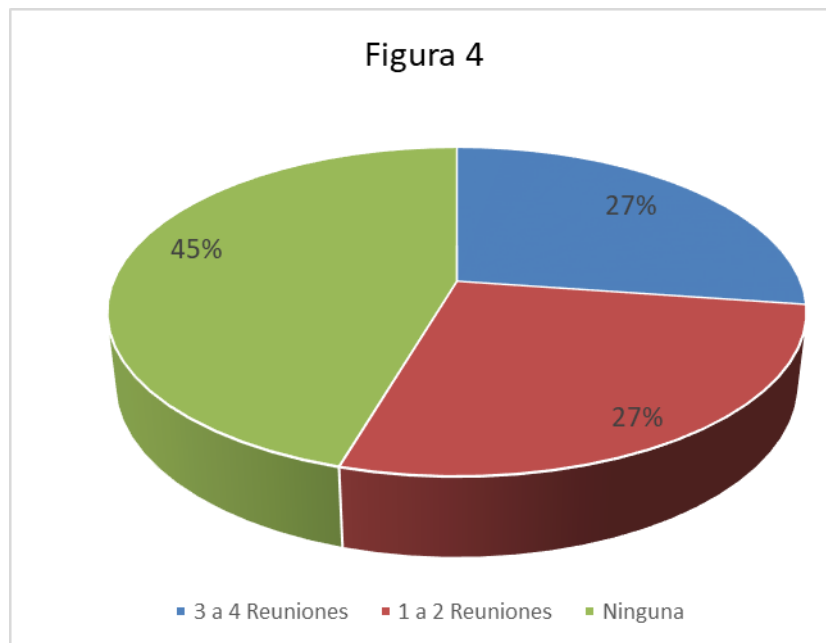
**Tabla 4.**

**Asistencia a reuniones (terapias multifamiliares)**

ALTERNATIVAS	<i>F</i>	%
3 a 4 Reuniones	6	27%
1 a 2 Reuniones	6	27%
Ninguna	10	45%
Total	<b>22</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Encuesta a familiares de pacientes con Trastorno Mental del Centro de Salud N° 02.

**AUTORA:** Evelin Estefania Vargas Jaramillo



**Figura 4.** Asistencia a reuniones (terapias multifamiliares)

**Elaboración:** Investigadora

### **Interpretación Cuantitativa**

Los resultados que se describen acerca de la asistencia de las familias a las terapias multifamiliares que se brindan en el centro de salud, el 45% de los familiares respondieron que no asisten a ninguna de ellas, el 27% asisten de 1 a 2 veces por mes, y el otro 27% de la población entrevistada mencionó asistir de 3 a 4 reuniones.

### **Análisis Cualitativo**

Mediante el gráfico n° 4 se puede evidenciar que no hay asistencia en su totalidad de las familias de los pacientes a las terapias multifamiliares, cada uno de los entrevistados son quienes nos dan a conocer el porcentaje de asistencia mensual, de la misma manera estos resultados los podemos contrastar con el registro de asistencias de cada sesión, y con la ficha de observación que se ejecutó.

Es importante mencionar que la familia debe vincularse a redes de apoyo que le brinden acompañamiento y soporte en el proceso de recuperación del paciente, para desarrollar conocimientos y actitudes que buscan el mantenimiento de los cambios positivos logrados y la contención en situaciones de crisis, de esta manera las terapias multifamiliares brindadas en el centro de salud son indispensables para familias y pacientes en proceso de rehabilitación.



**Pregunta 4. ¿Qué motivo le impide ser partícipe en éstas reuniones?**

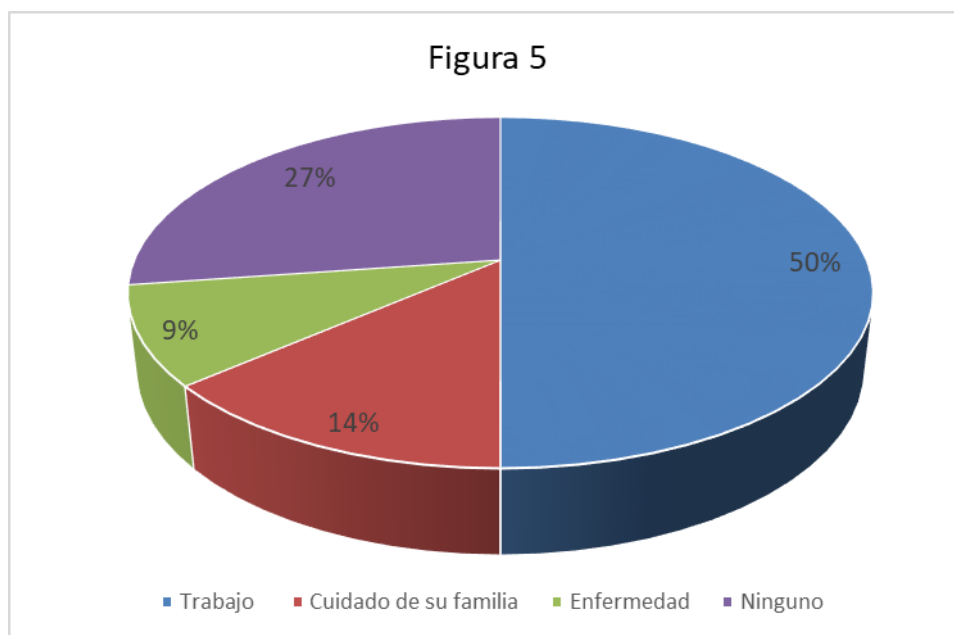
**Tabla 5.**

**Motivo por el cual no asiste a terapias multifamiliares**

ALTERNATIVAS	<i>f</i>	%
Trabajo	11	50%
Cuidado de su familia	3	14%
Enfermedad	2	9%
Ninguno	6	27%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Encuesta a familiares de pacientes con Trastorno Mental del Centro de Salud N° 02.

**AUTORA:** Evelin Estefania Vargas Jaramillo



**Figura 5.** Motivo por el cual no asiste a terapias multifamiliares

**Elaboración:** Investigadora

### **Interpretación Cuantitativa**

De acuerdo a los datos obtenidos de la pregunta n° 5, el motivo que impide a los familiares no asistir a las terapias es en un 50% por trabajo, el 27% mencionan no tener ningún inconveniente, el 14% dice no asistir por estar a cargo del cuidado de su familia, y el 9% restante señala no asistir por cuestiones de enfermedad.

### **Análisis Cualitativo**

Los entrevistados mencionan tener algunos impedimentos que no les permite asistir a las reuniones, mismos que han sido clasificados y mencionados dentro de la tabla y el gráfico n° 5, algunos entrevistados mencionan su ausencia por cruce de horarios en donde las hora establecida para la sesión y el horario de trabajo coinciden impidiendo a las familias asistir al mismo, de la misma manera se menciona existir impedimento por tener a cargo la responsabilidad otros miembros de su familia que dependen totalmente de su presencia y ayuda, a la vez podemos mencionar que existe desinterés por la enfermedad y por el proceso a seguir en muchas de la familias de los pacientes, mismas que no toman como prioridad la recuperación, evitando acelerar el proceso de rehabilitación que ayudará a obtener una mejoría del paciente con trastorno mental, de su entorno familiar y social.

**Pregunta 5. ¿Los temas que se trata en las mismas son de su interés?**

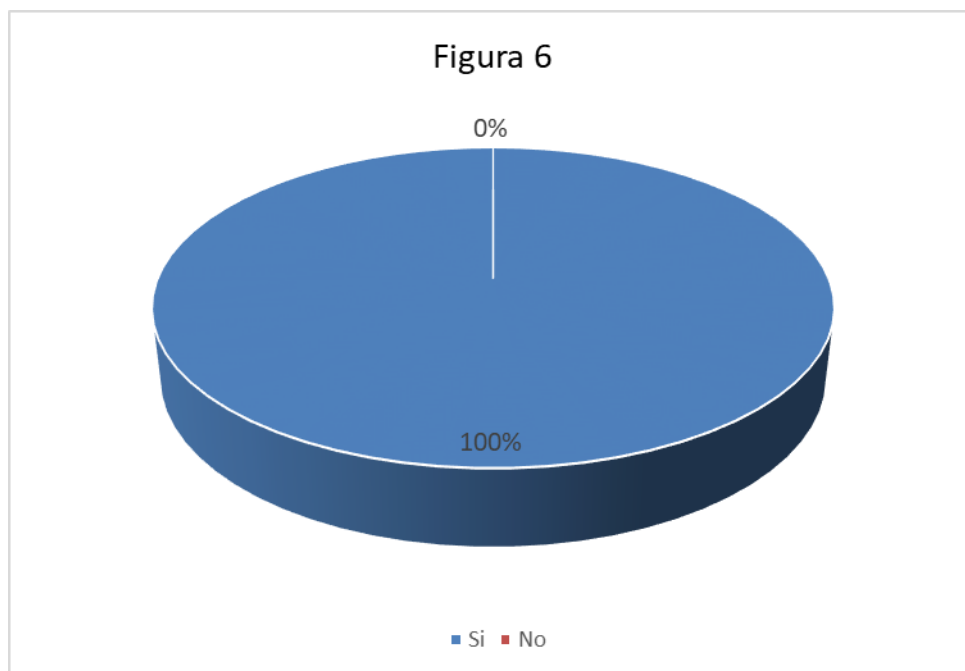
**Tabla 6.**

**Temas abordados en la terapia de interés o no**

ALTERNATIVAS	<i>F</i>	%
Si	22	100%
No	0	0%
Total	<b>22</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Encuesta a familiares de pacientes con Trastorno Mental del Centro de Salud N° 02.

**AUTORA:** Evelin Estefania Vargas Jaramillo



**Figura 6.** Temas abordados en la terapia de interés o no  
**Elaboración:** Investigadora

### **Interpretación Cuantitativa**

Los resultados que se muestra en el gráfico N° 6 acerca de los temas que se aborda en las terapias multifamiliares, en donde se hace referencia al interés que tienen las familias hacia los mismos, el 100% de la población entrevistada ha dado una respuesta positiva haciendo énfasis en que los temas impartidos por el Psic. Clínico encargado del programa ayudan a mantener un equilibrio en el proceso a seguirse.

### **Análisis Cualitativo**

Los entrevistados consideran que los temas y las actividades que se desarrollan dentro de las terapias son de suma importancia, tomando en cuenta que cada tema y actividad que se aborde en estas reuniones son intensamente necesarios para poder sostener de mejor manera todo lo que conlleva el proceso de rehabilitación tanto para familiares como pacientes.

El contenido que se imparte en las sesiones sirven de motivación y ayuda para que los familiares sigan asistiendo a las terapias, sin embargo por motivos personales cierto porcentaje de familias no son beneficiados por las mismas debido a su ausencia.

**Pregunta 6. ¿Qué temas considera Ud. que se debería implementar en estas reuniones?**

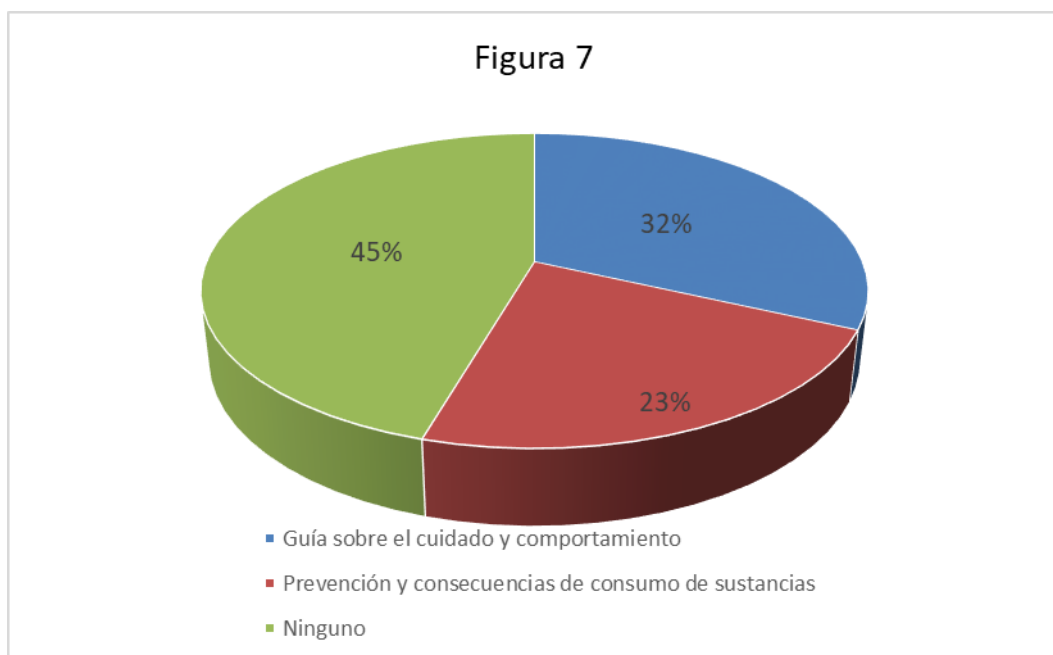
**Tabla 7.**

**Temas para implementar en terapia multifamiliar.**

ALTERNATIVAS	<i>F</i>	%
Guía sobre el cuidado y comportamiento	7	32%
Prevención y consecuencias de consumo de sustancias	5	23%
Ninguno	10	45%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Encuesta a familiares de pacientes con Trastorno Mental del Centro de Salud N° 02.

**AUTORA:** Evelin Estefania Vargas Jaramillo



**Figura 7.** Temas para implementar en terapia multifamiliar

**Elaboración:** Investigadora

### **Interpretación Cuantitativa**

Los resultados del gráfico n° 7 muestran que el 45% de la población entrevistada considera no implementar ningún otro tema, el 32% menciona se efectúe una guía de cuidado y comportamiento, y el 23% restante un tema acerca de la prevención de sustancias y consecuencias que se generan por el consumo de las mismas.

### **Análisis Cualitativo**

Los contenidos que algunos de los entrevistados sugieren que se implemente dentro de las terapias multifamiliares son temas que creen conveniente se desarrollen para seguir con este proceso, argumentos que agrandarán su conocimiento y de la misma manera ayudarán a que ellos puedan sobrellevar su realidad de la mejor manera para con los pacientes, las personas que nos dan esta respuesta sugieren se imparta sesiones en donde se trate acerca de la prevención de sustancias y consecuencias que las mismas podrían generar, de esta manera las familias estarían capacitadas para poder guiar de una mejor manera a los demás miembros de su familia, así mismo mencionan es necesario una guía de cuidado de pacientes con diferentes psicopatologías en donde puedan orientarse con el fin de ayudar a no cometer algún tipo de error que pueda afectar el proceso de recuperación y de la misma manera se pueda comprender la sintomatología del paciente, existe un porcentaje de pacientes que consideran no implementar ningún otro tema debido a que los contenidos que se abordan en las terapias son planificados por el profesional quien se encarga de hacerlo acorde a las necesidades que la familia presenta, aquellos entrevistados mencionan sentirse conformes con lo que se realiza en cada terapia multifamiliar, ya que ha direccionando a las familias a poder convivir y sobrellevar su situación.

**Matriz de casos de Trastornos Mentales con mayor índice en el Centro de Salud N°02  
“Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja”.**

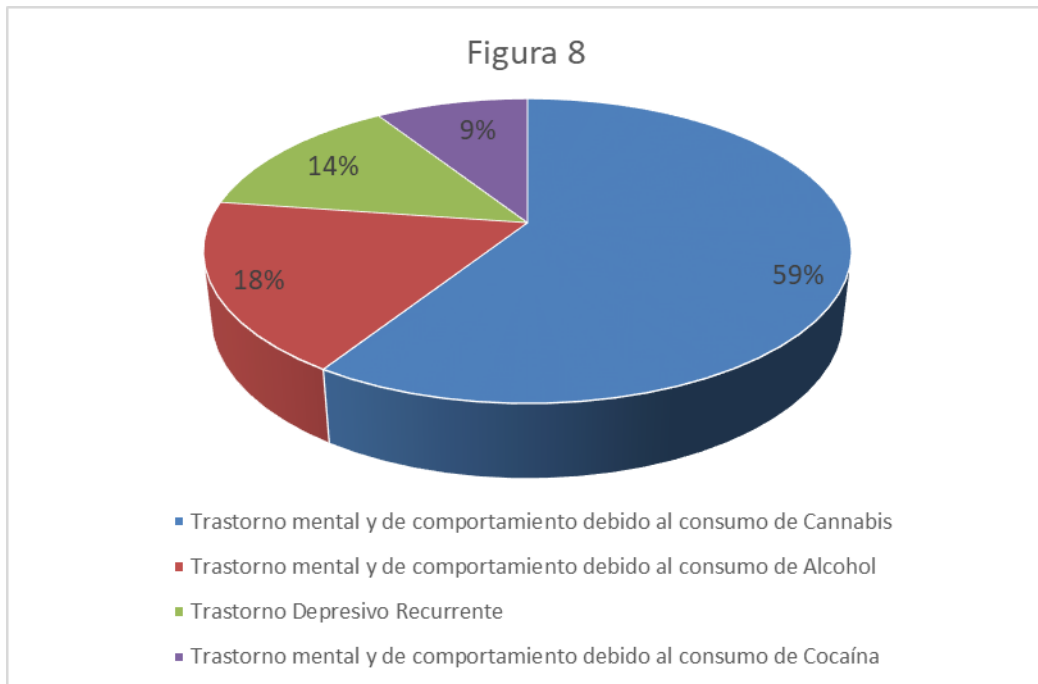
**Tabla 8.**

**Tipo de Trastorno mental**

TIPO DE TRASTORNO MENTAL	N°	%
Trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de Cannabis	13	59%
Trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de Alcohol	4	18%
Trastorno Depresivo Recurrente	3	14%
Trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de Cocaína	2	9%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Registro de atenciones unidades ambulatorias intensivas de Salud Mental.

**AUTORA:** Evelin Estefania Vargas Jaramillo



**Figura 8.** Tipo de Trastorno mental

**Elaboración:** Investigadora

### **Interpretación Cuantitativa**

Dentro de los resultados que se muestra en la tabla y gráfico n° 8, el mayor porcentaje es por trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas, en donde un 59% de la población consume Cannabis, el 18% consume Alcohol, el 9% por consumo de Cocaína, y el 14% restante de pacientes presenta Trastorno Depresivo Recurrente. Se cree que existe un porcentaje mayoritario de consumo de sustancias debido a la facilidad de adquisición.

Mismos datos que ayudan a cumplir con el objetivo planteado de identificar el mayor índice de trastornos mentales del Centro de salud “Hugo Guillermo González”.

### **Análisis Cualitativo**

Podemos aludir que el mayor índice de trastornos mentales está enmarcado al consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas, esto posiblemente al fácil acceso de las mismas, como también a la presencia de estilos parentales disfuncionales generando posibles conductas consumistas. También podríamos mencionar que el trastorno depresivo recurrente se da por posible disfunción familiar.



**Entrevista dirigida a Trabajadora Social y Psicólogo Clínico del Centro de Salud  
“Hugo Guillermo González” de la ciudad de Loja.**

**Pregunta 1. ¿Cuáles son los programas de intervención que la institución realiza para la participación de las familias durante el tratamiento de pacientes con enfermedades mentales?**

- **Lcda. Trabajo Social:** Terapias Grupales con la finalidad de que ellos sean el soporte y el apoyo para la recuperación del paciente y Visitas Domiciliarias.
- **Psic. Clín:** El programa llamado Servicio ambulatorio intensivo dentro del proyecto de salud mental del Ecuador maneja la acción comunitaria y familiar, dando aporte a la familia en un régimen especial de tratamiento en la que acoge al paciente y a la familia para poder brindar un tratamiento integral.

El servicio ambulatorio da lineamientos en donde se realiza terapias grupales, terapias familias y multifamiliares.

**Interpretación**

Los entrevistados manifiestan que los programas que la institución tiene para lograr la intervención y participación de las familias en los procesos de rehabilitación son las visitas domiciliarias y sobretodo las terapias multifamiliares.

Dentro de estas técnicas de intervención se involucra a toda la familia del paciente, mismas que como lo hemos mencionado antes, son de vital importancia para la familia como para el paciente, por medio de estas y demás técnicas que conlleva todo el proceso de rehabilitación se logre una excelente recuperación del paciente superando la situación que atraviesa, tanto él como la familia quienes se llegan a convertir en codependientes.

**Pregunta 2. ¿Qué actividad se ejecuta con las familias que no asisten a este programa?**

- **Lcda. Trabajo Social:** Se hace el llamado a los familiares para que asistan a través de los pacientes, a la vez las visitas domiciliarias.
- **Psic. Clín:** Se realiza el seguimiento mediante visitas domiciliarias en donde se motiva a los familiares para que se involucre en el tratamiento.

### **Interpretación**

La actividad que los profesionales realizan con las familias que no asisten al programa, son las visitas domiciliarias, en donde motivan, concientizan y animan a las familias para que participen en el proceso, ya que las terapias multifamiliares son exclusivamente para ellos e donde cada familia se hace escuchar, presenta sus dudas, sus quejas, su pesares y el mismo profesional y demás participantes le ayudan a superarlo dando pautas y sugerencias para que el proceso de rehabilitación sea menos pesado.

**Pregunta 3. ¿Motivan de alguna manera para que las familias se inserten en este proceso?**

- **Lcda. Trabajo Social:** se intenta generar conciencia con los familiares para que formen parte del proceso de rehabilitación de su paciente.
- **Psic. Clín:** En el encuadre es lo principal que se realiza para que acompañen a los pacientes en todos los tratamientos, se da citas o turnos los días viernes para que los familiares tengan una conversación directa con el Psicólogo Clínico, y terapias familiares junto al paciente para resolver conflictos y se vayan integrando.

### **Interpretación**

Los entrevistados mencionan que concientizan y animan a los familiares, recalcándoles la importancia que tienen dentro de este proceso, ya que se puede comprobar que mientras los pacientes tengan apoyo de su familia se vuelven más fuertes para superar el problema, el Psicólogo Clínico menciona que se da turnos a los familiares de los pacientes para atenderlos

ya que hay temas que no les agrada hablar delante del paciente, existen las terapias familiares en donde el paciente junto a su familiar van resolviendo conflictos y su unión sea fuerte para poder lograr superar de manera conjunta el proceso de rehabilitación al que se someten.

**Pregunta 4. ¿Qué solución sería la adecuada para lograr obtener la participación de la mayoría de familias de pacientes con enfermedades mentales?**

- **Lcda. Trabajo Social:** Llegar a acuerdos mutuos para lograr una participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación.
- **Psic. Clín:** Lo más adecuado sería se modifique horarios que sean flexibles para la asistencia de las familias a las terapias, segundo el involucramiento de más profesionales para realizar las visitas domiciliarias y prestar otro tipo de servicio y tercero se den más proyectos comunitarios.

**Interpretación**

Los entrevistados consideran algunas ideas de solución, la modificación de horarios de las terapias multifamiliares y más para lograr la participación activa de las familias en el proceso, el involucramiento de más profesionales en el programa de Salud Mental para poder realizar las visitas domiciliarias y prestar un servicio más completo con la intervención y conocimiento de cada profesional, las ideas de solución que nos mencionan los entrevistados son todo con el fin de mejorar la calidad del servicio y sobretodo la participación activa de un porcentaje mayoritario de los familiares de pacientes.

**Pregunta 5. ¿Cree Ud. que el no acompañamiento por parte de las familias influye de alguna manera en el proceso de rehabilitación en el que se encuentran los pacientes?, ¿Qué problemas se ocasionan por esta causa?**

- **Lcda. Trabajo Social:** Sentimiento de soledad en el paciente, depresión, reincidencia.

- **Psic. Clín:** La familia del paciente es un coadicto y codependiente que refuerza o inhibe algunos comportamientos del paciente, es importantísimo para que el paciente se integre o se reinserte a la familia.

El acompañamiento de la familia ayuda a que el paciente supere de manera rápida, en varias ocasiones la crisis que está pasando, el problema que mayormente se da es la deserción del tratamiento de los pacientes.

### **Interpretación**

Al entablar conversación con el psicólogo, quien tiene contacto directo con los pacientes con trastorno mental nos hace saber cuán importante es para ellos y para la evolución de su tratamiento el estar acompañados por algún familiar, los dos profesionales entrevistados nos mencionan un problema en específico que se da por la falta del acompañamiento familiar y es la deserción del tratamiento, misma que como se ha mencionado anteriormente es un problema grave que afecta al paciente a no poder superar el episodio por el que está pasando y a del mismo modo al entorno social de aquel.

### **Pregunta 6. ¿Cuáles son los roles que Ud. cumple como Trabajadora Social con las familias de pacientes con enfermedades mentales?**

- **Lcda. Trabajo Social:** Los roles que se cumple dentro del departamento de salud mental son: asesor, informador, proveedor de servicios, gestor, ejecutor de programas, concientizador, etc.

### **Interpretación**

Los roles que un/a trabajador/a social emplea dentro de esta área de salud mental son varios, ya que se encarga de facilitar información acerca de algún servicio o recurso que se preste dentro de la institución o de manera externa y el usuario lo requiera, asesora tanto a la familia como al paciente buscando alternativas que satisfagan sus necesidades, presta sus servicios para lograr un mayor bienestar en los usuarios, se encarga de ejecutar cada

programa, conjuntamente con el Psic. Clínico y directivos se encarga de estudiar cada caso de los pacientes y gestan con las instituciones para que exista un internamiento del paciente en un centro de rehabilitación si es necesario, se encarga también de crear conciencia en los usuarios acerca de sus circunstancias y de esta manera él mismo pueda tomar la mejor decisión que genere bien en su situación.

**Resultados de las sesiones de grupo focal aplicado a los familiares de pacientes con Trastorno Mental del Centro de Salud “Hugo Guillermo González” de la ciudad de Loja.**

**Objetivo**

Interactuar con las familias acerca de la temática de estudio “Acompañamiento familiar en pacientes con trastornos mentales” y de la misma manera obtener ideas precisas y viables para la construcción de la propuesta de intervención social que brinde solución a la problemática.

**Análisis temático o descriptivo**

La realización del grupo focal se llevó a cabo mediante tres sesiones, las cuales se detallan a continuación:

**Sesión de sensibilización**

La sesión de sensibilización tuvo como finalidad concientizar a las familias sobre la importancia del acompañamiento familiar en proceso de tratamiento de los pacientes con trastornos mentales, mediante la proyección de un video denominado “la familia en recuperación”, el mismo trata de la influencia de la recuperación de los pacientes al sistema familiar y viceversa, también se sugiere algunas estrategias y pasos concretos para acelerar la recuperación de la familia, de la misma manera se realizó la exposición de temática “Acompañamiento Familiar”, la cual se basó en los siguientes parámetros:

- Definición de Familia
- Qué es el Acompañamiento familiar
- Importancia de la familia en pacientes con trastorno mental
- Consecuencias que se generan por la falta de acompañamiento familiar a pacientes con trastornos mentales.

Con la finalización de estas actividades se dio paso a los participantes a contribuir con sus puntos de vista acerca de lo que se ha ejecutado durante este periodo, teniendo en cuenta siempre la opinión de cada uno de ellos que ha servido de gran importancia para la fundamentación de la investigación. Tanto el video como los temas de exposición fueron minuciosamente escogidos para que exista familiaridad entre aquello y los participantes.

### **Sesión de entrevista grupal**

La sesión de entrevista grupal se programó con la finalidad de obtener información precisa acerca de la temática abordada y a su vez la recolección de ideas precisas de solución a la problemática por parte los participantes, misma que será fundamental para la investigación. Con la confianza que se había generado entre los participantes y el moderador se pudo preceder mediante un conversatorio basado en una serie de preguntas previamente establecidas. A continuación se manifiesta los criterios brindados por los participantes:

- La familia es un grupo de personas que relacionan por compartir su misma sangre o tienen algún parentesco, siendo esta el pilar fundamental de la sociedad, y la primera escuela de aprendizaje de cualquier ser humano.
- Roles tales como: guía porque soy quien puede ayudarlo a salir adelante; acompañante porque depende mucho de mí como familia para poder continuar, acompañarlo a sus sesiones, apoyarlo en sus decisiones y en todo lo que pretenda

realizar; consejero ya que se refugiará y permitirá que sea yo quien le aconseje algo para su pronta recuperación y muchos más roles que durante este proceso aprendemos a manejarlos.

- El acompañamiento familiar es la manera en la que uno está pendiente de su familiar con trastorno mental, atento a cada etapa que pase y a sus cambios, presente en su proceso de recuperación, en las charlas, y toda actividad que se realice para beneficio de él.
- Depresión por el hecho de no tener a alguien que lo apoye y le acompañe en este proceso, abandono al tratamiento, reincidencia, agresividad con su familia por el hecho no contar con su apoyo, y quizá hasta suicidio por el hecho de sentirse solo y sin rumbo.
- El horario de las sesiones que se realizan en el centro de salud está dentro del horario de trabajo de algunos participantes; falta de tiempo por otras ocupaciones que se tiene; Falta de interés; Olvidan cuando es la reunión.

Al finalizar con las preguntas los participantes manifestaron de manera contundente que mientras las familias no se comprometan a ser partícipes en el proceso de tratamiento, esta situación no cambiará, pero sin embargo existen algunas estrategias que se puedan realizar para lograr la participación de la mayoría de las familias.

### **Sesión de alternativas de solución**

Esta sesión permitió generar alternativas de solución dadas por los participantes, mismas que contribuyeron a la realización de la propuesta de intervención social, la cual tiene como finalidad fortalecer la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales. Mediante una lluvia de ideas los participantes contribuyeron con sus alternativas de solución, mismas que se nombra a continuación:

- Que exista mayor motivación por parte de los encargados de este programa de salud mental.
- Formar un grupo de WhatsApp en donde se motive y se haga recordatorios e invitaciones acerca de las reuniones o actividades a darse.
- Que se realice una normativa interna y se la haga respetar caso contrario actuar de manera estricta ante aquellos que no la cumplen.
- Se realice las mismas reuniones que se dan en el centro de salud “Hugo Guillermo” en los dispensarios de salud rurales, ya que existen pacientes que no son de la ciudad y muchas veces los familiares no tienen los recursos suficientes para asistir a cada sesión que se brinda aquí.

Al finalizar se agradeció a los familiares por su valiosa asistencia y participación en estas sesiones, en muestra de aquello se proporcionó un refrigerio a cada uno de ellos.

### **Análisis dinámico o interpretativo**

***Participación:*** asistieron 15 familiares de pacientes con trastornos mentales al grupo focal, la participación de los mismos fue excelente y con predisposición para realizar la actividad a la que se les había invitado, de la misma manera contribuyeron con cada criterio, ideas, estrategias, y sugerencias acerca de la temática abordada. La realización de este grupo focal fue pieza clave para obtener información de la temática y de la misma manera proceder a la realización de la propuesta de intervención social.

***Expresión:*** los familiares supieron expresarse con confianza, gratitud y sobre todo con entusiasmo para aportar sus criterios en el desarrollo de esta actividad.

***Profundidad de reflexión:*** la reflexión que se obtuvo por parte de los participantes fue excelente, ya que los mismos reconocieron la importancia del acompañamiento familiar en el



*proceso de rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales, las consecuencias que se generan al no ser partícipes del proceso de rehabilitación, y toda la temática abordada.*

***Elaboración de acciones para las estrategias:** los familiares teniendo en cuenta que la solución a esta problemática beneficiaría directamente a ellos y a los pacientes, contribuyeron con interés las ideas de solución.*

**Resultados de la correlación entre el acompañamiento familiar y los trastornos mentales de mayor índice del centro de salud “Hugo Guillermo González” de la ciudad de Loja.**

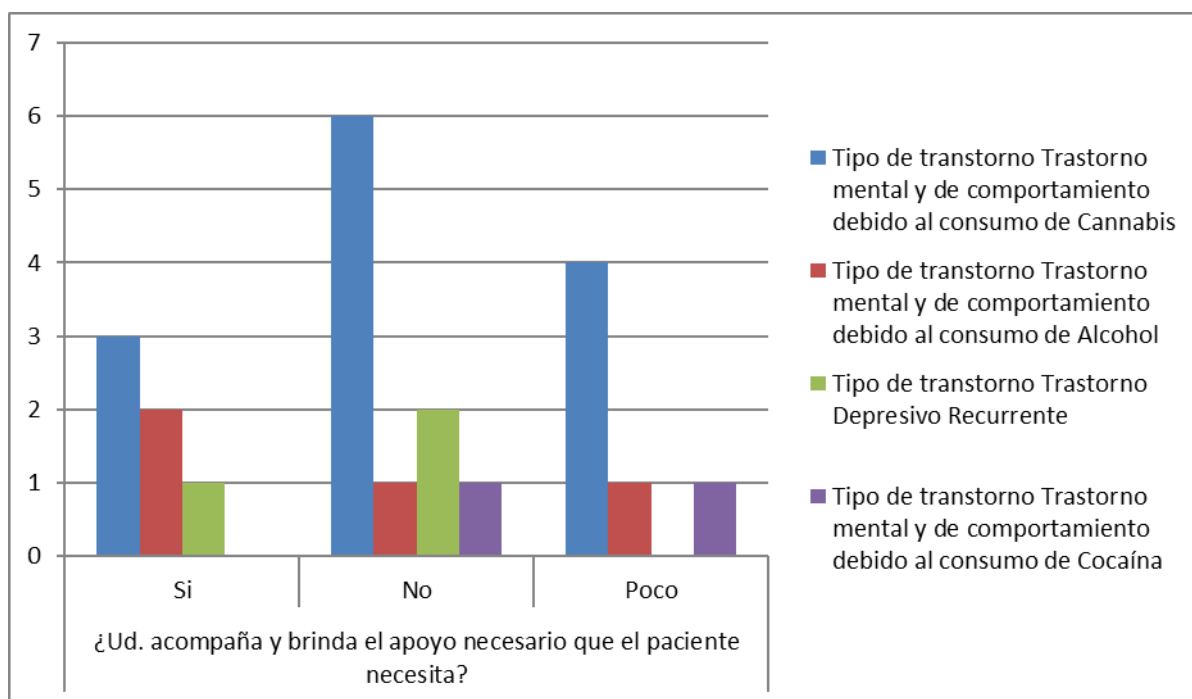
**Tabla 9.**

**Correlación entre acompañamiento familiar y pacientes con trastornos mentales.**

Tipo de trastorno	¿Ud. acompaña y brinda el apoyo necesario que el paciente necesita?			Total
	Si	No	Poco	
Trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de Cannabis	3	6	4	13
Trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de Alcohol	2	1	1	4
Trastorno Depresivo Recurrente	1	2	0	3
Trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de Cocaína	0	1	1	2
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>22</b>

FUENTE: Acompañamiento familiar en pacientes con trastornos mentales

AUTORA: Evelin Estefania Vargas Jaramillo



**Figura 9.** Acompañamiento familiar en pacientes con trastornos mentales

Elaboración: Investigadora

**Interpretación**

En la tabla N° 09 se presentan datos combinados de los tipos de trastorno que presentan los pacientes y si estos cuentan con el apoyo necesario por parte de los familiares. En lo que respecta al trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de cannabis los resultados indican que, del total de 13 pacientes con este trastorno, 3 reciben el apoyo necesario, 4 cuentan con poco apoyo y 6 no presentan ningún tipo de apoyo por parte de los familiares. En cuanto al trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de alcohol, del total de 4 pacientes, 2 cuentan con el apoyo necesario, 1 cuenta con poco apoyo y 1 no tiene apoyo alguno por parte de los familiares. Así mismo, en referencia al trastorno depresivo y recurrente, del total de 3 pacientes con este trastorno, 1 paciente cuenta con el apoyo necesario por parte de los familiares, mientras que los otros 2 no. Finalmente, analizando el trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de cocaína, del total de dos pacientes con este trastorno, 1 no cuenta con ningún tipo de apoyo por parte de los familiares, mientras que el otro paciente solo cuenta con un apoyo parcial.

Para la elaboración de la misma se ha utilizado el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), dado valores a cada uno de los trastornos mentales de mayor índice como a las respuestas obtenidas por la población entrevistada, contrastando el nivel de acompañamiento que existe en cada paciente con distintas psicopatologías. De esta manera se ha podido obtener dichos resultados.

## 7. DISCUSIÓN

Se considera que las familias son una pieza fundamental para el paciente en proceso de rehabilitación, ya que proporcionan un porcentaje mayoritario de apoyo y cuidado para los pacientes con diferentes psicopatologías, es por eso que la investigación tuvo como propósito principal determinar la influencia del acompañamiento familiar en pacientes con trastornos mentales de mayor índice del centro de salud “Hugo Guillermo González”; por lo que se formuló los siguientes objetivos específicos:

- **Realizar un diagnóstico situacional en el Centro de Salud N° 02 Hugo Guillermo González sobre el acompañamiento familiar en el proceso de rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales.**

Las herramientas establecidas y ejecutadas para cumplir con este objetivo, tales como: la ficha de observación directa y la entrevista realizada a las familias de los pacientes con trastornos mentales, en donde se puede evidenciar un problema latente en este programa de salud mental, comprobando la existencia de un alto porcentaje de familias que no asisten a terapias multifamiliares y no acompañan a su paciente en el tratamiento. Se ha diagnosticado también consecuencias en los pacientes debido a este problema, en varios de los casos la reincidencia y la deserción del tratamiento, incluso otros problemas de salud mental derivados como la depresión.

La población entrevistada se ha justificado con varios motivos que le impiden ser partícipe, sin tomar en cuenta la importancia de su apoyo que contribuye significativamente en los procesos de recuperación de pacientes con psicopatologías.

En cuanto a la necesidad del acompañamiento familiar, Onildo y Villas (1999), realizaron una investigación en la que encontraron que mientras mayor sea la duración de la estancia del

paciente en un tratamiento psiquiátrico, mayor debe ser el número de sesiones con asistencia de su familia.

Según Villaseñor, Baena, Virgen, Aceves, Moreno y Gonzáles (2003), es necesario que el paciente psiquiátrico mantenga el vínculo familiar porque se trata de un factor sustancial en el tratamiento recuperación-rehabilitación. La familia puede contribuir en el apego terapéutico porque es un elemento indispensable para prevenir estados de crisis emocionales y recaídas

Algora (s,f), considera que la familia acompaña, apoya, detecta y recibe la información necesaria para la continuidad del cuidado del paciente y se convierte en el canal a través del cual fluye la comunicación con el enfermo.

En el caso de tener un paciente con trastorno mental, el cuidado y el apoyo de la familia no se debe limitar únicamente a estar cerca porque la presencia traerá apoyo y comprensión, teniendo en cuenta que la familia es un sistema y todo sistema que permanece es porque beneficia a sus miembros.

El Ministerio de trabajo y asuntos sociales (2000) publicó un artículo científico en el 2000 en el que planteaban que la familia debe aplicarse a esta difícil tarea de manera instruida, por tanto, es aconsejable que la familia esté presente en los programas de rehabilitación y readaptación y que colabore en cada una de las etapas.

De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo evidenciar y corroborar las teorías planteadas por los diferentes autores, mismas que hacen referencia a la importancia del acompañamiento y apoyo familiar en los procesos de rehabilitación.

- **Identificar los trastornos mentales con mayor índice del Centro de Salud**

- **Nº 02 “Hugo Guillermo González” de la ciudad de Loja.**

En cuanto a los trastornos mentales de mayor índice, se ha podido determinar a los trastornos depresivos y trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas, tales como: alcohol, cannabis, y cocaína. Trastornos de consumo

que pueden haberse generado por factores netamente ambientales, sociales o familiares convirtiéndose en una problemática para la mayoría de pacientes que se atiende en el departamento de salud mental del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja, mientras podemos recalcar que los trastornos depresivos en algunas de las ocasiones pueden ser consecuencia por la falta de apoyo de las familias en el proceso terapéutico de los pacientes con trastorno de consumo de sustancias.

Es innegable que el ser humano sufre durante su vida una serie de cambios y transformaciones a nivel social, personal y familiar, producto de su entorno sociocultural que inciden positiva o negativamente en su estado emocional generando diferentes sensaciones o sentimientos que alteren su cotidianidad, sentimientos que al no desaparecer pueden desencadenar un trastorno mental, es decir una alteración en las funciones mentales y llevan a generar una distorsión con su mundo real.

De esta manera un trastorno mental puede ser causado por una serie de factores no sólo hereditarios, sino también psicológicos, sociales y ambientales, factores como la educación, la vivienda, el desempleo, entre otros, tienen un fuerte impacto sobre la salud mental de una persona, situación que a su vez influye en la dinámica al interior de la familia.

- **Correlacionar el acompañamiento familiar en los pacientes con trastornos mentales del Centro de Salud N° 02.**

Para llegar a entender que pacientes con trastornos mentales son los que reciben más apoyo en su tratamiento por parte de su familia, se ha realizado la correlación acerca del acompañamiento familiar que recibe cada uno de los pacientes con diferentes psicopatologías, dando resultados de un porcentaje minoritario de pacientes que reciben acompañamiento, sin considerar que el lugar de la familia en los procesos de intervención terapéutica es fundamental, esto porque se hace más complicado un cambio significativo en

la vida de un paciente si no se cuenta con la disponibilidad de un sistema familiar en el que el paciente se inserte.

Frente a este contexto Pino (2012), plantea que la familia es esencial porque se constituye en un conjunto singular de roles y reglas tácitas y explícitas desde las que se organizan las interacciones y las responsabilidades, afectando de esta manera los comportamientos de los sujetos que conforman el grupo familiar

El acompañamiento es una decisión que asumen las familias con el propósito de lograr que ellas mismas y sus familiares puedan elaborar mecanismos para encarar los síntomas de su trastorno mental diagnosticado.

La aceptación de la enfermedad es el primer momento en el que las familias se sienten confrontadas en su vida íntima, ubicándose en un lugar que las obliga a ser constantes, a pesar del malestar y la impotencia que esto les produce. Luego se percibe en sus relatos la aparición de alternativas de acompañamiento y comienza un momento de creatividad familiar frente a los síntomas. Tal creatividad se refleja en las diferentes formas de interpretar las situaciones que ven a diario, lo que las motiva a participar con más seguridad en las intervenciones grupales ofrecidas por la clínica. Es decir, no es posible lograr los objetivos de una intervención en un proceso de rehabilitación si el paciente no cuenta con el apoyo familiar, si éste está completamente solo. Contrastando con los resultados obtenidos por la investigación realizada, se puede palpar la problemática, demostrando que un porcentaje mayoritario de pacientes con diferentes psicopatologías que se atienden en este centro de salud no tienen el apoyo ni acompañamiento familiar necesario para su recuperación, es decir. Considerando que la intervención familiar permite la estructuración y estabilidad tanto de la familia como del paciente. El hecho de que los familiares hayan tenido contacto regular con los pacientes, contribuye como soporte para superar el descontrol y la imprevisibilidad generados por la enfermedad.

Es importante mencionar que la intervención del Trabajador Social en el ámbito de Salud Mental es sumamente necesario, ya que propicia y garantiza el cumplimiento de los derechos, así mismo pretende incrementar el bienestar tanto en el ámbito personal como relacional en aquellas familias con dificultades que afectan su dinámica familiar y social mediante recursos y el desarrollo conjunto de potencialidades que permitan mejorar las condiciones en la interacción de la familia y promover el desarrollo de estrategias que posibiliten enfrentar sus dificultades mediante los recursos con los que cuenta cada familia para superar sus dificultades. En este sentido es fundamental el trabajo con las familias de los pacientes, mediante actividades

Debido a la problemática existente y para dar cumplimiento al último objetivo de la investigación, se ha considerado plantear una propuesta de intervención social para fortalecer la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja.



## 8. CONCLUSIONES

Culminada la investigación en el Centro de Salud “Hugo Guillermo González” de la ciudad de Loja, se arriba a las siguientes conclusiones:

- Según la investigación realizada se pudo comprobar que existe un porcentaje mínimo de participación de las familias en el proceso de rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales del centro de salud “Hugo Guillermo González” de la ciudad de Loja, como consecuencia de esta problemática se hace tardía la recuperación total del paciente y de la misma manera se genera deserción del tratamiento.
- Los tipos de trastorno mental con mayor índice en el centro de salud n° 2 son los trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas tales como: alcohol, cannabis y cocaína, en donde el mayor porcentaje de pacientes con este trastorno son de género masculino, en segundo lugar se encuentran los pacientes con trastorno depresivo recurrente.
- Algunos de los motivos por los cuales las familias no asisten a las terapias multifamiliares son por el horario que no es factible para ellos ya que está establecido dentro de su jornada de trabajo, y algunos por la falta de tiempo y predisposición.
- Debido a la problemática en respuesta al cuarto objetivo específico de la investigación se plantea una propuesta de intervención social que pretende fortalecer la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja.
- Cabe mencionar que es fundamental la intervención de la Trabajadora Social dentro del programa de salud mental, ya que sus roles y funciones busca mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes con trastorno mental como de su entorno familiar y social.

## 9. RECOMENDACIONES

Con los resultados de las conclusiones que se abordaron en la investigación, se llegó a las siguientes recomendaciones:

- Realizar visitas domiciliarias constantes y conversatorios en donde se pueda motivar a las familias de pacientes con trastornos mentales a la inserción en el proceso de rehabilitación de los pacientes, ya que su participación en el mismo es fundamental para la recuperación del paciente.
- Campañas de concienciación y prevención del consumo de sustancias psicotrópicas impartidos en centros educativos, y demás instituciones.
- Se recomienda a los directivos del centro de salud tomar en cuenta tales aspectos como horarios en donde pueda existir una modificación de los mismos acorde a la disponibilidad del tiempo de las familias.
- Programar las terapias multifamiliares en dispensarios médicos rurales que se encuentren más cerca de las familias de los pacientes con trastornos mentales que están siendo atendidas en el centro de salud “Hugo Guillermo González”.
- Se recomienda al centro de salud se ejecute la propuesta de intervención social sugerida con la finalidad de fortalecer la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA**

**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**TEMA:**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOCIAL PARA FORTALECER LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LAS FAMILIAS EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES DEL CENTRO DE SALUD HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ DE LA CIUDAD DE LOJA.**

**AUTORA:**

**EVELIN ESTEFANIA VARGAS JARAMILLO**

**LOJA – ECUADOR**

**1859**

### **a) NATURALEZA O DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA**

La presente propuesta de intervención social procura dar solución a la problemática que se ha podido corroborar con la investigación realizada, mediante el análisis de resultados obtenidos y sugerencias emitidas por la población investigada quienes han resaltado la importancia de una propuesta que logre fortalecer la participación de las familias en los procesos de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales, por ende se pretende mediante una serie de actividades y tareas motivar a las familias acerca de la importancia de su intervención en el proceso de recuperación, con el fin de que las familias sean corresponsables en los procesos de rehabilitación y así mismo adquieran el conocimiento y las herramientas necesarias para el manejo de la enfermedad y el tratamiento ambulatorio de los pacientes, logrando incrementar el porcentaje de participación de las mismas en el proceso terapéutico.

Tomando en cuenta que la familia es un pilar fundamental en el proceso de recuperación del paciente ya que la participación de la misma aporta de manera efectiva en el tratamiento y de la junto con el profesional encargado quienes ayudan a que el impacto del proceso a seguirse no afecte en su totalidad al paciente, llegando a convertirse en un elemento indispensable y el mejor apoyo que puedan tener las personas con diagnóstico de trastorno mental, también es importante mencionar que el paciente al obtener un apoyo absoluto de su familia en este proceso, genera mayor interés por lograr su recuperación y un cambio positivo en su vida con menos probabilidad de consecuencias desfavorables que afecten el proceso de rehabilitación.

## **b) FUNDAMENTACIÓN/Y O JUSTIFICACIÓN**

La familia es un soporte importante para la atención de trastornos mentales, integrándose de manera decidida desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen, el proceso de recuperación del paciente se podría acelerar, ya que se considera que el acompañamiento familiar ofrece un apoyo de hasta el 80% del total del tratamiento.

La principal situación de obstáculo para la recuperación del paciente con trastorno mental que se destaca, es la falta de involucramiento de la familia en el proceso de tratamiento y rehabilitación, por ende se considera necesaria la ejecución de la propuesta planteada ya que busca lograr una adherencia de la familia al tratamiento, con un conjunto de herramientas que se ha planteado con el fin de fortalecer la participación de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con distintas psicopatologías y a la vez mejorar su calidad de vida.

La propuesta de intervención social que se recomienda, contribuirá tanto al paciente en el proceso de rehabilitación, como a su entorno familiar y social, ya que si existe el acompañamiento de la familia en este proceso se generaría en los pacientes un mayor ánimo para cumplir con el tratamiento sin necesidad de renunciar, dándose un alto grado de mejoramiento en cada aspecto de la vida del paciente y de su entorno.

### c) MARCO INSTITUCIONAL

#### RESEÑA HISTORICA DEL CENTRO DE SALUD N° 2 HUGO

#### GUILLERMO GONZÁLEZ DE LA CUIDAD DE LOJA.

##### **Ámbito geográfico**

##### **Ubicación (coordenadas).**

El Centro de Salud N° 2 de Loja está ubicado en las coordenadas: latitud 4°00-14.959” Sur, longitud 79°11-53.702” Oeste

**Superficie:** Tiene una superficie de 38km<sup>2</sup>

**Pisos climáticos:** Los pisos climáticos no varían en forma considerable y van desde 2100m. A 2160m sobre el nivel del mar.

**Clima:** Su clima es templado andino, varía de 16 a 18°C, generalmente cálido durante el día y más frío y húmedo en la noche. Junio, Julio y agosto trae las lloviznas orientales con los vientos alisios, y se conoce como la temporada de viento. Los meses de septiembre a diciembre son cálidos y más secos, registrándose las más altas temperaturas en el mes de noviembre, de hasta 28°.

##### **División política del área**

El Centro de Salud N°2 está ubicado al sur oriente de la ciudad de Loja, en la Parroquia San Sebastián, limita al norte por la calle Azuay, por el oeste la Avenida Pio Jaramillo que a la altura de la calle Teniente Maximiliano Ortiz se dirige hacia la Avenida de los Paltas, por el Sur con la calle Gobernación de Mainas que en la parte oriental se continúa con la calle Catamayo abarcando el barrio Pucará y por el este está delimitada por la Avenida Emiliano Ortega.

Para fines programáticos se ha dividido al área geográfica del Centro de Salud N°2 en 11 sectores:

**Sector 1.-** Las calles Azuay, Olmedo y Catacocha hasta la Avenida Emiliano Ortega, Estadio Federativo, al Centro Rehabilitación Social Loja y las villas de los Militares.

**Sector 2.-** Barrio Panecillo, El Tejar de Jericó y el Pucará

**Sector 3.-** Parque Infantil hasta, las calles aledañas al Cabo Minacho hasta la Avenida Universitaria, Barrio Los Molinos, Los Arupos, y lugares aledaños al Supermaxi.

**Sector 4.-** Barrio San Sebastián, Mercado San Sebastián hasta la Avenida Universitaria.

**Sector 5.-** Sector Norte de Perpetuo Socorro.

**Sector 6.-** Sector Sur de Perpetuo Socorro.

**Sector 7.-** Barrio Los Geranios, Mercado de la Tebaida, Los Cocos hasta la Avenida Pio Jaramillo.

**Sector 8.-** Barrio La Tebaida Alta y Baja

**Sector 9.-** Barrio San Pedro

**Sector 10.-** Época y Maestros 2

**Sector 11.-**Barrio Peñón del Oeste, Guadalupe, Reina del Cisne y Pio Jaramillo.

### **Descripción de principales cuencas hidrográficas del territorio**

De sur a norte está atravesada por dos ríos: EL Zamora cuyos orígenes son las Lagunas del Parque Podocarpus y el Rio Malacatos q nace igualmente en las montañas del Cajanuma.

Las fuentes de agua potable están ubicadas en las cordilleras este del Barrio Zamora Huayco de donde nace la quebrada El Carmen que provee de parte del agua que se consume en la ciudad.

### **Descripción general de la accesibilidad del territorio**

Cuenta con vías de comunicación asfaltadas que permiten trasladarse en vehículo, taxi, bus urbano o caminando. En cuando a medios de comunicación cuenta con acceso a radio, prensa, teléfono fijo y celular, e internet.

## **Listado de las unidades de población más pequeñas, sectores.**

### **Descripción de poblaciones de difícil acceso por situación o características geográficas.**

Los barrios más distantes son Época, Guadalupe y Peñón del Oeste que debido a que no existe en la ciudad buses urbanos que se trasladen de este a oeste y viceversa, el acceso de la población de estos sectores tiene esta dificultad y para llegar hasta la ubicación del Centro de Salud debe hacerlo a través de taxi, esto se agrava en vista de que el Peñón del Oeste y Guadalupe existen familias cuyos recursos económicos no les permiten hacer este pago. Otros sectores como la Tebaida y los Cocos por disponer de transporte de sur a norte generalmente acuden a otras casas de salud de esta ciudad.

Otro sector con dificultades de acceso y falta de servicios básicos es El Tejar de Jericó debido a que son lugares que no estuvieron considerados en la Planificación Urbana. Los barrios del sector 3 que están cercanos al Cabo Minacho en las calles Cariamanga, Sucre y Bolívar se encuentran en hacinamiento y muchos de ellos no cuentan con servicios básicos suficientes.

### **Identificación de factores protectores en el entorno (geográfico):**

#### **Características geográficas del espacio geográfico que favorece a la Salud y el Buen**

##### **Vivir.**

En el área de influencia del Centro N° 2 tenemos algunas condiciones que las consideramos como protectores del entorno. Estas son la presencia de parques en donde se puede practicar caminatas, así tenemos el Parque Lineal de la Tebaida, el Parque Pucará, el Parque de San Sebastián, además cuenta con el Estadio Federativo donde se pueden realizar diversas actividades deportivas y que está dentro del programa Ejercítate Ecuador del Ministerio del Deporte. Por otra parte la condición de zona urbana confiere a las familias tener acceso a los servicios básicos como agua potable, luz, teléfono, medios de transporte,



internet factores que facilitan la vida de las familias que viven en la mayoría del territorio. Otro factor benefactor es la presencia de suficientes centros educativos fiscales gratuitos.

## **Información Histórica**

### **Descripción histórica de la población. Hitos históricos relevantes y sus actores**

Al referirnos a la historia de la Parroquia resulta inevitable hablar de la historia de Loja, ya que el área de Cobertura del Centro de Salud N° 2 abarca la Parroquia San Sebastián, una de las más antiguas y tradicionales de Loja. La Loja actual, se asienta sobre el mismo escenario físico de los antiguos Paltas. Sin embargo, los escasos estudios relacionados con el pasado preincaico de los territorios que actualmente constituyen la provincia de Loja, no nos permiten llegar a conclusiones valederas y que puedan ser aceptadas con carácter definitivo acerca del origen de nuestros antecesores y de los territorios que ocuparon.

Se manejan tres hipótesis al respecto para algunos, los Paltas son considerados como originarios de la Amazonía, como un grupo jíbaro (arawako) que, tramontando la Cordillera de los Andes, se asentaron en los territorios de la actual Loja, rompiendo la unidad “Puruhá-Mochica” de los poblamientos de la Sierra andina. La vinculación histórica de nuestra provincia con la Amazonía es evidente, y está claro que el origen de la población Palta es diferente al de las comunidades del resto de la Sierra ecuatoriana. Loja en este aspecto, rompe la continuidad de origen que se da en el resto de la Sierra.

Otra propuesta, nos habla de la semejanza de los pueblos del sur de la provincia con los pueblos Moche y Chimú del Norte del Perú; y, una tercera, basada en estudios arqueológicos de nuestra cerámica, encuentra en ellas fuertes elementos mayas, lo que ha dado pie para que se hable de la influencia de las culturas mesoamericanas sobre los antiguos Paltas. Lo interesante de estas hipótesis es que ninguna de ellas tiene carácter excluyente.

**Para hablar de la historicidad del Área, debemos hacer referencia a la historia del Centro de Salud N° 2, que es la jefatura del área.**

El Centro de Salud, se inició en el año 1959, siendo parte de lo que en ese entonces se denominaba ASISTENCIA SOCIAL, asumiendo la dirección de esta Unidad Operativa de Salud, el Doctor Rogelio Briceño Loján, posteriormente en el año 1961 se crea el Centro de Salud N° 2 asumiendo las funciones de Directora la Dra. Lola Samaniego Córdova.

El Centro de Salud N° 2 a partir de su creación venía funcionando en distintos lugares de la ciudad, en locales arrendados hasta que siendo el Dr. Hugo Guillermo González, Alcalde encargado hace la donación de un terreno donde funcionaría el Centro de Salud N° 2.

Posteriormente siendo Director Provincial de Salud de Loja consigue el Gobierno Central los recursos necesarios para la construcción de esta unidad operativa.

En reconocimiento a toda esta labor en el mes de Agosto de 1979 se promulga el decreto oficial por parte del Dr. Gil Bermeo Vallejo Ministro de Salud de ese entonces para que esta Unidad de Salud lleve el nombre del Dr. Hugo Guillermo González.

### **Características demográficas de la población**

Información demográfica: Número total de población

POBLACIÓN 2017	HOMBRES	MUJERES
<b>32048</b>	15933	16152

## **d) OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Fortalecer la participación de familias en pacientes con trastornos mentales de mayor índice en el proceso de rehabilitación del centro de salud “Hugo Guillermo González” de la ciudad de Loja.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Concientizar a las familias de pacientes con trastornos mentales y al equipo multidisciplinario de atención en la participación total en la ejecución de la propuesta.
- Capacitar a las familias de los pacientes con trastornos mentales para la participación activa en el proceso de rehabilitación a través de las visitas domiciliarias, entrevistas y talleres personalizados.
- Implementar técnicas lúdicas que involucren la participación de las familias responsables de los pacientes con trastornos mentales.

## **e) METAS**

- ✓ Contar con la participación del 100% de familias de pacientes con trastornos mentales y equipo multidisciplinario de atención en la ejecución de la propuesta de intervención social.
- ✓ Motivar a cada familia acerca de su importancia en el proceso de rehabilitación de los pacientes logrando una participación mínima del 80%.
- ✓ Lograr la interacción en las familias de pacientes con trastornos mentales creando vínculos de fortalecimiento afectivo.

## **f) BENEFICIARIOS**

### **Directos:**

- ✓ Pacientes con trastorno mental pertenecientes al centro de salud Hugo Guillermo González.
- ✓ Familia de pacientes.

### **Indirectos:**

- ✓ Equipo multidisciplinario
- ✓ Sociedad

## **g) LOCALIZACIÓN FÍSICA Y COBERTURA ESPACIAL**

El Centro de Salud N° 02 Hugo Guillermo González está ubicado en la ciudad de Loja, sus coordenadas: latitud 4°00-14.959” Sur, longitud 79°11-53.702” Oeste, parroquia San Sebastián, calle Andrés Bello y Juan José Peña esq.





**i) ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR.**

<b>OBJETIVO 1</b>					
Concientizar a las familias de pacientes con trastornos mentales y al equipo multidisciplinario de atención en la participación total en la ejecución de la propuesta.					
<b>META</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TAREAS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>RESPONSABLES</b>
Contar con la participación del 100% de familias de pacientes con trastornos mentales y equipo multidisciplinario de atención en la ejecución de la propuesta de intervención social.	Socialización de la propuesta de intervención social en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación de materiales a utilizarse.</li> <li>• Convocatorias a equipo multidisciplinario y familias para la participación en la reunión.</li> <li>• Realizar la socialización y un acta de compromiso en donde conste el acuerdo de cada miembro de la reunión a ser participe en la ejecución de la propuesta.</li> </ul>	Septiembre  45 minutos de duración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directiva del Centro de Salud Hugo Guillermo González.</li> <li>• Departamento de Salud Mental.</li> <li>• Departamento de Trabajo Social.</li> </ul>	Investigadora Evelin Vargas y Trabajadora Social del Centro de Salud Hugo Guillermo González.

## OBJETIVO 2

Capacitar a las familias de los pacientes con trastornos mentales para la participación activa en el proceso de rehabilitación a través de las visitas domiciliarias, entrevistas y talleres personalizados.

META	ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO	PARTICIPANTES	RESPONSABLES
<p>Motivar a cada familia acerca de su importancia en el proceso de rehabilitación de los pacientes logrando una participación mínima del 80%.</p>	<p>1. Realizar visitas domiciliarias constantes a familias de pacientes con trastorno mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborar el plan de visita.</li> <li>▪ Preparar el material a utilizarse durante la visita.</li> <li>▪ Traslado a cada domicilio</li> <li>▪ Conversatorios de concienciación hacia las familias para ser partícipes en el proceso de rehabilitación.</li> </ul>	<p>Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre, Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto.</p> <p>20 minutos de duración</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabajadora Social</li> <li>● Familia de pacientes con trastorno mental del centro de salud n° 2.</li> </ul>	<p>Trabajador(a) Social</p>



	2. Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar pertinencia a las familias acerca del horario y fecha previa a la presencia del Trabajador Social en su domicilio.</li> <li>• Obtener información de los familiares de pacientes con trastornos mentales para planificar e impartir temas acorde a las necesidades presentes en las diferentes etapas de recuperación.</li> </ul>	Septiembre, Diciembre, Marzo, Junio.  10 minutos de duración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadora Social</li> <li>• Familia de pacientes con trastorno mental del centro de salud n° 2.</li> </ul>	Trabajador(a)  Social
--	----------------	--	---	---	-----------------------------

	<p>3. Talleres personalizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planificación de Temas y dinámicas a abordarse.</li> <li>▪ Convocatoria a familias.</li> <li>▪ Ejecución de la actividad.</li> </ul>	<p>Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre, Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto.</p> <p>40 minutos de duración</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadora Social</li> <li>• Psicólogo Clínico</li> <li>• Familia de pacientes con trastorno mental del centro de salud n° 2.</li> </ul>	<p>Departamento de Salud Mental y Trabajo Social.</p>
--	-----------------------------------	---	---	--	---

### OBJETIVO 3

Implementar técnicas lúdicas que involucren la participación de las familias responsables de los pacientes con trastornos mentales.

META	ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO	PARTICIPANTES	RESPONSABLES
Lograr la interacción en las familias de pacientes con trastornos mentales creando vínculos de fortalecimiento afectivo.	1. Talleres de convivencia familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborar un plan de actividades a realizarse en el taller, tales como: bienvenida, socialización del objetivo, realizar dinámicas de acuerdos al tema, actividades lúdicas y de recreación, finalizar el taller mediante un buen mensaje impartido por los responsables.</li> <li>▪ Escoger un lugar abierto donde se</li> </ul>	<p>Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre, Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto.</p> <p style="text-align: center;">45 minutos de duración</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabajadora Social</li> <li>● Psicólogo Clínico</li> <li>● Familia de pacientes con trastorno mental del centro de salud n° 2.</li> </ul>	Departamento de Salud Mental y Trabajo Social

		pueda realizar la actividad.			
	2. Realizar actividades en donde se celebre fechas especiales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborar una comisión de familiares y pacientes que se encarguen de la organización de cada evento con el propósito de crear un ambiente de familiaridad entre los participantes.</li> </ul>	Septiembre, Noviembre, Febrero, Marzo, Mayo, Julio. 60 minutos de duración	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabajadora Social</li> <li>● Psicólogo Clínico</li> <li>● Familia de pacientes con trastorno mental del centro de salud n° 2.</li> </ul>	Departamento de Trabajo Social y salud mental. Familias y pacientes pertenecientes al programa de salud mental del centro de salud Hugo Guillermo González.
	3. Actividades recreativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboran un plan de actividades.</li> <li>▪ Preparar materiales a utilizarse.</li> <li>▪ Adecuar el lugar donde se realizará.</li> <li>▪ Realizar la</li> </ul>	Septiembre, Octubre, Enero, Febrero, Mayo, Junio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabajadora Social</li> <li>● Psicólogo Clínico</li> <li>● Familia de pacientes con trastorno mental del centro de salud</li> </ul>	Departamento de Salud Mental y Trabajo Social

		<p>invitación a las familias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ejecutar el plan con actividades que conciencien a las familias acerca del acompañamiento familiar y de la misma manera crear lazos de afectividad entre familias.</li> </ul>	<p>45 minutos de duración</p>	<p>n° 2.</p>	
--	--	--	-------------------------------	--------------	--

## j) COSTOS Y FINANCIAMIENTO

---

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FINANCIAMIENTO</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
Visitas domiciliarias	Ministerio de Salud Pública	\$150,00
Entrevistas	Ministerio de Salud Pública	\$50,00
Talleres personalizados	Ministerio de Salud Pública	\$150,00
Talleres de convivencia familiar	Ministerio de Salud Pública	\$100,00
Actividades recreativas	Ministerio de Salud Pública	\$100,00
Celebración de fechas especiales	Familias del programa de Salud Mental	\$30,00
<b>TOTAL</b>		<b>\$580,00</b>

---

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Association, A. P. (2014). Definición de trastorno mental . En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (pág. p. 20). Madrid: Editorial Médica Panamericana .
- Association, A. P. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* . Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Association, A. P. (2014). Trastornos depresivos . En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (pág. p. 155). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Association, A. P. (2014). Trastornos relacionados con los estimulantes. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. p. 563). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Association, A. P. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. p. 492). Madrid : Editorial Médica Panamericana.
- Association, A. P. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. p. 510 ). Madrid : Editorial Médica Panamericana .
- Carolina Sarmiento Silva, J. A. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes . *Psicología y Salud*, 25.
- Croake J., K. F. (2002). *Structured group couples therapy with schizophrenic and bipolar patients and their wives*. J. Individual Psychol.
- Daniela Cardona Patiño, V. A. (2012). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 244.

- Egg, E. A. (s.f.). *Perfilando el Trabajo Social*. Buenos Aires: HVMANITAS.
- García, A. &. (2005). Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Cultura de los cuidados*, 1.
- Gómez, S. A. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 115.
- González, V. (2008). *La familia, Una mirada desde la Psicología*.
- Gutiérrez, J. C. (2006). *Esquizotipia en familiares de pacientes con esquizofrenia en una muestra latinoamericana*.
- Gutiérrez-García. (2006). ELSUICIDIO, CONCEPTOS ACTUALES. *Salud Mental*, 70.
- Huerta, M. (2008). Avances en el abordaje de las necesidades de los familiares cuidadores de personas.
- Jesús Rodríguez Marin, M. A. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 355-358.
- Lima, A. (2016). Trabajo Social. *Consejo General de Trabajo Social*, 143-154.
- M, D. (2009). *The Blackwell Encyclopedia of Social Work*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Martorell, D. G. (2010). Cuadernos de Trabajo Social. En Annual, *Trabajo social y atención temprana en psicosis, una propuesta de intervención* (pág. p. 403).
- McCubbin, M. y. (1993). Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. En B. H.-B.-F. En C. Danielson, *Families, health and illness: Perspectives on coping and intervention* (págs. 21- 63). St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- Nations, U. (1998). *Programa de acción mundial para las personas con discapacidad*. Madrid.



- Palacios, D. (2002). Funciones del trabajador social en salud mental-adultos. En *Trabajo Social en el sistema sanitario público. Balance, Análisis y perspectivas*. Oviedo : KRK. ediciones.
- Palacios, M. J. (1998 - 2013). *Familia y desarrollo humano*. Madrid : Alianza Editorial .
- Pons, I. (2006). Condicionantes sociales teóricos y prácticos de las ciencias de la salud mental. *Revista de Trabajo Social*, 17-34.
- Pública, M. d. (s.f.). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural* . Ecuador.
- Richards, P., & Bergin, A. E. (2000). *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity (tr.es. Manual de psicoterapia y diversidad religiosa)*. Washington D.C: Asociación Estadounidense de Psicología.
- Rodríguez, A. R. (2009). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ediciones pirámide.
- Salgado, R. (2000). CIE 10 Décima revisión de la clasificación de las enfermedades. En *Trastornos mentales y del comportamiento* (pág. 105). Madrid: Médica Panamericana.
- Trullenque, E. G. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 343-344.
- Trullenque, E. G. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 342-343.
- Valencia Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. . *Sistema de Información Científica Redalyc*, 75.
- Vaquero, D. D. (2008). *Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental del Ecuador basado en el instrumento IESM-OMS*. Ecuador.

## 11. NEXOS

### ANEXO 01



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE LOJA**  
**FACULTAD JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA**  
**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

#### FICHA DE OBSERVACIÓN

**Fecha:** 27 de julio del 2018

**Lugar:** Centro de Salud Hugo Guillermo González

**Observador:** Evelin Vargas. **Hora de inicio:** 15:00 **Hora de terminación:** 15:45

**Total de asistentes:** 7

**Temas que se abordan:**

- ❖ Conductas a Reforzar.
- ❖ Conductas de autocuidado
- ❖ Relaciones con los miembros de la familia
- ❖ Conductas dirigidas a solucionar problemas
- ❖ Sugerencias por parte del Psic. Clin. Christian Abendaño hacia los familiares de pacientes.

**Tiempo de duración:** 45 minutos

**Descripción:** El días viernes 27 de julio en la terapia multifamiliar se pudo contar con la presencia de 7 familiares de pacientes con trastorno mental del Centro de Salud N° 02, mismos que fueron partícipes de esta terapia, en donde se discutió los temas antes mencionados, cada familiar expresa lo que desee acerca del tema y sobre la situación que vive con su paciente, haciendo de la terapia un cómodo momento para compartir en el grupo sus situaciones.

**Observaciones:** De acuerdo al número de pacientes que varía entre 25 a 30, se puede dar cuenta que son pocos de los familiares quienes asisten a estas terapias, en esta ocasión hemos contado con un grupo de 7 personas, que no sería ni la mitad de las familias de pacientes que se encuentran en tratamiento.

**ANEXO 02**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE LOJA  
FACULTAD JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA**

**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**ENTREVISTA DIRIGIDA A FAMILIARES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO  
DE TRASTORNO MENTAL PERTENECIENTES AL CENTRO DE SALUD “HUGO  
GUILLERMO GONZÁLEZ” DE LA CIUDAD DE LOJA**

Se solicita muy encarecidamente contestar con la verdad la presente entrevista, misma que permitirá realizar un diagnóstico situacional sobre el Acompañamiento Familiar en pacientes con Trastornos mentales.

**CUESTIONARIO**

**1. ¿Qué parentesco tiene con el paciente?**

.....

**2. ¿Ud. acompaña y brinda el apoyo necesario que el paciente necesita?**

Si ( ) No ( )

**3. ¿A cuántas reuniones que se brinda en el Centro de Salud asiste Ud.?**

.....

**4. ¿Qué motivo le impide ser partícipe en éstas reuniones?**

.....  
.....

**5. ¿Los temas que se trata en las mismas son de su interés?**

Si ( ) No ( )

**¿Por qué?**

.....  
.....

**6. ¿Qué temas considera Ud. que se debería implementar en estas reuniones?**

.....  
.....  
.....

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**ANEXO 03**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE LOJA  
FACULTAD JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA  
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**ENTREVISTA DIRIGIDA A TRABAJADORA SOCIAL Y PSICÓLOGO  
CLÍNICO DEL CENTRO DE SALUD “HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ” DE LA  
CIUDAD DE LOJA**

**Fecha:** .....

**Institución a la que pertenece:** Centro de Salud N° 02 “Hugo Guillermo González”.

**Cargo:** .....

1. ¿Cuáles son los programas de intervención que la institución realiza para la participación de las familias durante el tratamiento de pacientes con enfermedades mentales?  
.....  
.....
2. ¿Qué actividad se ejecuta con las familias que no asisten a este programa?  
.....  
.....
3. ¿Motivan de alguna manera para que las familias se inserten en este proceso?  
.....  
.....
4. ¿Qué solución sería la adecuada para lograr obtener la participación de la mayoría de familias de pacientes con enfermedades mentales?  
.....  
.....
5. ¿Cree Ud. que el no acompañamiento por parte de las familias influye de alguna manera en el proceso de rehabilitación en el que se encuentran los pacientes?, ¿Qué problemas se ocasionan por esta causa?  
.....  
.....
6. ¿Cuáles son los roles que Ud. cumple como Trabajadora Social con las familias de pacientes con enfermedades mentales?  
.....  
.....

**ANEXO 04**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE LOJA  
FACULTAD JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA  
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

<b>MATRIZ DE CASOS DE TRASTORNOS MENTALES EN EL CENTRO DE SALUD N°02 “HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ DE LA CIUDAD DE LOJA”.</b>			
<b>TIPO DE TRASTORNO MENTAL</b>	<b>GÉNERO F/M</b>	<b>N°</b>	
<b>Cannabis</b>	F	2	<b>13</b>
	M	11	
<b>Trastorno Depresivo Recurrente</b>	F	1	<b>3</b>
	M	2	
<b>Alcohol</b>	F	1	<b>4</b>
	M	3	
<b>Cocaína</b>	F	1	<b>2</b>
	M	1	
<b>TOTAL</b>			<b>22</b>

## ANEXO 05



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE LOJA**  
**FACULTAD JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA**  
**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

### GRUPO FOCAL

#### INTRODUCCIÓN

La realización del grupo focal está dirigido a 22 familias que conforman el grupo de pacientes con trastornos mentales de mayor índice del Centro de Salud “Hugo Guillermo González”, la cual se llevó a cabo mediante tres sesiones: momento de Sensibilización, momento de formulación de preguntas y por último, momento de sugerencia y alternativas, cabe recalcar que estos momentos fueron dirigidos por la investigadora.

#### OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

##### Objetivo general

Determinar la influencia del Acompañamiento Familiar en pacientes con Trastornos Mentales de mayor índice del Centro de Salud N° 2 “Hugo Guillermo González” en el proceso de rehabilitación.

##### Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico situacional en el Centro de Salud N° 02 Hugo Guillermo González sobre el acompañamiento familiar en el proceso de rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales.

- Identificar los trastornos mentales con mayor índice del Centro de Salud N° 02 “Hugo Guillermo González” de la ciudad de Loja.
- Correlacionar el acompañamiento familiar en los pacientes con trastornos mentales del Centro de Salud N° 02.
- Elaborar una propuesta de intervención social para fortalecer la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales.

## **DESARROLLO**

### **1. Momento de sensibilización (30 minutos)**

**Moderadora:** Evelin Vargas

- Bienvenida por parte de la Trabajadora Social de la institución, Dra. Esthela González (05 minutos).
- Presentación de la moderadora (03 minutos).
- Oración religiosa (02 minutos)
- Video de Reflexión titulado: “La Familia en la recuperación” (10 minutos).
- Opiniones de los participantes acerca de lo observado (10 minutos).

### **2. Momento de entrevista grupal (40 minutos)**

**Moderadora:** Evelin Vargas

- Conversatorio acerca de la problemática. (10 minutos)
- Exposición de la temática. (20 minutos)
- Opiniones de los participantes acerca de lo realizado (10 minutos)

### **3. Momento de formulación de preguntas y momento de sugerencia y alternativas (30 minutos)**

**Moderadora:** Evelin Vargas

- Lluvia de ideas sobre alternativas de solución a la problemática (15 minutos).
- Agradecimiento (05 minutos).
- Refrigerio (10 minutos).

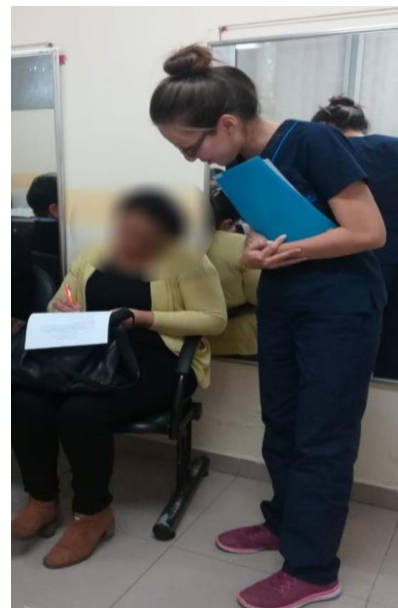
**Tiempo total:** 100 minutos (1 hora con 40 minutos)



## ANEXO 06

### MEMORIA FOTOGRÁFICA

#### ENTREVISTA DIRIGIDA A FAMILIAS DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES



**Fuente:** entrevista dirigida a Trabajadora Social y Psicólogo Clínico del centro de salud “Hugo Guillermo González”.

**Elaborado:** Evelin Vargas

## ENTREVISTA DIRIGIDA A PSICÓLOGO CLÍNICO Y TRABAJADORA SOCIAL

SOCIAL



**Fuente:** entrevista dirigida a Trabajadora Social y Psicólogo Clínico del centro de salud “Hugo Guillermo González”.

**Elaborado:** Evelin Vargas

## SESIONES DE GRUPO FOCAL



**Fuente:** Sesiones de grupos focales dirigidos a familias de pacientes con trastornos mentales del centro de salud "Hugo Guillermo González".

**Elaborado:** Evelin Vargas



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA**

**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**TEMA:**

**“EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES DE MAYOR ÍNDICE DEL CENTRO DE SALUD N° 02 HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ DE LA CIUDAD DE LOJA Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL”.**

Proyecto de Tesis, previo a la obtención del Grado de Licenciada en Trabajo Social.

**NOMBRE: Evelin Vargas**

**LOJA – ECUADOR  
2018**

## **1. TITULO**

**“EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES DE MAYOR ÍNDICE DEL CENTRO DE SALUD N° 02 HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ DE LA CIUDAD DE LOJA Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL”.**

## **2. PROBLEMATIZACIÓN**

El problema radica en que la población en estudio, la familia de los pacientes con trastornos mentales de mayor índice del Centro de Salud N° 02 de la Ciudad de Loja, los cuales en su gran mayoría tienen poco interés de participar en el proceso de rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales.

La familia es el pilar fundamental para el desarrollo integral del ser humano del ser humano y su apoyo tiene una vital importancia que influirá de manera directa en las personas con trastornos mentales. Un ambiente de calma, apoyo, interés, por parte de la familia hacia el paciente será de suma importancia para el mismo, se podría decir que recomponer la interacción familiar es tan importante como la medicación o tratamiento al que este sujeto el paciente.

La enfermedad mental es un asunto que ha inquietado históricamente a muchos estudiosos del ser humano. Dichos estudios se han enfocado, principalmente, en la descripción de diagnósticos, etiología y formas de enfrentarlos, con el fin de brindar mayor conocimiento científico al respecto. Investigadores del campo de la medicina y de la psicología intentan dar respuestas y ofrecen formas de tratamiento del enfermo; sin embargo, de un tiempo para acá, se ha encontrado que esta enfermedad no es individual puesto que se ha descubierto que involucra un contexto, una sociedad y a la misma familia. Es por esto que otros investigadores se han dedicado a estudiar la relación que hay entre familia y enfermedad

mental y demuestran que esta relación es de vital trascendencia en la recuperación de los pacientes. (Daniela Cardona Patiño, 2012)

**Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS)** La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Datos estadísticos según la Organización Mundial de la Salud mencionan que:

Una de cada 4 personas se verá afectada por algún trastorno mental en su vida según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, publicadas en 2001. Se calcula que una de cada 4 familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental (Saraceno, 2004).

Los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la causa de cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad.

El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que por cada adulto que se suicida hay más de 20 que lo intentan. El 75% de los suicidios tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a muchos suicidios. La identificación precoz y el tratamiento eficaz son fundamentales para garantizar que estas personas reciben la atención que necesitan.

Los trastornos mentales aumentan el riesgo de contraer otras enfermedades como la infección por VIH, las enfermedades cardiovasculares o la diabetes.

Otro estudio indica que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad. Aproximadamente de 121 a 150 millones de ellos sufren depresión; entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso de

alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia; 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse. (Valencia Collazos, 2007)

Según el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (Instituto de Estudios Superiores en Medicina-Organización Mundial de la Salud) especifica que con relación a los diagnósticos a nivel de los hospitales psiquiátricos el de mayor prevalencia es el de esquizofrenia y a nivel de los servicios ambulatorios: trastornos de ansiedad.

En los establecimientos de salud mental ambulatorios existentes en los Centros de Salud y las consultas externas de los hospitales provinciales se ha brindado atención a 239 pacientes por cada 100.000 habitantes. Según los pacientes atendidos se ha agrupado en seis categorías como: Trastornos mentales y de conducta debidos a uso de sustancias psicoactivas; Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes; Trastornos del estado de ánimo (afectivos); Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos; Trastornos de personalidad y de conducta de adultos; Trastornos de personalidad y de conducta de adultos y Otros (epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retardo mental, trastornos conductuales y emocionales cuya primera aparición ocurre en la infancia o adolescencia). (Vaquero, 2008)

En el Centro de Salud N° 2 Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja, se presentan cerca de 22 pacientes en tratamiento de rehabilitación, entre los cuales están personas con conducta de riesgos suicidas, personas con cuadros depresivos y personas con consumo de sustancias psicoactivas.

El Trabajo Social, partiendo de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. El objeto de esta



profesión, basándonos en la definición que Escartín (1988) hace del mismo, puede sintetizarse en el proceso de ayuda por el cual el profesional mediante técnicas y procedimientos propios promueve los recursos de la comunidad y del individuo, para ayudar a este a superar conflictos derivados de su interrelación con el medio y otras personas.

Existe una amplia literatura sobre la intervención y rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental, sin embargo el trabajo con las familias muchas veces queda de lado y olvidado, sin darle la importancia que merece.

El no entendimiento de la situación se traduce en un sufrimiento para la propia familia, pero también para el paciente. El acogimiento y la información, en esa primera fase del proceso de ayuda, es esencial para la familia y el profesional. Creemos que la familia, muchas veces, busca una solución “milagrosa” a sus problemas, pero en realidad, buscan un poco de aliento, un apoyo a una situación para ellos desbordante. Pero el papel del trabajador social no debe limitarse a la simple recepción de la demanda y a la tramitación de prestaciones que, si bien son útiles y necesarias, no deben constituir nunca la esencia de la intervención. Dentro de los aspectos comunes de necesidades que hemos señalado anteriormente, se encuentran el apoyo y el acompañamiento, convirtiéndose en un compromiso de la familia, donde al menos puedan encontrar una persona con quien expresarse, compartir sus ideas y solucionar sus dudas. Los grupos de autoayuda, la Escuela de Familias o psicoeducación para familiares son esenciales para iniciar el proceso, pero no debemos olvidar la importancia del acompañamiento, del seguimiento y del apoyo continuo.

Luego de haber mencionado datos estadísticos acerca de personas con enfermedades mentales, sabiendo que el apoyo familiar y el rol del trabajador social durante el tratamiento de aquellas personas es indispensable, podremos mencionar el problema principal que será investigado.



**Problema Central:**

¿Cómo influye el desinterés y la poca participación de la familia durante la rehabilitación de personas con enfermedades mentales del Centro de Salud N° 02 Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja?

**3. JUSTIFICACIÓN**

La investigación se basará en el estudio de los pacientes con trastornos mentales y el rol que cumple la familia durante el proceso de rehabilitación.

Es sumamente importante investigar esta problemática, ya que permitirá conocer los efectos que se generan en el paciente con trastorno mental al no contar con el acompañamiento y participación activa de sus familiares durante su proceso de rehabilitación, y de esta manera también, analizar las razones o causas que tienen las familia para no integrarse en el proceso de recuperación de los pacientes con trastornos mentales, esto con la finalidad de elaborar una propuesta que contribuya a fortalecer la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con enfermedades mentales para acelerar los procesos recuperatorios logrando el éxito del tratamiento.

El proyecto de investigación servirá como fuente de información para futuras investigaciones relacionadas con la problemática, la misma que reposará en la biblioteca de la Facultad Jurídica, Social y Administrativa.

Cabe mencionar que el desarrollo de la tesis es un requisito a la graduación para obtener la Licenciatura en Trabajo Social.

Realizar una investigación sobre el rol de la familia y los pacientes con enfermedades mentales, permitirá fortalecer los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la carrera académica y así obtener experiencias para nuestra vida laboral.

El obtener conocimientos claros del por qué se da esta situación y cómo influye en el paciente, se podría llegar a dar una propuesta de solución que genere bienestar tanto en la familia como en el paciente de manera individual, se lograría que los pacientes con el apoyo y ayuda de su familia sigan el tratamiento debido sin ánimo de renunciar o reincidir, se contribuiría a la sociedad en general y a la disminución del gasto que generan al país los pacientes con trastornos mentales, ya que según el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en el Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS) El Presupuesto del Ministerio de Salud Pública corresponde al 6% del presupuesto general del Estado. En relación al Producto Interno Bruto (PIB) es el 1.47%. Para las acciones de salud mental se dispone únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública. De esta cantidad el 59% se destina a los hospitales psiquiátricos.

Podemos notar que la investigación de esta problemática subvencionaría en algunos puntos que han sido mencionados en los párrafos anteriores.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia del Acompañamiento Familiar en pacientes con Trastornos Mentales de mayor índice del Centro de Salud N° 2 “Hugo Guillermo González” en el proceso de rehabilitación.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar un diagnóstico situacional en el Centro de Salud N° 02 Hugo Guillermo González sobre el acompañamiento familiar en el proceso de rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales.
- Identificar los trastornos mentales con mayor índice del Centro de Salud N° 02 “Hugo Guillermo González” de la ciudad de Loja.

- Correlacionar el acompañamiento familiar en los pacientes con trastornos mentales del Centro de Salud N° 02.
- Elaborar una propuesta de intervención social para fortalecer la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1 Marco conceptual**

#### **5.1.1 Acompañamiento Familiar**

El Acompañamiento familiar es ese trabajo de relación personal continuada, relativamente duradera, de comprender a las personas para contribuir a que ellas mismas entiendan y empiecen a dominar su situación y las claves de sus dificultades; de apoyo para activar y movilizar recursos, capacidades, potencialidades de las personas y de su entorno. (Pérez Eransus, 2004, p 93).

##### ***5.1.1.1 La importancia de la familia en pacientes con trastorno mental***

La enfermedad mental tiene implicaciones tanto personales como familiares. Tanto los estilos de afrontamiento como la conducta de enfermedad varían en función de los recursos que el sujeto pone en juego, entre los recursos ambientales el principal es la familia, de aquí la especial importancia que cobra el grupo familiar en el tratamiento de la persona con enfermedad mental. (García, 2005)

(Huerta, 2008) Considera que las familias proporcionan hasta un 80% de apoyo y cuidado para los pacientes.

El papel de la familia es vital. En la medida en que una familia se apropie del problema, participe en el tratamiento y ayude a solucionarlo, es mucho más fácil para un sujeto tener mayores posibilidades de recuperarse.

La participación de las personas significativas en la vida del paciente, de manera particular la familia, permite que se provoquen apoyos efectivos para el tratamiento y, por otro lado, tienen una aproximación al impacto que genera el trastorno en la vida del paciente. En este tipo de situaciones la familia se llega a convertir en un elemento indispensable y en el mejor apoyo que puedan tener las personas con diagnóstico de trastorno mental, un apoyo absoluto de parte de las familias, genera mayor interés en los pacientes para poder continuar con su tratamiento, de esta manera la intervención familiar permite la estructuración y estabilidad tanto de la familia como del paciente.

#### ***5.1.1.2 El apoyo familiar como proceso psicosocial***

Los procesos psicosociales se refieren a aquellas acciones de individuos o grupos, en cuanto referidas o influidas por otros individuos o grupos. Una acción es considerada como psicosocial en la medida en que no puede explicarse a partir del sujeto mismo, sino que, explícita o implícitamente, en su forma o contenido, en su raíz o en su intención, está referida a otro y a otros.

El apoyo familiar como proceso psicosocial implica considerar que las formas en las que éste se dé y los significados y valores que se le atribuyan, sólo podrán ser comprendidos a la luz de un contexto sociohistóricoespecífico. Esto significa que el apoyo familiar, además de ser una estrategia individual y relacional particular, anclada a su vez en condiciones biológicas, se configura y se transforma de maneras específicas, de acuerdo con las condiciones sociales e históricas presentes. (Gómez, 2009)

### **5.1.2 Trastornos mentales**

#### ***5.1.2.1 Definición***

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que

subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente. (Association, 2014)

#### ***5.1.2.2 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas***

##### ***Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol***

El trastorno por consumo de alcohol se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo. La abstinencia de alcohol se caracteriza por síntomas que se desarrollan entre 4 y 12 horas después de la reducción del consumo, tras la ingesta de alcohol de forma prolongada e intensa. Como la abstinencia de alcohol puede ser desagradable, las personas pueden seguir consumiendo a pesar de las consecuencias adversas, sobre todo para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Algunos de estos síntomas (p. ej., las alteraciones del sueño) pueden perdurar durante meses a baja intensidad y conllevar una recaída. Una vez que desarrolla un patrón repetitivo e intenso de consumo, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden emplear gran cantidad de tiempo en obtener y consumir bebidas alcohólicas. (Association, Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, 2014)

### ***Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabis***

El trastorno por consumo de cannabis y los otros trastornos relacionados con el cannabis son problemas que están asociados con las sustancias derivadas de la planta de cannabis y y los compuestos sintéticos químicamente similares. Con el tiempo, esta materia vegetal ha acumulado muchos nombres (p. ej., maruja, hierba, maría, mandanga, marihuana, cáñamo, mota y ganja, costo, hachís, chocolate, grifa). Una extracción del concentrado de la planta de cannabis que también se utiliza comúnmente es el hachís.

Cannabis es el nombre genérico y quizás el término científico más apropiado para las sustancias psicoactivas derivadas de la planta. Por tanto se utiliza esta denominación en el manual para hacer referencia a todas las sustancias tipo cannabis, incluyendo los compuestos cannabinoides sintéticos. (Association, Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, 2014)

### ***Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína***

La cocaína se puede consumir en diferentes preparaciones (p. ej., hojas de coca, pasta de coca, clorhidrato de cocaína y alcaloides de la cocaína, como base libre y crack) que difieren en cuanto a su potencia debido a los diversos niveles de pureza y velocidad de inicio. Sin embargo, en todas las formas de sustancia, la cocaína es el ingrediente activo. El clorhidrato, la forma más común del polvo de cocaína, se esnifa a través de las fosas nasales o se disuelve en agua y se inyecta por vía intravenosa. (Association A. P., 2014)

#### ***5.1.2.3 Trastornos depresivos***

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. El rasgo común de todos los trastornos es la presencia de

un ánimo triste, vacío o irritable, acompañados de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. (Association, Trastornos depresivos , 2014)

#### ***5.1.2.4 Conductas Suicidas***

La tendencia al suicidio inducida por drogas o por un tratamiento supone un cambio notable en los pensamientos y la conducta de la persona con respecto a su situación basal, se asocia temporalmente al comienzo del uso de una sustancia y debe diferenciarse de los trastornos mentales primarios subyacentes.

La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de los intentos fallidos. (Association, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales , 2014)

### **1.1.3 Intervención del Trabajador Social**

#### ***5.1.2.5 El Trabajador Social en Salud Mental***

El trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales,...) procurando la integración de las diferentes disciplinas, entendiendo por tal al conjunto de profesionales encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema.

Para Eva Garcés el Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo

que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental. Estamos hablando, por consiguiente, de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares.

Para Barker el Trabajo Social Clínico es la aplicación profesional de los métodos y teorías del Trabajo Social al diagnóstico, tratamiento y prevención de disfunciones psicosociales, incluyendo desordenes emocionales, mentales y conductuales.

#### **5.1.2.6 *El Trabajo Social en los servicios de salud mental***

Se ha desarrollado en estrecha relación con dos elementos: la filosofía y organización comunitaria de los Centros de Salud Mental y los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados para enfermos mentales graves y crónicos, en sus diversas modalidades de atención. Dichos Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados han sido el eje sobre el que se ha asentado la integración comunitaria de los pacientes con enfermedad mental grave y crónica. Los programas de atención temprana en psicosis son uno de los principales retos que tienen los programas de tratamiento comunitario de los pacientes con enfermedad mental grave. Suponen un cambio en la metodología y filosofía de las intervenciones de los profesionales y en nuestro caso de los trabajadores sociales. A la hora de enfrentarnos a una derivación que asume el trabajador social en un Programa de Continuidad de Cuidados, considero de gran interés la metodología de intervención que nos aporta el Trabajo Social centrado en la tarea o por objetivos. (Martorell, 2010)



### ***5.1.2.7 El Trabajo Social con personas con trastorno mental grave***

El concepto de trastorno mental grave engloba una serie de entidades nosológicas de diferente naturaleza y presentación clínica, que tienen en común criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al deterioro y que alteran las relaciones personales.

Como trabajadores sociales debemos estar especialmente atentos a las consecuencias sociales de la enfermedad mental, que van a traducirse en una perturbación o limitación de una función (disfunción o deficiencia), en la incapacidad funcional (discapacidad para el desempeño de un rol social), en la dependencia (necesidad permanente de mantenimiento por parte de otra persona o de un servicio concreto), en la sobrecarga familiar manifiesta o persistente, o bien, la ausencia de familia y en la ausencia de red social. (Trullenque, 2010)

Las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) van a necesitar la utilización de varios servicios de salud mental, de forma prolongada o reiterada, lo que requiere una planificación y organización de la asistencia psiquiátrica y una coordinación interdepartamental o interinstitucional.

## **5.2 Marco Referencial**

### **RESEÑA HISTORICA DEL CENTRO DE SALUD N° 2 HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ DE LA CIUDAD DE LOJA.**

#### **ÁMBITO GEOGRÁFICO**

#### **UBICACIÓN (COORDENADAS).**

El Centro de Salud N° 2 de Loja está ubicado en las coordenadas: latitud 4°00-14.959” Sur, longitud 79°11-53.702” Oeste

**SUPERFICIE:** Tiene una superficie de 38km<sup>2</sup>

**PISOS CLIMATICOS:** Los pisos climáticos no varían en forma considerable y van desde 2100m. A 2160m sobre el nivel del mar.

**CLIMA:** Su clima es templado andino, varía de 16 a 18°C, generalmente cálido durante el día y más frío y húmedo en la noche. Junio, Julio y agosto trae las lloviznas orientales con los vientos alisios, y se conoce como la temporada de viento. Los meses de septiembre a diciembre son cálidos y más secos, registrándose las más altas temperaturas en el mes de noviembre, de hasta 28°.

### **DIVISIÓN POLÍTICA DEL ÁREA**

El Centro de Salud N°2 está ubicado al sur oriente de la ciudad de Loja, en la Parroquia San Sebastián, limita al norte por la calle Azuay, por el oeste la Avenida Pio Jaramillo que a la altura de la calle Teniente Maximiliano Ortiz se dirige hacia la Avenida de los Paltas, por el Sur con la calle Gobernación de Mainas que en la parte oriental se continúa con la calle Catamayo abarcando el barrio Pucará y por el este está delimitada por la Avenida Emiliano Ortega.

Para fines programáticos se ha dividido al área geográfica del Centro de Salud N°2 en 11 sectores.

**Sector 1.-** Las calles Azuay, Olmedo y Catacocha hasta la Avenida Emiliano Ortega, Estadio Federativo, al Centro Rehabilitación Social Loja y las villas de los Militares.

**Sector 2.-** Barrio Panecillo, El Tejar de Jericó y el Pucará

**Sector 3.-** Parque Infantil hasta, las calles aledañas al Cabo Minacho hasta la Avenida Universitaria, Barrio Los Molinos, Los Arupos, y lugares aledaños al Supermaxi.

**Sector 4.-** Barrio San Sebastián, Mercado San Sebastián hasta la Avenida Universitaria.

**Sector 5.-** Sector Norte de Perpetuo Socorro.

**Sector 6.-** Sector Sur de Perpetuo Socorro.

**Sector 7.-** Barrio Los Geranios, Mercado de la Tebaida, Los Cocos hasta la Avenida Pio Jaramillo.

**Sector 8.-** Barrio La Tebaida Alta y Baja

**Sector 9.-** Barrio San Pedro

**Sector 10.-** Época y Maestros 2

**Sector 11.-**Barrio Peñón del Oeste, Guadalupe, Reina del Cisne y Pio Jaramillo.

### **Descripción de principales cuencas hidrográficas del territorio**

De sur a norte esta atravesada por dos ríos: EL Zamora cuyos orígenes son las Lagunas del Parque Podocarpus y el Rio Malacatos q nace igualmente en las montañas del Cajanuma.

Las fuentes de agua potable están ubicadas en las cordilleras este del Barrio Zamora Huayco de donde nace la quebrada El Carmen que provee de parte del agua que se consume en la ciudad.

### **Descripción general de la accesibilidad del territorio**

Cuenta con vías de comunicación asfaltadas que permiten trasladarse en vehículo, taxi, bus urbano o caminando.

En cuando a medios de comunicación cuenta con acceso a radio, prensa, teléfono fijo y celular, e internet.

### **Listado de las unidades de población más pequeñas, sectores.**

#### **Descripción de poblaciones de difícil acceso por situación o características geográficas.**

Los barrios mas distantes son Época, Guadalupe y Peñón del Oeste que debido a que no existe en la ciudad buses urbanos que se trasladen de este a oeste y viceversa, el acceso de la población de estos sectores tiene esta dificultad y para llegar hasta la ubicación del Centro de Salud debe hacerlo a través de taxi, esto se agrava en vista de que el Peñón del Oeste y Guadalupe existen familias cuyos recursos económicos no les permiten hacer este pago. Otros sectores como l tebaida y los Cocos por disponer de transporte de sur a norte generalmente acuden a otras casas de salud de esta ciudad.

Otro sector con dificultades de acceso y falta de servicios básicos es El Tejar de Jericó debido a que son lugares que no estuvieron considerados en la Planificación Urbana.

Los barrios del sector 3 que están cercanos al Cabo Minacho en las calles Cariamanga, Sucre y Bolívar se encuentran en hacinamiento y muchos de ellos no cuentan con servicios básicos suficientes.

### **Identificación de factores protectores en el entorno (geográfico):**

#### **Características geográficas del espacio geográfico que favorece a la Salud y el Buen Vivir.**

En el área de influencia del Centro N° 2 tenemos algunas condiciones que las consideramos como protectores del entorno. Estas son la presencia de parques en donde se puede practicar caminatas, así tenemos el Parque Lineal de la Tebaida, el Parque Pucará, el Parque de San Sebastián, además cuenta con el Estadio Federativo donde se pueden realizar diversas actividades deportivas y que está dentro del programa Ejercítate Ecuador del Ministerio del Deporte. Por otra parte la condición de zona urbana confiere a las familias tener acceso a los servicios básicos como agua potable, luz, teléfono, medios de transporte, internet factores que facilitan la vida de las familias que viven en la mayoría del territorio. Otro factor benefactor es la presencia de suficientes centros educativos fiscales gratuitos.

## **INFORMACIÓN HISTÓRICA**

### **Descripción histórica de la población. Hitos históricos relevantes y sus actores**

Al referirnos a la historia de la Parroquia resulta inevitable hablar de la historia de Loja, ya que el área de Cobertura del Centro de Salud N° 2 abarca la Parroquia San Sebastián, una de las más antiguas y tradicionales de Loja. La Loja actual, se asienta sobre el mismo escenario físico de los antiguos Paltas. Sin embargo, los escasos estudios relacionados con el pasado preincaico de los territorios que actualmente constituyen la provincia de Loja, no nos permiten llegar a conclusiones valederas y que puedan ser aceptadas con carácter definitivo acerca del origen de nuestros antecesores y de los territorios que ocuparon.

Se manejan tres hipótesis al respecto para algunos, los Paltas son considerados como originarios de la Amazonía, como un grupo jíbaro (arawako) que, tramontando la Cordillera de los Andes, se asentaron en los territorios de la actual Loja, rompiendo la unidad “Puruhá-Mochica” de los poblamientos de la Sierra andina. La vinculación histórica de nuestra provincia con la Amazonía es evidente, y está claro que el origen de la población Palta es diferente al de las comunidades del resto de la Sierra ecuatoriana. Loja en este aspecto, rompe la continuidad de origen que se da en el resto de la Sierra.

Otra propuesta, nos habla de la semejanza de los pueblos del sur de la provincia con los pueblos Moche y Chimú del Norte del Perú; y, una tercera, basada en estudios arqueológicos de nuestra cerámica, encuentra en ellas fuertes elementos mayas, lo que ha dado pie para que se hable de la influencia de las culturas mesoamericanas sobre los antiguos Paltas. Lo interesante de estas hipótesis es que ninguna de ellas tiene carácter excluyente.

Para hablar de la historicidad del Área, debemos hacer referencia a la historia del Centro de Salud N° 2, que es la jefatura del área.

El Centro de Salud, se inició en el año 1959, siendo parte de lo que en ese entonces se denominaba ASISTENCIA SOCIAL, asumiendo la dirección de esta Unidad Operativa de Salud, el Doctor Rogelio Briceño Loján, posteriormente en el año 1961 se crea el Centro de Salud N° 2 asumiendo las funciones de Directora la Dra. Lola Samaniego Córdova.

El Centro de Salud N° 2 a partir de su creación venía funcionando en distintos lugares de la ciudad, en locales arrendados hasta que siendo el Dr. Hugo Guillermo González, Alcalde encargado hace la donación de un terreno donde funcionaría el Centro de Salud N° 2.

Posteriormente siendo Director Provincial de Salud de Loja consigue el Gobierno Central los recursos necesarios para la construcción de esta unidad operativa.

En reconocimiento a toda esta labor en el mes de Agosto de 1979 se promulga el decreto oficial por parte del Dr. Gil Bermeo Vallejo Ministro de Salud de ese entonces para que esta Unidad de Salud lleve el nombre del Dr. Hugo Guillermo González.

Características demográficas de la población

Información demográfica: Número total de población

<b>POBLACIÓN 2017</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
32048	15933	16152

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 Materiales**

Los materiales a utilizarse en el desarrollo de la tesis son los siguientes:

- Cámara Fotográfica
- Cuaderno de notas
- Esferos
- Copias
- Hojas
- Libros
- Computadora
- Infocus

### **6.2 Métodos**

#### **6.2.1 Método Científico**

Es el procedimiento racional e inteligente de dar respuesta a una serie de incógnitas, entendiendo su origen, su esencia y su relación con uno o varios efectos (Sosa-Martínez, 1990, p. 45). Al momento de realizar las entrevistas y los grupos focales con las familias de los pacientes con trastorno mental se podrá responder a varias de las interrogantes planteadas por el investigador, tales que servirán para el desarrollo de la misma y la conclusión del trabajo investigativo.

### **6.2.2 Método Inductivo**

Es el razonamiento mediante el cual, a partir del análisis de hechos singulares, se pretende llegar a leyes. Es decir, se parte del análisis de ejemplos concretos que se descomponen en partes para posteriormente llegar a una conclusión. Mediante la observación y las entrevistas realizadas al Psicólogo Clínico y Trabajadora Social del Centro de Salud N° 02 Hugo Guillermo González de la Ciudad de Loja, quienes han confirmado existente el problema a investigarse.

### **6.2.3 Método Deductivo**

Es una forma de razonamiento que parte de una verdad universal para obtener conclusiones particulares. En la investigación científica, este método tiene una doble función encubrir consecuencias desconocidos de principios conocidos (Cano, 1975, p. 42) el método deductivo se contrapone a la inducción. Mediante conversatorios, entrevistas se podrá llegar a conocer las causas que generan a los familiares de los pacientes para no participar de manera activa en el tratamiento de rehabilitación y las consecuencias que se ocasionan en los pacientes con enfermedades mentales.

### **6.2.4 Método Analítico**

Es aquel que distingue las partes de un todo y procede a la revisión ordenada de cada uno de los elementos por separado Gutiérrez- Sánchez (1990, p.133). Este método es útil cuando se llevan a cabo trabajos de investigación documental, que consiste en revisar en forma separada todo el acopio del material necesario para la investigación.

Mediante el conocimiento que se adquirirá de la situación que vive cada familia de pacientes con enfermedades mentales del Centro de Salud, se podrá llegar a un análisis.

### **6.2.5 Método Correlacional**

- Se trata de relacionar las variables del acompañamiento familiar en los pacientes con trastornos mentales del Centro de Salud N° 02 “Hugo Guillermo González”.

## **6.3 Técnicas**

### **6.3.1 Observación**

Es la técnica de investigación básica, sobre las que se sustentan todas las demás, ya que establece la relación básica entre el sujeto que observa y el objeto que es observado, que es el inicio de toda comprensión de la realidad. Mediante la ficha de observación a realizarse, la cual permitirá conocer de manera directa la situación del tema a investigarse. (Anexo 1)

### **6.3.2 Entrevista**

Sabino, (1992:116) comenta que la entrevista, desde el punto de vista del método es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una investigación. Entrevistas dirigidas a la Trabajadora Social y al Psicólogo Clínico, quienes otorgaran información relevante e importante para la investigación. (Anexo 2)

### **6.3.3 Grupos Focales**

La técnica de los grupos focales es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación, por ejemplo, una detección de necesidades de capacitación. Si se logra generar un ambiente adecuado y se controlan las variables necesarias, se obtiene información valiosa tanto del contexto, relaciones y actores directamente involucrados en la temática en estudio.

Se desarrollará esta técnica para lograr concientizar a las familias acerca del tema, además obtener puntos de vista e ideas de los participantes que sean de uso exclusivo para la investigación y de aquí pueda surgir la propuesta para fortalecer la participación activa de familias en el proceso de rehabilitación de pacientes con enfermedades mentales. (Anexo 3)



#### **6.4 Población y Muestra**

Dentro de la investigación se tomará en cuenta una población de 22 familias de personas con enfermedades mentales, las mismas que servirán como muestra para la investigación.



PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

<b>A. MATERIALES DE OFICINA</b>	
<b>Carpetas</b>	\$5,00
<b>Cuaderno de notas</b>	\$5,00
<b>Impresiones</b>	\$100,00
<b>Hojas de papel bon</b>	\$15,00
<b>Copias</b>	\$50,00
<b>Empastados</b>	\$50,00
<b>Anillados</b>	\$50,00
<b>TOTAL A</b>	<b>\$275,00</b>
<b>B. MATERIALES TECNOLÓGICOS</b>	
<b>Proyector</b>	\$200,00
<b>Cámara Digital</b>	\$150,00
<b>CD</b>	\$10,00
<b>TOTAL B</b>	<b>\$360,00</b>
<b>C. MOVILIZACIÓN</b>	
<b>Transporte urbano</b>	\$100,00
<b>TOTAL C</b>	<b>\$100,00</b>
<b>D. EXTRAS</b>	
<b>Refrigerio</b>	\$100,00
<b>Imprevistos</b>	\$100,00
<b>TOTAL D</b>	<b>\$200,00</b>
<b>TOTAL A,B,C,D</b>	<b>\$935,00</b>

Los recursos económicos que implica este proyecto, correrán a cargo del investigador, los mismos que suman la cantidad de: \$935.00 novecientos treinta y cinco dólares.

## BIBLIOGRAFIA

- Association, A. P. (2014). Definición de trastorno mental . En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (pág. p. 20). Madrid: Editorial Médica Panamericana .
- Association, A. P. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* . Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Association, A. P. (2014). Trastornos depresivos . En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (pág. p. 155). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Association, A. P. (2014). Trastornos relacionados con los estimulantes. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. p. 563). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Association, A. P. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. p. 492). Madrid : Editorial Médica Panamericana.
- Association, A. P. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. p. 510 ). Madrid : Editorial Médica Panamericana .
- Daniela Cardona Patiño, V. A. (2012). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 244.
- García, A. &. (2005). Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Cultura de los cuidados*, 1.
- Gómez, S. A. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 115.

- Huerta, M. (2008). Avances en el abordaje de las necesidades de los familiares cuidadores de personas.
- Martorell, D. G. (2010). Cuadernos de Trabajo Social. En Annual, *Trabajo social y atención temprana en psicosis, una propuesta de intervención* (pág. p. 403).
- Trullenque, E. G. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 343-344.
- Valencia Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. . *Sistema de Información Científica Redalyc*, 75.
- Vaquero, D. D. (2008). *Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental del Ecuador basado en el instrumento IESM-OMS*. Ecuador.

## ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN .....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
1. TÍTULO .....	1
2. RESUMEN.....	2
2.1. ABSTRAC .....	4
3. INTRODUCCIÓN .....	6
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	9
4.1 Marco Conceptual.....	9
4.1.1 Acompañamiento Familiar.....	9
4.1.2 Trastornos mentales .....	16
4.1.3 Trabajo Social.....	23
4.2 Marco legal y normativo relacionado a la salud mental.....	34
4.3 Marco Institucional .....	43
5 MATERIALES Y MÉTODOS .....	48
6 RESULTADOS.....	51

7.	DISCUSIÓN.....	78
8.	CONCLUSIONES. ....	83
9.	RECOMENDACIONES .....	84
	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOCIAL PARA FORTALECER LA PART.. .....	85
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	105
11.	ANEXOS.....	108
	ÍNDICE .....	144