



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

Escuela de Trabajo Social

“INVESTIGACIÓN EVALUATIVA ACERCA DEL IMPACTO DEL
PROGRAMA DE LA UNIDAD DE MEDIANA ESTADÍA DEL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL SALVADOR, DURANTE EL
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL AÑO 2006 -2010.”

*“INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO PROFESIONAL DE ASISTENTE
SOCIAL”.*

NOMBRE INTEGRANTES	INGRID FIGUEROA ALARCÓN M ^a . IGNACIA GANDULFO RAMÍREZ ANDREA LEIVA ARMIJO
PROFESOR GUÍA	DAGOBERTO SALINAS AVILÉS

2011

INDICE DE CONTENIDOS.

Presentación General 7

Capítulo I: Marco Institucional.....9

1.- Antecedentes Generales. 11

2.- Antecedentes Históricos. 11

3.- Características Generales de la Institución. 13

4.- Estructura Organizacional..... 14

5.- Principios Orientadores de la Institución..... 17

6.- Objetivos de la Institución. 17

7.- Política Institucional. 17

8.- Sistema de Atención..... 17

9.- Áreas de Atención. 19

10.- Recursos..... 24

11.- Trabajo Social en la Institución. 26

Capítulo II: Definición y Fundamentación del Objeto de Evaluación.....37

Presentación 38

1.- Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial..... 39

Capítulo III: Marco Teórico.....49

Presentación 50

1.- Concepto de Evaluación..... 51

2.- Investigación Evaluativa 60

3.- Concepto de Salud Mental 68

4.- Conceptualización de los Objetivos de la Unidad de Mediana Estadía..... 77

Capítulo IV: Diseño de la Evaluación.....87

Presentación 88

Diseño de Evaluación 89

1.- Enfoque de la Evaluación 90

1.1.- Nivel en que se va a Realizar la Evaluación. 90

1.2.- Objetivos de Evaluación.....90

1.3.- Población Objetivo y Características de la Muestra.	91
1.4.- Base de Comparación para la Información Obtenida.....	94
1.5.- Variables o Aspectos Sometidos a Evaluación.	97
1.6.- Funciones de la Evaluación.	99
1.7.- Periodicidad en la Entrega de Información.....	99
1.8.- Nivel de Decisión o de Audiencia.....	100
1.9.- Modelos.....	100
2. Recolección de la Información.....	104
2.1.- Fuentes de la Información.....	104
2.2- Instrumentos para la Recopilación de la Información.....	106
2.3- Condiciones para la recolección.	108
3. Organización de la Información	109
3.1- Formato para la Recolección de la Información	109
3.2- Sistema de Codificación de los Datos	109
3.3- Método de Organización de la Información.....	109
4- Análisis de la Información	110
4.1- Tipo de Análisis de la Información	110
4.2- Medios para realizar el Análisis.....	111
5- Comunicación de los Resultados.	113
5.1.- Circulación del Informe.....	113
5.2- Procedimiento para la Entrega de Resultados	113
5.3.- Formato del Informe.	113
5.4- Momento en que se proporcionará el Informe Final.....	113
6- Administración de la Evaluación.....	114
6.1- Requerimientos de Personal.	114
6.2- Calificación del Personal.	114
6.3- Dedicación Horaria.....	114
6.4- Recursos Materiales.....	114
6.5- Calendarización para el desarrollo del Plan de Evaluación.....	116

Capítulo V: Análisis e Interpretación de Datos.....	117
Presentación.	118
1.-Caracterizacion de la Población.	119
2.- Adherencia al Tratamiento y Conciencia de Enfermedad	125
3.- Integracion Familiar.	135
4.- Integracion Social	147
5.- Apreciación Acerca de la Participación en la Unidad de Mediana Estadía.	151
Capítulo VI: Conclusiones y Propuesta de Intervención.	155
Presentación	156
Síntesis de los Resultados de la Evaluación	157
Conclusiones Metodológicas	157
Competencias Profesionales en el Área de Salud Mental.....	163
Propuesta de Intervención.....	166
Bibliografía.....	171
Anexos.....	176
Anexo N°1 Ficha de Ingreso	177
Anexo N°2 Epicrisis.....	184
Anexo N°3 Ficha de Recolección datos Paciente.....	185
Anexo N°4 Matriz Estadística.....	186
Anexo N°5 Consentimiento de Entrevista Familiar y Paciente	187
Anexo N°6 Entrevista a Paciente	188
Anexo N°7 Entrevista a Familiar	196
Anexo N°8 Matriz de Contenido.....	199

INDICE DE CUADROS.

Capítulo III:	
Cuadro 3.1 Semejanzas y Diferencias de Investigación e Investigación Evaluativa	60
Cuadro 3.2 Tipos de Decisiones - Tipo de Evaluación Asociados.....	66

Capítulo IV:

Cuadro 4. 1 Población Objetivo y Muestra..... 94

Cuadro 4. 2 Objetivos de Evaluación..... 96

Cuadro 4. 3 Matriz Análisis de Contenido..... 111

Cuadro 4. 4 Tabla Gantt 116

INDICE DE TABLAS.

Capítulo I:

Tabla 1. 1 Cantidad Camas Hospital del Salvador..... 14

Tabla 1. 2 Recurso Humano Hospital Psiquiátrico del Salvador 25

Tabla 1. 3 Vinculación con otras Instituciones o Redes Sociales 35

Capítulo V:

Tabla 5. 1 Tabla de Frecuencia Diagnósticos de Egreso según DSM - IV, Eje I..... 121

Tabla 5. 2 Número de Rehospitalizaciones en el periodo de un año *
Diagnóstico de Egreso según DSM - IV Eje I 126

Tabla 5. 3 Chi Cuadrado: Número de Rehospitalizaciones en el periodo de un
año * Diagnóstico de Egreso según DSM - IV Eje I 130

Tabla 5. 4 Número de Rehospitalizaciones en el periodo de un año *
Diagnóstico de egreso según DSM - IV Eje II..... 130

Tabla 5. 5 Chi Cuadrado Número de Rehospitalizaciones en el periodo de un
año * Diagnóstico de egreso según DSM - IV Eje II..... 131

Tabla 5. 6 Asistencia a Controles Durante los tres meses de Seguimiento en
Ume. 133

Tabla 5. 7 Situación Familiar Al Egreso * Diagnóstico de egreso según DSM -
IV Eje I 140

Tabla 5. 8 Chi - Cuadrado Situación Familiar al egreso * Diagnóstico de
egreso según DSM - IV Eje I 141

Tabla 5. 9 Situación Familiar al Egreso * Diagnóstico de egreso según DSM -
IV Eje II 142

Tabla 5. 10 Chi - Cuadrado Situación Familiar al egreso * Diagnóstico de
egreso Según DSM - IV Eje II..... 143

Tabla 5. 11 Situación Familiar al egreso*Número de Rehospitalizaciones en
el periodo de un Año..... 143

Tabla 5. 12 Chi - Cuadrado Situación Familiar al egreso*Número de Rehospitalizaciones en el Periodo de un año.	145
---	-----

INDICE DE FIGURAS.

Capítulo I:	
Figura 1. 1 Organigrama Hospital Psiquiátrico del Salvador.....	16
Capítulo III:	
Figura 3. 1 Paradigma Cuantitativo - Paradigma Cualitativo	64
Capítulo IV:	
Figura 4. 1 Proceso Seminario de Titulo	102
Figura 4. 2 Flujograma de Fuentes de Información.	105

INDICE DE ILUSTRACIONES.

Capítulo I:	
Ilustración 1. 1 Hospital Psiquiátrico del Salvador.	13
Ilustración 1. 2 Unidad de Mediana Estadía	23
Capítulo II:	
Ilustración 2. 2 Equipo Unidad de Mediana Estadía	41

PRESENTACIÓN GENERAL

El presente Seminario de Título, da cuenta de un proceso de investigación y evaluación, el cual se circunscribe a la formación de grado y título, en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Valparaíso, realizado por las Srtas. Ingrid Figueroa Alarcón, Ma. Ignacia Gandulfo Ramírez y Andrea Leiva Armijo, durante el primer y segundo semestre del año 2011, el cual se llevó a cabo en la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador, de la comuna de Valparaíso.

El trabajo que se expone a continuación contó con la Supervisión Institucional del Asistente Social de la Unidad de Mediana Estadía, Sr. Antonio Lazo Contreras, y la Supervisión Académica del Asistente Social y Docente de la Universidad de Valparaíso, Sr. Dagoberto Salinas Avilés.

La investigación evaluativa plantea como objeto el Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía el cual surge en el año 2005, a partir del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000. Este plan agrupa un conjunto de estrategias de salud pública basadas en las principales líneas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las que establecen un modelo más elaborado de la red de atención, programas y actividades que abarcan los problemas prioritarios de la sociedad.

Bajo este marco la evaluación a realizar busca medir el impacto del programa referido, en los pacientes egresados de esta Unidad entre los años 2006 y 2010 pertenecientes a la comuna de Valparaíso.

En relación con lo anteriormente expuesto, se desarrolla el presente documento de Seminario de Título, el cual ha sido dividido, por razones metodológicas, en seis capítulos.

El primer capítulo corresponde a **Marco Institucional** donde se señalan aspectos generales y administrativos de la Institución, en la cual se integran las alumnas seminaristas.

El segundo capítulo se denomina **Definición y fundamentación del Objeto de Evaluación**, este describe tanto el contexto y origen conceptual del programa, como sus lineamientos, con el fin de fundamentar la necesidad de abordar la temática referida.

El tercer apartado es el **Marco Teórico** en el se desarrollan los principales conceptos sobre los cuales se construirá el Seminario de Título, entre ellos se destaca el concepto de evaluación y de investigación evaluativa, en los cuales se presentan los referentes metodológicos que guiarán el proceso de investigación. Además, se incluye el concepto de salud mental y sus antecedentes en nuestro país, para finalmente conceptualizar los objetivos de evaluación.

El **Diseño de Evaluación** corresponde al cuarto capítulo, en el cual se dan a conocer los aspectos claves para un correcto desarrollo de evaluación, entre ellos encontramos, enfoque de la evaluación, recolección de la información, organización de la información, análisis de la información, comunicación de la información y administración de la evaluación.

El quinto capítulo, se titula **Análisis e interpretación de datos** este contiene la información obtenida en el desarrollo de la experiencia, a través de la aplicación de instrumentos, tanto de la dimensión cuantitativa como cualitativa, los cuales arrojaron resultados que permiten realizar un análisis integrado de ambas dimensiones.

Finalmente se encuentra el sexto capítulo, el cual da cuenta de las **Conclusiones** generadas por el equipo de trabajo, las cuales hacen referencia a la investigación desarrollada, al proceso metodológico llevado a cabo y a la relación del trabajo social en el área abordada, para posteriormente presentar una propuesta de intervención que constituya un aporte para la Unidad de Mediana Estadía.

El documento además presenta material complementario, organizado en anexos, los que se presentan en el último apartado del Seminario

Capítulo I:

Marco Institucional

PRESENTACIÓN

El primer capítulo a presentar, corresponde al Marco General del Hospital Psiquiátrico del Salvador, institución en la cual se insertan las alumnas seminaristas. Primeramente, el capítulo da a conocer los antecedentes tanto generales como históricos del Hospital, con el fin de situarlo dentro de un contexto nacional.

A continuación se describe su estructura organizacional, la cual incluye misión, visión, principios y objetivos que orientan el funcionamiento en las distintas áreas de atención del mismo. Estas últimas son presentadas mediante un organigrama, que permite esquematizar la estructura del Hospital del Salvador destacándose en él, cuatro modalidades de atención, las cuales corresponden a Unidad de Corta Estadía, Dispositivos Comunitarios, Unidad de Mediana Estadía y Atención Abierta, cada una de ellas detalladas en el presente capítulo.

Además de ello se dan a conocer los recursos con los que cuenta la institución, tanto a nivel financiero, material, como humano.

Finalmente se realiza una descripción del Trabajo Social que se realiza en la institución, en ella se destacan los roles, tareas, funciones y problemáticas más frecuentes a las cuales se ven enfrentados los profesionales de esta área en la institución, cabe destacar que esta descripción se realiza por cada una de las modalidades de atención descritas anteriormente.

De este modo concluye uno de los primeros procesos de acercamiento por parte del equipo seminarista para integrarse al contexto del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

1.- ANTECEDENTES GENERALES.

A nivel nacional existen cuatro Hospitales que, conforme a las reformas en salud, se encuentran clasificados como Hospitales de Especialidades en Patologías Psiquiátricas. El *Hospital Psiquiátrico del Salvador*, presta atención psiquiátrica, a través de modalidades de atención abierta y cerrada, además de contar con un policlínico, lo cual lo exime de clasificarse según nivel de complejidad.

2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

A principios de 1800, el Cabildo de Valparaíso establece la necesidad de contar en la ciudad con un lazareto para el aislamiento de los enfermos de viruela, el cual fue situado, en primera instancia, en el Cerro Barón. Este establecimiento, presentaba condiciones deplorables para el cuidado de los enfermos, por lo cual en 1860 don Juan Stüven presentó a la Junta de Beneficencia el plano y presupuesto para la construcción de un nuevo edificio en el sector de Subida Carvallo en Playa Ancha.

Es así como desde esta fecha comienza a funcionar el Lazareto de Playa ancha (Laval R., 2003), ingresando entre 1865 y 1874, 7.163 enfermos de viruela. Posteriormente en 1895, el lazareto sufrió un cambio fundamental, instalándose 150 camas para enfermos de tuberculosis, además de disponer un pabellón para enfermos de difteria.

El 8 de abril de 1918, por primera vez en los registros de las sesiones de la Junta de Beneficencia de Valparaíso, el Lazareto de Playa Ancha aparece designado con el nombre de Hospital del Salvador (Laval R., 2003).

Para 1940, el Hospital atendía a través de tres servicios, el primero referido a tisiología con 100 camas, el servicio de enfermedades infectocontagiosas agudas (60 camas) y el servicio de enfermedades venéreas. Durante los años siguientes, el Hospital del Salvador, se estableció como el eje del Centro de Salud Puerto, teniendo a su cargo consultorios en la parte alta de Playa Ancha y Laguna Verde.

Posteriormente, en 1969 termina su labor en el campo de las enfermedades infecciosas y es transformado en Hospital Psiquiátrico (Laval R., 2003). Anterior a esta transformación, la atención a pacientes con esta patología se desarrolla en el Hospital de Viña del Mar, Dr. Gustavo Fricke.

La motivación para este traslado, está referida al aumento sostenido de la población psiquiátrica, pasando así a ser el Hospital del Salvador, la sede de todos los recursos psiquiátricos de Valparaíso, siendo su primer Director el Dr. Carlos Molinari Domínguez.

En sus primeros años la orientación que presenta el Hospital, apunta básicamente a la atención asilar de pacientes crónicos, los cuales pasaban una larga estadía en el Hospital. Posteriormente, en la década de los noventa, se crean los Hogares Protegidos, instancia que marca uno de los primeros pasos de la reforma psiquiátrica de la carta de Santiago en el plan de desinstitucionalización del hospital.

En el año 2000, surge el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual propone la transformación de los servicios de rehabilitación al servicio de psiquiatría de mediana estadía, buscando un trabajo de redes, que permitan la reinserción psicosocial del paciente.

En los continuos esfuerzos para modernizar la institución se han creado distintos programas de rehabilitación psiquiátrica-comunitaria, los que grafican el actual énfasis institucional y/o psicosocial, con acento en la reinserción social y familiar de los pacientes.

Actualmente el Hospital del Salvador, atiende a pacientes agudos que consultan por patologías psiquiátricas y por consumo de alcohol y drogas, ingresados voluntariamente o por resolución administrativa (resolución del servicio de salud determinada por sus propios familiares) o por orden judicial. Su atención se ubica a nivel terciario, es decir, apunta a la rehabilitación de las secuelas resultantes de algún trastorno mental. Cuenta con un Consultorio adosado, cuatro Hospitales Diurnos, además del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria ubicado en la subida El Peral.

A continuación, se presentan características generales de la Institución, para contextualizarlas geográficamente, conocer su radio de acción y su actual Directiva.

3.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN.

Ilustración 1. 1 Hospital Psiquiátrico del Salvador.



- a. **Nombre de la Institución:** Hospital Psiquiátrico del Salvador.
- b. **Planta Directiva.**

Director	Ps. Carlos Ortiz Cabrera
Subdirector Administrativo	Sra. Susi Barrientos

c. **Ubicación Geográfica:** Subida Carvallo #200. Playa Ancha, Valparaíso.

d. **Número Telefónico:** 2275400

e. **Radio de Acción.** La presente institución depende de la dirección del *Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio (SSVSA)*, el cual comprende los siguientes sectores: Valparaíso, San Antonio, Casablanca, Algarrobo, el Quisto, El Tabo, Cartagena y Santo Domingo. La población que corresponde al SSVSA, inscrita y validadas, es de 389.989 personas, de los cuales 184.000 son hombres y 205.989 son mujeres (Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile., 2011)

f. **Dependencia Legal:** Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio.

g. **Tipo de Atención:** Nivel Terciario de Atención, especialidad en atención psiquiátrica integral (modelo biopsicosocial); preventiva curativa y rehabilitación.

h. Cobertura: El Hospital Psiquiátrico atiende anualmente aproximadamente a unas seis mil personas con problemas de salud mental. Las patologías más frecuentes corresponde a: Esquizofrenia, Depresión, Psicosis, Trastorno Bipolar, Trastorno de Personalidad, como también personas dependientes de alcohol y drogas y patologías duales, entre otras.

Tabla 1. 1 CANTIDAD CAMAS HOSPITAL DEL SALVADOR

UNIDAD DE ATENCIÓN	Nº DE CAMAS
Unidad de Cuidados Especiales	13
Sala Azocar	18
Sala Valenzuela	18
Unidad de Mediana Estadía	20
Unidad de Desintoxicación	10
Pensionado	8
Total	87

Fuente: Elaboración propia.

4.- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

La Estructura Organizacional del Hospital Psiquiátrico del Salvador, se divide en tres grandes áreas. La primera, referida a la Dirección del Hospital, incluye Secretaría y Oficina de Partes, la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), el Consejo Técnico y los Comités.

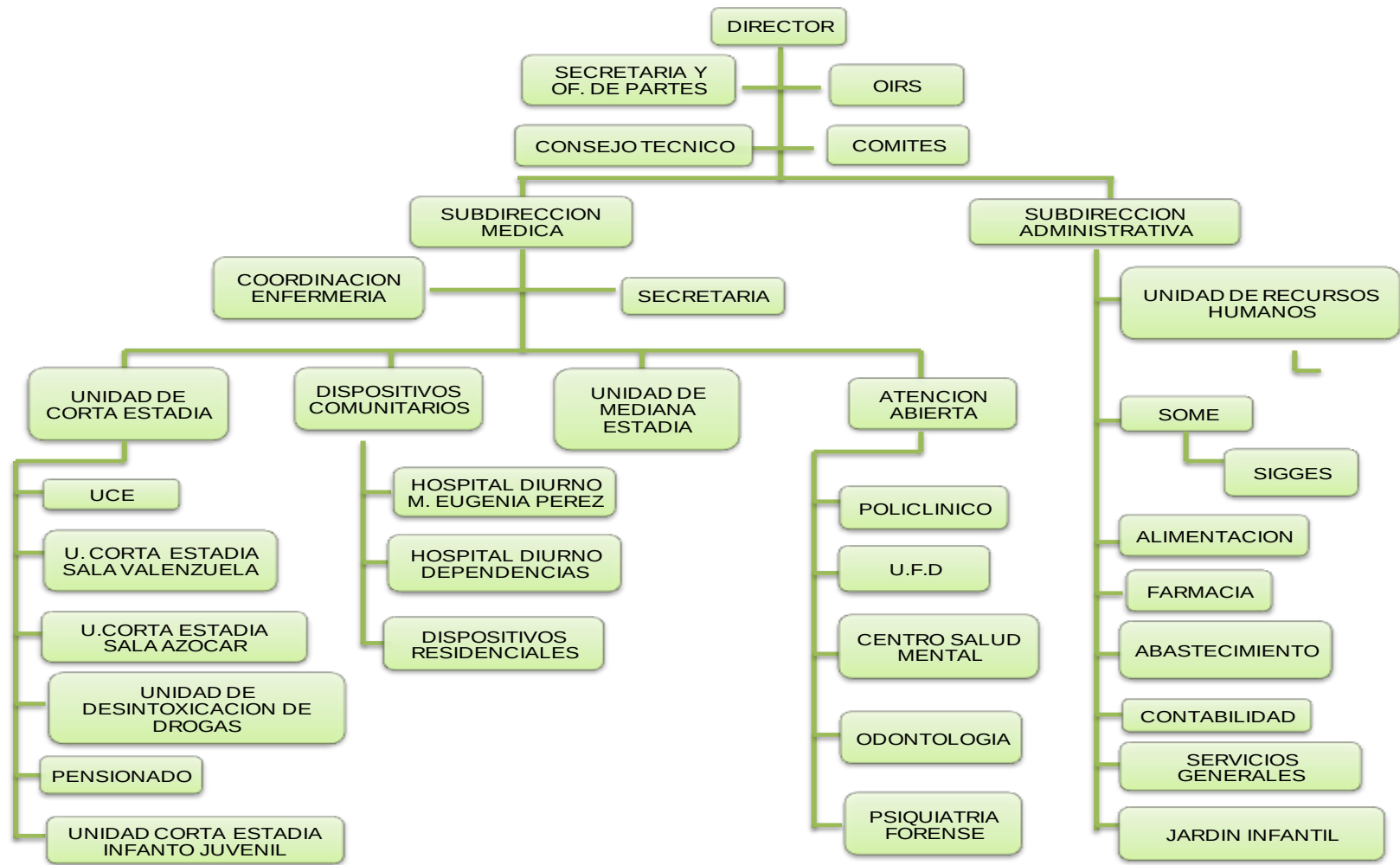
Por otra parte, se encuentra la Subdirección Administrativa, dentro de la cual se encuentra la Unidad de Recursos Humanos, Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME), Alimentación, Farmacia, Abastecimiento, Contabilidad, Servicio Generales y el Jardín Infantil

Finalmente, la tercera área corresponde a la Subdirección Médica, la cual se subdivide en Coordinación de Enfermería, Secretaría y cuatro áreas de atención:

1. Unidad de Corta Estadía, la que se compone por la Unidad de Cuidados Especiales, Sala Valenzuela, Sala Azocar, Unidad de Desintoxicación, Pensionado e Infanto Juvenil.
2. Dispositivos Comunitarios, los que incluyen al Hospital Diurno María Eugenia Pérez, Hospital Diurno Dependencias y Dispositivos Residenciales.
3. Unidad de Mediana Estadía.
4. Atención Abierta, la cual comprende Policlínico, Unidad de Fármaco Dependencia, Centro de Salud Mental, Odontología y Psiquiatría Forense.

A continuación se presenta el organigrama del Hospital Psiquiátrico del Salvador, a través del cual se grafica lo anteriormente expuesto.

Figura 1. 1 ORGANIGRAMA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL SALVADOR



5.- PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA INSTITUCIÓN.

Visión: “Ser un establecimiento de mediana y alta complejidad regional, inserto en una Red de Salud Mental”

Misión: “Trabajar juntos por la salud mental de las personas”

Valores: “Excelencia, dignidad, servicio y compromiso”.

Promesas: “Dar satisfacción a necesidades de coordinación, capacitación y supervisión de la red y hacerse cargo de los casos clínicos más complejos en forma oportuna y digna”.

6.- OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN.

“Otorgar tratamiento integral a personas con trastornos psíquicos, con el fin de alcanzar un nivel óptimo en el tratamiento, que beneficie al paciente en su recuperación y con ello logre desenvolverse en su medio familiar y social”.

7.- POLÍTICA INSTITUCIONAL.

El Hospital del Salvador, al pertenecer al sistema de salud chileno, se rige por las políticas de salud que determina el Ministerio, las cuales están destinadas a favorecer a toda la población de Chile, independiente del estrato social, grupo etario, etc.

Contempla entre sus lineamientos, principios integradores dentro de los cuales se destacan la equidad, universalidad, calidad, derechos ciudadanos, participación comunitaria, entre otros.

8.- SISTEMA DE ATENCIÓN.

Los pacientes son beneficiarios teniendo residencia fija dentro del sector asignado, independiente a su tipo de su previsión y son atendidos en base a planes individuales con sistema de trabajo mixto.

Formas de acceso a la atención cerrada:

a) *Ingreso voluntario*: nace de un acuerdo libre e informado entre el paciente y su médico tratante basado en la comprensión de la indicación médica y/o solicitud de la propia persona (Ministerios de Salud, Gobierno de Chile, 2000)

b) *Ingreso no voluntario*:

- Urgencia no voluntaria: es la dispuesta por un médico, atendido a que el paciente se encuentra en una situación de crisis y que no es posible contar con su consentimiento (Ministerios de Salud, Gobierno de Chile, 2000)

- Resolución administrativa de internación: Es aquella que ha sido determinada por la autoridad sanitaria, a partir de la iniciativa de la autoridad policial, de la familia, del médico tratante (posterior a una internación voluntaria que no recupera el periodo de crisis y en donde el médico solicita la extensión de la internación a dicha autoridad), o de cualquier miembro de la comunidad, con el fin de internar o tratar a una persona, aparentemente afectada por trastorno mental, cuya conducta pone en riesgo su integridad y la de los demás, o bien, altera el orden o la tranquilidad en lugares de uso o acceso público (Ministerios de Salud, Gobierno de Chile, 2000).

- Vía Judicial: Es aquella dispuesta por resolución del Tribunal de Justicia de la jurisdicción Valparaíso San Antonio y Viña del Mar Quillota.

A continuación se presentan las áreas de atención del Hospital Psiquiátrico del Salvador señaladas en el organigrama, especificándose si corresponden a atenciones intra o extra hospitalarias.

9.- ÁREAS DE ATENCIÓN.

UNIDAD DE CORTA ESTADÍA.

- *Unidad de Cuidados Especiales:*

La presente unidad trabaja con pacientes que presentan grave descompensación de su patología, por lo que pudieran constituir un peligro tanto para ellos como para quienes los rodean. Una vez han sido compensados farmacológicamente, son ingresados a la sala de agudos que les corresponda o son dados de alta.

- *Sala Valenzuela:*

Sala constituida solo por pacientes de sexo masculino. Su propósito es dar asistencia psiquiátrica de alta complejidad, bajo régimen de internación y por un plazo promedio aproximado de 30 días, a pacientes con trastornos mentales agudos y crónicos descompensados, que se encuentran en riesgo para ellos mismos y/o para los demás, con el objetivo lograr su compensación y posterior integración a su medio habitual o, en los casos que corresponda, sean derivados a otros dispositivos de la red de salud. Habitualmente estos pacientes vienen derivados de la U.C.E., por lo tanto, el nivel de rotación de los usuarios es alto y permanente.

- *Sala Azocar:*

La Sala Azocar es homóloga a la sala Valenzuela, pero en ella se recibe exclusivamente a mujeres. Se trabaja en base a un equipo interdisciplinario para dilucidar el diagnóstico clínico de cada paciente, además de conocer su contexto social y familiar. En esta sala, al igual que la sala Valenzuela, los pacientes permanecen el menor tiempo posible, alrededor de 30 días, con la finalidad de compensarlos y evaluar su alta o derivación a otro dispositivo.

- *Unidad de Desintoxicación.*

Esta unidad trabaja con pacientes que presentan serios problemas de adicción al alcohol y/o drogas y que requieren de un proceso de desintoxicación intensivo. Los pacientes son de sexo femenino y masculino.

Pensionado.

Esta sala no se encuentra en uso, puesto que hace más de dos años no presenta ingreso de pacientes.

- *Infanto Juvenil.*

La unidad Infanto Juvenil del Hospital del Salvador, comienza a funcionar como centro de tratamiento y formación profesional, a partir de marzo del 2011.

La población a la cual está dirigida, corresponde a niños y adolescentes entre los 6 y 19 años de edad, que presenten patologías psiquiátricas puras, y en los casos que corresponda sus familias. La forma de ingreso a la Unidad corresponde, exclusivamente, a derivación desde la atención primaria de salud.

La presente unidad, cuenta con tres médicos psiquiatras, dos psicólogos (22 horas cada uno) quienes realizan psicodiagnóstico, psicoterapia y terapia familiar; una asistente social (44 hrs.), un nutricionista (11 hrs.), una secretaria y un auxiliar de servicio.

Finalmente, las funciones de la Asistente Social están orientadas a realizar un trabajo en red, intervenciones familiares, visitas domiciliarias y un importante trabajo en torno al área sociojurídica.

DISPOSITIVOS COMUNITARIOS.

La Unidad de Dispositivos Comunitarios, se divide en tres grandes áreas la primera correspondiente al Área Hospitalaria, la cual se compone por el Hospital Diurno María Eugenia Pérez, el Hospital Diurno de dependencias.

- *Hospital Diurno María Eugenia Pérez (HTPS):* Esta unidad otorga tratamiento psiquiátrico y rehabilitación psicosocial a pacientes con diagnóstico de psicosis (esquizofrenia) por medio de un programa, que incluye actividades tanto para los pacientes como para sus familiares. Se entrega un tratamiento ambulatorio, el cual pretende facilitar la recuperación de las habilidades sociales, instrumentales, cognitivas y afectivas; reconstruyendo así el vínculo social y desarrollar la capacidad de desenvolverse efectivamente en el medio extra-hospitalario.

- *Hospital Diurno para Dependencias (H.D.D):* La atención está dirigida a personas que presentan problemas de adicción a estupefacientes, quienes participan en un programa de ocho meses de duración. Este consiste en la entrega de apoyo desde diversas dimensiones tales como: Psicoterapia grupal, individual, diversos talleres, apoyo familiar, entre otros.

La segunda área, llamada Intermedia, está referida a los Dispositivos Residenciales con los que cuenta el Hospital del Salvador.

- Dispositivos Residenciales.

El Hospital Psiquiátrico del Salvador, actualmente cuenta con 8 Hogares Protegidos en la Comuna de Valparaíso con ocho cupos cada uno, siendo en total 64 cupos. Conjuntamente, la comuna de San Antonio, cuenta con un Hogar protegido, el cual cuenta con 5 cupos.

Por otra parte, en la ciudad de Valparaíso existe una Residencia Protegida de 12 cupos y una Residencia para pacientes neurológicos con 10 cupos.

Finalmente, Dispositivos Comunitarios se subdivide en una tercera área, que corresponde a la Comunitaria, en donde se trabaja por convenio con Centros Diurnos tales como, Corporación Bresky, Casa Club y Nuevo Renacer.

ATENCIÓN ABIERTA.

Este tipo de atención se desarrolla de forma ambulatoria, los usuarios que lo hacen son derivados a través de una interconsulta de Centros de Salud, en la medida que necesiten atención Psiquiátrica, pero que no requieren hospitalización.

El equipo de trabajo encargado de ésta área la componen: Médicos Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Enfermeros, Auxiliares Paramédicos.

Dentro de las labores realizadas por el área de Atención Abierta podemos distinguir la siguiente entrega de servicios:

- *Centro de Salud Mental:*

Este centro de salud tiene a su cargo el cuidado de pacientes con patología psiquiátrica severa. El tipo de atención que ofrece es de atención secundaria y terciaria, la cual implica tratamiento y hospitalización, respectivamente.

- *Policlínico:*

Se trata de un centro especializado en problemas de salud mental.

La población objeto de atención son pacientes derivados por ínter consultas provenientes de otros hospitales de la región o por consultorios, otra alternativa son las consultas por emergencias, que si bien no constituye una instancia de emergencia propiamente tal, contiene y diagnostica a pacientes que asisten de forma urgente para su posterior derivación a la unidad que corresponda.

- *Unidad de Fármaco Dependencia (U.F.D.)*

- Hospital Diurno para Dependientes de Alcohol (H.D.OH): Los tratamientos que aquí se llevan a cabo tienen un carácter multidisciplinario. La misión de esta unidad es entregar tratamiento y rehabilitación a pacientes bebedores problemas con consumo perjudicial o dependientes del alcohol. Esta modalidad es de carácter ambulatorio, los pacientes asisten de lunes a viernes de 9.00 a 16.00 horas.

- Programa Ambulatorio Intensivo para Personas con Consumo Problemático de Drogas: Tiene como objetivos generales intervenir sobre los factores de riesgo de consumo a través de un trabajo terapéutico multidisciplinario, que permita facilitar la abstinencia y el proceso de cambio; al mismo tiempo que apoya la reestructuración de estilos de vida saludables para construir un proyecto de vida normalizado y/o adaptativo.

- Programa Ambulatorio Intensivo para Patología Dual: Apoya la estabilización del cuadro psiquiátrico y la detención del consumo, favoreciendo así el proceso de rehabilitación.

- *Odontología*

La unidad de odontología otorga servicios de atención primaria a pacientes que se encuentren internos en alguna de las dependencias del Hospital, además de ello entrega atención ambulatoria a personas pertenecientes a la comuna de Valparaíso que cuenten con previsión correspondiente a FONASA.

Esta unidad cuenta con un odontólogo (33 horas) y un técnico en odontología (44 horas) los cuales evalúan y realizan el tratamiento pertinente. En el caso de que las intervenciones correspondan a prótesis, endodoncias u oclusión los pacientes son derivados al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

- *Unidad de Psiquiatría Forense.*

Esta unidad nace por la necesidad de satisfacer las demandas emanadas desde el Poder Judicial y desde el Centro Penitenciario de Valparaíso (C.P.V).

Es por ello que se establece un convenio de atención de tipo ambulatoria en el C.P.V, para satisfacer la demanda de pacientes psiquiátricos privados de libertad, que cometen algún tipo de delito y cumplen condenas o están en proceso judicial, con el fin de mantener continuidad de su tratamiento psiquiátrico.

Las funciones de la unidad son:

- Pericias psiquiátricas, pericias psicológicas.
- Responder a solicitudes de los Tribunales de la región.
- Controlar pacientes crónicos y responder las interconsultas derivadas desde el Centro Penitenciario de Valparaíso.
- Responder órdenes de tribunales para internar pacientes judiciales en el Hospital del Salvador.

UNIDAD DE MEDIANA ESTADÍA.

Ilustración 1. 2 Unidad de Mediana Estadía



La presente Unidad, acoge a aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos graves, refractarios al tratamiento y que muchas veces conjugan su patología con otros trastornos como dependencia a sustancias, autismo, retardo mental, retraso psicomotor, entre otros.

El objetivo de esta unidad es que los pacientes reciban un tratamiento terapéutico adecuado, orientado a facilitar su inserción en hogares protegidos, centros diurnos o la reinserción al núcleo familiar.

Lo anterior se logra a través de un proceso de rehabilitación biopsicosocial, el cual apunta a desarrollar un trabajo con el paciente, familia y comunidad.

Es en esta unidad, donde se desarrollará la presente investigación evaluativa, la cual será descrita en profundidad en el siguiente capítulo.

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.

Área encargada de administrar la organización y coordinación del sistema hospitalario, referido esto a todo proceso no clínico como el SOME (Sección de orientación médica y estadística).

Los recursos económicos que hacen posible la realización de las tareas del Hospital Psiquiátrico del Salvador, son proporcionados por el Ministerio de Salud y la Corporación Nacional de Estupefacientes.

- *Unidad de Recursos Humanos*
- *SOME*
- *Alimentación*
- *Farmacia*
- *Abastecimiento*
- *Contabilidad*
- *Servicios Generales*
- *Jardín Infantil*

10.- RECURSOS

RECURSOS FINANCIEROS.

El Hospital Psiquiátrico del Salvador posee dos fuentes de financiamiento, el primero corresponde a los recursos económicos designados por el Ministerio de Salud, y el segundo los proporcionados por la Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), asignado a los pacientes que están en tratamiento de drogas.

RECURSOS HUMANOS.

Tabla 1. 2 RECURSO HUMANO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL SALVADOR

DOTACIÓN PERSONAL DE PLANTA	Nº
Odontólogo	1
Químico Farmacéutico	1
Nutricionista	1
Kinesiólogo	1
Directivos	2
Terapeutas ocupacionales	4
Asistentes Sociales	7
Enfermeros	14
Psicólogos	15
Médicos	19
Administrativos	25
Auxiliares	41
Técnicos	53

Fuente: Hospital del Salvador

El recurso humano se concentra principalmente entre los técnicos y auxiliares, alcanzando un número de 94 funcionarios, de un total de 184 trabajadores que componen el personal.

RECURSOS MATERIALES

Servicios Generales

El Hospital del Salvador cuenta con: portería, OIRS, club deportivo, farmacia, oficina de abastecimiento, cafetería, capilla, camarines para el

personal, radio, imprenta, cancha, oficinas de archivos, contabilidad y estadística.

Atención Pacientes

En relación a la infraestructura de la institución, el Hospital del Salvador cuenta, para la atención de la población de corta estadía, con cuatro pabellones correspondientes a la Unidad de Cuidados Especiales, la Sala Dr. Valenzuela con Pensionado, la Sala Carmela Azócar con UDD, e Infante Juvenil.

Conjuntamente, para la atención abierta posee un pabellón que alberga el Policlínico en su planta baja, y en su segunda planta a la Dirección del Hospital. Así también cuenta con tres pabellones que albergan la atención diurna de H.D M^a Eugenia Pérez, H.D de Dependencias y la Unidad de Fármaco Dependencia, que alberga la oficina de Psiquiatría Forense.

Finalmente, el Hospital Psiquiátrico cuenta con un pabellón destinado a la Unidad de Media Estadía.

11.- TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN.

El área de Servicio Social dentro de la institución forma parte del equipo interdisciplinario que se preocupa de otorgar una atención integral a las personas que sufren patologías que afectan la salud mental de la población, ya sean psiquiátricas, dependientes al alcohol y/o drogas.

OBJETIVO.

“Otorgar una atención integral, eficiente y eficaz a aquellas personas afectadas por problemas de Salud Mental, procurando el desarrollo y/o restablecimiento de sus potencialidades para mejorar su calidad de vida, insertándolas o reinsertándolas en su familia y la comunidad, con el fin de restaurar sus redes sociales, a través de la atención de choque o tratamiento social con el equipo multidisciplinario dentro de la institución”.

ROLES DEL TRABAJO SOCIAL.

Los diversos roles que cumple Trabajo social en la institución dependen directamente de la unidad en que se inserte como profesional y de las exigencias que está presente, lo que da cuenta de la versatilidad que como profesional necesita para desarrollar las distintas tareas y responsabilidades que debe asumir, puesto que el trabajo con los pacientes requiere de una atención integral.

El rol profesional opera sobre la base de la delimitación de los 3 procesos que básicamente constituyen el trabajo psiquiátrico: El estudio diagnóstico, tratamiento/rehabilitación y el seguimiento de los casos. Los principales roles se orientan a:

- *Educador Social No Formal:* Orientación e Información a familiares y pacientes en función de tres temáticas: La primera de ellas se refiere a la orientación e información respecto de los diversos niveles de atención y programas implementados por el Hospital, así como, su respectivo procedimiento para el ingreso a uno de ellos. En una segunda instancia, se refiere a la entrega de conocimiento respecto a la enfermedad psiquiátrica presentada, así como, a su tratamiento. Finalmente este rol implica la indicación de las redes y vínculos a los cuales les es posible acceder, a fin de dar un tratamiento integral a su patología.
- *Implementador de Políticas Sociales:* Articulación de las políticas de salud pública y salud mental, en base a la aplicación de los programas y actividades planificadas para ello. Tal rol facilita el acceso y vinculación de los pacientes y familiares del Hospital Psiquiátrico hacia los diversos servicios-beneficios destinados para alcanzar su bienestar mental, físico y familiar-social.
- *Investigativo:* Identifica y organiza la información familiar, laboral y social del paciente y su familia en el contexto de la institución. Para ello el profesional utiliza como principal técnica de investigación, la visita domiciliaria, en base a la cual en términos generales: Identifica al paciente y su grupo familiar; la respectiva situación previsional,

económica, habitacional y detecta las respectivas redes familiares y/o comunitarias a las que accede o no.

- *Terapéutico:* Se trabaja en la creación de una conciencia de enfermedad del paciente y de su núcleo familiar más directo que le acompaña o con el cual vive, educándolos en el conocimiento, en la comprensión y en el tratamiento de la patología, a través de terapias psicoeducativas de pareja, familiares y grupales.
- *Coordinador:* Se coordina y se deriva con las diversas instituciones y servicios otorgados por el Hospital, así como, con los que proporcionan las diversas instituciones, organismos y grupos externos con los cuales éste se vincula. A nivel interno, la coordinación se realiza en función del trabajo interdisciplinario que desarrolla el Trabajador Social en conjunto con Psiquiatras, Psicólogos, Médicos, Terapeutas Ocupacionales, Enfermeras, Paramédicos, entre otros. A nivel externo se refiere a la gestión, coordinación y vinculación de los pacientes y sus familias, con instituciones, organismos y grupos con los cuales les es posible acceder a fin de otorgar un tratamiento integral a su enfermedad y problemáticas familiares y/o socioeconómicas.

ROLES DEL TRABAJO SOCIAL POR UNIDAD.

- *Unidad Clínica de Agudos, Unidad de Mediana Estadía, Hospitales Diurnos.*
 - Efectuar diagnóstico y evaluación del usuario y su grupo familiar.
 - Efectuar diagnóstico y evaluación del entorno del usuario, su familia y de las redes sociales de apoyo.
 - Efectuar evaluación funcional en conjunto con el equipo multidisciplinario.
 - Promover la participación activa de usuarios y familiares en el proceso de rehabilitación y en la conformación de asociaciones de usuarios y familiares.

- Participar en reuniones clínicas- técnicas.
 - Derivar al paciente a otros profesionales del equipo multidisciplinario y de la red.
 - Efectuar visitas domiciliarias.
 - Entrenar en habilidades sociales y psico-sociales.
 - Efectuar psico-educación.
 - Coordinar actividades de apoyo a la integración social.
 - Desarrollar actividades de coordinación para la rehabilitación y la reinserción laboral.
 - Asesoría y coordinación con personas, organizaciones de usuarios, familiares, comunitarias, institucionales y otros.
- *Consultorio.*
 - Atención Social a pacientes por demanda espontánea y/o derivados por otros profesionales, tales como: Médico tratante, enfermería, psicología u otros.
 - Exploración de aspectos básicos de la situación del paciente: motivaciones, intereses, necesidades, expectativas, actitud frente al tratamiento, dificultades, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento.
 - Estudio de problemas y necesidades del paciente y/o familiar consultante: Identificación, variables intervinientes, causas, consecuencias.
 - Intervención y manejo ambiental: Identificación del problema, buscar alternativas de solución, educación respecto de la enfermedad
 - Orientación y coordinación respecto al uso del recurso médico y social intra y extra-hospitalario (gestionar contacto con redes).
 - Participación como Asistente Social en los equipos interconsultores.

- Atención conjunta con médico tratante de los pacientes de respectivos consultorios.
 - Conocer la realidad social y económica del paciente en su medio familiar, en caso que así lo ameriten (Realización de visitas domiciliarias).
 - Orientación telefónica hacia usuarios, familiares, Asistentes Sociales de otras instituciones, Juzgado, respecto a respuestas de consultas en materia psiquiátrica.
 - Participación en reunión bimensual de Servicio Social realizada en la dirección del SSVSA.
 - Mantener diariamente los registros de atención y anotaciones, fichas clínicas, destacándose que se trata de consultas espontáneas en su mayoría y no responden a citaciones registradas (búsqueda de fichas clínicas).
- *OIRS.*
 - Informar, orientar y dar respuesta oportuna a las diversas demandas de los usuarios.
 - Activar canales de comunicación, entre la institución y los ciudadanos.
 - Coordinación y gestión intra-hospitalaria.

PROGRAMAS IMPLEMENTADOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL.

- Unidad de Mediana Estadía (U.M.E.).

a) Programa de Integración Comunitaria: Consiste en acercar a los pacientes a las diversas instituciones que existen en la región, conociendo de ellas los servicios que ofrecen y los procedimientos que se deben realizar para obtener algún beneficio.

b) Programa de Actualidad: Consiste en dar a conocer los diversos acontecimientos que se presentan en la actualidad, esto se realiza a través

de talleres socioeducativos, lo que permite en los pacientes apreciarse como personas participativas de la sociedad en la cual se encuentran insertos.

c) *Programa Psicosocial*: Este programa tiene como principal objetivo que el paciente se concencie del papel que debe desempeñar como actor principal para llevar a cabo su rehabilitación, a través de la adherencia del tratamiento y auto cuidado. Este programa participan tanto pacientes como familiares.

- Unidad de Fármaco Dependencia (U.F.D.)

El *Hospital Diurno para dependientes de Alcohol*: Es un programa de rehabilitación del consumo de alcohol, siendo el perfil de pacientes con compromiso biopsicosocial moderado-severo, cuyo tiempo de tratamiento comprende entre 1 mes y 3 meses. Ambos programas están destinados para hombres y mujeres mayores de 18 años, con voluntariedad.

- Unidad de Desintoxicación (U.D.D.)

En esta Unidad, debido a sus procedimientos metodológicos y características de los usuarios, no se guían por algún programa específico.

- O.I.R.S.

a) *Atención de público*: Se reciben consultas, solicitudes, sugerencias, felicitaciones, consultas, reclamos, tratándose que éstas obtengan una respuesta satisfactoria ya sea directamente de parte de la OIRS o, cuando ésta última no se ve facultada para ello, derivar al organismo que corresponda.

b) *Consejo local de desarrollo*: Consejo que articula las redes de apoyo intra y extra institucionales, para que ellas, a través de su participación apoyen la labor del hospital y colaboren en la formulación y aplicación de políticas en pro de la salud mental de los pacientes.

- Hospital Diurno para Dependencias (H.D.D).

a) *Programa Intensivo para Drogas*: Consiste en la rehabilitación en pacientes dependientes de drogas, a través de terapias y fármacos.

ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Visitas Domiciliarias
- Consultoría
- Salida a Terreno
- Elaboración de Informes Sociales
- Entrevistas Individuales y familiares
- Trabajo en el Nivel de Caso y Grupo
- Coordinación Intra y Extra Hospitalaria
- Reuniones de grupo
- Reuniones de equipo Interdisciplinarias
- Talleres; entre otras.

SISTEMA DE REGISTRO.

Las Actividades realizadas son debidamente registradas en los instrumentos mencionados a continuación:

- Cuadernos de Actas
- Hojas de Estadística
- Cuaderno de Ruta
- Cuaderno de Consultoría
- Fichas Sociales

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL TRABAJO SOCIAL.

La estructura organizacional dentro de esta área está compuesta por seis Asistentes Sociales, quienes de acuerdo al ordenamiento administrativo vigente no poseen una jerarquización marcada, vale decir, están todos en la misma posición, adecuando el liderazgo a la contingencia.

Trabajo Social, es una profesión que requiere estar en contacto con todos los actores involucrados en el desarrollo de su labor profesional, en este contexto se presenta la relación del trabajo social con las necesidades institucionales y con la comunidad.

PROBLEMÁTICAS SOCIALES MÁS FRECUENTES.

A partir de una atención psiquiátrica integral el Hospital del Salvador proporciona una atención biopsicosocial que principalmente atiende el área de rehabilitación y reintegración de los pacientes.

Las distintas áreas o unidades que se encuentran en el Hospital se enfrentan a problemáticas sociales muy similares, dentro de las cuales las más frecuentes son:

- Consultorio.
 - Previsión Social.
 - Pensiones Asistenciales.
 - Vivienda-Residencia.
 - Problemas Laborales.

- Unidad Clínica Agudos, Unidad de Mediana Estadía y Hospitales Diurnos.
 - Paciente abandonado por su familia o sin familiares presentes.
 - Violencia Intrafamiliar y Maltrato.
 - Disfunción Familiar.
 - Problemas Conductuales.
 - Problemas Socio-Económicos.
 - Problemas Laborales.
 - Problemas Judiciales.
 - Ausencia de Conciencia de Enfermedad por parte del Paciente y su Familia.
 - Falta de Adherencia al Tratamiento.
 - Limitados Cupos para la Derivación a Hogares Protegidos.

NIVELES DE INTERVENCIÓN SOCIAL.

- **Nivel Caso:** Se realiza un trabajo de concientización de estado de enfermedad para con el paciente; se vincula y fortalece la relación del paciente con su Red Familiar y Social; y se efectúa una ayuda asistencial inmediata ante problemas inminentes.
- **Nivel Caso Familia:** Se trabaja en la creación de una conciencia de enfermedad del paciente en el núcleo familiar más directo que le acompaña o con el cual vive, educando a los miembros de la familia en el conocimiento, en la comprensión y en el tratamiento de la patología, a través de terapias psicoeducativas familiares y de pareja. Así mismo, se trabaja en la búsqueda de red familiar, en el reencuentro y en la vinculación entre paciente y familiar(es), particularmente cuando esta no existe explícitamente o no es clara su presencia para con el paciente.
- **Nivel Grupo:** Las psicoeducaciones de pacientes y grupos familiares están dentro de esta categoría, se efectúa un trabajo terapéutico grupal cuyo fin es principalmente desarrollar la Acogida y Referencia de los pacientes y sus familias, concomitantemente educarlos a través de un trabajo en grupo compuesto por personas con la misma problemática, ya sea que compartan igual diagnóstico y/o pertenecen al grupo familiar del paciente.
- **Nivel Comunitario:** Reciente nivel de intervención en el Hospital Psiquiátrico del Salvador, la cual consiste en mejorar la gestión en dos áreas de trabajo, la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias, y en el Consejo de Desarrollo Local, el que está orientado a rearticular las redes de apoyo intra y extra institucionales, permitiendo así potenciar la participación ciudadana (Ortiz, 2002).

Tabla 1. 3 VINCULACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES O REDES SOCIALES

Beneficiado Institución	Pacientes	Familiares	Hospital
Club de Fármaco- Dependientes	✓		
Agrupación de familiares de discapacitados mentales AFADIS		✓	
Comité amigos del Hospital		✓	
Grupo AFADIS, Centro de Alumnos Escuela de psicología PUCV.			✓
Corporación Dr. Carlos Bresky.	✓		
Casa Club	✓		
Junta de Vecinos	✓	✓	✓
Hogar de Cristo	✓	✓	
Ejército de Salvación	✓		
Iglesia la Matriz	✓	✓	
Iglesia Medalla Milagrosa	✓	✓	
Registro Civil de Valparaíso	✓	✓	
Municipalidad de Valparaíso	✓	✓	✓
1.er Juzgado del Crimen	✓	✓	
Servicio de Investigaciones.	✓	✓	
SERVIU	✓	✓	
Secretaría Ministerial de Gobierno.			✓
Instituto de Previsión Social	✓	✓	
Agrupación de familiares De sala UME – HDS.		✓	
Agrupación de familiares de Patología Dual.		✓	
Agrupación de familiares Hospital Diurno Drogas.		✓	
Alcohólicos Anónimos	✓		
SERPAJ	✓	✓	
CONACE	✓		✓
1º Juzgado Civil	✓	✓	
Escuela de Kinesiología PUCV			✓
Corporación de apoyo y ayuda al paciente Bipolar.	✓		
Escuela Enfermería UV.			✓
Club Nuevo Amanecer	✓		
Liga de Alcohólicos.	✓		
Renacer	✓		

Fuente: Hospital del Salvador

Finalmente, a modo de síntesis, se señala que el Hospital del Salvador comienza a funcionar con especialidad de psiquiatría en el año 1969 y que en la actualidad corresponde a uno de los cuatro hospitales del país que tienen esta especialidad. Es una institución de carácter pública, la cual depende del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, y su atención se divide en cuatro grandes áreas: corta estadía, dispositivos comunitarios, atención abierta y la unidad de mediana estadía.

Luego de describir el contexto general de la institución en la cual se integran las alumnas seminaristas, es posible presentar en detalle el objeto de evaluación de la presente investigación, el cual corresponde al Programa que se desarrolla en la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

Capítulo II:

Definición y Fundamentación del Objeto de Evaluación.

PRESENTACIÓN

En el siguiente capítulo se plantea el *objeto de evaluación* para el presente Seminario de Título, el cual corresponde al ***Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía (UME) del Hospital del Salvador***, detallando en primera instancia su origen conceptual, lo cual permite comprender el contexto en el cual se desarrolla.

Este capítulo pretende fundamentar la necesidad de abordar la temática referida, para lo cual se definen los principales ejes que comprende el programa a evaluar.

Por ello se describen los lineamientos del programa de rehabilitación de la U.M.E. los cuales corresponden a misión visión y propósitos del mismo.

Es importante destacar además los objetivos del programa los que se encuentran referidos al paciente, a la familia y a la institución, destacándose los objetivos planteados para el paciente, ya que de acuerdo a estos, se establecieron los objetivos para la investigación.

Finalmente para una mayor comprensión acerca del programa a evaluar se describe el proceso de estadía de los pacientes en la Unidad, la cual contempla tres instancias terapéuticas, que corresponden a etapa de ingreso, etapa de estadía y etapa de egreso, detalladas en el presente capítulo.

1.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN BIOPSICOSOCIAL

La investigación plantea como objeto de evaluación el programa referido, en primera instancia, por la necesidad que surge desde la institución de contar con un registro acerca del funcionamiento del programa, puesto que debido a su reciente creación, este no cuenta con ningún tipo de evaluación, por lo que el presente trabajo permitirá al equipo de la unidad conocer el impacto del mismo.

El ***Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial*** de la Unidad de Mediana Estadía surge en el año 2005, a partir del ***Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000***. Este plan agrupa un conjunto de estrategias de salud pública basadas en las principales líneas propuestas por ***la Organización Mundial de la Salud*** (OMS), las que establecen un modelo más elaborado de la red de atención, programas y actividades que abarcan los problemas prioritarios de la sociedad.

El Plan Nacional del año 2000, se fundamenta en la concepción de que en la ***salud mental*** influyen diferentes factores inherentes, tanto a las personas como a los grupos, por lo que su enfoque reside en mejorar las condiciones psicosociales para propiciar un mayor nivel de bienestar tanto en el ámbito familiar, como en lo social o laboral, minimizando la marginación social y creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales.

Lo mencionado anteriormente tiene como propósito contribuir a mantener la capacidad de interacción, entre las personas y su medio, promoviendo el desarrollo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales.

En términos estratégicos, el Plan Nacional establece como uno de sus ejes fundamentales la intersectorialidad, para lo cual define acciones específicas de coordinación entre áreas de gobierno y privados. Esta característica cobra mayor importancia en el espacio comunal puesto que representa la organización comunitaria en todos sus ámbitos.

Otra estrategia que se declara en el Plan Nacional, es la definición de prioridades programáticas, entre las cuales se encuentran:

- Promoción de la salud mental y de la prevención de los riesgos.
- Atención a los niños y adolescentes en edad escolar con trastornos de atención e hiperactivos.
- Atención a las personas con trastornos mentales asociados con la violencia (maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política durante el período 1973–1990).
- Atención a las personas con depresión.
- Atención a las personas con trastornos psiquiátricos graves, especialmente con esquizofrenia.
- Atención a las personas con la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia.
- Atención a las personas con dependencia del alcohol y las drogas.

La **red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría**, surge como otra estrategia del Plan Nacional, la cual tiene como finalidad coordinar y facilitar el acceso a los servicios de salud.

Considerando esta necesidad de coordinación, se busca favorecer el desarrollo de las redes asociadas al área de Salud Mental en el país, además de la creación de nuevos dispositivos para satisfacer las necesidades de la población es por esto que el Ministerio de Salud aprobó en el año 1999 la “Norma técnica N° 35 para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría”.

Esta norma tiene por objetivo responder a las necesidades de fomento y promoción de Salud Mental, y otorgar atención oportuna y adecuada.

Con este fin, los Servicios de Salud tienen la responsabilidad de crear una red que propicie el desarrollo de un modelo de atención comunitaria, la cual debiese entregar las siguientes prestaciones: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. En este último punto, se establece la necesidad de contar con un servicio de internación de mediana estadía para efectuar actividades terapéuticas y de rehabilitación.

A partir de lo anteriormente descrito, la Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador se crea a partir del año 2004, contando con alrededor de seis años de funcionamiento como tal.

El programa está a cargo de un equipo profesional conformado por cinco profesionales: un médico psiquiatra, un enfermero universitario, un psicólogo,

un terapeuta ocupacional y un asistente social. Conjuntamente, la sala cuenta con una secretaria, 8 técnicos paramédicos, cuatro auxiliares de servicio y un kinesiólogo.

Ilustración 2. 1 Equipo Unidad de Mediana Estadía



En cuanto a la distribución física de la Unidad, está constituida por dos plantas. La primera, cuenta con cinco oficinas, dos salas múltiples, una sala de kinesiología, un comedor, una cocina, living, patio trasero, un baño hombres y un baño de mujeres para pacientes, además de un baño de hombres y uno mujeres para funcionarios. En la segunda planta, se encuentran las habitaciones de los pacientes, divididos en hombres y mujeres (5 habitaciones dobles para cada género), baños con duchas, una oficina de enfermería, una clínica de enfermería y una estación de enfermería.

El programa de la UME del Hospital del Salvador, se basa en una concepción biopsicosocial de la salud, en donde se plantea un trabajo no solo de compensación farmacológica de los pacientes, sino que además una intervención en las relaciones personales que mantiene al individuo con su familia y su entorno.

En lo que respecta a los principales lineamientos de la UME, se destacan:

Misión. *“Brindar atención integral e interdisciplinaria a pacientes que sufren de patología psiquiátrica post aguda resistente, de alta complejidad no resuelta, que requiere más tiempo de internación, para un trabajo intensivo de los factores biopsicosociales y familiar “*

Visión. *“Lograr la optimización de la resolutivez clínica para reinsertar al usuario en la red socio-familiar. “*

Propósito. *“Otorgar tratamiento psiquiátrico integral, cuyo énfasis está puesto en la rehabilitación y reinserción biopsicosocial, apoyado en la red social, a pacientes con trastornos psiquiátricos complejos y resistentes al tratamiento habitual, que requieran intervenciones prolongadas para su estabilidad, teniendo en cuenta que el paciente ha seguido un itinerario terapéutico institucional previo.”*

Objetivo. *“Otorgar tratamiento integral e intensivo a personas con trastornos psiquiátricos complejos y resistentes a tratamientos previos que requieran intervenciones prolongadas para su estabilización, en régimen de internación total o parcial, durante el tiempo que sea necesario, que le permita alcanzar un nivel de funcionamiento tal para poder continuar con su tratamiento en otro dispositivo inserto en la red”* (Cárdenas, 2004-2005)

De este objetivo general se desprenden **objetivos específicos** tanto para la familia, el paciente y la institución.

Para El Paciente:

- Compensar su patología psiquiátrica y desarrollar adherencia al tratamiento.
- Desarrollar la conciencia de sí mismo, en lo emocional, cognitivo, conductual y relacional- social.
- Mejorar estado clínico, y desempeño socio/ocupacional.
- Potenciar capacidades remanentes.
- Lograr la integración familiar, social y/o laboral, a través de la red.

Para La Familia:

- Que la familia perciba una acogida y ayuda terapéutica institucional.
- Que la familia conozca y comprenda sobre la enfermedad psiquiátrica y sus implicancias.
- Que la familia desarrolle conciencia de su dinámica relacional y la optimice.

De La Institución:

- Ofrecer un sistema terapéutico intensivo y una contención ambiental, para pacientes complejos y resistentes a tratamientos previos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, se declara que, el presente estudio se centrará en ***evaluar el nivel de impacto de los objetivos específicos planteados para el paciente.***

La estadía de los pacientes en la U.M.E. del Hospital Psiquiátrico del Salvador, se enmarca en instancias terapéuticas desde su ingreso hasta su egreso, cumpliendo con tres etapas: ***Etapas de Ingreso, Etapas de Estadía y Etapas de Egreso.***

1. ETAPA DE INGRESO:

a) ***Fase de Preselección:*** El médico integrante de alguno de los equipos del Hospital Psiquiátrico del Salvador, que desea derivar a un paciente a la Unidad de Mediana Estadía, debe completar la hoja de Postulación UME y enviarla a la Unidad, acompañada de un Informe Social.

Luego de la recepción de la Postulación, dos miembros del Comité Evaluador UME, preferentemente el Médico Psiquiatra y el Enfermero de la Unidad, visarán la postulación de acuerdo al perfil clínico de UME, el cual establece las siguientes características tanto de aceptación como de exclusión:

- ***Perfil de las patologías los pacientes:***
 - Esquizofrenia Resistente
 - Trastorno Esquizoafectivo Resistente
 - Trastorno Delirante

- Trastorno Afectivo Inestable
- Psicosis Atípica y/o Inmanejable
- Comorbilidad de Trastornos Psicóticos que lo amerite excepcionalmente (Sustancias, DOC, Trastornos de Personalidad y otros)
- Otro Trastorno Psiquiátrico Mayor Pertinente (Según Comité de Ingreso)

- *Exclusiones de la población objetivo:*

- Judiciales puros
- Trastorno de Personalidad Puro y Antisocial.
- Dependencia a Sustancias Puro
- DOC Puro
- Retardo Mental Puro
- Trastorno Psiquiátrico Compensado con Problemática Social
- Otros que dictamine el Comité de Ingreso

Tanto el perfil de ingreso de las patologías de los pacientes como las exclusiones se realizan basadas en el DSM - IV.

El DSM – IV es la sigla utilizada para Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos.

Este es una herramienta de diagnóstico que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de **cinco Ejes**.

Para el presente Seminario se utilizaran los dos primeros, los cuales se desarrollaran a continuación:

El primero de ellos es el **Eje I**, en el cual se describe el o los trastornos psiquiátricos principales o la sintomatología presente, si es que esta no configura ningún trastorno.

Dentro de este eje encontramos algunas de las siguientes patologías:

- Trastornos relacionados con sustancias
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos adaptativos

Por su parte en el **Eje II** se especifican los trastornos de personalidad o rasgos de trastornos, así como trastornos del desarrollo y retraso mental.

Aquí están presentes algunos de los siguientes diagnósticos:

- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno límite de la personalidad
- Retraso mental.

En caso de que la patología no corresponda con el perfil, el médico jefe de la Unidad registrará en Ficha Clínica y en la hoja de Postulación UME, las recomendaciones a la unidad derivadora, quedando archivada la postulación en la Unidad de Mediana Estadía en la categoría “No Corresponde”.

Por otra parte, si la postulación es validada por el médico Jefe de UME, el Enfermero de la Unidad u otro integrante del equipo, se deberá establecer un día y hora para la citación del paciente y su familiar con el Comité de Ingreso, la cual tendrá que ser enviada por escrito a la unidad que deriva.

b) **Fase de Evaluación de Ingreso:** El día de la citación con el Comité de Ingreso, deberán concurrir el Paciente acompañado de sus familiares o tutores y un representante del equipo derivador, con la Ficha Clínica.

El Comité Evaluador de Ingreso de UME, entrevistará primero al representante del equipo derivador, quién expondrá brevemente el caso. Luego, se entrevistará al paciente y sus familiares o tutores, completando la ficha del Comité Evaluador de Ingreso.

Posteriormente, el Comité Evaluador, decidirá según los antecedentes clínicos recopilados, si el paciente cumple con los requisitos para ingresar a UME o se deriva a otro componente de la Red.

Finalizado el proceso de Postulación, se registrará en Ficha Clínica la resolución del caso, archivando la Hoja de Postulación según su resolución de aceptado o rechazado.

2. ETAPA DE ESTADÍA:

a) **Fase de Adaptación:** Una vez que el paciente ingresa a la Unidad, conocerá las actividades del programa con el fin de explorar las alternativas que se ofrecen y habituarse a la rutina diaria. En esta etapa se favorece la socialización con los demás pacientes y la acogida de estos mismos.

b) **Fase de Elaboración del Programa Individual:** Durante las dos primeras semanas de ingreso del paciente, cada profesional realiza una evaluación individual, para luego generar un diagnóstico integral en equipo que permitirá definir las áreas que el paciente debe desarrollar. Luego de ello son definidos los objetivos que el paciente debe alcanzar.

c) **Fase de Evaluación del Programa:** Una vez definido el plan individual, se programan evaluaciones periódicas del mismo (aproximadamente cada seis semanas), en equipo junto al paciente, su familiar o tutor. Se privilegia la presencia del **referente terapéutico**, el cual cumple con las funciones de apoyar, acompañar y supervisar a los pacientes asignados durante su hospitalización, en los aspectos de higiene, vestuario, autocuidado y conducta social, facilitar la comunicación con el resto de los integrantes del equipo como entre el paciente y los familiares, coordinar con asistente social para resolver lo relativo a adquisiciones del pacientes, giros semanales y otros correspondientes a su referido.

En esta fase, además, se revisa cumplimiento de objetivos planteados y si lo requiere se reformulan objetivos y acciones.

3. ETAPA DE EGRESO.

Criterios de Egreso de Pacientes.

- Mejoría clínica.
- Compensación y estabilidad conductual.
- Mejoría en el desempeño socio/ocupacional.

- Mejoría en puntaje de indicadores de resultado: Psicopatológico (BPRS), sintomático (PANSS), y de Calidad de Vida.
- Cumplimiento de las actividades trazadoras.
- Garantía de cumplimiento y adherencia al tratamiento.
- Aseguramiento de residencia extrahospitalaria: familiar u hogar protegido.
- Comportamiento incompatible con la UME o bloqueo de su progreso (conductas antisociales grave, fugas recurrentes).
- Cumplimiento de Objetivos del Plan Terapéutico Individual.

a) **Fase de Pre-Alta:** Es cuando se programa el alta junto al paciente, familia y equipo, en base al cumplimiento de los criterios de egreso. En esta programación se definen etapas y estrategias de consolidación de los objetivos logrados y de preparación para el alta.

b) **Fase de Alta:** Es cuando se formaliza en conjunto, paciente, familia y equipo, el egreso del paciente desde la Unidad. En esta fase se coordina la continuidad del tratamiento farmacológico, controles médicos y reintegración socio/ocupacional. Todo ello queda registrado en la epicrisis (ver Anexo N°2) del paciente, la cual da cuenta de la fecha de ingreso y egreso y además especifica el diagnóstico al egreso.

De este modo cuando, el equipo de la unidad en conjunto con la familia, determinan el alta del paciente, se denomina alta médica, a diferencia de lo que ocurre cuando el paciente se fuga, lo que se señala como alta administrativa o bien cuando se deriva al paciente a otra unidad del hospital, lo cual se indica como derivación.

c) **Fase de Seguimiento Post-Alta:** se realizará un Plan de Seguimiento por un periodo de tres meses del paciente egresado de UME, con el objetivo de garantizar, en función del Plan Individual, su estabilidad clínica y psicosocial, en coordinación con Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, y de atención primaria de salud. Este plan de seguimiento se va adecuando a la necesidad de cada paciente.

Esta fase consistirá en dos reuniones con el equipo, al primer y al tercer mes, con el objetivo de evaluar y generar acciones específicas a seguir. Además de ello se efectuarán controles médicos ambulatorios

mensuales hasta 3 meses post alta obligatorio para después continuar en otra instancia de evaluación.

Concluyendo así, el proceso que plantea el programa de la Unidad de Mediana Estadía para los pacientes.

Tal proceso carece de estudios que den cuenta del impacto obtenido a partir de la implementación del programa. Esta ausencia, está referida principalmente a la reciente creación de las Unidades de Mediana Estadía, no sólo en el Hospital del Salvador, sino que a nivel país.

A partir de lo anteriormente expuesto, se plantea la necesidad, por parte de la Institución, de contar con un registro de la evaluación del impacto que tiene el programa de rehabilitación en los pacientes egresados de la UME, como un medio de comparación con los objetivos propuestos en el programa, que permita plantear estrategias de mejoramiento.

Capítulo III:

Marco Teórico

PRESENTACIÓN

En el presente capítulo, se pretenden desarrollar algunos de los principales conceptos sobre los cuales se construirá el seminario de título “Investigación Evaluativa acerca del Impacto del Programa de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador, durante el periodo comprendido entre el año 2006 -2010.”

La presente revisión se llevará a cabo en 4 partes, la primera referida al **concepto de evaluación**, en donde se expondrán sus propósitos, principios y tipología. La segunda parte, explicará la **investigación evaluativa**, desarrollando los paradigmas y modelos de dicha investigación.

En la tercera parte, se profundizará en el **Concepto de salud mental**, sus antecedentes en el país y principalmente en **el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría** y a la **Norma Técnica N° 90**, ambas conceptualizaciones técnicas son clave para la generación de la Unidad de Mediana Estadía, objeto principal de la presente investigación evaluativa.

Finalmente, se realizará, para una mayor comprensión del presente seminario, la **conceptualización de los objetivos de la unidad de mediana estadía**, la que incluye las siguientes definiciones, rehabilitación psicosocial, integración y reintegración social, integración familiar, conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, y significación.

1.- CONCEPTO DE EVALUACIÓN

Es necesario, para el desarrollo del presente seminario de título el precisar, en primera instancia, el concepto de evaluación dado que *“el término evaluación es una palabra elástica que se extiende para abarcar muchas clases de juicios (...) Lo que tienen en común todos los empleos del término es la noción de juzgar el valor o los méritos de alguna cosa.”* (Weiss, 1991)

Tomando en cuenta lo anteriormente planteado, se considerarán principalmente, la definición que plantean dos autores. En primer lugar, Ander – Egg, define **evaluación** como *“una forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida”*, lo cual ayuda en la identificación, obtención y en el *“proporcionar de manera válida y fiable”*(Ander – Egg, 1994) , los datos y la información necesaria, para apoyar el juicio de merito o valor acerca de planes, programas o actividades que se llevaran a cabo para el logro de ciertos efectos y resultados concretos; comprobando así el impacto de dichos logros, sirviendo de base para la futura toma de decisiones racionales e inteligentes.

En segundo lugar, Briones, G (2002) señala que en su acepción más común, la evaluación *“se utiliza para referirse al acto de juzgar o apreciar la importancia de un determinado objeto, situación o proceso en relación con ciertas funciones que deberían cumplirse o con ciertos criterios o valores, explicitados o no”*. Es así como cotidianamente podemos escuchar a las personas realizando juicios acerca *“de la utilidad, conveniencia, compatibilidad, cumplimiento, etc., de otras personas, recursos, procedimientos o productos; juicios que en su esencia constituyen acciones de evaluación con base en muy distintos supuestos, normas o contextos de referencia, en su mayoría elegidos subjetivamente”* (Briones, 2002)

Por otra parte, Briones (2002) conceptualiza **evaluación** como *“un tipo de investigación que analiza la estructura, el funcionamiento y los resultados de un programa con el fin de proporcionar información de la cual se deriven criterios útiles para la toma de decisiones en relación con su administración y desarrollo”*.

Finalmente, se declara que la presente acepción de evaluación será aquella de la cual se valdrá el equipo realizador para el desarrollo del presente seminario.

1.1.- PROPÓSITOS DE LA EVALUACIÓN

Para llevar a cabo el proceso de evaluación es necesario, no solo tener una definición clara y concisa acerca del concepto de evaluación, sino que también ha de tenerse en cuenta que la finalidad básica o propósito principal que se desprende de este “*es proporcionar criterios para la toma de decisiones en relación con la estructura, el funcionamiento y el desarrollo del programa*”. (Briones, 2002)

Conjuntamente, los propósitos que pueden perseguirse en una investigación evaluativa, pueden ser los siguientes:

- Mejorar la efectividad cuantitativa del programa, es decir, el logro de sus objetivos.
- Mejorar la calidad de los resultados, o sea la efectividad cualitativa del programa.
- Aumentar la eficiencia interna del programa, vale decir, la relación entre insumos y resultados.
- Mejorar la eficiencia externa del programa o adecuación de resultados con objetivos externos.
- Someter a verificación la teoría o hipótesis que relaciona los componentes del programa con los resultados buscados.
- Redefinir la población objeto: reducirla, homogeneizarla, etc.
- Modificar la estructura, el funcionamiento y la metodología del programa.
- Tratar de cumplir, si es pertinente, las expectativas de la población objeto del programa (sobre su funcionamiento, recursos, objetivos, etc.)
- Controlar la aparición de posibles prácticas o resultados no deseados.

- Tratar de homogeneizar los efectos, consecuencias y repercusiones del programa en diversos subgrupos de la población de referencia del programa.

1.2.- PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN.

Por otra parte, es importante señalar que toda “evaluación que pretenda tener un carácter científico” (Ander – Egg, 1994) debe tener cuatro principios, estos son: **Validez, Fiabilidad, Utilidad y Oportunidad**. A continuación, y siguiendo lo descrito por el mismo autor, se explica cada uno de los principios:

- **Validez:** Entendida como una forma demostrable y controlable, de revelar que las valoraciones y juicios hechos son válidos.

De esto es posible desprender la necesidad de una validez derivada de la responsabilidad y preocupación por parte del sujeto, es decir, que en el estudio no se introduzcan nociones preconcebidas acerca de lo que se encuentra sujeto a evaluación.

Otros puntos importantes dentro de la validez, es el encontrar un criterio adecuado para relacionarlo con los juicios ya hechos, esto se considera de tipo pragmática. Así como también crear las condiciones adecuadas para el estudio teniendo entre estas la validez estadística, la cual nos aporta una representatividad de la población.

Por medio de este principio se busca reflejar que la información recopilada en la evaluación concuerda con la realidad de manera inequívoca.

- **Fiabilidad:** Una evaluación es fiable cuando al ser replicada arroja resultados iguales o parecidos. Para ello se debe realizar una revisión de los instrumentos, la metodología a utilizar y los sujetos que realizarán la evaluación.

La fiabilidad siempre debe estar presente en las evaluaciones.

Siguiendo con los principios se destaca el de **Practicidad y utilidad**, es decir que la investigación se realice mediante instrumentos prácticos,

sencillos para el procedimiento y que sirva para realizar mejoras en el programa que se está evaluando.

Finalmente revisaremos **oportunidad**, el que hace referencia a dos cuestiones:

- Que en el momento de realización sea posible introducir modificaciones en el programa o proyecto.
- Que tenga la aceptación de los responsables facultados en la toma de decisiones.

Si estos dos puntos no están, el esfuerzo, realizado en la elaboración del documento, será de escasa o nula incidencia.

1.3.- TIPOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN.

Finalmente, en cuanto al desarrollo de la conceptualización de evaluación, cabe señalar que existen diversos tipos, los cuales se diferencian específicamente de acuerdo a los criterios que se consideren para esta.

El término de evaluación propuesto para la presente investigación conlleva una tipología específica, que ha sido determinada en base a las características que se pretenden para llevar a cabo el proceso de evaluación. Es por esta razón, que se considera fundamental conocer su clasificación, la cual se presenta a continuación.

a.- Evaluación Ex post.

La **evaluación ex post**, es aquella que se realiza cuando el proyecto ha terminado. El propósito de esta es *“determinar con precisión los resultados logrados y los factores dentro y fuera del proyecto que facilitaron o dificultaron esos resultados”* (Briones, 2002). Esa información es utilizada, para mejorar tanto la eficacia como la efectividad de proyectos similares que se realicen a futuro o introducir modificaciones en sus componentes.

Para efectos de la evaluación que será llevada a cabo por el equipo seminarista, se considera la tipología que alude a una **evaluación “ex post”** puesto que se medirán los resultados de los objetivos planteados para los pacientes egresados del programa descrito anteriormente, con el fin de mejorar su eficacia y eficiencia.

b.- Evaluación Final.

De acuerdo a lo anteriormente descrito, según Briones (2002), la ***evaluación de tipo final*** es otro nombre que se le puede dar a la evaluación expost. Sin embargo, podemos añadir que, la presenta tipología “*busca determinar relaciones entre variables propias del programa como también entre ellas y variables del contexto y, finalmente explicaciones que den cuenta tanto de los “éxitos” como de los “fracasos” del programa. Con el fin de asegurar la objetividad de sus conclusiones, por lo cual son realizadas preferentemente por evaluadores externos.*” (Briones, 2002).

Como ya fue mencionado, la evaluación del Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía es de tipo final, puesto que tiene como propósito determinar el éxito o fracaso del proceso de los pacientes egresados del programa, y además es realizada por evaluadores externos.

c.- Evaluación Sumativa.

Para efectos de la presente evaluación, la tipología que se utilizará corresponde a una ***evaluación sumativa***, la cual “*hace referencia a los resultados o efectos de un programa, una vez finalizado, determinándose así hasta qué punto se cumplen los objetivos o en qué medida se producen los efectos previstos (...) Los datos de una evaluación sumativa suministran información útil en la toma de decisiones sobre la continuación, modificación y finalización de un programa.*” (Hernández, 2001)

De este modo la evaluación al Programa de la Unidad de Mediana Estadía se caracteriza porque se efectúa al término del proceso de internación del paciente y da cuenta, por lo tanto, de los resultados que este obtuvo.

d.- Evaluación de Impacto.

La evaluación del programa de la Unidad de Estadía, corresponde a una ***evaluación de impacto***, la cual “*establece en qué medida el proyecto logra mejorar la situación de aquellos para los que fue diseñado; la magnitud que tuvieron los cambios, si los hubo, y en qué segmento de la población – objetivo afectaron y en qué medida. A partir de estas respuestas sugiere la*

reprogramación de actividades y cómo manejar mejor situaciones análogas.”
(Cohen & Franco, 1993).

Dentro de las principales características de la presente tipología, se encuentran las siguientes:

- Busca apreciar en qué medida el proyecto alcanza sus objetivos y cuáles son sus efectos secundarios (previstos y no previstos).
- Se dirige hacia afuera, más allá del proyecto, siendo utilizable para resolver sobre su eventual continuación, para diseñar otros proyectos futuros y, en fin, para tomar decisiones de política.
- La evaluación de impacto puede ser llevada a cabo durante o después de finalizado el programa.
- a partir de la cuantificación, genera información que permite organizar un conjunto de recomendaciones respecto de su corrección, replicabilidad y en algunos casos su reprogramación o discontinuidad
- intenta constatar los cambios producidos por las intervenciones a que son sometidas las poblaciones objetivo en la cual es aplicado un cierto proyecto.

Las características que definen la tipología escogida para la presente evaluación hacen referencia a la importancia de medir el nivel de impacto del programa de la Unidad de Mediana Estadía en los pacientes egresados de esta, puesto que genera información relevante tanto para los usuarios del mismo como para toma de decisiones futuras respecto de su funcionamiento.

Además de ello se destaca la utilidad de la evaluación de impacto puesto que al medir los resultados del programa va a permitir entre otros aspectos evaluar el contexto socioeconómico y político en que se desarrolla el programa, informar de forma clara y objetiva a los responsables de la toma de decisiones respecto del funcionamiento de la unidad y finalmente, mediante la difusión de la información obtenida de la evaluación se podrán decidir cambios que mejoren el funcionamiento de este.

e.- Evaluación de Programa.

El presente Seminario de Título responde a una **evaluación de programa**, específicamente del Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador, tal como se ha mencionado anteriormente.

“Los programas son actividades más o menos coordinadas en torno a objetivos, de duración variable. Estos últimos son estados o situaciones deseables y que pueden lograrse mediante la estrategia que el programa utiliza y respecto de los cuales se evalúan los resultados alcanzados o no”. (Briones, 2002)

f.- Evaluación de Objetivos Externos.

De acuerdo a esta característica la evaluación a realizar, corresponde a una **evaluación de objetivos externos**, tal como se detalla a continuación.

Los objetivos externos son situaciones o estados deseables de alcanzar fuera del ámbito del programa- cuando éste ya ha finalizado- ya sea en personas que estuvieron sometidas a él, o en aquellos a quienes se transfirieron los resultados buscados. Si bien el programa a evaluar no ha finalizado, las personas que participaron en él ya cumplieron con los objetivos propuestos y con el tiempo determinado en este, por lo cual se considera una evaluación de este tipo.

g.- Evaluación Externa

En la realización de la evaluación, es importante considerar quiénes serán los evaluadores, y para ello, según lo señalado por Briones, ésta respuesta puede estar orientada en tres direcciones:

- Una persona externa al programa
- Un miembro del equipo ejecutor o de la administración del programa
- Un grupo evaluador que está formado por evaluadores externos y por personal del programa.

La evaluación que se llevará a cabo corresponde a una **evaluación de tipo externa**, puesto que realizará por agentes externos a la institución o programa. “La evaluación externa se preocupa de este tipo de situaciones de

estudio de los factores que explican sus distintas modalidades de cumplimiento, así como uno de los factores que explican el éxito o fracaso del mismo”. (Briones, 2002)

Generalmente, son profesionales con reconocido prestigio en el campo de la evaluación, o funcionarios de entidades especializadas tales como universidades, centros de asesoría y auditorías especiales. En este caso en particular, los evaluadores corresponden a que realizan su seminario de título de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

En este caso, se plantea como una ventaja que la evaluación sea efectuada por investigadores externos, ya que asegura mayor objetividad en cuanto a la apreciación del funcionamiento y resultados del programa.

Por otro lado, es más probable que el evaluador externo esté sometido a un entrenamiento especial en la evaluación de programas y que también tenga experiencia en otras situaciones que pueda aplicar en esta oportunidad.

Los evaluadores externos adquieren en el ejercicio de su profesión una gran habilidad para determinar los asuntos claves que deben ser evaluados, los indicadores más adecuados y las mejores estrategias y diseños para la recolección, el procesamiento, el análisis y la interpretación de la información.

Sin embargo, se hacen algunos cuestionamientos a la evaluación externa lo que hace pensar en algunas desventajas de este tipo de evaluación, tales como: el evaluador externo no conoce el programa, por tanto invierte gran parte del contrato tratando de comprender sus aspectos formales, pero el ambiente informal y las intimidades propias de cada programa y cada institución nunca se comprenderán.

Otra de las complejidades de la evaluación externa hace referencia a la compatibilización de los puntos de vista del evaluador externo con los que tiene en los temas de evaluación el personal del programa.

h.- Evaluación Descriptiva.

Todos los modelos presentados describen diferentes focos de la evaluación, en la cual la consideran como un todo.

La ***evaluación descriptiva***, tiene como objetivo principal considerar el programa en su totalidad, manifestando claramente las técnicas de análisis de los datos que se utilizan, tales como, porcentajes globales o referidos o subgrupos de la población, medios aritméticos, entre otras, todo ello sin perjuicio de descripciones de naturaleza cualitativa propiamente tales.

De lo anterior, se desprende que para el presente Seminario de Título se utilizará la técnica de evaluación descriptiva, ya que se describirán las diferentes situaciones del programa, y se analizarán y evaluarán apoyados en técnicas de análisis de información descriptivas, tanto cuantitativas como cualitativas.

En definitiva podríamos decir que la naturaleza de las cosas determina el modo en que estas pueden ser estudiadas, por lo que la tipología expuesta corresponde específicamente a la evaluación que se llevará a cabo.

Además de ello es importante señalar que la evaluación como ya fue descrita, presenta un método concreto, el cual corresponde a la investigación evaluativa. Para este tipo de investigación las herramientas de la investigación social se ponen al servicio del ideal de la investigación evaluativa, como es descrito a continuación.

2.- INVESTIGACIÓN EVALUATIVA

La *investigación evaluativa* es un método de evaluación. En ella se utilizan todas las herramientas de la investigación social y se establecen criterios claros y específicos con el fin de hacer más preciso y objetivo el proceso de juzgar, garantizando así el éxito del proceso, este tipo de investigación reúne sistemáticamente información, pruebas y testimonios de una muestra representativa que forma parte del programa u objeto para evaluar, para posteriormente traducir la información a expresiones valorativas, compararlas con los criterios inicialmente establecidos y finalmente sacar conclusiones.

Weiss, C. (1985), considera que *“la evaluación es una ciencia social de gran actualidad cuyo ingente potencial no se discute, pero que aún no ha llegado a su rendimiento óptimo. Se vale de los métodos y el instrumental de la investigación social, pero no basta el conocimiento de estos para lograr el desempeño de las funciones que requiere el evaluador, pues su marco de acción es, sin duda, de una complejidad diferente”*.

A continuación se presenta cuadro con semejanzas y diferencias de Investigación e Investigación Evaluativa:

Cuadro 3. 1 SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS DE INVESTIGACIÓN E INVESTIGACIÓN EVALUATIVA

	Investigación	Investigación Evaluativa
Diferencias	- Se utiliza para la producción de conocimientos. - Formula sus propias hipótesis.	- Destinada al uso para la toma de decisiones. - Sus interrogantes son derivadas del programa, tomando en cuenta los puntos del que debe tomar las decisiones. - Compara lo que es con lo que debería ser. (juicio por comparación). - Se trabaja con lo que está sucediendo en el programa

Semejanzas	- Trata de describir la relación entre variables y establecer la secuencia causal. - Los evaluadores utilizan toda la gama de métodos de investigación para recabar la información.
-------------------	---

Fuente: Elaboración propia.

La **principal diferencia** está en la finalidad con que se lleva a cabo la investigación, pues por medio de este es posible medir los efectos de un programa, otorgando así la información necesaria para la toma, racional, de decisiones.

Este tipo de investigación, como lo menciona Weiss, C. (1985), en su libro Investigación Evaluativa, está consagrada al principio de la utilidad, por lo que es necesario conocer desde un principio lo que espera obtener con el estudio.

2.1.- PARADIGMAS DE LA INVESTIGACIÓN EVALUATIVA

Los métodos de investigación en las ciencias sociales enfrentan una disputa que no es nueva. Las nociones en la toma de decisiones son esenciales en la posición que se debe tomar frente a lo cuantitativo y cualitativo.

Es en la Grecia clásica donde se puede situar el lugar donde se inicia una de las más claras polémicas entre lo cualitativo y lo cuantitativo, siendo Platón y Aristóteles las dos figuras y concepciones emblemáticas del planteamiento inicial de la polémica. *“Polémica que originalmente estaba centrada en torno a la confrontación entre las visiones más formalista y más sustantivista defendidas por ambos filósofos. De esta forma, ambos autores o concepciones fundaron las bases filosóficas en los que, posteriormente, se iban a enmarcar las distintas aproximaciones y desarrollos que, desde hoy, podemos denominar e inscribir como perspectivas cualitativas y cuantitativas.”* (Briones, Hoyos, Vargas, Sandoval, & Corres, 2002)

La relación entre las perspectivas cualitativas y cuantitativas, en la investigación social, se aborda desde diferentes puntos de vista: epistemológicamente, metodológicamente y técnicamente. Recientes

debates consideran la confrontación no solo como un desacuerdo respecto a las ventajas y desventajas relativas de cada uno de los métodos (cuantitativos y cualitativos), sino como una confrontación básica entre paradigmas metodológicos.

Por una parte, el **paradigma cuantitativo** posee una concepción global positivista, donde el experimento y el tratamiento estadístico de la información se convierten en las principales herramientas de las que dispone el investigador. Su marco de observación y de análisis está orientado a los resultados, los cuales se pretenden explicar en términos de principios y leyes, propios de las ciencias naturales.

Además de ello, se caracteriza por ser particularista, al pretender identificar las variables presentes en dicho objeto de estudio, las cuales son sometidas a pruebas empíricas bajo condiciones de control riguroso con la pretensión de garantizar objetividad en sus resultados.

Por otra parte, el **paradigma cualitativo** propone una concepción global fenomenológica, inductiva, estructuralista, subjetiva, orientada al proceso y propia de la antropología social.

Esta confrontación paradigmática ha impactado igualmente a la investigación evaluativa, donde después de una larga tradición de corte experimental emerge con fuerza la perspectiva cualitativa, sin que esto implique descartar o minimizar, la perspectiva cuantitativa. Se pretende más bien defender la idea de que existen diferentes opciones metodológicas para abordar este tipo de investigación.

Actualmente se busca compatibilizar, y complementar ambas técnicas con el fin de otorgar una mirada más completa a la investigación.

La consolidación de cada uno de los paradigmas depende de algunos factores tales como: la naturaleza del conocimiento y de la realidad, la naturaleza de las relaciones entre el investigador y el conocimiento que generen y el modo de construir este conocimiento.

Lo anterior resulta de gran importancia, ya que a luz de cada paradigma se desarrolla un enfoque o modelo que permite la evaluación de programas. Los modelos de evaluación, son esquemas o diseños generales que caracterizan la forma de la investigación evaluativa (técnicas de

recolección y análisis de la información, conocimiento final que se desea obtener y la población objetivo)

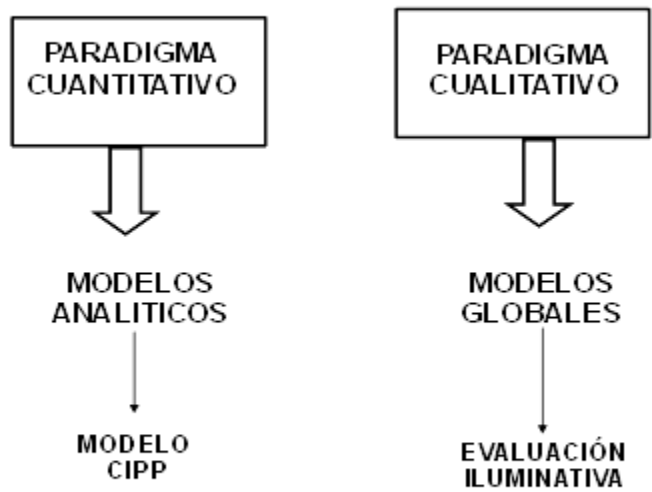
De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se desarrollan principalmente dos modelos, por una parte el **modelo analítico** que se caracteriza por abordar los diferentes componentes estructurales del programa, y sus distintas dimensiones, las cuales a su vez están conformadas por características o variables con las que es posible determinar relaciones específicas.

Según este modelo, la finalidad de la evaluación, sería el conocimiento, en cuanto es capaz de proporcionar explicaciones de modalidades de funcionamiento del programa y de sus resultados en término de alguna teoría o mediante a la apelación a factores causales de diversa naturaleza.

Por otra parte, **el modelo global** está basado en un paradigma cualitativo, por lo cual pretende realizar una evaluación holística que establezca significados de las acciones y actividades que se desarrollan dentro del programa. Este modelo no hace referencia a factores causales ni a variables particulares que pudieran ser sometidas a tratamientos estadísticos.

De lo descrito anteriormente se desprenden otros dos modelos de evaluación, los cuales corresponden al Modelo CIPP y al Modelo Iluminativo como se muestra en la figura a continuación:

Figura 3. 1 PARADIGMA CUANTITATIVO - PARADIGMA CUALITATIVO



Fuente: Cátedra Evaluación de proyectos sociales

2.2.- MODELOS DE LA INVESTIGACIÓN EVALUATIVA.

De acuerdo a la figura 3.1, la presente investigación evaluativa utilizará, en relación al **paradigma cuantitativo**, algunos componentes del **Modelo CIPP**, y en cuanto al **paradigma cualitativo**, se recurrirá al **Modelo Iluminativo**.

a.- Modelo CIPP.

Dentro de los modelos cuantitativos de evaluación para la toma de decisiones, se encuentra el **Modelo CIPP** (contexto, input, proceso y producto), el cual fue desarrollado en 1987 por Stufflebeam y Shinkiefel.

El presente modelo, define la **evaluación** como un “proceso destinado a delinear, obtener y proporcionar informaciones útiles para el juzgamiento o ponderación de decisiones alternativas.” (Briones, 2002) Conjuntamente, postula tres **propósitos evaluativos**: servir de guía para la toma de decisiones, proporcionar datos para la responsabilidad y promover la comprensión de fenómenos implicados con el fin de tender hacia el perfeccionamiento.

Del mismo modo, el modelo CIPP establece una relación entre los tipos de decisiones y los tipos de evaluación.

En primer lugar, se encuentra la **evaluación contextual**, la cual se preocupa de ubicar los problemas o necesidades no satisfechas en un cierto contexto, con el fin de diseñar un conjunto de objetivos específicos en torno de los cuáles pueda elaborarse un programa. Su propósito es proporcionar información para la determinación de los objetivos. La decisión que corresponde a la presente evaluación es la de **Planeamiento**, que está referida a las posibles modificaciones que es necesario introducir en el programa cuando se comprueba la discrepancia entre los cambios definidos en los objetivos y los que están produciendo en los hechos.

La siguiente evaluación corresponde a los **Insumos**, su propósito es proporcionar información para la utilización de recursos, las estrategias de acción y las posibilidades de sistema a favor de la consecución de los objetivos. La decisión que se relaciona con esta evaluación es la de **Estructuración**, la cual recae sobre los medios elegidos para alcanzar los objetivos, sean estos métodos, contenidos, organización, personal, presupuesto, calendario entre otros.

En tercer lugar, corresponde a la evaluación de **Procesos**, la cual proporciona una retroalimentación periódica a las personas responsables de la ejecución de los planes, acerca de si la estrategia de utilización de insumos se está aplicando o no, así como también de los factores que puedan dificultar el desarrollo de los procesos sociales. La decisión de **Planeamiento**, correspondiente a esta evaluación, se vincula con la operacionalización y ejecución del programa y compara la metodología propuesta con los procesos reales que se están dando en el programa.

Finalmente, se encuentra la evaluación de **Producto**, de la cual se hará cargo la presente investigación evaluativa, dado que tiene como propósito medir e interpretar efectos o resultados, consecuencias y logros, no solo al finalizar un programa, sino que durante todo el proceso de desarrollo. Además, significa la fijación de criterios asociados con los objetivos, a fin de comparar las medidas resultantes con los marcos referenciales establecidos. En síntesis, investiga la forma y extensión en que fueron alcanzados los

objetivos. Por otra parte, la decisión asociada a esta evaluación, corresponde a la de **Reciclaje**, la que apunta a juzgar los resultados del programa y a sus relaciones (acuerdos o discrepancias) con los objetivos propuestos.

Cuadro 3. 2 TIPOS DE DECISIONES - TIPO DE EVALUACIÓN ASOCIADOS

TIPOS DE DECISIONES	TIPOS DE EVALUACIÓN ASOCIADOS
Decisiones de <i>Planeamiento</i>	Evaluación <i>Contextual</i>
Decisiones de <i>Estructuración</i>	Evaluación de <i>Insumos</i>
Decisiones de <i>Implementación</i>	Evaluación de <i>Procesos</i>
Decisiones de <i>Reciclaje</i>	Evaluación de <i>Producto</i>

Fuente: Elaboración propia.

b.- Modelo de Evaluación Iluminativa.

El **modelo de evaluación iluminativa**, desarrollado en 1972 por Parlett y Hamilton, tiene como principales características ser cultural, etnográfico y holístico, además de ser un enfoque alternativo al planteado por el paradigma cuantitativo. (Valdés, 2007)

El presente modelo privilegia, por una parte, los métodos centrados en la descripción e interpretación de los procesos, y por otra, la utilización de información cualitativa, basándose para su recolección, en técnicas tales como la entrevista y la observación.

Un aspecto fundamental, es la interpretación de los procesos mediante los significados que tienen los autores que participan en un proyecto. Es por esto que, el rol de la persona que evalúa, es el de ser intérprete del programa que se está evaluando para las personas que no participaron en él y también contribuye a reinterpretarlo para sus participantes.

Por otra parte, entre sus características metodológicas, se destaca que conlleva un diseño flexible y abierto, es inductivo y trabaja con la triangulación de técnicas y fuentes.

En consecuencia para efectos del presente trabajo, ambos modelos concuerdan con el tipo de evaluación que se llevará a cabo, no solo por las

características que estos presentan, sino que además permiten flexibilizar la evaluación, de modo que el posterior análisis de los resultados tanto de la dimensión cuantitativa, para la cual se utilizará parte del modelo CIPP, y la dimensión cualitativa que se realizará mediante el modelo iluminativo, cumplan con los propósitos de la evaluación descritos en el presente capítulo.

De este modo concluye la conceptualización de la primera y segunda parte del marco teórico, correspondiente a evaluación e investigación evaluativa respectivamente.

Para una mayor comprensión del presente seminario a continuación se presenta la tercera parte del capítulo, la cual se refiere a la conceptualización teórica de los principales lineamientos del programa objeto de evaluación, y de los objetivos de la presente investigación evaluativa.

3.- CONCEPTO DE SALUD MENTAL

El concepto de salud mental engloba una serie de actividades que se relacionan de manera directa con la definición de **salud** que plantea la Organización Mundial de la Salud, en la cual es entendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por lo que, **Salud Mental** no es sólo la inexistencia de trastornos mentales, sino que es definida 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”*. (Organización Mundial de la Salud, 2004)

El concepto de salud mental propuesto por la OMS, incluye una visión de autonomía en la que cada individuo desarrolla sus competencias, reconociendo sus habilidades y es capaz de realizarse tanto a nivel intelectual como emocional.

Por medio de ello se reconoce la posibilidad de cada individuo de potenciar sus capacidades y así alcanzar sus objetivos.

Esto se desprende del continuo de salud mental positiva, que está relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

La salud mental se encuentra fuertemente relacionada tanto con la salud física como con la social, de modo que se constituye como un pilar fundamental en el bienestar general de los individuos y la sociedad.

Se calcula que en el mundo, 450 millones de personas sufren actualmente de trastornos mentales, (Organización Mundial de la Salud, 2004) esta situación plantea como una prioridad la búsqueda de soluciones para los problemas de salud mental, por lo que se constituye como una de las tareas más importantes de la salud pública.

En el caso de Chile, de acuerdo al Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica, la prevalencia de los principales trastornos mentales es de 36% y los más frecuentes son la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia del alcohol (6,4%). (Vicente P. Benjamín, 2002)

Estas cifras dan cuenta de la realidad del país, lo que implica necesariamente una conducta activa por parte del estado en relación con los problemas de salud mental que afectan a la población.

Es a mediados del siglo veinte, y en medio de un importante contexto internacional en materia de salud, que el estado establece medidas concretas que aportan al desarrollo del área de salud mental en Chile.

Para comprender este proceso, resulta de gran relevancia conocer ciertos antecedentes que se detallan a continuación, los cuales marcan la historia de la salud mental en nuestro país.

3.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE SALUD MENTAL EN CHILE

Durante la segunda mitad del siglo veinte la salud mental ha logrado incorporarse a la salud pública a nivel mundial, propiciando una red de servicios entre hospitales y la comunidad. De este modo la reforma psiquiátrica se convierte en un acontecimiento fundamental en el cambio de siglo, expandiendo su implementación en diversos países y culturas, lo que permitió medir la calidad de los programas de salud mental tanto en cada país como a nivel internacional.

En Chile, al igual que en el resto del mundo se viven hitos importantes que marcan el inicio de la Reforma Psiquiátrica Chilena, dentro de ellos se destaca en el año 1952 la creación de la red de Servicios en Hospitales y en 1968 el surgimiento de los programas comunitarios en conjunto con la red complementaria de servicios, que intenta reemplazar el modelo asilar.

Es el año 1990, que nuestro país suscribe a la reforma de Psiquiatría iniciando así una nueva etapa para el área de Salud Mental en el país, consolidándose en el año 1998 cuando por parte del Ministerio de Salud se enuncia la creación del Plan Nacional de Salud Mental, que propone incrementar en un período de ocho años de 1,2 % a 5% la proporción de recursos para salud mental, además de la restauración del crecimiento institucional, nuevas investigaciones epidemiológicas y mayor desarrollo de redes de servicios. (Juan, 2001)

Lo anterior se lleva a cabo en el año 2000 cuando el Ministerio de Salud basado en las principales líneas propuestas por la Organización

Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre la salud en el mundo, aplica un conjunto de estrategias de salud pública agrupadas en un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual estableció un modelo más elaborado de red de atención, de programas y actividades que abarcan los problemas prioritarios.

3.2.- PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA.

El Plan Nacional contiene entre sus bases la concepción de salud mental descrita por la O.M.S mencionada anteriormente, la cual especifica que tanto la salud como la salud mental dependen, no solo de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, sino también de las condiciones en las que ellos viven, por lo cual se consideran como acciones que favorecen la salud mental, todas aquellas que promuevan y mejoren las condiciones psicosociales a lo largo de su vida.

Por lo tanto el Plan Nacional de Salud Mental considera dentro de sus fundamentos generar un mayor nivel de bienestar, que permita a cada persona y familia acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que necesita minimizando la discapacidad y marginación social, creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales. (Ministerio de Salud Chile, 2000)

A partir de esto se plantea como propósito: *“contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”*. (Ministerio de Salud Chile, 2000)

Desde el año 2000 las iniciativas generadas desde el Ministerio mantienen un énfasis en el desarrollo biopsicosocial de las personas, propiciando la mejora en los niveles de bienestar y autonomía en cuanto al acceso y apoyo de estos y su núcleo familiar.

La Reforma experimentada en el país ha permitido que en la actualidad se formulen políticas de salud mental con mayores propósitos y

además disponer de intervenciones efectivas para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.

En cuanto a promoción y prevención la Reforma señala que estas estrategias deben modificar las condiciones y hábitos de las personas y familias, por lo que es fundamental la intersectorialidad y la participación, no solo como exclusiva responsabilidad del sector salud si no de todos los sectores de la sociedad.

El plan nace a raíz de la necesidad de configurar respuestas para la salud mental en el país, por lo que intenta abarcar toda la población y las enfermedades que los afectan.

Para sistematizar su accionar plantea una serie de estrategias específicas que contribuyen a la mejora tanto de la atención, como en el modo de abordar las enfermedades de salud mental.

3.2.1.- ESTRATEGIAS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA.

- Proponer y participar, intersectorialmente, en acciones de promoción de la salud mental que hayan demostrado ser potencialmente efectivas, realizadas en los espacios naturales de convivencia y a través de la comunicación social.
- Poner al alcance de las personas el conjunto de intervenciones-acciones que han demostrado el mayor costo-efectividad en la prevención, tratamiento y rehabilitación de cada tipo de trastorno mental.
- Incentivar, apoyar técnicamente y proporcionar soporte financiero a las agrupaciones de usuarios y familiares para reforzar sus propias capacidades de autoayuda, facilitarles el control social y colaboración en la calidad de la atención y la protección de los derechos de los pacientes,
- Privilegiar las intervenciones preventivas y tempranas que pueden ser realizadas por profesionales y técnicos del equipo de salud general, reservar los recursos especializados ambulatorios para la asesoría al nivel primario y restringir la institucionalización al máximo que resulte adecuado para el paciente, su familia y la comunidad.

- Reforzar y crear equipos especializados de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, con la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades de una población definida, de alrededor de 50.000 personas.
- Realizar actividades regulares para la coordinación en red de los dispositivos para la hospitalización, cuidado residencial, cuidado diurno, programas de rehabilitación, reinserción social, tanto institucionales, como comunitarios o privados, cuyo eje es el equipo especializado ambulatorio.
- Redefinir periódicamente las actividades o prestaciones que cada dispositivo de la red entrega, en función de las necesidades de la población, los recursos de la red y de la evaluación sistemática de la atención.
- Realizar actividades regulares que faciliten y motiven la participación de los pacientes, familiares y de sus organizadores en los distintos niveles de la red de servicios.
- Difundir guías clínicas y protocolos actualizados en base a la evidencia para orientar las acciones más costo-efectivas que debe realizar cada servicio, dispositivo, o establecimiento de la red local.
- Evaluar, en forma sistemática, la eficiencia de la red en cuanto a satisfacción de usuarios y prestadores. Evaluar indicadores tales como nivel de información y comprensión que tiene el paciente y familiares acerca de su tratamiento, tiempos de espera, tiempos de traslado, continuidad del equipo tratante, etc.
- Incorporar las actividades del programa a los sistemas de programación y financiamiento de la atención primaria y a la facturación de los establecimientos del sistema público institucional, en forma flexible, de acuerdo a los recursos de la red local de servicios, y al sistema de libre elección.

Todas las estrategias propuestas tienen como finalidad el mejoramiento tanto de la atención como del servicio otorgado en el área de salud mental a nivel nacional.

De las estrategias mencionadas anteriormente se destaca la necesidad del trabajo intersectorial, que no sólo comprende los diferentes centros de salud, ya sean estos privados o públicos, sino que además incluye el trabajo comunitario.

Como una de las formas de llevar a cabo estas estrategias y fortalecer la red de servicios de salud mental, el Ministerio de Salud formula y aprueba una Norma que orienta las funciones, las relaciones y las actividades de los componentes de la red, la cual garantiza la multiplicidad y periodicidad de las prestaciones que requieren tanto los pacientes como sus familiares.

De este modo surge la Norma Técnica N°90 “Rehabilitación Psicosocial para personas Mayores de 15 años con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad” como un marco regulador para el desarrollo de las actividades de rehabilitación psicosocial.

3.3.- NORMA TÉCNICA N° 90 DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL PARA PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEVEROS Y DISCAPACIDAD.

La presente normativa tiene como finalidad ser una guía para los profesionales y sus equipos en la implementación de Programas de Rehabilitación Psicosocial, así como también en la evaluación y seguimiento de las políticas sectoriales, siendo un aporte en el proceso de ejecución del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que se desarrolla en el país desde el año 2000.

La Norma tiene como misión *“proveer a los prestadores de salud un marco técnico regulatorio para el desarrollo de las actividades de Rehabilitación Psicosocial que ejecuten en beneficio de las personas con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad, y definir claramente los ámbitos en los cuales estas acciones se realizan, sus objetivos, sus orientaciones teórico-prácticos y los estándares de calidad que se requieren para llevarlas a cabo”.* (Ministerio de Salud, 2006)

El modelo de Rehabilitación psicosocial que subyace a la normativa focaliza el proceso de rehabilitación desde una perspectiva micro-social,

propiciando la relación entre el individuo y su medio habitual. Además plantea una asistencia personalizada de acuerdo a las necesidades de las personas, durante todo el proceso, promoviendo la participación directa del individuo, su núcleo familiar y la comunidad en que vive.

Sin perjuicio de lo anterior es importante señalar que la Rehabilitación Psicosocial no se agota en el espacio micro-social, sino que además se deben buscar mediante otras instancias tales como Políticas sociales y de salud, las oportunidades de realización en distintas áreas, tales como vivienda, trabajo, servicios, entre otras, con el fin de promover la reconstrucción de espacios macro-sociales más justos y equitativos.

Además de ello para la generación de cualquier programa de Rehabilitación Psicosocial es necesario plantear principios y objetivos que orienten su actuar, en este sentido la Norma Técnica Número 90, propone por una parte, principios valores y características que dichos programas deben incorporar, y además objetivos tanto generales como específicos, los cuales se plantean a continuación.

3.3.1.- PRINCIPIOS, VALORES Y CARACTERÍSTICAS DE LA NORMA TÉCNICA N°90.

El proceso de rehabilitación que experimenta la persona, conlleva una serie de cambios, que se experimentan de manera única y personal, puesto que la lleva a definir un nuevo sentido y propósito en la vida, es por esto que el primero de los principios considera, **asistencia personalizada** de cada individuo a lo largo del tiempo.

Cada individuo posee capacidades y competencias, por lo que la rehabilitación **potencia y fortalece cada uno de estos aspectos**, y no sólo tiende a disminuir sus deficiencias. Es importante destacar que los logros de cada persona en términos de su desarrollo, es aplicado a su propio contexto.

Considerando el desarrollo de las capacidades, la rehabilitación **promueve la autonomía de cada persona al mayor grado posible**, se debe tener en cuenta que en términos concretos la rehabilitación tiene un significado y resultado particular para cada individuo.

Entendiendo que cada persona es única en sus características y dificultades ***la rehabilitación debe estar basada en la situación particular del sujeto***, adaptándose a sus necesidades, talentos y deseos.

La rehabilitación es un proceso que además de promover un cambio en la persona, también ***provoca una transformación sobre el medio específico con que ésta se relaciona*** cotidianamente. Lo anterior implica que no sólo el sujeto debe adecuarse a los parámetros de normalidad sino también el entorno debe poder modificarse y ofrecerle los soportes necesarios para que se desempeñe en un ambiente en condiciones de igualdad.

De lo mencionado anteriormente se desprende la importancia de ***realizar las acciones de rehabilitación en un lugar cercano al espacio en el cual se desenvuelve habitualmente la persona***, de manera de garantizar el respeto a sus derechos humanos básicos y facilitar el aprendizaje socio-cultural necesario para su integración.

Este modelo de rehabilitación psicosocial ***enfatisa una concepción amplia y globalizadora de los derechos humanos***, reconociendo y promoviendo el derecho de las personas a una ciudadanía plena.

Finalmente la persona con discapacidad psíquica es preparada dentro de su entorno comunitario, para vivir y participar de él en la misma medida que el resto de las personas, ello implica también la utilización de los recursos socio-comunitarios a los que accede la mayoría de los individuos para satisfacer sus necesidades.

3.3.2.- OBJETIVOS GENERALES NORMA TÉCNICA N°90

- Que los usuarios logren insertarse con el máximo nivel de autonomía posible, en un entorno laboral, social y comunitario adecuado a sus capacidades, potencialidades, necesidades y deseos.
- Que los usuarios mejoren su calidad de vida y percepción global de satisfacción, de acuerdo al sistema cultural y de valores que observan, y en relación con sus metas, expectativas e intereses.

3.3.3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS NORMA TÉCNICA N°90

- Que los usuarios se mantengan estabilizados desde el punto de vista psicopatológico, disminuyendo la frecuencia de las crisis y la sintomatología activa.
- Que los usuarios desarrollen habilidades, destrezas y capacidades personales para un mejor desempeño en los roles de la vida cotidiana, con énfasis en las áreas de la actividad primaria, como los son el cuidado personal, descanso, recreación y trabajo.
- Que los usuarios aumenten sus posibilidades de intercambio social en diversos ambientes y desarrollen las habilidades psicosociales necesarias que les permitan comportarse en la forma más exitosa y eficaz en esos ambientes.
- Que la familia de cada usuario participe activamente en el proceso de rehabilitación, desarrolle capacidades para promover el autocuidado y autonomía del individuo en un máximo nivel posible, apoyando la inserción social y laboral.
- Que la familia desarrolle capacidades para generar entre sus miembros prácticas relacionales más saludables, especialmente en aquellos casos donde sea determinante para el bienestar del usuario y el propio grupo familiar.
- Que el entorno laboral, social y comunitario cotidiano de cada usuario participe activamente en el proceso de rehabilitación, logre generar espacios de acogida e integración y pueda movilizar recursos específicos que estimulen su desarrollo.

Los objetivos anteriormente descritos deben estar incluidos en todos los programas de rehabilitación psicosocial, ya que se encuentran dirigidos a una población específica, la cual se caracteriza por su gran vulnerabilidad.

De este modo a partir de los objetivos tanto generales como específicos de la Norma Técnica N°90, se establecen los objetivos planteados para el programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía, estos representan el objeto de estudio del presente seminario de título los cuales serán descritos a continuación.

4.- CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE MEDIANA ESTADÍA.

Para efectos de la presente investigación se busca determinar el impacto de los objetivos específicos del programa de Rehabilitación de Reintegración Biopsicosocial referidos específicamente al paciente, los cuales corresponden a:

- Compensar su patología psiquiátrica y desarrollar adherencia al tratamiento.
- Desarrollar la conciencia de sí mismo, en lo emocional, cognitivo, conductual y relacional- social.
- Mejorar estado clínico, y desempeño socio/ocupacional.
- Potenciar capacidades remanentes.
- Lograr la integración familiar, social y/o laboral, a través de la red.

Para una mayor comprensión de la investigación y en concordancia con los objetivos establecidos para la evaluación, se hace necesario la definición, en base a la Norma Técnica de Rehabilitación Psicosocial para Personas Mayores de 15 años con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad, de ciertos conceptos tales como: *adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad, integración familiar e integración social*. Además de ellos es preciso clarificar, por su relevancia en el proceso evaluativo: *rehabilitación psicosocial y significación*.

4.1.- REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

A partir de 1945, se identifica un proceso de transformación en la historia de la asistencia psiquiátrica, el cual se caracterizó por la reestructuración de la organización de las estructuras psiquiátricas clásicas. Es así como se promueve el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de dispositivos comunitarios de atención.

Esta nueva concepción de la psiquiatría, comprendió el paso de un modelo custodial a un modelo de atención comunitaria, en donde lo comunitario devuelve al sujeto, a través de la desinstitucionalización, ***“a una posición dentro de un contexto relacional, del que había sido***

despojado, en el que la comunidad y el núcleo familiar juegan un papel activo y donde se materializa un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud mental.”

En cuanto a la rehabilitación, en el enfoque comunitario, pasa a ser una condición necesaria para la reinserción de los pacientes reclusos en los hospitales a la comunidad y, sobre todo, para permanecer con la mayor autonomía y calidad de vida posible. Conjuntamente, la concepción del enfermo mental crónico también evoluciona, considerándosele, como una ***“persona activa “usuario” que puede ejercer sus derechos en un plano de igualdad, es decir un ciudadano.”***

En este modelo, la rehabilitación implica no solo la intervención de la dimensión biológica, sino que apunta a reparar las consecuencias de la enfermedad mental crónica en la dimensión socio-ambiental: la discapacidad y la minusvalía. En este sentido, la discapacidad estaría constituida por la limitación de la capacidad de la persona para desempeñar funciones cotidianas. Mientras que, ***“la minusvalía o desventaja se refiere a las barreras sociales o a las limitaciones en las oportunidades para integrarse plenamente a su entorno.”***

La ***rehabilitación psicosocial***, nos dice J.M Bertolote, es un proceso que busca facilitar a los individuos su nivel óptimo de desarrollo independiente en la comunidad. La palabra ***rehabilitación***, significa volver a ocupar los roles sociales perdidos (perdidos por su enfermedad) o los que nunca ha logrado adquirir por su enfermedad o por la reacción de la sociedad misma. Se trata de devolverles su autonomía.

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

Conjuntamente, es importante señalar que la rehabilitación, en términos generales, comprende dos grandes objetivos, el ***primero a nivel del sujeto y desde el punto de vista funcional***, pretende mejorar habilidades que la persona tenía, pero ha perdido; evitar el deterioro de capacidades; potenciar las capacidades residuales y enseñar a la persona habilidades nuevas. El segundo, ***a nivel de contexto***, pretende desarrollar

recursos y apoyos, que se mantengan pese a los cambios sociales y que permitan la inserción del sujeto en su comunidad en el largo plazo.

Por otra parte, la OMS (2004) plantea los siguientes **objetivos intermedios**:

- Mejorar el bienestar psicológico del sujeto y su familia
- Reducir los síntomas
- Reducir los efectos adversos del tratamiento
- Mejorar la competencia social del individuo
- Reducir la discriminación social y el estigma
- Apoyar a las familias y a los cuidadores
- Crear y mantener redes sociales de apoyo
- Empoderar a los usuarios

Por lo tanto, el proceso de rehabilitación, no es la mera sustitución de discapacidades por capacidades, sino que está referida a un conjunto de estrategias e intervenciones dirigidas a aumentar las oportunidades de intercambios de recursos y emociones entre el individuo y su contexto, por lo tanto es un proceso que implica necesariamente la apertura de los espacios sociales para el usuario y su familia. La rehabilitación, debe proporcionar también la transformación de los espacios sociales o la creación de otros nuevos, donde no solo las personas con trastornos mentales deban realizar cambios, sino también donde el contexto y la comunidad deban realizar modificaciones para ofrecer mejores condiciones de vida.

En conclusión, rehabilitación psicosocial busca recuperar o adquirir las capacidades y habilidades de las personas con trastornos mentales, con el fin de propiciar y favorecer su integración.

4.2.- INTEGRACIÓN Y REINTEGRACIÓN SOCIAL.

Tanto la rehabilitación psicosocial como la integración social, busca realizar cambios en el entorno de las personas con trastornos mental, permitiendo su empoderamiento como sujetos de derecho, lo que conlleva una participación activa de cada uno de ellos en su comunidad.

Para ello es necesario llevar a cabo una serie de intervenciones en el contexto inmediato de la persona para promover en esta, las transformaciones que mejoren su situación de vida actual.

Las intervenciones destinadas a este ámbito son las más difíciles de implementar, principalmente por la multiplicidad de factores que están involucrados, las personas deben someterse a un proceso de reintegración que les permita volver a vincularse con su entorno más cercano.

De este modo tanto la integración como la reintegración social, como forma de intervención, debe aplicarse a lo menos en los siguientes ámbitos:

Espacios de entretenimiento y esparcimiento: La intervención en esta línea tiene como objetivo ocupar el tiempo libre del sujeto, pues *“tienen un ocio forzado y exceso de tiempo libre que es insatisfactorio y de baja calidad, a través de la realización de actividades recreativas, facilitando el contacto con su entorno social-comunitario”*. (Ministerio de Salud, 2006).

Este tipo de intervención se divide en las siguientes etapas:

- Identificación de los intereses personales y los beneficios de las actividades de recreación para el usuario.
- Obtención de información sobre actividades de recreación en la comunidad del usuario y qué requisitos se necesitan para desarrollarlas.
- Establecer contacto y coordinación con las fuentes de recreación.
- Incorporación del usuario a la actividad y seguimiento.

En términos prácticos se evalúan las dificultades que encuentra cada persona en la interacción con su medio comunitario para el ejercicio de actividades de recreación y sociabilidad.

Posteriormente, se realizan acciones de coordinación de manera de lograr una apertura a la incorporación de personas con discapacidad psíquica, y finalmente se realiza un seguimiento estrecho del sujeto y su interacción con los mismos.

Vivienda y hogar: Una de las necesidades básicas, esenciales, de toda persona es la vivienda, pero más aún, el espacio propio donde se está y se descansa, donde se ejercita el ocio, los ritmos biológicos cotidianos, las actividades elementales de la vida, comer, dormir, vestirse, etc.

Es habitual que la persona con un trastorno psiquiátrico severo de discapacidad sea acogida por su núcleo familiar, y por ende la necesidad de vivienda sea resuelta de esta manera. Sin embargo, en otros casos, la familia no puede o no desea convivir con el usuario y éste debe acceder entonces a un espacio propio o compartido, o en la peor de las circunstancias, vivir en “situación de calle”.

La intervención socio-comunitaria relativa a la vivienda, se relaciona fundamentalmente con tres objetivos.

- Apoyar en la consecución de una vivienda, buscando las mejoras alternativas residenciales, ya sea autónomas o protegidas.
- Apoyar en la organización más adecuada del hogar, para que el usuario pueda desenvolverse de la manera más cómoda y autónoma posible.
- Apoyar en el desempeño de las actividades del hogar y en la buena convivencia entre los miembros del hogar.

Este tipo de intervención debe considerar diversas alternativas residenciales de acuerdo a las posibilidades y necesidades de apoyo, de aprendizaje, intercambio y protección social del usuario, por ejemplo, vivienda autónoma, colocación familiar, hogares protegidos o residenciales protegidas, entre otros.

Es por ello que se hace necesario realizar una intervención a nivel familiar con el objetivo de propiciar la integración del paciente a su grupo social primario, satisfaciendo a su vez la necesidad de espacios de entretención, esparcimiento, vivienda y hogar.

4.3.- INTEGRACIÓN FAMILIAR.

La familia, tal como fue mencionado, es el grupo social primario de todos los seres humanos, es allí donde se aprenden la mayor parte de los comportamientos sociales y es fuente potencial de apoyo emocional y protección, aún cuando el individuo haya adquirido identidad, autonomía y vida independiente.

Pero cuando la familia se ve enfrentada a una persona con trastorno mental requiere de ayuda para manejar la relación con ese familiar, siendo importante la asistencia profesional adecuada, para un apoyo efectivo en el proceso de rehabilitación e integración social.

Estas intervenciones psicosociales buscan, que la familia logre una mejor adaptación al trastorno y a las consecuencias de este, incorporándolas en el proceso de rehabilitación. Todo basado en las necesidades de información, entrenamiento y apoyo familiar.

En estas intervenciones se utilizan técnicas de tipo cognitivo-conductuales, psicoeducativas, herramientas basadas en la teoría Sistémica Familiar, enfatizando en mejorar la comunicación de los miembros del sistema familiar, a través del aprendizaje social.

Este tipo de intervenciones ha mostrado ser eficaz a corto y mediano plazo en reducir el número de recaídas en el usuario. También se han encontrado efectos favorables sobre el deterioro social general y los niveles de emoción expresada dentro de la familia.

Como ya fue mencionado, el apoyo familiar es un factor importante, en la disminución de las recaídas de este tipo de paciente. Además de el, es posible identificar otro elemento que favorece este descenso, este es la generación de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

4.4.- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Los pacientes que presentan trastornos psiquiátricos, se caracterizan por no tener conciencia o noción del problema que les afecta, por lo que tiende a minimizar o a no relacionar la importancia de la sintomatología en sus conductas cotidianas.

Los síntomas delirantes que puede padecer una persona, tales como, persecución, autoreferencia, robo de pensamiento, hostilidad, entre otras alteran el desempeño de las actividades diarias que esta pueda realizar e incluso pueden configurarse en torno a las relaciones que el sujeto tiene con su mundo circundante.

Es por esto que se hace fundamental que el individuo pueda comprender estos síntomas como constitutivos de un trastorno, que tiene un tratamiento.

En este punto interesa enfatizar que el trabajar durante el proceso rehabilitador sobre la conciencia del trastorno y la adhesión a tratamiento psiquiátrico, es importante para garantizar un mejor resultado.

En este sentido para lograr conciencia de la enfermedad y adherencia al tratamiento es fundamental que el individuo logre lo siguiente:

- Incorporar conocimientos respecto de su propio trastorno mental.
- Aprender a identificar su sintomatología.
- Detectar precozmente su aparición.
- Comunicar adecuadamente a un tercero para pedir ayuda oportuna.
- Ejecutar todas las indicaciones que le han sido entregadas en términos de pautas conductuales o prescripciones farmacológicas y,
- Desarrollar conductas de autocuidado.

Las técnicas que comúnmente se emplean para el desarrollo de ambas habilidades son la psicoeducación y los métodos cognitivo-conductuales, ya sea mediante estrategias de intervención individuales o grupales.

La evidencia sobre ensayos clínicos acerca de intervenciones psicoeducativas concluye, que éstas disminuyen el riesgo de recaídas entre los 9 y 18 meses después de alta hospitalaria, además de ello se puede lograr un mejor cumplimiento de la medicación. (Ministerio de Salud, 2006)

Es importante considerar que cada individuo se ve afectado por factores culturales propios de su historia, por lo cual al tratar de generar conciencia de su enfermedad es necesario considerar el contexto social, y por ende trabajar con sus propios valores y concepciones, es decir con la significación que cada sujeto le atribuye al proceso de intervención.

4.5.- SIGNIFICACIÓN.

La significación es una construcción humana que nace del proceso sónico, como representación de la realidad, como experiencia subjetiva, como medio de interacción social y como resultado de una triple relación: el hombre, las cosas y los fenómenos; el hombre y su experiencia subjetiva, y el hombre y su interacción con sus semejantes.

Al ser una construcción humana colectiva es, por consiguiente, un producto social, se interpreta la realidad de acuerdo a la comunidad a la cual se pertenece.

Esta construcción posee tres niveles: Referencial, lógico y socio-cultural.

A nivel referencial, es la experiencia quien proporciona el conocimiento de la realidad, de la cual es posible elaborar una representación conceptual mediante la percepción sensorial, transformando la realidad en significación.

A nivel lógico, a la representación elaborada de la realidad se le añaden, mediante operaciones de pensamiento, categorías intelectuales por lo que se le agrega a los significados nociones de valor o contenido de verdad.

A nivel socio-cultural, los significados construidos en los niveles anteriores entran en contacto con la sociedad y la cultura de los individuos, generando una configuración semántica, resultado de la experiencia, de operaciones intelectuales y culturales, esta configuración permite inscribir los significados en un sistema compartido de valoración y conocimiento de la realidad, elaborando una interpretación cultural de la realidad.

Por lo tanto, la significación tiene directa relación con las experiencias y valores de cada persona.

De este modo la conceptualización de los objetivos de la UME contempla los aspectos principales vinculados al tema de la rehabilitación, los cuales nos ayudan a comprender a cabalidad el proceso de rehabilitación y reintegración biopsicosocial que se pretende llevar a cabo a partir del Programa de la Unidad.

A modo de conclusión podemos decir que cada uno de los aspectos tanto metodológicos como conceptuales que se definen en el capítulo, se consideran de gran relevancia, puesto que enmarcan el desarrollo del presente Seminario de Título, otorgándole un sustento teórico necesario para la comprensión del mismo.

En el siguiente capítulo se define el Diseño de Evaluación que se utilizará para el desarrollo del presente seminario.

Capítulo IV:

Diseño de la Evaluación

PRESENTACIÓN

A continuación se presenta el capítulo IV el que corresponde a Diseño de Evaluación. Este apartado será confeccionado en base a la literatura revisada principalmente *“Tópicos de la Evaluación en Educación”* del autor Pedro Ahumada.

De acuerdo a esto es posible encontrar, en este apartado, los siguientes aspectos claves para un correcto desarrollo de la evaluación, estos son: *Enfoque de la Evaluación, Recolección de la Información, Organización de la Información, Análisis de la Información, Comunicación de la Información, Administración de la Evaluación.*

Dentro de *Enfoque de la Evaluación* es posible encontrar los objetivos propuestos por el Equipo Seminarista de Título como también las características de la población y la muestra, funciones que desarrollará la evaluación, las variables sometidas a evaluación, los modelos utilizados para evaluar y la periodicidad en la entrega de información.

En *Recolección de Información* se establecen las fuentes para la obtención de ella, los instrumentos, tales como base de datos y guión de entrevista, y las condiciones para ello.

La *Organización de la Información* hace referencia al formato para la recolección de la información, al sistema de codificación de los datos, de acuerdo categorías o análisis y al método de organización de esta.

El *Análisis de la Información* da los lineamientos para el tipo y los medios de realización de este.

En el diseño de evaluación un punto importante corresponde a la *Comunicación de la Información*, este comprende circulación del informe, el procedimiento y formato para la entrega del informe así como el momento en que se proporcionará.

En cuanto a la *Administración de la Evaluación* este menciona los requerimientos y calificación del personal relacionado al proceso, así como la dedicación horaria y los recursos materiales necesarios.

Estos seis puntos se desarrollaran en mayor profundidad en las páginas siguientes.

DISEÑO DE EVALUACIÓN

De acuerdo a lo señalado por Ahumada, P. (1989) se reconocen tres etapas en el diseño de una evaluación, tanto para su desarrollo como su implementación, las que corresponden a:

- Delimitación de las necesidades de evaluación
- Plan para recopilar la información
- Plan para proporcionar la información

De las fases ya mencionadas, se operacionalizan las siguientes etapas las cuales corresponden al desarrollo de un diseño evaluativo

1. Enfoque de la evaluación
2. Recolección de la información
3. Organización de la información
4. Análisis de la información
5. Comunicación de la información
6. Administración de la evaluación

A continuación se desarrollará la primera de estas etapas correspondiente al enfoque de la evaluación.

1.- ENFOQUE DE LA EVALUACIÓN

1.1.- Nivel en que se va a Realizar la Evaluación.

Corresponde al *nivel local*, puesto que el Programa a Evaluar se ejecuta en la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador, de la Comuna de Valparaíso.

El Hospital Psiquiátrico del Salvador corresponde a una Institución de *tipo fiscal*, pues depende del Ministerio de Salud, específicamente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

Los sujetos de evaluación corresponden a *pacientes* egresados de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador, entre los años 2006-2010, pertenecientes a la comuna de Valparaíso.

1.2.- Objetivos de Evaluación.

A partir de la conceptualización realizada en el capítulo anteriormente expuesto se han establecido los siguientes objetivos para la presente investigación evaluativa:

Objetivo General:

- ***Evaluar el nivel de impacto de los objetivos del programa*** de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía en pacientes de la comuna de Valparaíso cuyo primer egreso del programa se encuentre entre los años 2006-2010.

Objetivos Específicos:

- ***Evaluar el nivel de Adherencia al tratamiento y Conciencia de enfermedad*** de los pacientes de la comuna de Valparaíso egresados, por primera vez, de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador entre los años 2006-2010.
- ***Evaluar el nivel de integración familiar***, de los pacientes de la comuna de Valparaíso egresados, por primera vez, de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador entre los años 2006-2010.

- ***Evaluar el nivel de integración social***, de los pacientes de la comuna de Valparaíso egresados, por primera vez, de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador entre los años 2006-2010.
- ***Evaluar la significación*** que le atribuyen los pacientes egresados por primera vez de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador entre los años 2006-2010, pertenecientes a la comuna de Valparaíso, a su participación en el programa de la misma.
- ***Evaluar la significación*** que le atribuyen los familiares de pacientes egresados por primera vez de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador entre los años 2006-2010, pertenecientes a la comuna de Valparaíso, a su participación en el programa de la misma.

1.3.- Población Objetivo y Características de la Muestra.

La ***unidad de análisis*** que se considerará para la presente investigación, tanto para la ***dimensión cuantitativa*** como para la ***cualitativa***, serán los *pacientes de la Unidad de Mediana Estadía cuyo primer egreso se encuentre entre los años 2006-2010 y que al momento de su primer ingreso residan en la comuna de Valparaíso.*

A lo anterior, se incluye una nueva condición, referida al periodo de internación de los pacientes, el cual fue establecido en conjunto con el equipo de profesionales de la Unidad de Mediana Estadía, en base tanto al Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial, como a su experiencia en la Unidad.

Teniendo en cuenta lo anteriormente señalado, el *periodo de internación mínimo requerido para la consecución de los objetivos planteados para los pacientes, será de 90 días en su primer egreso entre los años 2006 - 2010.*

Por lo tanto, para la población objetivo se consideraran las siguientes condiciones:

1. Tener un primer egreso de la UME entre los años 2006 – 2010

2. Que al momento de su primer ingreso a la unidad residan en la comuna de Valparaíso.
3. Contar con un periodo mínimo de internación de 90 días, en su primer egreso entre los años 2006 - 2010.

De acuerdo a esto la población total con la que se trabajará para el análisis corresponde a **40 personas**.

Por otra parte, la **dimensión cualitativa** contará con un **muestreo intencionado en base a sujetos tipo** – o selección de caso ideal típico -, el cual es definido como “un procedimiento en el que el investigador idea el perfil del caso mejor, más eficaz o más deseable de una población y, posteriormente, encuentra un caso del mundo real que se ajusta a aquel de forma óptima” (Rodríguez Gómez, Gil Flores, & García Jiménez, 1996)

Esta tipología está basada en la selección deliberada e intencional, la cual se encuentra supeditada, principalmente, a la riqueza del discurso de los sujetos tipo. No así en lo que respecta a los diseños probabilísticos, los cuales parten del supuesto de que todos los miembros de una población dada tienen el mismo valor como fuentes de información.

De esta manera, el tamaño de una muestra cualitativa, está determinado por una serie de consideraciones o dimensiones. Tales dimensiones se configuran a través de: propósitos de la investigación, características del fenómeno en estudio y diseño de investigación.

Siguiendo esta estrategia de selección, se ha establecido un perfil de criterios esenciales que deben cumplir los sujetos tipo a elegir, dentro de los cuales los tres primeros son compartidos con la dimensión cuantitativa, y corresponden a la unidad de análisis:

1. Tener un primer egreso de la UME entre los años 2006 – 2010
2. Que al momento de su primer ingreso a la unidad residan en la comuna de Valparaíso.
3. Contar con un periodo mínimo de internación de 90 días, en su primer egreso entre los años 2006 - 2010.

4. Pacientes que se encuentren asistiendo a controles en el Hospital Psiquiátrico del Salvador y/o residan en Hogar Protegido pertenecientes a la red de la institución.
5. Pacientes que no presenten diagnóstico de retardo mental, daño orgánico cerebral, Trastorno Antisocial o deterioro psico-orgánico.
6. Pacientes que se encuentren con su patología psiquiátrica compensada.
7. Pacientes que accedan voluntariamente a que se les realice la entrevista.

Conjuntamente, se considerará para la elección de los sujetos tipo, factores tales como sexo y edad para mantener la heterogeneidad de la muestra.

En el caso de los familiares, el perfil que se ha establecido, es el siguiente:

1. Que el paciente del familiar entrevistado, tenga un primer egreso de la UME entre los años 2006 – 2010
2. Que el paciente del familiar entrevistado, al momento de su primer ingreso a la unidad resida en la comuna de Valparaíso.
3. Que el paciente del familiar entrevistado, cuente con un periodo mínimo de internación de 90 días en su primer egreso.
4. Que el familiar acceda voluntariamente a que se le realice la entrevista.

Antes de realizar la entrevista tanto a pacientes como a familiares, estos deberán firmar un consentimiento el cual indica que acceden voluntariamente a ser entrevistados (ver anexo N°5).

Para finalizar se ha elaborado un cuadro resumen respecto de la población objetivo y muestra tanto de la dimensión cuantitativa como de la dimensión cualitativa, el cual se muestra a continuación.

Cuadro 4. 1 POBLACIÓN OBJETIVO Y MUESTRA

POBLACIÓN OBJETIVO Y MUESTRA	
Dimensión Cuantitativa	Dimensión Cualitativa
Se trabajará con el total de la población	Se establecerá una muestra en base a sujetos tipo
Se consideraran tres condiciones para la unidad de análisis.	Se considerarán dos poblaciones objetivo: pacientes y familiares.
La población objetivo corresponde a 40 pacientes	Muestra de pacientes: 8 Muestra de familiares: 5

Fuente: Elaboración propia.

1.4.- Base de Comparación para la Información Obtenida.

El criterio que se utilizará para la comparación de la información, será en base a los *objetivos establecidos previamente en el proyecto*. Lo anterior, hace referencia a los objetivos que plantea para el paciente, el programa de Rehabilitación y Reinserción biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía, los cuales están referidos a: compensar su patología psiquiátrica y desarrollar adherencia al tratamiento; desarrollar la conciencia de sí mismo, en lo emocional, cognitivo, conductual y relacional- social; mejorar estado clínico, y desempeño socio/ocupacional; potenciar capacidades remanentes; lograr la integración familiar, social y/o laboral, a través de la red.

Con todo, el criterio establecido para la presente investigación evaluativa es el **impacto** referido a los objetivos del programa, en los pacientes egresados del Programa de la U.M.E.

De acuerdo a la base de comparación para la información, y a los objetivos tanto generales como específicos ya expuestos, se desarrolla a continuación el siguiente cuadro explicativo, el cual contiene cinco columnas en las cuales se identifican el criterio, la dimensión, las subdimensiones, indicadores y subindicadores.

En el cuadro se distingue el criterio principal a utilizar para la presente investigación, ***impacto***, tanto para la dimensión cuantitativa como para la dimensión cualitativa.

Cuadro 4. 2 OBJETIVOS DE EVALUACIÓN

Criterio	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
IMPACTO	1.- Cuantitativa	1.1.-Adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad	1.1.1 Asistencia a controles durante los tres meses de seguimiento en UME.	Cumplido
			1.1.2 Cantidad de hospitalizaciones post alta.	No cumplido
		1.2.-Integración familiar	1.2.1 Tasa de colocación familiar antes de la Hospitalización.	Cumplido
			1.2.2 Tasa de colocación familiar después de la hospitalización.	No cumplido
		1.3.-Integración Social	1.3.1 Tasa de colocación en Centros Diurnos de Rehabilitación con base en la comunidad.	Cumplido
				No cumplido
	2.- Cualitativa.	2.1.- Significación de los pacientes egresados a su participación en el programa.	2.1.1 Entrevistados planteen satisfacción positiva	
			2.1.2 Entrevistados planteen satisfacción negativa	
		2.2.- Significación de familiares de pacientes egresados acerca de su participación en el programa.	2.2.1 Entrevistados planteen satisfacción positiva	
			2.2.2 Entrevistados planteen satisfacción negativa	

1.5.- Variables o Aspectos Sometidos a Evaluación.

De acuerdo con lo expuesto, el criterio a evaluar corresponde al **nivel de Impacto** de los objetivos propuestos para el paciente en el programa de Rehabilitación y Reinserción Biopsicosocial de la U.M.E. específicamente, en lo referido al impacto en las dimensiones *adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad, integración familiar e integración social*, consideradas en los objetivos propuestos por el programa, en su Manual de organización, las que además representan la base de comparación para la realización de la evaluación.

En cuanto a los aspectos sometidos a evaluación estos dependerán de modo directo con el tipo de evaluación que se realizará, en caso del presente Seminario de Título la evaluación del programa será en base al análisis de la información tanto de modo cuantitativo, como cualitativo, es por esto que dependiendo del caso se utilizarán tanto *variables estadísticas nominales como ordinales* para lo primero y conceptos claves para lo segundo.

De acuerdo a lo propuesto por el equipo evaluador, el rango aceptable para los valores asignados a cada indicador corresponde a los **estándares evaluativos**, los cuales han sido definidos en base a revisión bibliográfica específicamente a la norma técnica N° 90, a la consulta de expertos en el área, y a lo recabado con el equipo profesional de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador

Para la **dimensión cuantitativa**, se establecerá un estándar que determine *un nivel de impacto cumplido o no cumplido*, para cada indicador.

Los indicadores correspondientes a la subdimensión **adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad**, son asistencia a controles durante los tres meses de seguimiento en UME y cantidad de hospitalizaciones post alta.

En cuanto al primer indicador, se ha determinado que los pacientes deben **asistir a control** al menos una vez al mes durante el periodo de seguimiento señalado (3 meses), para este estándar se establece que el 90% de los pacientes egresados hayan asistido a la totalidad de los controles.

Para el segundo, referido a **cantidad de hospitalizaciones post alta en UME**, se establece que 85% de los pacientes egresados de la UME no presenten rehospitalizaciones en el periodo de un año. Para ello se utiliza la siguiente fórmula:

$\frac{\text{Nº de pacientes egresados de la UME, entre los años 2006 -2010 pertenecientes a la Comuna de Valparaíso, que presenten rehospitalizaciones en el periodo de un año}}{\text{Nº de pacientes egresados de la UME entre los años 2006 -2010 pertenecientes a la Comuna de Valparaíso.}} \times 100$

Por otra parte, para **integración familiar**, el primer indicador corresponde a la tasa de colocación familiar antes de la hospitalización, la que servirá de estándar comparativo respecto del indicador **colocación familiar al egreso**, para este último se establece que, el 90% de los usuarios que provengan de su entorno familiar, al momento de su egreso hayan sido insertados en el mismo.

Para lo anterior, se utilizará la siguiente fórmula:

$\frac{\text{Nº de pacientes egresados del programa que se han insertado nuevamente en su entorno familiar.}}{\text{Nº de pacientes que a su ingreso a la UME entre los años 2006 -2010 pertenecientes a la Comuna de Valparaíso provengan de su entorno familiar.}} \times 100$
--

Además se espera que el 100% de aquellos pacientes que a su ingreso no lo hayan hecho desde su hogar familiar, al momento de su egreso se inserten en algún dispositivo residencial (protegido o particular) o en su familia.

A continuación se presenta la fórmula utilizada:

$\frac{\text{Nº de Pacientes que a su egreso se inserten en dispositivos residenciales (protegido o particular) o en su hogar familiar.}}{\text{Nº de pacientes que a su ingreso no provengan de su entorno familiar}} \times 100$
--

La tercera subdimensión, **integración social**, corresponde el indicador **tasa de colocación en centros diurnos de rehabilitación con base en la comunidad** para el cual se espera que, el 50% de los usuarios egresados del programa se hayan incorporado a centros diurnos de rehabilitación con base en la comunidad, a continuación se presenta la siguiente fórmula.

Nº de usuarios egresados del programa que se han incorporado a centros diurnos de rehabilitación con base en la comunidad	
_____	X100
Nº de pacientes egresados de la UME entre los años 2006 -2010 pertenecientes a la Comuna de Valparaíso.	

En tanto que, para ambas **subdimensiones cualitativas** los estándares se fijarán de acuerdo a la satisfacción expresada por los entrevistados, dividida ésta en una valoración *positiva o negativa*. Para estos efectos se entenderá por satisfacción positiva o negativa cuando los entrevistados planteen una valoración de este tipo a su experiencia.

1.6.- Funciones de la Evaluación.

Esta corresponde a una *evaluación de producto o sumativa* del Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador.

La evaluación tiene como sujetos de atención, pacientes ya egresados de la U.M.E. por lo tanto, se medirá el impacto de los objetivos planteados para ellos.

1.7.- Periodicidad en la Entrega de Información.

En esta etapa las alumnas han dividido la entrega de la información en tres puntos centrales, los cuales serán transmitidos a la Unidad durante las reuniones periódicas que se llevarán a cabo en el proceso de Seminario de Título, el cual comprende aproximadamente siete meses, desde Marzo a Octubre del presente año.

La entrega de información al equipo de profesionales de la Unidad de Mediana Estadía, por parte de las alumnas seminaristas, se llevará a cabo *al finalizar una determinada etapa o actividad del proceso de evaluación*, éstas se encuentran señaladas en carta Gantt.

La información referida a las estrategias utilizadas, será entregada al equipo de profesionales de la U.M.E. con una *periodicidad de dos semanas* con el fin de tomar decisiones en conjunto, propiciando así el contacto directo y permanente con la institución.

En cuanto a la información para la toma de decisiones, referida a los resultados del proceso de evaluación del programa de la UME, será entregada al equipo de profesionales de *dos a tres veces* durante el período establecido para el mismo.

1.8.- Nivel de Decisión o de Audiencia.

El equipo evaluador reconoce dos tipos de audiencia para la entrega de la información, y la futura toma de decisiones, estas corresponden a:

Audiencia primaria: Equipo de profesionales de la U.M.E del Hospital del Salvador, es cual está conformado por un médico, director de la Unidad, un enfermero, un terapeuta ocupacional, una psicóloga clínica y un asistente social.

Audiencia Secundaria: Corresponde a Pacientes egresados de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador.

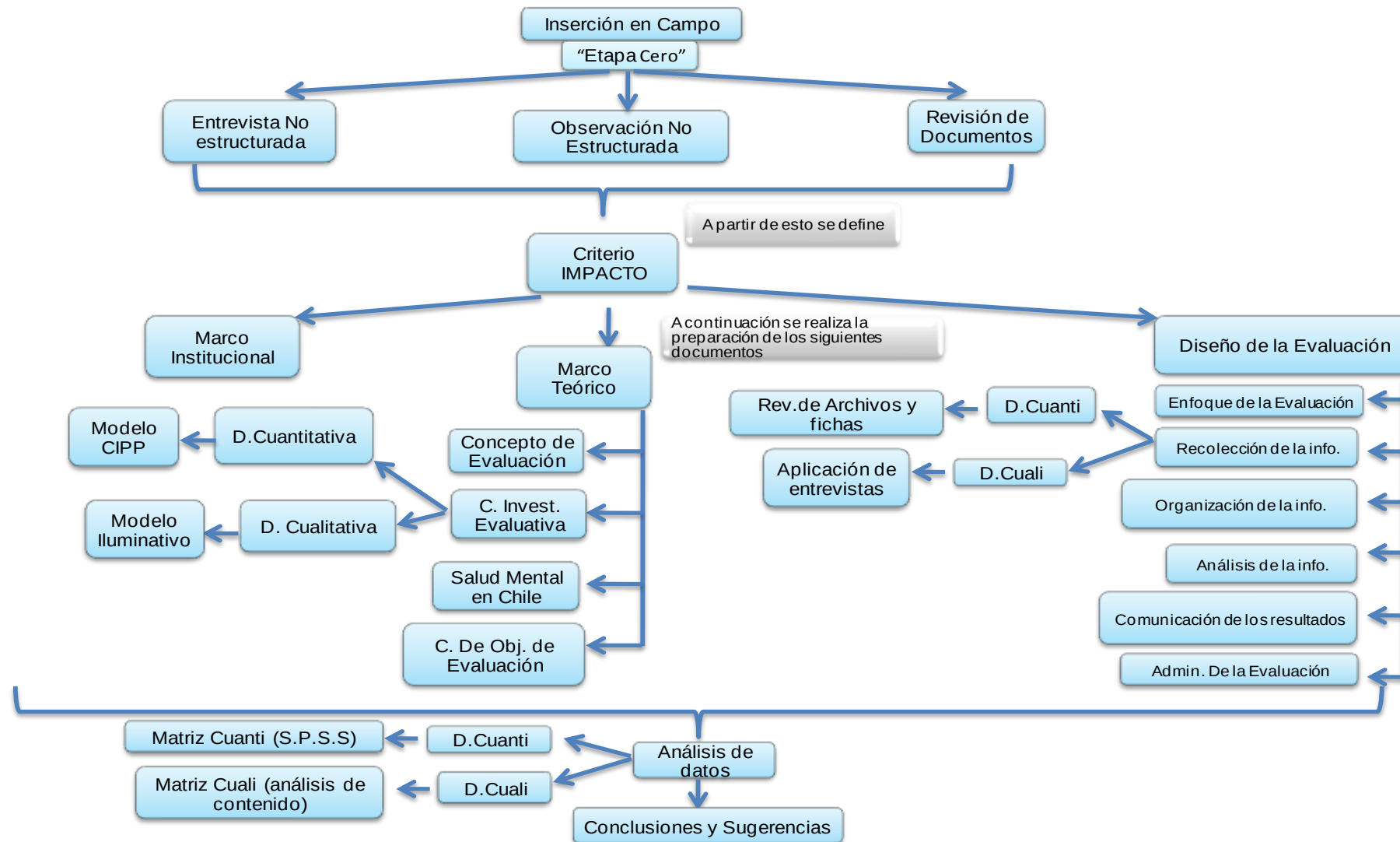
1.9.- Modelos

La estrategia evaluativa, contempla la incorporación de elementos de los modelos CIPP y modelo iluminativo, cada uno de acuerdo a la dimensión que se pretende evaluar (cuantitativa o cualitativa). Ambos modelos se adecúan al contexto de la evaluación lo que contribuye significativamente a la consecución de resultados óptimos para la investigación.

El proceso de la investigación evaluativa que es llevada a cabo por las alumnas seminaristas, comprende una serie de etapas previas y posteriores a la evaluación de los resultados propiamente tal, las cuales han dado paso a la toma de decisiones en el desarrollo de la investigación.

A continuación se presenta un esquema explicativo acerca del proceso que han llevado a cabo las alumnas seminaristas:

Figura 4. 1 PROCESO SEMINARIO DE TITULO



Fuente: Elaboración propia.

En la figura expuesta, se presentan los pasos establecidos para el proceso de investigación llevado a cabo por las alumnas. La primera de ellas ha sido denominada “etapa cero” la cual se caracteriza por una inserción en el la Unidad de Mediana estadía del Hospital Psiquiátrico el Salvador, institución en la cual se desarrolla el trabajo de Seminario de Título.

Esta primera fase, ha sido de gran importancia, ya que a partir de las técnicas mencionadas en la figura 4.1 se logra establecer las bases que sustentan la investigación, plasmadas en los documentos contruidos durante la segunda etapa.

Otra de las etapas es el diseño de evaluación en la que se destaca la recopilación de datos tanto para la dimensión cuantitativa como para la dimensión cualitativa.

Finalmente análisis de los datos, se lleva a cabo una vez que se logra recopilar y sistematizar toda la información, para dar paso a y última etapa denominada conclusiones y sugerencias.

2. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

2.1.- Fuentes de la Información.

Las fuentes de información que se utilizarán durante el proceso de evaluación corresponderán a *cuantitativas* y *cualitativas*.

Dentro de las **fuentes cuantitativas** se encuentran los archivos y registros de pacientes cuyo primer egreso se encuentra entre los años 2006 – 2010 de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital Psiquiátrico del Salvador que residan en la comuna de Valparaíso.

En cuanto a *archivos*, estos corresponden a Información Estadística sobre la atención del Hospital, por unidad, por atención profesional, ingresos, egresos y cantidad de pacientes en hogares protegidos y residencias, durante los años comprendidos entre el 2006 y 2010.

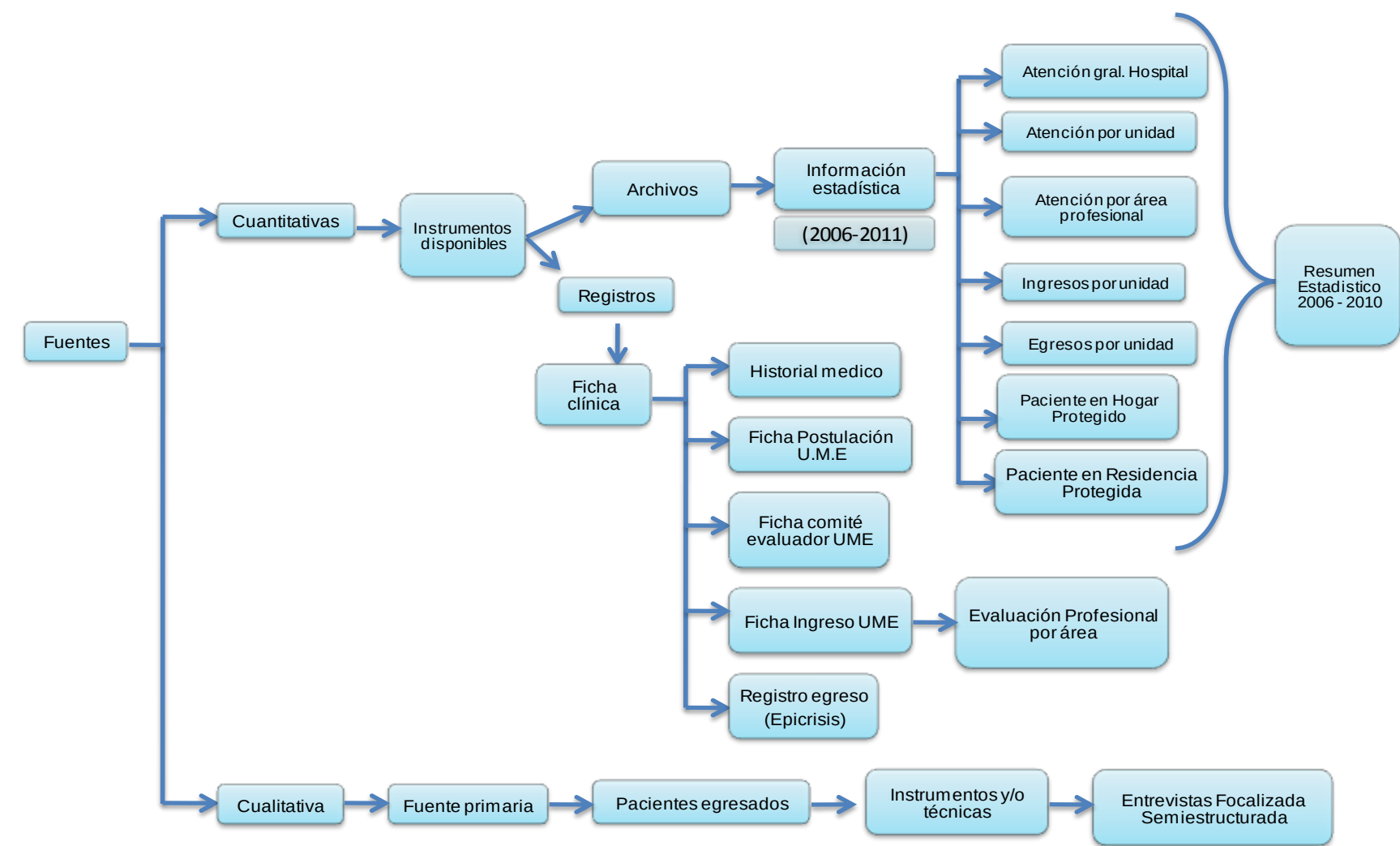
Los *registros* con los que se trabajará son: Ficha clínica, la que incorpora, además del historial médico del paciente, ficha de postulación a UME, ficha comité evaluador UME, la ficha de ingreso a la UME (Ver Anexo N°1) que incluye la evaluación que cada profesional de la unidad realiza del paciente y el registro de egreso del programa (epicrisis).

En cuanto a las **fuentes cualitativas** estas corresponderán a fuentes primarias, esto quiere decir que se realizarán entrevistas a los pacientes egresados del programa de reintegración y rehabilitación de la Unidad de Mediana Estadía y a sus familiares para conocer la significación que le atribuyen al proceso de internación en la unidad.

A continuación se presenta un esquema explicativo de las fuentes descritas, por una parte muestran las utilizadas para la dimensión cuantitativa, y por otra, las que serán empleadas en la dimensión cualitativa.

En la primera parte se reconoce que las fuentes para la recolección de la información en la dimensión cuantitativa, se encuentran disponibles a diferencia de la dimensión cualitativa en la cual las fuentes serán de tipo primaria, y se creará un nuevo instrumento para la recolección de la información. (Ver Anexo N°.3)

Figura 4. 2 FLUJOGRAMA DE FUENTES DE INFORMACIÓN.



Fuente: Elaboración propia.

2.2- Instrumentos para la Recopilación de la Información.

Para la obtención de **información cuantitativa**, el quipo seminarista se valdrá de la revisión de las fuentes anteriormente expuestas en el flujograma, específicamente la ficha clínica de cada paciente y el resumen estadístico 2006 - 2010.

Por otra parte, en lo que respecta a la **recolección de información cualitativa**, esta se realizará a través de fuentes primarias, en este caso, los pacientes egresados de la U.M.E y sus familiares. Para este proceso, se hace preciso desarrollar nuevos instrumentos, los cuales tienen como objetivo complementar el análisis cuantitativo y obtener información que permita conocer la significación de los pacientes y de sus familiares, acerca de su estadía en el programa.

El instrumento que se utilizará para este propósito será el de la **entrevista focalizada semiestructurada**, la cual es definida por Weiss, C (1994) como *“un estilo de entrevista cualitativa dirigida a la obtención de fuentes cognitivas y emocionales de las reacciones de los entrevistados ante algún suceso. Trata a los entrevistados como sujetos cuya respuesta al suceso es material a estudio, más que como informantes del suceso mismo”*.

La decisión de utilizar esta tipología de entrevista se debe a que posee mayor concordancia con la metodología de la investigación evaluativa que se está llevando a cabo, la cual se establece a través de lo siguiente, en primer lugar, los entrevistados han sido expuestos a una situación concreta, entendiéndose ésta como su participación en el proceso del programa de reintegración y rehabilitación de la Unidad de Mediana Estadía.

En segundo lugar, el equipo investigador ha estudiado previamente dicho proceso de manera cuantitativa, obteniendo un análisis que ha generado la necesidad de contrastar, los resultados estadísticos con el significado que le atribuyen los pacientes al programa de la U.M.E.

Finalmente, el instrumento se centra en las experiencias subjetivas de los pacientes egresados de la U.M.E y sus familiares, y tiene el propósito de conocer la significación que le atribuyen éstos a su proceso de rehabilitación.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se ha elaborado un guión de entrevista desde lo definido, tanto en la fundamentación del objeto

de estudio, como en el marco de referencia de la presente investigación. Conjuntamente, esta pauta de entrevista se ha desarrollado principalmente con el asesoramiento del equipo de profesionales de la Unidad de Mediana Estadía.

A continuación se integran los formatos de guión que se utilizaran en las entrevistas a pacientes y familiares. Sin embargo, es importante señalar que éstos gozan de flexibilidad para su aplicación ya que, de acuerdo al tipo de entrevistado, las preguntas que a continuación se exponen, sufrirán modificaciones, con el fin de ahondar en las temáticas necesarias para el correcto desarrollo de la presente investigación.

I. ENTREVISTA A PACIENTES

1. ¿Por qué entraste a la UME?

2. De tu estadía en la UME, ¿de qué te acuerdas, puedes comentarme como fue?

3. Recuerdas las actividades realizadas con el Asistente Social, qué podrías comentarme. Y ahora, ¿tienes acceso a esos servicios?

4. De tu periodo de estadía en la UME, ¿qué podrías contarme respecto de los permisos y salidas de los fines de semana a tu hogar?

5. Durante el tiempo que estuviste en la UME, ¿Cómo sentiste el acompañamiento de tu familia? Del 1 al 7 qué nota le pondrías. ¿Por qué?

6. ¿Cómo sentías que era tu enfermedad antes de llegar a la UME? ¿Y ahora, que aprendiste?

7. ¿Recuerdas cuáles fueron los requisitos para irte de alta? ¿Quiénes crees que fueron más importantes para lograr los requisitos?

8. Recordando su estadía en la UME, ¿cómo siente que han cambiado cosas en su vida?

9. ¿Qué significó, para ti, la experiencia de estar en la U.M.E?

II. ENTREVISTAS A FAMILIARES

1. ¿Cómo cree usted que influyó la estadía en la U.M.E, en su familiar?

2. ¿Cómo cree usted que influyó su participación en la rehabilitación de su familiar?

3. ¿Qué es lo que considera más importante del programa de rehabilitación de la U.ME?

4. ¿Considera que el proceso de estadía de su familiar en la U.M.E generó cambios en él? ¿Y a nivel familiar?

2.3- Condiciones para la Recolección.

Los *responsables* de la obtención de la información son las integrantes del Equipo Seminarista, quienes cumplirán el rol de agentes evaluadores externos del programa de la Unidad de Mediana Estadía, otorgando validez a la investigación.

En la dimensión cuantitativa el equipo evaluador será el responsable de la recolección de la información.

Para la dimensión cualitativa la información será recolectada en duplas de trabajo. En cuanto a los datos recolectados, estos se ubicarán a *nivel de establecimiento*, específicamente en Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador.

A partir de la recolección y el análisis de la información se generarán los resultados de la investigación evaluativa, por lo cual es importante que estos permanezcan a nivel de institución, pues tienen como propósito apoyar la toma de decisiones, en cuanto al mejoramiento del programa de la unidad.

Además de esto, la evaluación forma parte del proceso de Seminario de Título de las alumnas que suscriben, por lo que los resultados se darán a conocer en la institución a la cual pertenecen.

3. ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.1- Formato para la Recolección de la Información

La estructura del formato para la recolección de la información ha sido establecida de acuerdo a las dimensiones que comprende la evaluación. En primera instancia, en lo referido a la **dimensión cuantitativa**, se confeccionará una *base de datos en Excel* (Ver Anexo N°4), para luego dar paso al formato que se utilizará en el análisis de datos, correspondiente a una *planilla SPSS* en la cual los datos serán codificados. En cuanto a la **dimensión cualitativa**, se considerará como formato de recolección de la información el *discurso o relato*, de las entrevistas realizadas a la población objeto de evaluación.

3.2- Sistema de Codificación de los Datos

Para la codificación de los datos obtenidos de **dimensión cuantitativa**, se *crearán categorías* en base a los indicadores propuestos para esta dimensión.

En lo que se refiere a la **dimensión cualitativa** de la evaluación, para la codificación de la información obtenida, se realizará un *análisis de contenido* de las entrevistas previamente transcritas por el equipo evaluador, a través de una matriz de análisis de contenido, la cual estará conformada por categorías preestablecidas y emergentes.

3.3- Método de Organización de la Información

Los métodos que serán utilizados para la organización de la información, dependerán de la dimensión a la cual sean aplicados.

En la **dimensión cuantitativa** la información se organizará mediante, *tablas y gráficos*, lo cual permitirá una visualización de la estructura de los datos, lo que a su vez favorecerá su interpretación.

La información obtenida en la **dimensión cualitativa** se organizará a través de la creación de una *matriz de entrevista*, la cual contiene por una parte los entrevistados (columnas) que corresponden a una muestra intencionada de la población objetivo, y por otra, los temas o categorías de análisis de esta dimensión.

4- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.1- Tipo de Análisis de la Información

En la **dimensión cuantitativa**, el análisis de los datos corresponderá al tratamiento **estadístico descriptivo**, en donde se expondrán *tablas de frecuencias*, *medidas de tendencia central* (moda mediana media), *medidas de variabilidad* (rango, desviación estándar, varianza), así como su representación a través de gráficos.

El *análisis descriptivo*, permitirá caracterizar de forma cuantitativa las variables presentadas por la unidad de análisis. Conjuntamente, se realizará un análisis de carácter *inferencial*, en el cual se **determinarán asociaciones y correlaciones** entre variables de evaluación, dentro de las cuales se destacan: edad, sexo, estado civil, escolaridad, previsión, unidad que deriva su ingreso, edad al primer ingreso, situación familiar al ingreso y al egreso, tipo de egreso, número de rehospitalizaciones, días de estadía primer ingreso, asistencia a controles, con quien asiste a ellos y, diagnóstico de egreso, dividido de acuerdo a DSM – 4, en eje I y II.

Por otra parte, el **análisis de la información cualitativa** – *entrevistas focalizadas semiestructuradas a sujetos tipo* - se realizará en base a su contenido, a través de una **matriz análisis de contenido** (Cuadro 4.3). Esta matriz contiene, en sus columnas a los entrevistados y en las filas las categorías.

En cuanto a las categorías que se utilizarán para el análisis, serán en primer lugar, *preestablecidas* (integración social, integración familiar, conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento) en tanto tienen base en lo planteado en el marco teórico de la presente investigación. En segundo lugar, se utilizarán categorías emergentes, las cuales se establecerán una vez obtenida la información a través de las entrevistas

Matriz Análisis De Contenido

Cuadro 4. 3 MATRIZ ANÁLISIS DE CONTENIDO

CATEGORÍAS	INTEGRACIÓN SOCIAL	INTEGRACIÓN FAMILIAR	CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	CATEGORIA EMERGENTE N°1
ENTREVISTADOS				
ENTREVISTADO 1				
ENTREVISTADO 2				
ENTREVISTADO 3				

4.2- Medios para Realizar el Análisis

Para realizar el análisis de los datos e información obtenidos de manera cuantitativa se utilizarán medios *mecánicos* los cuales corresponden a: 3 computadores que tengan instalado el programa estadístico SPSS (Statistical package for the social sciences).

Para el análisis se confeccionará una planilla de datos Excel, esta se utilizará en la primera parte del proceso con el objetivo de facilitar el manejo de la información recabada a la Unidad de Mediana Estadía, además de ello, el uso de esta aplicación pretende cumplir con dos funciones: Base de Datos para la Unidad de Mediana Estadía y como medio para el correcto proceso de investigación.

La planilla con la cual se trabajará contiene la siguiente información: Nombre del paciente; número de ficha; domicilio; edad; fecha de nacimiento; estado civil; hijos; escolaridad; previsión; fecha primer ingreso; unidad de derivación; diagnóstico de ingreso; edad primer ingreso; situación familiar al ingreso; fecha de egreso; diagnóstico de egreso; situación familiar al egreso; tipo de egreso; número de re-hospitalizaciones; días de estadía primera vez; número total de estadía; asistencia a controles; asiste a control con.

Cabe señalar que el nombre del paciente se utilizará solamente en la base que se entregará a la Unidad, resguardando así la privacidad de las personas.

Por otra parte, para el procesamiento de datos se trabajará con el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS. La información que se ocupará en este momento de la evaluación será importada desde archivo Excel confeccionado con anterioridad.

En lo que se refiere a la dimensión cualitativa, el análisis de la información se realizará a través de medios *mecánicos* específicamente computador y grabadora.

Para esta dimensión se utilizará un programa procesador de texto (Microsoft Word) como también una matriz de análisis de contenido, la cual posee, tanto categorías previamente establecidas como emergentes.

5- COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS.

5.1.- Circulación del Informe

La información obtenida del proceso de evaluación al Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador se entregará a dicha institución y a la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso. De acuerdo a esto las personas que tendrán acceso a los resultados de la investigación serán por parte del Hospital del Salvador, el equipo de profesionales de la U.M.E y en la Universidad de Valparaíso estos serán conocidos por Profesor Guía, Profesor Informante, Presidente de Comisión y Estudiantes de la Carrera de Trabajo Social.

5.2- Procedimiento para la Entrega de Resultados

La modalidad con la cual se presentarán los resultados de la evaluación será a través de un informe escrito el que se expondrá de forma oral al equipo de profesionales de la Unidad de Mediana Estadía.

5.3.- Formato del Informe.

El contenido del informe que se expondrá al equipo de profesionales de la U.M.E del Hospital Psiquiátrico del Salvador, será *el diseño* de evaluación, con énfasis en los resultados obtenidos y el análisis de estos.

5.4- Momento en que se proporcionará el informe final.

La fecha de entrega de esta información se llevará a cabo en el mes de Octubre del año 2011.

6- ADMINISTRACIÓN DE LA EVALUACIÓN.

6.1- Requerimientos de Personal.

En lo relacionado al personal definido para la recolección de información cuantitativa (revisión de archivos y registros) de la presente Investigación evaluativa, se requerirá solo del equipo evaluador, integrado por tres alumnas seminaristas, Ingrid Figueroa A., M^a Ignacia Gandulfo R. y Andrea Leiva A.

Por otra parte, en lo referido a la dimensión cualitativa, el requerimiento de personal será de 3 personas, si bien la aplicación de las entrevistas está concebida para llevarse a cabo en duplas, estas serán conformadas por las integrantes del presente Seminario de Título.

6.2- Calificación del Personal.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, la calificación del equipo evaluador a cargo de la recopilación de información cuantitativa, corresponde a alumnas Seminaristas de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

6.3- Dedicación Horaria.

La dedicación horaria del equipo evaluador, comprende: horas institucionales (13 hrs semanales), horas supervisión académica (2 hrs. Semanales) y horas dedicadas al desarrollo del documento del Seminario de Tesis (16 hrs. Semanales).

6.4- Recursos Materiales.

En primer lugar, en lo que concierne a los materiales fungibles necesarios para el desarrollo de la dimensión cuantitativa de la recolección de información, se encuentran lápices, hojas y tinta de impresora. Por otra parte, en cuanto a los materiales no fungibles, se establece principalmente el uso de computador e impresora.

En segundo lugar, la dimensión cualitativa, requerirá para la aplicación de las entrevistas, el mismo material fungible que la dimensión cuantitativa, y materiales no fungibles como computador, impresora y grabadora.

Finalmente, la cantidad de cada material necesario no fungible es de tres computadores, dos grabadoras y una impresora.

A continuación se expone carta Gantt, detallando las actividades a realizar en el proceso del presente Seminario y el tiempo destinado para ello.

6.5- Calendarización para el desarrollo del plan de evaluación. Cuadro 4. 4 TABLA GANTT

Mes Actividad	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
1. Inserción en la Institución.	X							
2. Marco Institucional	X							
3. Marco Teórico	X	x						
4. Diseño de la Evaluación. 4.1 Enfoque de la Evaluación	X	x						
4.2 Preparación de Instrumentos y Recolección de Información			X	X				
4.3 Organización de la Información				X	x			
4.4 Análisis de la Información					x	X		
4.5 Comunicación de los Resultados								x
5. Conclusiones y Sugerencias						X	X	x
6. Entrega documento final a Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.								x

Capítulo V:

Análisis e interpretación de datos

PRESENTACIÓN.

De acuerdo a lo establecido previamente en el diseño de investigación, la población que se considerará para el presente análisis corresponde a 40 pacientes, egresados de la Unidad de Mediana Estadía entre los años 2006 y 2010, pertenecientes a la comuna de Valparaíso.

En el presente capítulo se desarrollará el análisis de las dimensiones cualitativas y cuantitativas. En lo que se refiere a la primera dimensión, el análisis e interpretación de los datos se ha realizado luego de un tratamiento estadístico descriptivo e inferencial, del cual se configuraron, tablas de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de variabilidad, así como tablas de contingencia con el fin de evaluar posibles asociaciones y correlaciones estadísticas.

Por otra parte, la dimensión cualitativa se integra a través del análisis de contenido de las entrevistas realizadas a pacientes y familiares, las cuales fueron organizadas en una matriz.

El análisis, tanto de la dimensión cuantitativa como cualitativa, se realizó dividido en los siguientes apartados: *Caracterización de la Población, Adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad, Integración Familiar e Integración Social*. Además, se agrega para la dimensión cualitativa, el apartado correspondiente a la *Apreciación acerca de unidad de mediana estadía*.

A continuación se desarrolla el análisis e interpretación descrito anteriormente.

1.-CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN.

Respecto a la población incluida en el presente estudio, cabe mencionar que, el mayor porcentaje de pacientes corresponde al **sexo masculino, con un 70%** del total de la población. Sin embargo, esta cifra se contrapone a las referidas en el Primer Estudio Nacional de Discapacidad en Chile (ENDISC 2004), en el cual se declara que la mayor cantidad de discapacidades psiquiátricas afectan a mujeres (65,57%), siendo en ellas la patología más recurrente la depresión, la que es dos veces más frecuente en mujeres entre los 20 y 45 años que en hombres.

Lo anteriormente expuesto, explicaría en parte la presencia de un menor número de mujeres en los egresos de la UME durante los años 2006 y 2010, ya que dentro del perfil de patologías de ingreso a la unidad no figura la depresión.

En segundo lugar, el 60% de las personas son **menores de 41 años** y que las mayores frecuencias se encuentran entre los 31 a 35 años como también entre los 46 y 50 años de edad, ambos con un 20% (8 pacientes).

Por otra parte, cabe mencionar que el **87,5% de los pacientes son solteros** y que el 12,5% restante, están separados de hecho. Así mismo, un alto porcentaje no tiene hijos (80%), lo que llama la atención dado que gran parte de ellos se encuentra en la etapa de adultez media, y de acuerdo a esta etapa del ciclo vital, se espera que tuviesen un núcleo familiar conformado. Sin embargo, en cuanto a la relación con el estado civil de los pacientes, en la actualidad un 67,5% de los hijos no nace dentro del matrimonio.

Finalmente, llama la atención el bajo **nivel de escolaridad** que poseen los pacientes, el **62,5% de ellos no ha finalizado su enseñanza media**, mientras que sólo un 17,5% tiene educación básica completa. Conjuntamente, se señala que **33 de las 40 personas (82,5%)**, poseen

previsión FONASA A, y que las personas restantes, corresponden a FONASA B (17,5%).

Estas características reflejan la precariedad de recursos económicos de los pacientes ingresados a la unidad, en concordancia con ello, el Informe sobre la Salud en el Mundo (OMS, 2001), refiere que dentro de los factores determinantes de los trastornos mentales, se encuentra la pobreza, la cual, junto a sus condiciones asociadas tales como el desempleo, bajo nivel de escolaridad y privación o carencia de hogar, no solo abundan en países no desarrollados, sino que también afectan a un número considerable de habitantes de los países desarrollados y en vías de desarrollo.

Datos de encuestas llevados a cabo en nuestro país, así como en Brasil, India y Zimbabwe, demuestran que la tasa de los trastornos mentales más *“frecuentes es aproximadamente 2 veces mayor entre los pobres que entre los ricos.”* (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Finalmente, en cuanto a los **diagnósticos de egreso de los pacientes según DSM – IV** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), las patologías se dividen en dos ejes. En el primer Eje (Eje I), se encuentran todos los trastornos clínicos tales como esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno por abuso de sustancias; los únicos que no forman parte de éste son los trastornos de personalidad y el retraso mental, los cuales corresponden al Eje II.

La razón por la cual se utilizó el diagnóstico de egreso está referida a que, una vez que el paciente entra a la Unidad y se realiza una evaluación individual, se establece como objetivo una revisión de la patología de ingreso, con el fin de generar un diagnóstico, el cual, producto del periodo de internación, es más acabado y completo, lo que otorga mayor confianza a la clasificación de la enfermedad.

Por otra parte, cabe señalar que, los diagnósticos tanto del Eje I como del Eje II, no son excluyentes, pudiendo los pacientes presentar

más de una patología en cada uno de ellos. En el presente estudio, solo el Eje I presenta esta realidad, por lo que la frecuencia en este eje corresponderá a 46.

A continuación se presenta una tabla de frecuencia correspondiente al diagnóstico de egreso en el Eje I.

Tabla 5. 1 TABLA DE FRECUENCIA DIAGNÓSTICOS DE EGRESO SEGÚN DSM - IV, EJE I.

Diagnóstico de Egreso según DSM –IV Eje I	Frecuencia	Porcentaje
1.Daño Orgánico Cerebral	2	4,34%
2. Esquizofrenia	10	21,73%
3. Esquizofrenia Defectual	3	6,52%
4. Esquizofrenia Indiferenciada	8	17,39%
5. Esquizofrenia Paranoide	3	6,52%
6. Trastorno Bipolar tipo I	2	4,34%
7. Trastorno dependencias y abusos de sustancias	1	2,17%
8. Trastorno maniforme por abuso de sustancias	1	2,17%
9. Trastorno por abuso de sustancias	12	26,08%
10. Trastorno psicótico delirante atípico	1	2,17%
11. Trastorno psicótico episódico	1	2,17%
12. Trastorno psicótico esquizomorfo afectivo	1	2,17%
13. Trastorno psicótico orgánico	1	2,17%

En relación a los Diagnósticos de Egreso según el DSM-IV en el EJE I, se reconocen 13 tipos diferentes, en donde el mayor porcentaje

corresponde a **Esquizofrenia** (esquizofrenia, esquizofrenia defectual, esquizofrenia indiferenciada y esquizofrenia paranoide), la cual alcanza el 52,16% del total de los diagnósticos. Mientras que, los **trastornos psicóticos** acumulan el 8,68%, lo que en conjunto con la Esquizofrenia representan el 60,84%.

En cuanto, a la prevalencia de las **patologías por sexo**, en los hombres la esquizofrenia alcanza un 47,2% (17 pacientes). Esta patología también se establece como la de mayor prevalencia en las mujeres, sin embargo, el 70% de los pacientes que presenta este diagnóstico es hombre.

Finalmente, se señala que el mayor porcentaje de pacientes, con patología correspondiente al Eje I, a su ingreso a la UME, se encuentran entre los 26 y 30 años de edad (23,91%) y que al momento de su egreso, registran en su epicrisis diagnóstico de Esquizofrenia (4 pacientes).

Las cifras anteriormente expuestas, se condicen con los datos a nivel mundial y nacional respecto a la Esquizofrenia, en la cual el 75% de los casos tiene una edad de comienzo entre los 15 y 35 años de edad (Bertoni F, 2008), con un peak de incidencia alrededor de los 20 para los varones, mientras que en las mujeres se produce alrededor de los 25 (MINSAL, 2000).

Por otra parte, en cuanto a los pacientes con **patología dual** (trastorno psicótico con abuso de sustancias), corresponden al 15%, lo que, de acuerdo a un estudio realizado por la OMS, a nivel mundial, se ha demostrado que la prevalencia de la tasa de trastornos por abuso de sustancias es elevada en los pacientes con esquizofrenia, entre 12% y 50% (Organización Mundial de la Salud, 2001). De igual forma, se destaca que ninguna mujer presenta diagnóstico dual, lo que contrasta con el 21,42% presentado en hombres. Esta situación concuerda con lo señalado por la OMS, en su Informe sobre la Salud en el Mundo 2001,

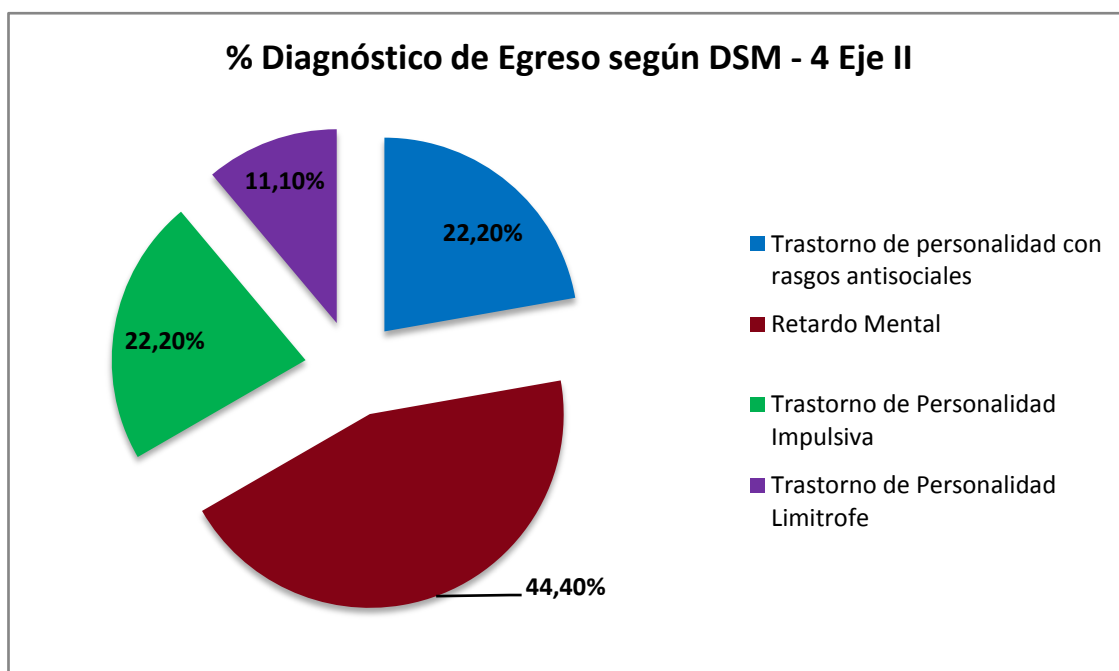
que indica que a nivel mundial el 2,8% de varones sufre de esta patología en comparación con un 0,5 % que afecta a mujeres.

A su vez, en lo que se refiere al **Eje II del DSM-IV**, sólo 9 pacientes de la población total presentan Retardo Mental o Trastorno de la Personalidad, entendiéndose por tanto que el análisis se realizará con el porcentaje válido, excluyendo a los pacientes que no corresponden. Teniendo esto en cuenta, se señala que surgen 4 patologías, dentro de las cuales **Retardo Mental**, prevalece con **44,4%**, seguido por el **Trastorno de Personalidad Impulsiva y T. Personalidad con rasgos antisociales**, donde ambos presentan un **22,2%**. Sin embargo, es importante reiterar, que sólo 9 de los 40 pacientes presenta una patología clasificada en el Eje II.

Asimismo, se observa que, para el sexo masculino la mayor prevalencia se encuentra en el trastorno de personalidad con rasgos antisociales (40%) y el retardo mental (40%). Mientras que, del total de mujeres que presenta patología de este eje, el 50% tiene diagnóstico de retardo mental. En cuanto a la edad de los pacientes que presentan patología en este eje, el mayor porcentaje se encuentra entre los 26 y 30 años de edad con un diagnóstico de retardo mental.

Finalmente, la patología que muestra menor prevalencia, es el **trastorno de personalidad limítrofe** con **11,1%**. Lo anteriormente expuesto, se grafica a continuación.

Gráfico 5. 1 GRÁFICO DE % DE DIAGNÓSTICOS DE EGRESO SEGÚN DSM – IV EJE II



A continuación se presenta la interpretación de datos en relación a adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad.

2.- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Los pacientes que presentan trastornos psiquiátricos, se caracterizan por no tener conciencia o noción del problema que les afecta, por lo cual minimizan o no relacionan la importancia de su sintomatología con sus conductas cotidianas.

Los síntomas delirantes que puede padecer una persona, tales como, persecución, autoreferencia, robo de pensamiento, hostilidad, entre otras alteran el desempeño de las actividades diarias que esta pueda realizar e incluso pueden configurarse en torno a las relaciones que el sujeto tiene con su entorno.

Es por esto que se hace fundamental que el individuo pueda comprender estos síntomas como constitutivos de un trastorno, que tiene tratamiento, por lo que el Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial de la Unidad da énfasis a las intervenciones sobre la conciencia del trastorno y la adhesión al tratamiento psiquiátrico.

Uno de los indicadores importantes respecto de la ***adherencia al tratamiento y la conciencia de enfermedad***, es el número de hospitalizaciones post alta en el período de un año que presentan los pacientes una vez egresados de la unidad, por lo cual, a continuación se expone una tabla de contingencia que muestra el número de hospitalizaciones post alta y los diagnósticos de egreso de acuerdo al DSM - IV Eje I (esquizofrenia, daño orgánico cerebral, trastorno bipolar tipo I, trastorno por abuso de sustancias y trastorno psicótico).

Por otra parte, se incluyen los trastornos o patologías duales, que corresponden a trastornos psicóticos o esquizofrenia con trastorno por abuso de sustancias, en la tabla se observa este último puesto que, de ambos, es el único que presenta prevalencia.

**Tabla 5. 2 NÚMERO DE REHOSPITALIZACIONES EN EL PERIODO DE UN AÑO *
DIAGNÓSTICO DE EGRESO SEGÚN DSM - IV EJE I**

		Diagnóstico de Egreso según DSM - 4							
		Esquizofrenia	Daño Orgánico Cerebral	Trastorno Bipolar Tipo I	Trastorno por Abuso de Sustancias	Trastorno Psicótico	Trastorno Maniforme por Abuso de Sustancia	Patología Dual	Total
N° de Rehos. en el periodo de 1 año.	0	13 46,4%	1 3,5%	2 7,1%	5 17,8%	2 7,2 %	1 3,5%	4 14,2%	28 100%
	1	1 20%	0 0%	0 0%	1 20%	1 %	0 0%	2 60%	5 100%
	2	4 66,6%	1 16,6%	0 0%	0 0%	1 16,6%	0 0%	0 0%	6 100%
	3	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%
	Total	18 %	2 %	2 %	7 %	4 %	1 %	6 %	40 100%

De acuerdo a la tabla anterior, es posible señalar que, en cuanto a la cantidad de rehospitalizaciones según diagnóstico, la patología que presenta menor cantidad de hospitalizaciones post – alta en el periodo de un año es la esquizofrenia. Este diagnóstico, representa un 46,4% del total de pacientes que no muestran rehospitalizaciones.

Se puede considerar que el bajo nivel de recaídas en los pacientes con esquizofrenia se debe en gran medida a la adherencia al tratamiento, lo cual es posible, por una parte gracias a los progresos actuales en farmacoterapia y asistencia psicosocial, lo que permite a los pacientes una recuperación duradera y prolongada en el tiempo.

Además de ello es importante destacar que para conseguir adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad en los pacientes de la Unidad de Mediana Estadía, el programa de rehabilitación contempla el

desarrollo de habilidades en los individuos, mediante psicoeducación y métodos cognitivos conductuales ya sea con estrategias de intervención individuales o grupales, las que permiten a los pacientes reconocer y aprender de su enfermedad, lo que es posible apreciar en el siguiente extracto.

“Estimulación cognitiva, era bueno porque te hacían participar en grupo y te hacían aprender de la enfermedad que tú tenías o sea te explicaban, usted tiene acá sus debilidades, pueden ser estas o esto, va a tener estas dificultades pero se va a sentir mejor” (P.8).

En el extracto anterior se reconoce que el individuo a partir de las actividades realizadas en la Unidad, logra incorporar conocimiento respecto de su propio trastorno mental y que además aprende a identificar la sintomatología, lo cual le permite generar conciencia de su enfermedad y a la vez adherir al tratamiento propuesto.

Por otra parte, respecto de lo observado en la tabla, se señala que solo un paciente presenta 3 reingresos, y que su diagnóstico corresponde a trastorno por abuso de sustancias.

Este hecho, suele presentar mayor prevalencia, puesto que, en pacientes con un diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias se considera que las recaídas al igual que la patología en sí, no solo dependen de la adherencia al tratamiento, sino que comprende un proceso multifactorial que involucra al individuo, su familia y la sociedad. De acuerdo con las entrevistas realizadas, es posible distinguir lo anterior en la siguiente cita.

“La experiencia que me quedó fue que, que lo superé ya no más de drogas, ya no le hago a las drogas y a la marihuana porque me estaba

dando cuenta de que estaba perdiendo a mi familia”. (P.4)

Del extracto anterior, se advierte la relevancia de considerar que en la conciencia del trastorno influyen factores culturales propios de la historia y el contexto social del paciente, por lo que trabajar con ideas y valores preestablecidos cobra mayor significación en este proceso.

Respecto de esta situación la mayoría de los datos disponibles indican que la rehabilitación, sea cual sea el método utilizado, *“no sobrevive al 50% de los casos y la persona permanecerá vulnerable a la tentación de la droga”* (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Conjuntamente, se observa que de los pacientes que presentan patología dual, 4 de ellos no registran rehospitalizaciones, mientras que 2 pacientes han reingresado 1 vez a la unidad.

De acuerdo a un estudio realizado a nivel nacional, es muy frecuente que dos o más trastornos mentales coexistan en un mismo individuo, y *“se estima una incidencia de un 40 % de comorbilidad por abuso de alcohol y drogas en los pacientes esquizofrénicos”* (MINSAL , 2000), es posible señalar que este tipo de comorbilidad se asocia con hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas. Según lo establecido en el Programa de Rehabilitación y Reintegración de la Unidad de Mediana Estadía, el período de internación no debe superar los 360 días, sin embargo de acuerdo a los datos arrojados en la presente investigación la cantidad de días de estadía promedio se encuentra en los 278 días, estableciéndose allí el 54% de los egresados, lo que coincide además con el promedio de días de estadía de los pacientes con patologías duales.

Estas cifras dan cuenta de la importancia del tratamiento de Rehabilitación que se lleva a cabo en la UME, puesto que se cumple con el propósito de la cantidad de días de estadía que deben cumplir los

pacientes, lo cual representa un importante indicador para la adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad.

Es importante entonces, enfatizar que el trabajar durante el proceso rehabilitador sobre la conciencia del trastorno y la adhesión al tratamiento psiquiátrico, es significativo para garantizar un mejor resultado en la rehabilitación lo que representa menores recaídas en los pacientes egresados de la Unidad.

Respecto de ello los pacientes los pacientes señalan:

“Si uno tomaba pastillas y las dejaba, uno se descompensaba y la esquizofrenia aumentaba, en cambio si uno se va tomando las pastillas, va haciendo bien y vas mejorando”. (P.4)

De lo anterior, se distingue que el desarrollo de habilidades y procesos cognitivos que se realiza en el Programa de Rehabilitación de la UME, genera aprendizajes significativos en los pacientes, lo cual permite conseguir de manera efectiva el objetivo propuesto.

Finalmente es importante destacar que para medir la relación de independencia de las variables que se han considerado en la tabla de contingencia señalada, se realizó la prueba del Chi-cuadrado ($X^2_{cal} \leq X^2_{tabla}$), según la cual se acepta la hipótesis nula, por lo tanto las variables en estudio son independientes.

A continuación se muestra una tabla correspondiente a los resultados del cálculo del Chi-cuadrado.

Tabla 5. 3 CHI CUADRADO NÚMERO DE REHOSPITALIZACIONES EN EL PERIODO DE UN AÑO * DIAGNÓSTICO DE EGRESO SEGÚN DSM - IV EJE I

Chi cuadrado Calculado	Chi cuadrado Esperado
14,1124	28,87

De acuerdo a ello, el N° de rehospitalizaciones y el diagnóstico de egreso de los pacientes, no presentan una relación estadísticamente significativa, esto probablemente debido al reducido número de casos presentados.

A continuación se presenta la segunda tabla, que corresponde al número de rehospitalizaciones en el período de un año y los diagnósticos de egreso según el DSM – IV Eje II.

Tabla 5. 4 NÚMERO DE REHOSPITALIZACIONES EN EL PERIODO DE UN AÑO * DIAGNÓSTICO DE EGRESO SEGÚN DSM - IV EJE II

		Diagnóstico de Egreso según DSM - 4 Eje II				Total
		Trastorno de personalidad con rasgos antisociales	Retardo Mental	Trastorno de Personalidad Impulsiva	Trastorno de Personalidad Limítrofe	
Numero de Rehospitalizaciones en el periodo de 1 año.	0	1 16,66%	3 50%	1 16,66%	1 16,6%	6 100%
	1	1 50%	0 0%	1 50%	0 0%	2 100%
	2	0 0%	1 100%	0 0%	0 0%	1 100%
Total		2 22,22%	4 44,44%	2 22,22%	1 11,11%	9 100%

Al igual que para la primera tabla de contingencia se establece la relación de independencia del Chi-cuadrado ($X^2_{\text{calc}} \geq X^2_{\text{tabla}}$) la cual arrojó los resultados que se muestran en la tabla a continuación.

Tabla 5. 5 CHI CUADRADO NÚMERO DE REHOSPITALIZACIONES EN EL PERIODO DE UN AÑO * DIAGNÓSTICO DE EGRESO SEGÚN DSM - IV EJE II

Chi Cuadrado Calculado	Chi Cuadrado Tabla
4,322	12,59

De acuerdo a los resultados el Chi-cuadrado calculado es menor al Chi-cuadrado de tabla por lo tanto, las variables N° de rehospitalizaciones y diagnósticos de egreso según el eje II, son independientes y su relación estadística no es significativa, al igual que en la tabla anterior, debido al reducido número de casos.

Sin embargo, de acuerdo al marco teórico realizado, y a la bibliografía estudiada, el número de rehospitalizaciones, depende en gran medida del diagnóstico de los pacientes, es por esto que el siguiente análisis se encuentra basado principalmente en la literatura estudiada, presentando las tablas solo de manera descriptiva.

De este modo, en la tabla 5.4 es posible apreciar que en el caso de los diagnósticos del Eje II, la población que presenta Trastornos de Personalidad como Retardo Mental, corresponde solo a 9 personas.

En cuanto a la categoría de Trastorno de la Personalidad, esta incluye el Trastorno de personalidad con rasgos antisociales, T.de personalidad impulsiva y T. de personalidad limítrofe, de las cuales el 60% no presenta rehospitalizaciones en el período de un año, mientras que el porcentaje restante reingresó a alguna sala del Hospital 1 vez, y los pacientes que presentan diagnóstico de retardo mental, el 25% ha sido reingresado 2 veces.

Acerca de ello, existe evidencia sobre ensayos clínicos (Ministerio de Salud, 2006) que demuestran que las intervenciones psicoeducativas realizadas durante el período de rehabilitación de los pacientes disminuyen el riesgo de recaídas después del alta hospitalaria y que además se puede lograr un mejor cumplimiento de la medicación.

Por lo cual es posible afirmar que las intervenciones destinadas a generar adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad tienen un elevado impacto en los pacientes que egresan de la Unidad de Mediana Estadía, ya que la mayoría de ellos no presentan rehospitalizaciones en el período de un año.

De acuerdo a lo expuesto es posible concluir que tal como se grafica en las tablas anteriores, las rehospitalizaciones no son habituales, ya que la mayoría de los pacientes, (72,5%) no registra hospitalizaciones post-alta en el período de un año.

Para la subdimensión adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad se ha considerado además el indicador correspondiente a **asistencia a controles durante los 3 meses de seguimiento en UME**. De acuerdo con el plan de seguimiento del programa de rehabilitación de la Unidad, una vez que el paciente egresa de UME se debe garantizar su estabilidad clínica y psicosocial, por lo que se espera que este asista a control, por lo menos una vez al mes durante los primeros tres meses luego de su alta médica.

Luego de los 3 meses de seguimiento que se requieren en la Unidad de Mediana Estadía, la instancia de evaluación o seguimiento pueden continuar en otra unidad del Hospital.

A continuación se presenta una tabla de frecuencia con el porcentaje válido correspondiente a la asistencia a controles durante los

primeros 3 meses de seguimiento de los pacientes egresados de la Unidad.

Tabla 5. 6 ASISTENCIA A CONTROLES DURANTE LOS TRES MESES DE SEGUIMIENTO EN UME.

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	1	3,0%
	A veces	6	18,2%
	Siempre	26	78,8%
	Total	33	100,0%
Perdidos	No Corresponde	7	
Total		40	

Para efectos del análisis del presente indicador se considerará la frecuencia y el porcentaje válido, debido a que existen 3 pacientes que presentan alta de tipo administrativa (fuga) y 4 pacientes que fueron derivados a otras unidades del Hospital, por lo cual no corresponden al indicador.

De acuerdo a esto, la mayor prevalencia se encuentra en pacientes que asisten siempre a control (al menos una vez al mes durante los 3 meses de seguimiento UME) lo que corresponde a 78,8% (26 pacientes).

Este porcentaje es de gran importancia debido a que las etapas del plan de rehabilitación social se entienden como un círculo continuo de acción, por lo cual la asistencia de pacientes a los controles de seguimiento establecidos, indica que cumple con todas las instancias terapéuticas de acuerdo al Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía.

Por otra parte se observa que un 18,2% de pacientes asiste a veces a control, lo cual indica que posterior a su alta médica, acudieron al hospital entre 1 y 2 veces en los siguientes 3 meses, y solo un 3,0% no asiste nunca a controles (1 paciente).

La situación de pacientes que asisten a control a veces, se explica debido a las rehospitalizaciones en otras unidades del hospital, de los 6 pacientes que presentan asistencia a control entre 1 y 2 veces, 4 ingresan a otra unidad y 2 reingresan a UME.

De acuerdo a esto es posible concluir, que el mayor porcentaje de los pacientes asiste a los controles post alta médica, establecidos en el plan de Rehabilitación de la Unidad de Mediana Estadía, por lo cual de acuerdo a los estándares definidos el indicador se cumple en gran medida.

En los objetivos de Rehabilitación y Reintegración del Programa, se enfatiza además en la integración familiar de los pacientes, la cual representa gran importancia en el proceso de rehabilitación en los pacientes en la Unidad es por ello que a continuación se expone la subdimensión integración familiar.

3.- INTEGRACION FAMILIAR.

La familia es el grupo social primario de todos los seres humanos, donde se entrega apoyo emocional y protección, pero cuando un miembro de la ella se enferma, las consecuencias son particularmente graves y preocupantes, ya que altera la dinámica familiar, llegando, en algunos casos, a no desear vivir con el paciente, mas cuando se trata de una enfermedad mental, pues se dificulta el asumir o aceptar esta, sobre todo en aquellos familiares que poseen escaso conocimiento de las manifestaciones conductuales de la patología psiquiátrica, ya que pueden ser altamente críticos o sobre protectores, actitudes que aumentan significativamente el riesgo de recaídas, lo que hace necesario realizar una intervención familiar para dar a conocer aspectos relevantes de la enfermedad, propiciando, a la vez, la integración a su núcleo familiar.

En este proceso de conocimiento, es de suma importancia la **Psicoeducación**, pues con ella se pretende fortalecer y educar acerca de la enfermedad, medicamentos, ayudar a los familiares en el desarrollo de habilidades de comunicación, para así mejorar la expresión de emociones, actitudes y conductas, ya sean positivas o negativas, además de la entrega de herramientas para resolver situaciones de crisis

Es por ello en el presente apartado se analizará la situación familiar del paciente, tanto al ingreso como al egreso pues, como ya fue mencionado, se considera un factor importante, en el aumento o en la disminución de rehospitalizaciones.

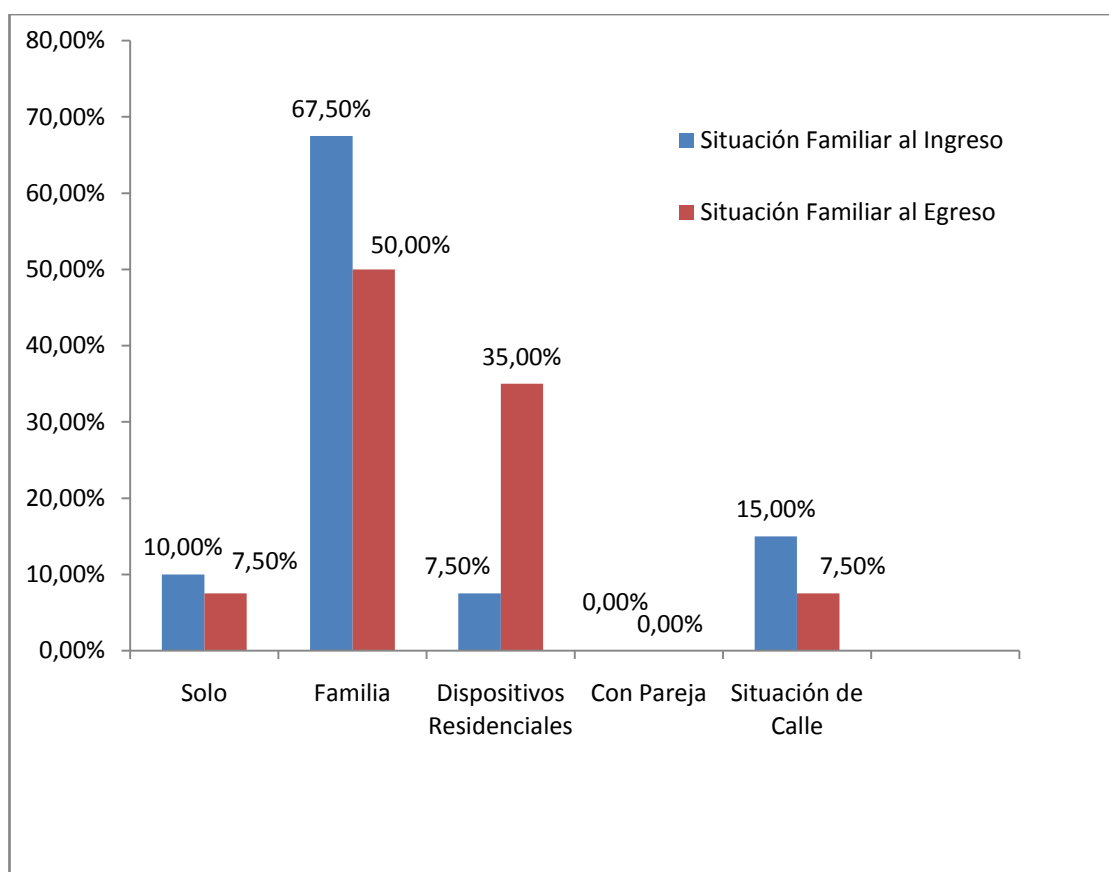
En cuanto a la **situación familiar de ingreso** de los pacientes, el 10% de ellos lo hizo solo; 7,5% de dispositivos residenciales; 15% en situación de calle y el 67,5% acompañado de su familia.

Por otra parte, la **situación familiar de egreso** de los pacientes es la siguiente: 50% de ellos los hace con su familia, el 35.0% a dispositivos residenciales, 7,5% a situación de calle.

Cabe señalar que el 7,5% de situación de calle corresponde a pacientes con ***alta administrativa*** por fuga.

Según los datos entregados, se expone a continuación, el siguiente gráfico:

Gráfico 5. 2 SITUACIÓN FAMILIAR AL INGRESO*SITUACIÓN FAMILIAR EGRESO



En cuanto al gráfico es posible señalar que si bien, la tasa de colocación familiar disminuye, en un 17,50%, y la de dispositivos residenciales aumenta en un 27,5%, este tipo de dispositivos aparecen como una alternativa para personas con discapacidad psíquica que no poseen un soporte familiar adecuado, por lo cual requiere este tipo de colocación.

Es importante indicar que del total de pacientes (27 personas) que a su ingreso lo hizo acompañado de un familiar, al momento de su egreso

18 de ellos retornan a su entorno familiar, 6 de ellos lo hace a dispositivos residenciales o particulares, 3 a situación de calle (fuga)

Es así que el índice de personas que a su egreso regresan a sus familias, sumado a dispositivos residenciales es de un 85%, el cual contrasta con el 75% a su ingreso, por lo que es posible señalar que si bien la tasa de colocación familiar al egreso disminuye, se produce un aumento en la protección del paciente.

La situación de egreso posee relación con la condición familiar antes de la hospitalización, además de la forma en que se enfrentan el vivir con un paciente con patología psiquiátrica. De acuerdo a esto, los familiares señalan lo siguiente sobre el proceso durante la estadía en la unidad:

“A mí me costó mucho asumir, imagínate la M de los 17 años para otros era normal, al ingresar acá, me costó, me costó, tenía que asumir que ella estaba enferma, incluso venía a las charlas aquí con la psicóloga como papá no podía mostrarme nervioso, alterado, porque eso podía afectar a mi hija”. (F.1)

En este mismo ámbito, un estudio realizado en México el año 2001, es posible relacionar que “personas con fuertes lazos familiares pueden responder a conductas disruptivas de un modo más benigno a fin de preservar las lazos familiares” (Cortés- Padilla & Rascón-Gasca, 2001), encontrándose más dispuestos a las terapias, posibilitando así la obtención de mejores resultados de rehabilitación.

“Incluso aquí los papás teníamos que venir, para enseñarnos que era la enfermedad y bien bueno encontré bueno, a mí también me sirve mucho para aprender cómo tratarlo, como porque de repente yo era muy consentidor de él, prácticamente le hacía yo las cosas, para evitar problemas en la casa, le hacía yo las

cosas y tuve que tener un cambio tremendo ahora". (F.2)

En los dos primeros extractos se vislumbra que el trabajo realizado en las familias de las personas hospitalizadas es fundamental, pues mediante él, se logra dar a conocer actitudes y conductas que ayuden en la rehabilitación y eviten recaídas.

Además, en estos relatos, se encuentra, información de familiares que no aceptan la enfermedad, o que con el tiempo la relación se desgasta, generando situaciones negativas al interior de ellas, como que al momento de ingresar a la unidad queden virtualmente abandonados, lo cual repercute significativamente en la disminución de pacientes que al momento de su egreso lo hacen con sus familias:

"venía gente que acá viene a dejar a estos niños con problemas mentales y se olvidan, chao, como que lo dejan abandonado y conozco harta gente que pide ayuda, que sobre todo porque estas personas en la casa de repente aburren en el contexto de toda la familia" (F.5)

Según estudios "se ha podido constatar que el vínculo madre-hijo/a puede verse afectado por la enfermedad mental" (Montero, 2006) de la primera.

"(...) Antes ella estaba mal, mal, mal, estaba como indigente y deliraba (...). Yo llegué a darle apoyo solamente porque soy la hija y es como la responsabilidad que tengo (...) Cuando tu mamá te cría y tú sientes como el agradecimiento y sabes que tienes que estar con ella, lo mío es distinto, es como obligación."(F.4)

A continuación se presenta tabla de contingencia que da a conocer la ***situación familiar al egreso*** y ***diagnósticos de egreso***, divididos según el DSM 4 en Eje I y II.

Tabla 5. 7 SITUACIÓN FAMILIAR AL EGRESO * DIAGNOSTICO DE EGRESO SEGÚN DSM - IV EJE I

Diagnóstico de Egreso según DSM – 4								
Situación Familiar al Egreso	Esquizofrenia	Daño Orgánico Cerebral	Trastorno Bipolar Tipo I	Trastorno por Abuso de Sustancias	Trastorno Psicótico	Trastorno Maniforme por Abuso de Sustancias	Esquizofrenia -Trastorno por abuso de sustancias.	Total
Solo	1 33,3%	0 0%	0 0%	1 33,3%	1 33,3%	0 0%	0 0%	3 100%
Dispositivos Residenciales	7 50%	2 14,2%	1 7,1%	1 7,1%	2 14,2%	0 0%	1 7,1%	14 100%
Familia	10 52,6%	0 0%	1 5,2%	4 21%	1 5,2%	1 5,2%	2 10,5%	19 100%
Situación de Calle	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	3 100%	3 100%
Total	18 46,1%	2 5,1%	2 5,1%	6 15,3%	4 10,2%	1 2,5%	6 15,3%	39 100%

De acuerdo a esta tabla se señala que un 52,6%, de los pacientes que egresa con su familia presentan esquizofrenia y en tanto que las personas que egresan a dispositivos residenciales el 50% de ellas lo hace con este diagnóstico.

4 de los pacientes que se van con su familia tienen como diagnóstico de egreso trastorno por abuso de sustancias, siendo esta la segunda mayor prevalencia, en esta situación familiar.

Además 6 pacientes presentan diagnóstico dual, de estos el 50% egresa a situación de calle, siendo estas, como ya fue mencionado, altas administrativas.

Si bien el mayor número de pacientes son acogidos por sus familiares, se presentan casos en los cuales no existe tal posibilidad, pues como fue mencionado, no poseen las condiciones de protección adecuadas para pacientes con patología psiquiátrica.

Al realizar la prueba Chi – cuadrado, los resultados dan cuenta que entre las variables situación familiar al egreso y número de rehospitalizaciones en el periodo de un año, existe relación, ya que Chi – cuadrado calculado (33.7062) es mayor al de tabla (28,87), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula por lo que las variables son dependientes.

Para graficar lo mencionado, se presenta la siguiente tabla.

**Tabla 5. 8 CHI - CUADRADO SITUACIÓN FAMILIAR AL EGRESO * DIÁGNOSTICO DE EGRESO
SEGÚN DSM - IV EJE I**

Chi – cuadrado Calculado	Chi – cuadrado Tabla
33.7062	28,87

A continuación se presenta tabla de contingencia de acuerdo al Eje II:

Tabla 5. 9 SITUACIÓN FAMILIAR AL EGRESO * DIAGNOSTICO DE EGRESO SEGÚN DSM - IV EJE II

		Diagnóstico de Egreso según DSM - 4 Eje II				Total
		Trastorno de personalidad con rasgos antisociales	Retardo Mental	Trastorno de Personalidad Impulsiva	Trastorno de Personalidad Limítrofe	
Situación familiar al Egreso	Dispositivos Residenciales	1 16,6%	4 66,6%	1 16,6%	0 0%	6 100%
	Familia	1 33,3%	0 0%	1 33,3%	1 33,3%	3 100%
Total		2 22,2%	4 44,4%	2 22,2%	1 11,1%	9 100%

Se observa, que la mayor prevalencia se encuentra en dispositivos residenciales que presentan retardo mental, esto corresponde a 4 pacientes (44,4%).

Es posible señalar que el mayor número pacientes al momento de su egreso se encuentra en dispositivos residenciales (6 pacientes) y familia (3 pacientes).

De acuerdo a ambas tablas la situación que más se repite es de los pacientes que al momento de egresar lo hacen con su familia, lo cual incide en la evolución de la enfermedad, pues es a ella donde vuelve el paciente, son quienes conviven con él y quienes, en caso de descompensación, los primeros en sufrir las consecuencias, por tanto la actitud que asuman, puede aumentar o disminuir el número de recaídas.

Se destaca que al momento de aplicar la prueba de independencia Chi - cuadrado, los resultados arrojaron que Chi – cuadrado calculado (4,503) es menor al esperado en la tabla (7,81) por lo que la relación entre las variables situación familiar al egreso y diagnóstico de egreso según DSM - IV II, no resultó significativa, presumiblemente por el número reducido de casos, por lo cual se acepta la hipótesis nula.

A continuación se presenta tabla que demuestra el resultado obtenido con la prueba de independencia.

Tabla 5. 10 CHI - CUADRADO SITUACIÓN FAMILIAR AL EGRESO * DIÁGNOSTICO DE EGRESO
SEGÚN DSM - IV EJE II

Chi – cuadrado Calculado	Chi- cuadrado Tabla
4,503	7,81

El informe sobre la salud en el mundo señala la existencia de “una fuerte relación entre las actitudes de intensa ‘emoción expresada’ en los familiares y una mayor tasa de recaídas de los pacientes que conviven con ellos.” (Organizacion Mundial de la Salud, 2001). En esta circunstancia la psicoeducación, desarrollada durante el proceso de hospitalización, es fundamental, ya que en ella se entrega la información adecuada dirigida a ayudar en la comprensión de la enfermedad, del tratamiento, aportando herramientas que mejoren el clima familiar, y las condiciones familiares de protección, que faciliten el cuidado y prevención de todo lo relacionado con la patología psiquiátrica, propiciando tanto una mejor inserción familiar como un menor número de rehospitalizaciones.

A continuación se presenta tabla de contingencia la cual, da cuenta de la relación **situación familiar** y **número de rehospitalizaciones** en la unidad.

Tabla 5. 11 SITUACIÓN FAMILIAR AL EGRESO*NÚMERO DE REHOSPITALIZACIONES EN EL PERIODO DE UN AÑO.

			Numero de Rehospitalizaciones en el periodo de un año.				Total
			0	1	2	3	
Situación familiar al Egreso	Solo	Recuento	1	1	1	0	3
		% de Situación familiar al Egreso	33,3%	%	33,3%	0%	100,0%
	Dispositivos Residenciales	Recuento	9	2	3	0	14
		% de Situación familiar al Egreso	64,3%	14,3%	21,4%	0%	100,0%
	Familia	Recuento	17	1	1	1	20
		% de Situación familiar al Egreso	85%	5%	5%	5%	100,0%
	Situación de Calle	Recuento	1	2	0	0	3
		% de Situación familiar al Egreso	33,3%	66,6%	0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	28	6	5	1	40
		% de Situación familiar al Egreso	70%	15%	12,5%	2,5%	100,0%

De las personas que se fueron a vivir **solas** (3 personas), 2 de ellas presenta rehospitalizaciones, mientras que el 33,3% no vuelve a tener reingresos.

El 64,3% de las personas que residen tanto en **hogares protegidos** como en **residencias protegidas** no presenta ninguna hospitalización post-alta. Sin embargo, el 14,3% reingresó al menos 1 vez.

El 66,6% de las personas en **situación de calle**, presenta dos nuevas internaciones luego de su alta.

Si bien el 85% de los pacientes que se establecen con sus **familias** no presenta rehospitalizaciones, es importante señalar que la persona que posee 3 reingresos al hospital vive con su familia, lo cual coincide con los contenidos revisados por el equipo de trabajo, ya que, tal como fue mencionado anteriormente, los familiares que poseen escaso manejo en la resolución de conflictos en situaciones de crisis, aumentan significativamente el riesgo de recaídas.

En cuanto a esto un familiar señala lo siguiente:

“Yo aprendí también harto, como le digo me enseñaron harto, hartas cosas sobre la enfermedad, como se iniciaba y el trato que debe dar uno como papá, así que nos fue bastante positivo estar acá”. (F.2)

Tal como lo menciona el entrevistado, se hace fundamental la asistencia de los familiares a las actividades y reuniones que se realizan al interior de la unidad, pues en ellas se pretende entregar la información adecuada sobre la enfermedad, sobre cómo enfrentar las situaciones de crisis experimentadas por sus familiares a la vez que se busca reforzar las relaciones familiares.

La prueba de independencia arroja que las variables situación familiar al egreso y número de rehospitalizaciones en el periodo de un año, son independientes, ya que el Chi – cuadrado calculado (13,61) es menor al esperado de acuerdo a la tabla (16,92) lo que probablemente se relacione con la cantidad de casos.

A modo de graficar esta situación se presenta, a continuación tabla Chi – cuadrado.

Tabla 5. 12 CHI - CUADRADO SITUACIÓN FAMILIAR AL EGRESO*NÚMERO DE REHOSPITALIZACIONES EN EL PERIODO DE UN AÑO.

Chi – cuadrado Calculado	Chi – cuadrado Tabla
13,61	16,92

Por otra parte, los pacientes señalan lo siguiente acerca de su relación familiar luego de su paso por la unidad y que resultan importantes al momento de relacionarlo con los reingresos:

“No, ahora me siento acompañado, antes no me sentía acompañado porque yo era el que estaba equivocado, el que pensaba que todos estaban contra mí, porque yo era consumidor de droga. (...)Nunca le tomé el peso de lo que me había ayudado mi hermana frente a mi enfermedad (...). (P.1)”

Otro paciente indica que:

“Tengo el apoyo de mi mamá, de mi papá...ellos siempre me ayudaron, siempre tuve el apoyo de ellos y pa mi era como algo lo más importante de mi vida eso, de tener una mamá, un papá que me apoyaran a salir adelante”. “(...) ya no le hago a las drogas y a la marihuana porque me estaba dando cuenta de que estaba perdiendo a mi familia”. (P.4)

Ambos coinciden en la importancia del apoyo brindado por sus familiares, tanto durante su estadía en la unidad, como una vez egresados de ella, pues con los conocimientos y herramientas entregadas es posible mejorar las relaciones familiares favoreciendo así la disminución de recaídas, así como la integración del paciente a su núcleo familiar.

En consecuencia y de acuerdo a lo señalado en este apartado, es posible indicar que en las familias de pacientes psiquiátricos se produce un estrés, el cual conlleva alteraciones al interior de ellas, dificultando el convivir con personas con este tipo de trastorno, esta situación se da, ya sea por un desgaste o por falta de conocimiento de las patologías, lo que ocasiona en el

paciente un aumento de recaídas, así como un menor retorno a su familia de origen.

Es por esto que mediante la psicoeducación a familiares, se pretende dar a conocer aspectos relevantes de la enfermedad, fomentar la autonomía del paciente, a la vez que se identifican las posibilidades de reinserción familiar.

Por lo tanto, según los datos recabados, podemos concluir que el 50% de los pacientes egresados de la unidad lo hace acompañado de su familia, mientras que el 32,5% lo hace a dispositivos residenciales, lo cual da como resultado, sumando ambos porcentajes, que el 82,5% de los pacientes poseen mayor protección a su egreso, contrastando con el porcentaje al momento del ingreso (75%).

Además de ello, es importante señalar que el 66,6% de los pacientes egresados que provenían de su familia regresan a ella y que el 100% de los pacientes que al momento de su ingreso lo hizo en situación de calle o solo son insertados al momento de su alta en dispositivos residenciales (protegidos o particulares) o en su familia.

Uno de los objetivos principales de la unidad, además de la integración familiar, es la integración social con la cual se busca que los pacientes lleven a cabo una participación activa en su comunidad.

A continuación se presenta Integración social.

4.- INTEGRACION SOCIAL

Las personas que sufren de una patología psiquiátrica se ven abrumados, en gran parte, no solo por los síntomas propios de su diagnóstico, sino porque no consiguen participar en las actividades laborales y de ocio, puesto que, generalmente se les discrimina.

A esto se agrega que los trastornos mentales y neurológicos, en el año 2000, fueron responsables de un 12% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), perdidos por todo tipo de enfermedades y traumatismos, lo que implica que el impacto negativo en la calidad de vida de los individuos es enorme.

Teniendo en cuenta esta situación, es que cobra gran importancia para los objetivos del programa de la Unidad procurar una integración social y familiar a los pacientes a través de la rehabilitación, la cual permita a las personas adquirir o recuperar las competencias necesarias para vivir e integrarse en la comunidad.

El presente trabajo se realiza en la UME, por medio de talleres como Integración Comunitaria y Actividades para la Vida Diaria básicas e instrumentales (AVDb y AVDi). En lo que se refiere a la intervención socio-comunitaria, uno de los principales ámbitos de los cuales se ocupa es el de apoyar la consecución de una vivienda, como derecho básico de las personas, buscando las mejores alternativas residenciales, ya que en algunos casos la familia no puede o no desea convivir con el usuario y éste debe acceder entonces a un espacio propio o compartido.

A modo de ejemplo, se presenta el siguiente extracto:

“Con el Sr. Lazo, hacíamos desarrollo comunitario. Ahí él nos orientaba cómo tener una mejor calidad de vida, de hecho yo estoy postulando a mi vivienda propia por el SERVIU y debido a las charlas que él hacía, me iba integrando, integrando, hasta que llegué al SERVIU. (Con el Sr. Lazo) saqué la libreta para la vivienda, saqué el carne de discapacidad. (...) Saqué aquí la pensión gracias a él.” (P.3)

En lo anteriormente descrito, la paciente hace referencia también a otros ámbitos en los cuales se realiza un acompañamiento por parte del

Asistente Social de la Unidad, tales como la tramitación para la obtención de beneficios como la Pensión Básica Solidaria y el carné de discapacidad, los que representan uno de los pisos básicos que se propician en la unidad para ayudar a generar un mayor grado de independencia en el paciente.

Por otra parte, posterior al alta, se incentiva la participación en **Centros diurnos de rehabilitación psicosocial con base en la comunidad**, los que como estructuras intermedias tienden también a favorecer el desarrollo de las habilidades para la vida cotidiana relativas al régimen de alimentación, higiene personal, cocinar, comprar, presupuestar gastos y utilizar diferentes medios de transporte.

Actualmente, el Hospital del Salvador tiene convenio con tres Centros: la Corporación Dr. Carlos Bresky, Nuevo Renacer y Casa Club, lo cual es un número bastante reducido para la población de la Región de Valparaíso, por lo cual apenas el 25% de los pacientes egresados de la Unidad de Mediana Estadía entre los años 2006 -2010 participa en alguno de ellos, lo que corresponde a solo 10 pacientes de los 40 que constituyen la población incluida en el presente estudio.

A continuación se expone un extracto de la experiencia de un paciente egresado de la Unidad:

“Ahí en la Casa Club hay un local que se llama Artesanos, ahí cocinamos, no he aprendido a cocinar solo yo, directamente solo, pero si unas cosas sé, por lo menos ya sé pelar una papa , zanahoria, cosas que antes no sabía cómo hacerlas, porque aquí (en la UME) tuve una pequeña pasada.”(P.2)

Así mismo, el trabajo que se realiza en cuanto a rehabilitación psicosocial permite que en gran medida los pacientes logren desarrollar o potenciar habilidades que, por su patología han perdido o no les ha sido posible generar, pero que son consideradas esenciales para vivir en la comunidad, lo cual incluye orientaciones para el desarrollo de aptitudes sociales, intereses y actividades de ocio que proporcionan un sentimiento de participación y valía personal.

“Pago mis cuentas solita, la luz, el agua, me hago mi comida, bien independiente (...) antes

yo no sabía valer por mí misma, tenía que estar dependiendo de mi tía.”(P.7)

De la misma forma otra paciente relata, en cuanto a su sociabilización con pares que,

“Los días domingos salimos un grupo de usuarias, salimos a servirnos algo, a almorzar afuera” (P.5)

Finalmente, otro ámbito importante en la vida de las personas que sufren trastornos mentales es su desarrollo laboral, puesto que es un proceso que brinda la posibilidad de lograr un nivel de funcionamiento independiente óptimo en la comunidad.

“Los trámites los realicé yo, cuando estaba con permiso (...) todo, porque incluso tengo licencia para manejar profesional, entonces tengo que renovarla ahora, pero tengo que sacar lentes, por eso no la he renovado, pero ahora con esta pega que salió, ahora sí que voy a poder renovarla, porque voy a juntar buena plata, porque me van a pagar diez mil pesos diarios.”(P.1)

Sin embargo, esta esfera de la vida se ve muchas veces truncada por las creencias y actitudes de la sociedad para con las personas que presentan patologías psiquiátricas severas, lo cual se ve reflejado en la relación compleja entre pobreza y salud mental.

Actualmente, la prevalencia de los trastornos mentales entre las personas que se encuentran en situación de pobreza es mayor que en la población en general, especialmente en las patologías asociadas al abuso de sustancias. Esta mayor prevalencia puede explicarse por dos situaciones, por una parte la acumulación de las causas de los trastornos mentales entre los pobres, y por otra, está la transición de los enfermos mentales hacia la pobreza. Pero dado que estas situaciones no son excluyentes, nos encontramos con individuos que están en una situación social que contiene

factores que posibilitan la aparición de trastornos mentales, y también con aquellas personas que presentan alguna patología psiquiátrica y pueden sufrir privaciones como consecuencia de su enfermedad.

Finalmente, se presenta a continuación el análisis de la categoría emergente *apreciación acerca de la participación en la unidad de mediana estadía*, surgida a partir de la revisión del contenido de las entrevistas realizadas a pacientes y familiares.

5.- APRECIACIÓN ACERCA DE LA PARTICIPACIÓN EN LA UNIDAD DE MEDIANA ESTADÍA.

La estadía en la UME proporciona a cada paciente y familiar un conjunto de elementos, procesos y acciones, las cuales conforman representaciones de la realidad con nociones valorativas, lo que se transforma en significación.

En el caso de los pacientes egresados de la UME, encontramos diversas opiniones de acuerdo a su estadía. En primer lugar, resaltan apreciaciones positivas respecto a las diversas actividades que se realizan, destacando principalmente los aspectos de rutina diaria:

“Claro, me empezó a gustar acá. Echaba de menos cuando estaba en la casa (...) porque aquí, por ejemplo, uno se levanta, se baña y va a los talleres y se mantiene ocupado. Hay varios talleres que me motivaban a mí.” (P. 1)

Esto se debe principalmente a que las personas que sufren alguna enfermedad psiquiátrica, especialmente aquellas con esquizofrenia, necesitan estructura en sus vidas, puesto que comúnmente, además de presentar sintomatología positiva (alucinaciones, delirios, etc.), se asocian características tales como apatía, abulia, aislamiento social, etc.

Los síntomas negativos se manifiestan normalmente como problemas de aseo e higiene, falta de persistencia en tareas y sentimiento de cansancio, así como problemas en la concentración y en la atención, lo cual afecta al paciente en su ámbito familiar y social. Por lo tanto, el planteamiento de una rutina definida para levantarse, asearse, comer y realizar actividades, suele ser beneficioso para propiciar un mayor nivel de activación.

“Bueno se acostumbró a bañarse aquí se levantaba y se bañaba y ese hábito lo hace en la casa también, pero lo aprendió aquí claro porque era malo para la ducha... Así que yo estoy bien conforme con el trabajo que se ha hecho aquí porque las veces que lo he sacado de aquí ha estado bien ya”. (F.3)

En este sentido, los entrevistados realizaron la comparación con otras unidades del Hospital del Salvador, respecto a su satisfacción en cuanto a su participación en la UME:

“Mira, el paso aquí fue bien entretenido, porque es diferente porque en comparación con otras salas esta es más activa como que tratan de que tu estés como más despierto, más activo (...) te hacen participar, te ayudan, te motivan, cantaban, bailaban, jugaban dominó, había talleres de cueca, siempre estábamos en algo (...).” (P.8)

Como anteriormente se ha señalado en el presente documento, el programa de rehabilitación y reintegración de la unidad de mediana estadía comprende una serie de actividades tales como desarrollo comunitario, taller de cocina, rehabilitación cognitiva, psicoeducación, etc., que en su mayoría son desarrolladas por el equipo de profesionales que componen la unidad, los cuales cumplen un rol fundamental en el proceso que llevan a cabo los pacientes:

“Lo que me ayudó también fue estar en la sala UME, en gran parte todo el personal, Germán, el Sr. Lazo, el Dr. Cárdenas, mi referente terapéutico la Srta. Aguilar, y todos ellos me ayudaron a darme cuenta de que yo estaba equivocado” (P.1)

Así también, los entrevistados le dan gran importancia a la relación con el equipo, puesto que, no solo han desarrollado un lazo en cuanto a lo profesional, sino que también le dan gran importancia al vínculo afectivo que se genera durante el tiempo de estadía. De esta forma, las personas que trabajan en la Unidad se convierten en una red de apoyo, especialmente para los pacientes que no tienen una familia que los acoja y respalde:

“La misma familiaridad que había todos tan buenos (...) Todos me querían y yo a ellos, mejor que mi familia, mejor” (...) “Que estoy muy agradecida señorita porque fueron tan buenos conmigo en los momentos que yo más los necesité ello estuvieron conmigo” (P.7)

Sin embargo, no todas las experiencias han sido satisfactorias. Existen diversos casos de pacientes que no se sintieron a gusto durante su participación en la UME, esto se debe principalmente a que no presentan un real compromiso con su internación en el Hospital, deseaban estar con sus familiares o las relaciones que mantenían con otros pacientes no eran buenas. A continuación, a modo de ejemplo se exponen dos extractos:

“Aquí fue un martirio para mí, porque los otros me molestaban, me pedían comida, los otros enfermos me pedían comida (...) Mi estadía fue un desastre para mí.” (P.2)

“Querí salir, sí tenía entretenimiento pero quería irme a mi casa a estar con mis hijos” (P.6)

Por otra parte, en cuanto a los familiares, estos también presentan opiniones heterogéneas, si bien anteriormente se han expuesto extractos en donde referían una apreciación positiva, también existen personas que no han sentido satisfechas sus expectativas respecto al trabajo de los profesionales:

“Si yo cuando quise golpear puertas me las cerraron, entonces eso para mí fue injusto, entonces tenemos que llegar un poco más alto, un poco más grave para que, porque me dijeron aquí, con su permiso, tiene que hacer una caga Jorge para que te ayuden” (F.5)

En consecuencia, podemos decir que la satisfacción, tanto de los pacientes participantes del programa de rehabilitación y reintegración de la Unidad de Mediana Estadía, como la de sus familiares no es unánime, ya que en ambos grupos se plantean valoraciones positivas y negativas.

En esta instancia se hace necesario destacar que el análisis de cada uno de los indicadores anteriormente expuestos otorga importante evidencia acerca del cumplimiento de los objetivos de evaluación propuestos, lo cual permite determinar el impacto del Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía.

A partir de ello es posible afirmar que se produce un impacto relativo, dependiendo de cada indicador, lo que se detalla a continuación el siguiente capítulo.

Capítulo VI:

**Conclusiones y Propuesta de
Intervención.**

PRESENTACIÓN

El capítulo que se presenta a continuación da cuenta de las conclusiones realizadas por el equipo seminarista en relación al proceso de investigación evaluativa, estas serán expuestas en cuatro ejes.

El primero de estos hace referencia a la síntesis de los resultados de la evaluación desarrollada, conjuntamente con el cumplimiento de los estándares, destacando los resultados finales de la evaluación llevada a cabo.

El segundo eje corresponde a las conclusiones respecto del proceso metodológico utilizado para el presente seminario.

Un tercer eje da cuenta de la relación del Trabajo Social en el área, referida a las competencias de los profesionales en Salud Mental.

Finalmente se desarrolla la propuesta de intervención realizada por el equipo seminarista, la cual tiene por objeto aportar en la planificación e implementación de las psicoeducaciones, realizadas por el equipo de la Unidad de Mediana Estadía, tanto a pacientes como a familiares que se encuentran hospitalizados en la unidad.

SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

El presente Seminario de Título, comprendió como objeto de evaluación el impacto presentado por los objetivos propuestos para el paciente, en el programa de rehabilitación y reinserción biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía. Estos objetivos se refieren específicamente a la adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad, integración familiar e integración social.

Teniendo como base lo anteriormente expuesto, se plantearon tres objetivos específicos para medir el impacto en pacientes egresados entre los años 2006 y 2010, pertenecientes a la comuna de Valparaíso, los cuales están referidos a evaluar el nivel de adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad, evaluar el nivel de integración familiar y evaluar el nivel de integración social.

En cuanto al objetivo, ***evaluar el nivel de adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad***, éste comprendió dos indicadores. El primero, estuvo referido a que los pacientes ***asistieran a los controles de seguimiento post alta*** al menos una vez al mes durante los primeros tres meses posteriores a su egreso, ya que de acuerdo con el plan de seguimiento del programa, una vez que el paciente egresa de UME se debe garantizar su estabilidad clínica y psicosocial.

Este estándar se planteó para ser cumplido en un 90%, sin embargo se observa que solo el 78,8% de los pacientes asistió siempre a los controles, por lo que el estándar se considera como no cumplido.

No obstante esta condición del estándar, se debe señalar que el mayor porcentaje de los pacientes asiste a los controles, ya que solo un 3% no asistió nunca a estos, y que aquellos que se incluyen en la categoría “a veces” (entre una y dos veces), se debe a que registraron rehospitalizaciones en otra sala del Hospital del Salvador o en la UME.

Por otra parte, para el segundo indicador correspondiente a la ***cantidad de rehospitalizaciones post-alta***, el estándar establecido es que un 85% de los pacientes egresados de la Unidad de Media estadía, no presenten rehospitalizaciones durante el periodo de un año. En este caso, tampoco se da cumplimiento al estándar, ya que un 30% de los pacientes

presenta rehospitalizaciones, lo que implica que solo un 70% no registra reingresos.

Sin embargo, pese a que el estándar no se cumple, las rehospitalizaciones no son de carácter habitual, apenas un paciente ha sido reingresado 3 veces, y solo un cuarto de la población ha registrado alguna hospitalización post-alta.

En consecuencia, en lo que respecta a los estándares establecidos para los indicadores correspondientes a adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad, estos no se logran íntegramente, a pesar de que una amplia mayoría asiste regularmente a los controles requeridos, lo cual favorece una estabilidad clínica y psicosocial en la integración en la comunidad, lo cual también propicia que, en gran medida no se registren nuevas hospitalizaciones una vez dados de alta los pacientes.

El segundo objetivo propuesto, está dirigido a **evaluar el nivel de integración familiar**, para lo cual se definieron dos indicadores, el primero corresponde a la tasa de colocación familiar antes de la hospitalización, la que se utilizó como estándar comparativo respecto del indicador **colocación familiar al egreso**, el cual considera que el 90% de los usuarios que provengan de su entorno familiar, al momento de su egreso hayan sido insertados en el mismo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se señala en primer lugar que al **ingresar** a la Unidad, el 67,5% lo hace desde su hogar familiar, mientras que el 15% viene de estar en situación de calle y un 7,5% de dispositivos residenciales. Ahora bien, en cuanto a la **situación al egreso**, solo un 66,6% que proviene de su hogar familiar, es insertado en el mismo, por lo que el estándar no se cumple.

Si bien a esto se le puede dar una primera lectura negativa, se debe advertir que, aunque la tasa de colocación familiar al egreso no se cumple, existe un aumento en la protección del paciente, ya que el porcentaje de personas que a su egreso se incorporan a algún dispositivo residencial sumado con las personas que egresan a su núcleo familiar es de 82,5%, el cual contrasta con el 75% que se registra en el ingreso. Además se debe señalar que las personas en situación de calle al egreso (correspondientes a fugas) disminuyen a 7,5%.

El segundo estándar planteado para el presente objetivo, corresponde a que el **100% de los pacientes que a su ingreso no provengan de su entorno familiar, al momento de su egreso se inserten en algún dispositivo residencial (protegido o particular) o en su núcleo familiar.** Este estándar se cumple a cabalidad ya que de los 13 pacientes que al ingresar no lo hicieron desde su hogar familiar, 9 egresaron a dispositivos residenciales protegidos, 2 a residencia particular y 2 a sus núcleos familiares.

Finalmente, el tercer objetivo corresponde a **evaluar el nivel de integración social**, para esto se plantea que el 50% de los usuarios egresados del programa se hayan incorporado a **centros diurnos de rehabilitación con base en la comunidad.** Esta participación cobra importancia dado que a través de ellos se busca propiciar habilidades para la vida cotidiana que favorezcan la integración y estabilidad del paciente en la comunidad.

Para el presente indicador, no se da cumplimiento al estándar, ya que apenas el 25% de los pacientes egresados de la Unidad de Mediana Estadía entre los años 2006 -2010 participa en algún centro, lo que corresponde a solo 10 pacientes de los 40 que constituyen la población incluida en el presente estudio.

Esta situación se debe en gran medida a que, actualmente, el Hospital del Salvador tiene convenio solo con tres Centros: la Corporación Dr. Carlos Bresky, Nuevo Renacer y Casa Club, lo cual es un número bastante reducido para la población de la Región de Valparaíso.

Al mismo tiempo, se plantearon dos objetivos asociados a la **dimensión cualitativa**, los cuales están referidos por una parte a **evaluar la significación que le atribuyen los pacientes egresados de UME a su participación en el programa**, y por otra a **evaluar la significación que le atribuyen los familiares de pacientes egresados de UME a su participación en el programa.**

Para ambos objetivos se establecieron estándares de acuerdo a la satisfacción expresada por los entrevistados, para lo cual se entenderá por satisfacción positiva o negativa cuando los entrevistados planteen una valoración de este tipo a su experiencia.

En este sentido, se plantea que la satisfacción, tanto de los pacientes participantes del programa, como la de sus familiares no es unánime, ya que ambos grupos plantean, para las esferas relacionadas con: actividades que se realizan en la unidad, comparación con otras salas y, desempeño de los profesionales y su relación con ellos, valoraciones tanto positivas y negativas.

En consecuencia, podemos decir que la consecución del impacto de los objetivos del programa de rehabilitación y reintegración de la Unidad de Mediana Estadía, es heterogénea, puesto que, de acuerdo a la evidencia en aspectos de la dimensión cuantitativa el programa tiene un impacto significativo, pese a que el cumplimiento de algunos estándares no se da a cabalidad.

Finalmente, en lo que se refiere a la dimensión cualitativa, el impacto es relativo, ya que la significación que le atribuyen tanto pacientes como familiares a su participación en la unidad es diversa abarcando a veces una misma persona, apreciaciones tanto positivas como negativas.

CONCLUSIONES METODOLÓGICAS

El trabajo llevado a cabo por las alumnas seminaristas, tuvo como objetivo principal evaluar el nivel de impacto de los objetivos del programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial de la Unidad de Mediana Estadía en pacientes de la comuna de Valparaíso, cuyo primer egreso del programa se encuentre entre los años 2006-2010.

Para ello, el equipo de seminario desarrolló un diseño de evaluación, basado, principalmente, en lo propuesto por Ahumada, P. (1989) en *“Tópicos de la Evaluación en Educación”*, este apartado otorga los lineamientos metodológicos necesarios para el correcto proceso de evaluación, dentro del cual es posible encontrar objetivos, estándares, población objetivo y enfoque, así como también las técnicas e instrumentos de recolección de datos y la forma en que estos serán analizados.

El enfoque utilizado, es de carácter mixto (cuantitativo – cualitativo), pues favorece la recolección sistemática de información, posibilitando y enriqueciendo el posterior análisis.

En lo que respecta a las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de la información, se afirma que estos fueron pertinentes a los requerimientos de la evaluación, pues permitieron a través de la revisión de documentos y la realización de entrevistas tanto a pacientes como a familiares, la obtención de datos relevantes para establecer el impacto del programa de la Unidad de Mediana Estadía.

Por otra parte, el proceso de recolección de información, tanto para la dimensión cuantitativa como para la cualitativa, resultó fundamental la coordinación estratégica por parte del equipo de la U.M.E, pues mediante ellos se gestionó el acceso a información estadística, fichas clínicas, así como también a diversos profesionales del área, lo que en conjunto facilitó el desarrollo de esta etapa de la investigación.

En lo referente al análisis e interpretación de los datos, para la dimensión cuantitativa se utilizó el programa estadístico SPSS, con el cual se generaron tabla de frecuencia, contingencia y gráficos, los cuales fueron complementados con la información cualitativa obtenida a través de entrevistas, las cuales se analizaron mediante una matriz de contenido.

Una vez identificadas las relaciones entre estos datos, se procedió a contrastar este análisis mixto con la teoría recabada tanto en el capítulo definición y fundamentación del objeto de evaluación y el marco de referencia, desarrollando así el sustento teórico necesario para una correcta interpretación de lo recabado, pudiendo identificar la consecución del impacto por parte de los objetivos del programa.

Finalmente, el equipo seminarista considera pertinente plantear ciertas observaciones relevantes para futuras investigaciones evaluativas que se deseen realizar en la unidad.

En este aspecto, se sugiere que, en el caso de realizar una evaluación cuantitativa, esta sea ampliada, abarcando a todos los pacientes egresados a partir del año 2006 hasta el año anterior de la investigación que se quiera realizar, sin utilizar filtros, tales como comuna de origen.

Por otra parte, en el caso de lo cualitativo, se aconseja agregar una tercera unidad de análisis, referida a los profesionales y técnicos paramédicos de la Unidad, ya que para la investigación se considera de gran importancia incluir a todos los actores relacionados con el Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial.

En consecuencia, de acuerdo a lo expresado, la metodología utilizada por parte del equipo de trabajo resultó práctica, útil y oportuna, ya que tanto el diseño como los instrumentos confeccionados han sido aceptados por parte de los responsables de la toma de decisiones, lo cual ha posibilitado conocer el impacto del objeto de evaluación.

COMPETENCIAS PROFESIONALES EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL

El Trabajo Social en Salud Mental, ha sido directamente influenciado por el desarrollo de esta área en nuestro país, el cual ha sido marcado principalmente por la reciente creación de un marco normativo y la implementación del Plan Nacional de Salud Mental.

Considerando este escenario, los trabajadores sociales han configurado su perfil y rol profesional a través de su quehacer en el área, buscando marcar una diferencia a través de la especificidad de sus funciones.

Desde esta mirada, es posible afirmar que los pilares básicos del Trabajo Social en Salud Mental han sido la especialización, la formación continua y el trabajo interdisciplinar.

Lo descrito anteriormente dice relación con los diversos roles que debe cumplir Trabajo Social, dependiendo de las exigencias de la institución en la que se encuentre inserto, es por esto que el poseer distintas competencias que le permitan desenvolverse en el área resulta de gran importancia.

El rol del Trabajador Social en el Hospital Psiquiátrico del Salvador, depende directamente de la unidad en que se encuentre y de los requerimientos que esta presente, lo que da cuenta de la versatilidad que como profesional necesita para desarrollar las distintas tareas y responsabilidades que debe asumir, puesto que el trabajo con los pacientes requiere de una atención integral.

Cada uno de los roles específicos del trabajador social en la presente unidad tienen como objetivo principal la reintegración y rehabilitación de los pacientes, mediante las intervenciones individuales, grupales y familiares que como profesional realice, es aquí donde surge el primer desafío, puesto que se debe abordar de modo integral cada problemática, de modo que se lleven a cabo acciones tendientes a facilitar la integración del paciente en su entorno.

En la práctica, debido a los múltiples desafíos que se presentan, los profesionales realizan importantes tareas que van más allá de los roles propios del área en la que se encuentran, por lo que la formación y competencias profesionales que cada uno posea, son de gran importancia.

En muchas ocasiones surgen dificultades tales como, la ausencia de una familia, recursos económicos o falta de redes de apoyo y el trabajador social se presenta como encargado de posibilitar acciones y actividades para generar herramientas que otorguen independencia y autonomía en el paciente.

Todos estos aspectos forman parte de la actividad profesional de los trabajadores sociales, de modo que no sólo es necesario atender su problemática psiquiátrica si no también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de la rehabilitación e integración social.

Otro de los aspectos importantes a destacar es la intervención interdisciplinar que se realiza en el área, para la cual concurren diferentes profesionales, modelos teóricos, formas de mirar una realidad, instituciones e incluso diversas ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención, por lo que la intervención en equipo debe ser una de las fortalezas que presente el trabajador social en el área.

La interdisciplinariedad como uno de los pilares mencionados para el trabajo social, hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas lo que representa una puesta en común de aplicar el conocimiento y para abordar una problemática determinada.

En el área de salud mental, como trabajadores sociales es importante manejar y comprender la complejidad de situaciones que se presentan, por lo tanto el manejo de técnicas y metodología adecuados son fundamentales para poder intervenir.

Como equipo, se ha considerado que comprender la situación psicosocial del paciente en todas sus dimensiones posibilita en gran medida las intervenciones destinadas a la rehabilitación, así como también el desarrollo profesional dentro de equipos interdisciplinarios con distintos enfoques teóricos.

Finalmente, desde la experiencia del equipo seminarista es importante destacar que el ejercicio profesional en esta área es muy diverso, por lo cual se necesita de una continua formación tanto profesional, como en las competencias personales, lo que a su vez representa un gran desafío para los trabajadores sociales que se desempeñan en esta área, puesto que requieren de un proceso formativo basado en la experiencia y por tanto en el aprendizaje sobre todo de la relación trabajador social-paciente, trabajador social-equipo y trabajador social y la institución.

PROPUESTA DE INTERVENCION

De acuerdo con el Plan Nacional de Salud Mental los pacientes que presentan patología psiquiátrica de larga evolución y/o con discapacidad, requieren, en forma más específica, actividades de rehabilitación para su reinserción social.

Es por esto que, tal como se señala en la Norma Técnica N° 90 de Rehabilitación Psicosocial para Personas Mayores de 15 años con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad, el Programa de Rehabilitación y Reintegración Psicosocial de la Unidad de Mediana Estadía considera como primordiales las actividades destinadas a la rehabilitación de los pacientes, por lo cual la educación, tanto a pacientes como a familiares, supone una de las instancias fundamentales en dicho proceso.

La educación como se menciona anteriormente, se presenta como una necesidad continua en los usuarios, incluso quienes ya la han recibido se benefician de ella. Es por esto que, la psicoeducación como una actividad destinada a la rehabilitación, facilita la aceptación de la enfermedad y las limitaciones del paciente, promueve el autocuidado y autonomía del individuo en un máximo nivel posible, y por sobretodo busca facilitar el apoyo por parte de su familia y la inserción social.

En la Unidad de Mediana Estadía se realiza un trabajo psicoeducativo integral, en el cual cada profesional que forma parte del equipo, no solo entrega información respecto de los temas que conciernen a la rehabilitación, sino que además busca lograr un aprendizaje significativo, entregando herramientas necesarias para que el paciente y su familia puedan afrontar la patología.

Bajo esta mirada, y considerando la importancia de la psicoeducación en el proceso de rehabilitación de los pacientes, el equipo seminarista ha considerado realizar un aporte a la Unidad mediante una propuesta de intervención validada por el equipo de profesionales de la Unidad, la cual se basa en la psicoeducación tanto a pacientes como a familiares.

Esta propuesta contribuye a la programación de las psicoeducaciones realizadas en la Unidad, proponiendo temáticas que dan origen a diversas actividades organizadas en módulos de acuerdo a su nivel de complejidad.

Para ello se plantea el siguiente objetivo:

Educar a pacientes y familiares que se encuentren insertos en la Unidad de Mediana Estadía, moderando la ansiedad generada a partir del desconocimiento, posibilitando conductas más adaptadas y elevando de esta forma la calidad de vida de las personas.

A partir de lo expuesto se consideran los siguientes aspectos operativos.

Aspectos Operativos:

La presente propuesta, consiste en el diseño de tres módulos, con seis temas cada uno, de los cuales se desprenden 17 actividades, que se realizarán una vez a la semana los días martes tanto para pacientes como para familiares, durante el transcurso de un año.

Cada uno de los temas presentados en los Módulos, serán abordados por el profesional que se encuentre a cargo de realizar la psicoeducación, de acuerdo con el calendario establecido por el equipo de la Unidad.

Para la confección de cada uno de ellos, se trabajarán las mismas temáticas, las cuales irán variando en su complejidad a medida que avancen los módulos, es por esto que se pretende aumentar el contenido de los temas, exigiendo un mayor nivel de conocimiento y por ende un mejor manejo de contenidos por parte de pacientes y familiares.

A continuación se describe cada uno de los módulos con las respectivas temáticas a abordar.

Cuadro 6. 1 MODULO 1 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Módulo	Tema	Actividades
Módulo N° 1: ¿Cómo nos reconocemos? En el primer módulo se indagará en el conocimiento previo de pacientes y familiares acerca de la temática a abordar, de modo	Tema N°1: Conciencia de enfermedad y adherencia a tratamiento.	¿Cuál es mi enfermedad/ que enfermedad tiene mi familiar?, ¿Sé para que sirven mis/sus medicamentos?

que se logre realizar un contraste entre los conocimientos de cada uno de ellos y la descripción teórica del tema a tratar.	Tema N°2: Manejo del estrés y enfrentamiento de problemas	¿Cómo reconocer una situación de estrés?
	Tema N°3: Autocuidado	¿Cuál es mi rutina de higiene? ¿Cuál es la rutina de higiene en mi hogar?
	Tema N°4: Hábitos Saludables	¿Qué actividades realizo en mi hogar? ¿En qué participa mi familiar en el hogar?
	Tema N°5: Habilidades Sociales	¿Qué actividades realizo en mi tiempo libre? ¿Cómo se relaciona mi familia?
	Tema N° 6: Redes Sociales y Redes de Apoyo	¿Qué son las redes de apoyo? ¿Cuáles son mis redes de apoyo?

Cuadro 6. 2 MODULO 2 PROPUESTA DE INTERVENCION.

Módulo	Tema	Actividades
Módulo N° 2: Desmitificando la Enfermedad Entrega de Información en base al diagnóstico realizado en el módulo N° 1.	Tema N°1: Conocimiento de la Enfermedad	Entrenamiento de habilidades específicas respecto del conocimiento de la enfermedad (Manejo de medicación, prevención de recaídas, etc.).
	Tema N°2: Manejo del estrés y enfrentamiento de problemas	Entrenamiento de resolución de problemas y manejo del estrés (habilidades comunicacionales, etc.).
	Tema N°3: Autocuidado	Entrega de herramientas en lo referente a higiene personal, evitar conductas riesgo sexual.

	Tema N°4: Hábitos Saludables	Entrenamiento en habilidades para el reconocimiento de conductas de riesgo tales como; abuso de alcohol y drogas.
	Tema N° 5: Habilidades Sociales	Entrenamiento en el manejo de habilidades sociales tales como: normas de convivencia y relaciones en grupo.
	Tema N° 6: Redes de Apoyo y Redes Sociales	Entrega de información acerca de integración social, beneficios sociales, y redes.

Cuadro 6. 3MODULO 3 PROPUESTA DE INTERVENCION.

Módulo	Tema	Actividades
Módulo N° 3: Reflexionando acerca de lo aprendido En este último Modulo, se medirá el nivel de conocimiento de los usuarios, respecto de las temáticas abordadas. Y se reforzarán los temas de mayor complejidad.	Tema N°1: Conocimiento de la Enfermedad	Aplicación de test de comprensión de contenidos y reforzamiento de la temática.
	Tema N°2: Manejo del estrés y enfrentamiento de problemas	Aplicación de test de comprensión de contenidos y reforzamiento de la temática.
	Tema N°3: Autocuidado	Aplicación de test de comprensión de contenidos y reforzamiento de la temática.
	Tema N°4: Hábitos Saludables	Aplicación de test de comprensión de contenidos y reforzamiento de la

		temática.
	Tema N°5: Habilidades Sociales	Aplicación de test de comprensión de contenidos y reforzamiento de la temática.
	Tema N° 6: Redes de Apoyo y Redes Sociales	Aplicación de test de comprensión de contenidos y reforzamiento de la temática.

De este modo, el equipo seminarista cierra su proceso de seminario de título realizando un aporte a la Unidad de Mediana Estadía, el cual será de utilidad tanto para el equipo de profesionales, como para los pacientes y familiares insertos en el Programa de Rehabilitación y Reintegración Biopsicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes Documentales

Libros

- Ahumada, A. P. (1989). *Tópicos de la Evaluación en Educación*. Valparaíso: Ediciones Universitarias de Valparaíso.
- Ander- Egg, E., & Aguilar, M. J. (1994). *Evaluación de Servicios y Programas Sociales*. Buenos Aires: Lumen.
- Ballart, X. (1992). *Como Evaluar Programas y Servicios Públicos: Aproximación Sistemática y Estudios de Casos*. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas .
- Briones, G. (2002). *Evaluación de Programas Sociales*. México: Trillas.
- Briones, G., Hoyos, G., Vargas, G., Sandoval, C., & Corres, S. (2002). *Investigación Evaluativa*. Bogotá: AFRO Editores e Impresores Ltda.
- Cohen, E., & Franco, R. (1993). *Evaluación de Proyectos Sociales*. España: Editorial Siglo Veintiuno.
- Colás, B. M. (1994). *Evaluación de Programas: Una Guía Práctica*. Sevilla: Kronos.
- Ferreira, P. (2009). *Trabajo Social Comunitario y Salud Mental*. Córdoba : Colegio de Profesionales en servicio Social de la Provincia de Córdoba.
- Garcés, T. A. (2010). *El Trabajo Social en Salud Mental*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido : teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Mella, O. (2003). *Metodología cualitativa en ciencias sociales y educación : orientaciones teórico-metodológicas y técnicas de investigación*. Santiago: Primus.
- Mendoza, M. (2004). *Las Relaciones entre Trabajo Social y Salud Mental: Un Recorrido Histórico*. Buenos Aires.

- Ministerio de Salud Chile. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Chile.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Francia.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra, Suiza.
- Pardinas, F. (1996). *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*. México: Siglo Veintiuno.
- Pérez Serrano, G. (2006). *Elaboración de Proyectos Sociales. Casos Prácticos*. Madrid, España: Narcea.
- Ponce de León, E. (2000). *La metodología de la investigación evaluativa y social : una discusión sobre el concepto de validez en la investigación científica y sobre el uso de los modelos estadísticos correlacionales como alternativa de control*. Santafé de Bogotá: Universidad El Bosque.
- Rodríguez, G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Salinas, D. (2010). *¿A cuántos y a quiénes preguntar? : una aproximación al muestreo cuantitativo y cualitativo en investigación social y educativa*. Valparaíso: Ediciones Universitarias de Valparaíso.
- Strauss, A. (2002). *: Bases de la investigación cualitativa : técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Valles, M. S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Weiss H., C. (1990). *Investigación Evaluativa*. México : Editorial Trillas

Manuales y Normas Técnicas

- Abdala, E. (2004). Manual para la evaluación de impacto en programas de formación para jóvenes. Montevideo: CINTERFOR.
- Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. (2008). *Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias Estimulantes*. Andalucía : Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Hospital del Salvador. (2007). Manual de organización Hospital de día para Dependencias. Valparaíso, Chile.
- Hospital del Salvador. (2009). Manual de Organización Unidad de Corta Estadía Sala Valenzuela. Valparaíso, Chile.
- Junta de Extremadura. (2007). *Protocolo de Coordinación y atención a la Patología Dual*. Extremadura. España: Servicio Extremeño de Salud.
- Manual de Organización Unidad de Mediana Estadía Hospital Psiquiátrico del Salvador. (2004-2005).
- Ministerio de Salud. (Septiembre de 2006). Norma Técnica de Rehabilitación Psicosocial para Personas Mayores de 15 años con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad. Santiago, Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud. (30 de Julio de 2000). Reglamento para la Internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud . (2007). *Guía Clínica Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas en Personas Menores de 20 años*. Santiago : MINSAL

Medios Electrónicos

- Cortés- Padilla, M., & Rascón-Gasca, M. (2001). *Scielosp*. Recuperado el Octubre de 2011, de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n6/7528.pdf>
- Juan, M. (Enero de 2001). *La psiquiatría en el cambio de siglo: psiquiatría social*. Recuperado el 15 de Abril de 2011, de Revista Chilena de Neuro-psiquitría Scielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272001000100004&script=sci_arttext.
- Laval R., E. (2003). *Scielo Chile*. Recuperado el 24 de Marzo de 2011, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003020200048&lng=es.
- Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2011). *Servicio de Salud Valparaíso San Antonio*. Recuperado el 24 de Marzo de 2011, de http://ssvalparaissanantonio.redsalud.gov.cl/url/page/ssalud/ssvalparaiso/g_conozcanos/ss_valposa_conozcanos_situacion_de_salud.html.
- Vicente P Benjamín, R. S. (Mayo de 2002). *Revista Médica de Chile*. . Recuperado el 14 de Abril de 2011, de Scielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000500007&script=sci_arttext.

Seminarios de Título

- Caballero, A. A., Gamboa, G. A., Medina, A. M., & Tapia, B. (2006). Seminario de Título. *Investigación Evaluativa del Programa Calle Perteneciente al Hogar de Cristo: Una Experiencia Desde el Trabajo Social*. Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso.
- Galleguillos, M. (2006). Evaluación del diseño y la implementación del proyecto educativo que desarrolla el centro de tránsito y distribución residencial “Cardenal Raúl Silva Henríquez”. Corporación” Servicio Paz y Justicia. Una propuesta de mejora. Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso.

- Godoy, P. C. (2007). Seminario de Título. Significados Construidos por las Familias de Pacientes Psiquiátricos en Torno a la Efermedad. Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso .

Revistas.

- Benjamín, V. P., Pedro, R. S., & Sandra, S. B. (2002). Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (E CPP). *Revista Médica de Chile* .
- Bausela Herreras, E. (2003). Metodología de la Investigación Evaluativa: modelo CIPP. *Revista Complutense de Educación* , 14 (2), 361-376.

Cátedras.

- Castañeda, M. P. (2009). Cátedra Evaluación de Proyectos Sociales . *Modelos de Evaluación* . Valparaíso , Chile: Universidad de Valparaíso.
- Urquieta, M. A. (2010). Cátedra de Evaluación de Proyectos Sociales. *Evaluación y Marco Lógico* . Valparaíso, Chile.
- Urquieta, M. A. (2010). Cátedra de Evaluación de Proyectos Sociales. *Concepto y Tipología* . Valparaíso , Chile: Universidad de Valparaíso .

Consulta a Expertos.

- Cárdenas, R. (2011) Médico Psiquiatra. Subdirector Médico Hospital Psiquiátrico del Salvador.
- Cavieres, A. (2011) Médico Psiquiatra Hospital Psiquiátrico del Salvador. Director Escuela Psiquiatría Unidad de Valparaíso.
- Contreras, L. (2011) Médico Psiquiatra, Unidad de Corta Estadía, Sala Valenzuela, Hospital Psiquiátrico del Salvador.
- Santamaría, E. (2011) Médico Psiquiatra Policlínico, Hospital Psiquiátrico del Salvador.

ANEXOS

UME:

HISTORIA CLÍNICA

Nº DE FICHA:

MÉDICO QUE DERIVA:

ADOLESCENCIA:

SOCIO FAMILIAR, EMOCIONAL: _____

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES GENOGRAMA:

[illegible]

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS: _____

VI. ANAMNESIS REMOTA: (edad inicio, evolución, diagnósticos, examen tomado y resultados)

VII. ANAMNESIS ACTUAL:

VIII. EXAMEN MENTAL:

DESCRIPCIÓN GENERAL:
APARIENCIA (vestuario, aseo): _____

CONDUCTA: _____

PSICOMOTRICIDAD (postura, marcha, actividad motora, expresión): _____

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS: _____

ACTITUD Y ATINGENCIA: _____

ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS:

ESTADO DE ÁNIMO: _____

AFECTO: _____

LENGUAJE:

PERCEPCIÓN:

PENSAMIENTO:

PROCESO O FORMA: _____

CONTENIDO: _____

CONCIENCIA (sensorio): _____

ALERTA: _____

ORIENTACIÓN: _____

ATENCIÓN: _____

CONCENTRACIÓN: _____

COGNICIÓN:

MEMORIA: _____

PENSAMIENTO ABSTRACTO: _____

INFORMACIÓN: _____

CAPACIDAD DE LEER ESCRIBIR Y DIBUJAR: _____

HABILIDAD VISO ESPACIAL: _____

CAPACIDAD DE CÁLCULO: _____

CONTROL DE IMPULSOS: _____

JUICIO: _____

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD: _____

CONFIABILIDAD DE LOS DATOS ENTREGADOS: _____

IX. DIAGNÓSTICO ACTUAL:

- I. _____
- II. _____
- III. _____
- IV. _____
- V. _____

INDICACIONES GENERALES

MÉDICO JEFE SALA UME

EVALUACIÓN MÉDICO INTERNISTA:

MOTIVO DE CONSULTA: _____

ANANMESIS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES Y/O FAMILIARES DE SALUD:

EXÁMEN FÍSICO: _____

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA: _____

INDICACIONES: _____

MÉDICO INTERNISTA

INTERVENCIONES POR DISCIPLINA

1.- MÉDICO CLÍNICO:

OBJETIVOS: _____

INTERVENCIONES: _____

2.-PSICOTERAPEUTA:

OBJETIVOS: _____

INTERVENCIONES: _____

3.- TERAPIA OCUPACIONAL:

OBJETIVOS: _____

INTERVENCIONES: _____

4.- SERVICIO SOCIAL:

OBJETIVOS:_____

INTERVENCIONES: _____

5.- ENFERMERÍA:

OBJETIVOS:_____

INTERVENCIONES:

6.- TÉCNICO PARAMÉDICO:

OBJETIVOS:_____

INTERVENCIONES: _____

EVALUACIÓN MULTIPROFESIONAL:

PROFESIONALES	INFORME
1.- ENFERMERÍA	
2.- ÁREA SOCIAL	

3.- ÁREA OCUPACIONAL	
4.- PSICOLOGÍA	
5.- MÉDICO INTERNISTA	

X. DIAGNÓSTICO INTEGRAL (A COMPLETAR POR EL EQUIPO)

PLAN TERAPEUTA INDIVIDUAL GLOBAL:

OBJETIVOS GENERALES:

ANEXO N°2 EPICRISIS

Ministerio de Salud
Servicio de Psiquiatría
Hospital del Salvador

Pag. N° _____

E P I C R I S I S

Nombre:

Edad:

Obs. Clínica:

Fecha Ingreso:

Fecha Egreso:

Diagnóstico de Egreso

Evolución Intrahospitalaria:

Indicaciones al Alta:

NOMBRE MEDICO TRATANTE

ANEXO Nº3 FICHA DE RECOLECCIÓN DATOS PACIENTE.
Ficha de Datos

Nombre del Paciente:

Nº de ficha:

Domicilio

Fecha de Nacimiento:

Estado Civil:

Hijos:

Escolaridad:

Previsión:

Fecha primer ingreso:

Unidad que deriva:

Diagnóstico ingreso:

Edad primer ingreso:

Situación familiar al ingreso:

Tipo de ingreso:

Pensión al ingreso:

Nº de rehospitalizaciones UME:

Fechas reingresos:

Asistencia a controles:

Asiste a control con:

Fecha de egreso:

Diagnóstico egreso:

Situación familiar al egreso:

Tipo de egreso:

Pensión al egreso:

Observaciones:

ANEXO N°4 MATRIZ ESTADISTICA

Nomb re del pacien te	Nume ro de Ficha	Domic ilio	EDAD	Fecha de nacimi ento	Estad o civil	Hijos	Escola ridad	Previsi ón	Fecha prime r ingres o	Unida d que deriva	Diagn óstico ingres o	Edad prime r ingres o	Situac ión famili ar al ingres o	Fecha de egreso	Diagn óstico de egres o	Situaci ón famili ar al egres o	Tipo de egres o	Núme ro de Rehos pitaliz acione s UME	Dias Estadí a 1ra vez	Núme ro total de estadí a	Asiste ncia a contro les	Asiste a contro l con	Obser vacion es

ANEXO N°5 CONSENTIMIENTO DE ENTREVISTA FAMILIAR Y PACIENTE

1.- CONSENTIMIENTO FAMILIAR

Hospital del Salvador
Unidad de Mediana Estadía
Valparaíso, 5 de Septiembre de 2011
<u>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER ENTREVISTADO PARA SEGUIMIENTO UME</u>
Nombre Familiar
C.I :
A través de este documento autorizo que me entrevisten las alumnas Seminaristas de Título de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.
Firma

2.- CONSENTIMIENTO PACIENTE

Hospital del Salvador	
Unidad de Mediana Estadía	
Valparaíso, 1 de Septiembre de 2011	
<u>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER ENTREVISTADO PARA SEGUIMIENTO UME</u>	
Usuario	
Ficha Clínica:	C.I:
A través de este documento autorizo que me entrevisten las alumnas Seminaristas de Título de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.	
Firma	

ANEXO N°6 ENTREVISTA A PACIENTE

Paciente 7

Hola, mi nombre es Ingrid, Y el de mi compañera es Andrea, nosotras hablamos contigo por teléfono.

Si, si me acuerdo, mi hija también me dijo.
¿Queríamos saber si estás dispuesta a darnos una entrevista?, como ya te explicamos, de seguimiento, es para saber cómo estas ahora, como fue tu estadía acá en la UME. Son preguntas bien sencillas que nos tienes que responder, ¿Bueno?

Si señorita

Y don Lazo, ¿no está?

No, estaba en reunión con el doctor, pero se tuvo que ir.

Yo siempre lo paso a ver cuando vengo a control, me saluda, como estoy es tan amable él.

Si, Don Antonio es muy amable.

¿Cómo has estado?

Muy bien gracias a Dios

¿Recuerdas por qué entraste a la U.M.E.?

Si, tenía esquizofrenia yo, pero ya estoy bien ya gracias a Dios, los remedios las inyecciones todo eso me ha hecho bien, ya no escucho voces, escuchaba voces me disfrazaba de enfermera, con mascarilla en la cara, andaba en la calle yo, por eso me trajeron, estuve ocho meses aquí.

¿Y hace cuanto tiempo que se fue de alta?

En diciembre del otro año

Aah, hace mucho tiempo ya ¿Y usted de aquí de la UME se fue a su casa?

Si, a mi casa, a mi casita, el doctor quería un hogar buscarme un hogar, para que me dieran los remedios y todo porque mi tía no puede estar siempre encima mío, pero yo me los tomo con responsabilidad señorita, siempre en la mañana en la tarde cuando me toca.

Qué bueno, y cuándo estuviste acá en la UME ¿cómo te sentías?

Me aburría de repente, si, me aburría porque yo echaba de menos mi familia, mi tía mi hija, pero yo sabía que era por mi bien po y eso me daba fuerzas para estar más aquí, pero le decía al doctor...doctor deme el alta, deme el alta, y empezamos por los permisos primero y después ya me dieron el alta un primero de diciembre.

¿Y cómo fue para ti estar acá en la UME?

Bonito señorita, porque tenía hartas amiguitas, lo pasaba bien fumábamos conversábamos nos ponían responsabilidades aquí también, que las plantas teníamos que regar las plantas, lo pasaba bien aquí señorita.

Y ¿recuerdas qué otras actividades hacías acá en la UME?

Si, regaba las plantas, los libros la literatura, tengo un libro donde hablábamos de amor, ahí puse yo una escritura, bonito.

¿Y eso era parte de un taller?

Claro un taller, computación, me gustaba porque si no me aburría, participaba de todo lo que se hacía en el hospital para septiembre nos disfrazábamos de huasa bailamos cueca con el doctor.

¿Y cuál de todas esas actividades era la que te gustaba más?

Me gustaba la gimnasia, con Germancito, sí, eso era los días miércoles, porque me sentía mejor tomando aire allá afuera corriendo, pasándolo bien me sentía bien.

¿Y hay alguna de las actividades que te costaba más?

La matemática, cuando nos hacían tareas de matemáticas a veces, como soy mala para la matemática me costaba, ahí tenía que estar preguntándole a cada rato a la señorita.

Pero igual aprendiste de las actividades que hacían

Si, aprendí gracias a dios.

¿Cómo qué cosas aprendiste?

Leer la biblia también de repente porque ya estaba dejando al señor de lado, no le estaba pidiendo a él por mi enfermedad, así que como hablé del amor hablé todo lo de la biblia de las prominencias del amor. Así que ahí ahora voy a la iglesia con mi tía, los lunes voy a la iglesia ahí estoy participando así también no estoy tan sola me reúno con personas. Voy a la iglesia aquí en marina mercante con mi tía, lo paso tranquilita llega renovada uno a la casa.

¿Te acuerdas de alguna actividad que hiciste con don Antonio?

Si leer el diario el día lunes, leíamos la prensa, me decía don lazo que iba a tener que usar lentes porque no podía leer, me cuesta. Así que pasábamos todos leyendo. Venían a verme mi familia, mi hija de Arauco venía a verme.

Si, su hija está en el Sur, hablamos con ella la otra vez.

Si ella está en el sur en Arauco, me quiere llevar ella para allá. Que me vaya a vivir con ella, le van a hacer una ampliación a ella allá, le voy a tener que pedir permiso al médico para que den las horas allá para los controles, para no dejar mi tratamiento, si no voy a caer otra vez.

¿A usted le gustaría irse con su hija?

Si me gustaría, aunque tendría que dejar mi casita, pero es lindo para allá es tranquilito tengo una hija allá, y otra esta acá en la marina mercante pero ella no se preocupa mucho por mí, como a ella no la crie yo, la crió una tía no me va a ver nada.

De lo que estaba preguntando antes, de las cosas que hacías con don Antonio, no hiciste ningún trámite con él.

Si, trámite del terreno mío, porque mi hermana quería venderlo, y don Antonio me dijo como vas a quedar tu en la calle, así que hicimos trámites.

¿Y la tarjeta de discapacidad?

No, no la tengo, me hubiese gustado tenerla, pero justo me dieron el alta y después no seguimos los trámites.

¿Y tu cédula de identidad?

Si, lo saqué yo cuando murió mi papito mi hermana me acompañó a sacarlo. Me decía ríete Gina porque uno ahora se puede reír en el carné de identidad

¿Y pensión tiene?

Si, la pensión asistencial por invalidez tengo yo. Yo venía con esa pensión mi mamá me hizo esos trámites en ese tiempo, con un doctor en Viña particular, pagó y él me derivó para acá y ahí me salió mi pensión.

Actualmente, ¿tú haces trámites solita?

Si, por ejemplo ahora última quiero dejarle el terrenito a mi hija si yo me muero, porque ese terreno es mío y de mi hermana entonces si yo me muero quiero dejárselo a mi hija, la que está en el Sur, dejarle a ella mi parte, entonces hemos hecho esos trámites, hemos hecho todo ese papeleo, además pago mis cuentas solita, la luz, el agua, me hago mi comida, bien independiente.

Cuando estabas acá en la UME, ¿quiénes te visitaban?

Mi tía venía a verme, ella me hospitalizó claro.

¿Y cuando tenías permiso por ejemplo ibas donde ella?

No, iba para mi casa porque en ese tiempo estaba mi hija allá viviendo con su pareja.

¿Y en tus días de permiso que hacías?

Ayudaba en los quehaceres pelando papitas, barriendo sacudiendo, ordenando. Pero no compartía mucho con mi hija porque ella no me quiere mucho, porque le médico siempre que la citaba no venía. Quiere a la tía ella como la crió la tía.

Aah su hija que vive acá.

Si, la de la Arauco sí, me manda ayuda todos los meses, diez mil pesitos tome mamita quince para que tenga para que termine el mes, así que con ella yo me llevo bien ella es la que me quiere llevar.

¿Y durante el tiempo que estuviste en la UME cómo sentiste el acompañamiento de su tía en este caso?

A mí no gustaba mucho cuando venía, porque siempre me traía problemas de mi hija que aquí que está en la calle que anda en la droga que ya no hayo que hacer que ya tiré la toalla con ella que ahora ponte las pilas tu como mamá, pero yo no podía porque estaba enferma pue señorita, pensaba mucho yo aquí en el hospital que hacer con ella incluso yo le conté al médico yo de que me estaba robando cositas en la casa unos tubos de gas un montón de ladrillos, la plata que me daba mi pensión, cuando llegaba allá yo guardaba mi plata y ella me la robaba como andaba en la droga ella y todavía me roba a pesar de que yo estoy allá igual me roba, tiene una llave pero yo ya le dije ya, que si sigue así yo la voy a denunciar, igual como lo hice la vez anterior pero justo ese día yo tuve médico no puede ir al juzgado pero mi yerno me dice que siga en la demanda que tengo que pedir hora para otro día no más. Para que algo hagan con esta niña porque hace poco me sacó cuarenta mil pesos ayer le conté a la tía, pero yo no quería darle ese problema a la tía pero le conté, y me dijo vas a tener que demandarla no más.

Pero estuve bien aquí señorita yo le agradezco hartito a todos aquí.

¿Y te hubiese gustado que te acompañara más tu familia en este proceso?

Sí, mi hija me hubiese gustado que viniera más, porque mi tía no me da mucha bola que digamos, no me habla mucho como ella tiene su familia hijos y todo, como que me deja un poquito de lado, a veces me llama y me dice baja a almorzar y bajo, quédate y me quedo, claro pero ahí es cuando me roban. Así que le dije ayer, tía ya no voy a poder estar bajando mucho porque si dejo solo me roban mejor estar yo allá en la casa.

Cambie la chapa, las llaves mejor.

Sí, eso me dice mi hija de Arauco. Arrégleselas mamita.

¿Del 1 al 7 qué nota le pondrías al acompañamiento de su familia?

Un 5, porque no era muy agradable que viniera mi tía porque siempre me traía problemas y yo me amargaba y me ponía a pensar, y todo eso me hacía

más mal me dijo el doctor pero también tu no podía estar sola me dijo el doctor tienes que estar en compañía de alguien porque es malo.

¿Cómo sentías que era tu enfermedad antes de llegar a la UME?

Era como que me iba a volver loca realmente señorita, pero ya llegando aquí cambié totalmente se me olvidó todo eso de las mascarillas eso de andar poniéndome yo inyecciones con agua, me inyectaba y yo no sé inyectar po me clavaba en el varazo me sentía como que era una enfermera yo me creía cosas que no eran, claro y ahora pienso y me rio sola (risas)

¿Y acá usted aprendió de su enfermedad?

Si, acá el doctor me dijo, no pos tú tienes que estudiar para ser enfermera

¿Y qué le enseñaron de su enfermedad por ejemplo?

Ah, que es de por vida el otro día hablé con el doctor para decirle que cuando me iba a dar el alta y me decía no porque esto es de por vida toda la vida vas a tener que inyectarte tomarte tus remedios para estar bien.

¿Usted conoce los medicamentos que toma?

Si, la risperidona y el tonaril esos dos, también nos enseñaron aquí para que son, y me los tomo solita el tonaril en la mañana para no andar tan temblorosa porque la inyección me deja temblorosa así que el tonaril me para el temblor porque antes quebraba los platos todo, pero ya estoy bien señorita gracias a Dios.

¿Cómo te sientes con el tratamiento?

Bien, me siento bien señorita, lo púnico que a veces la risperidona no la tomo porque me hace doler mucho la cabeza dijo el doctor que me iba a bajar la dosis de la risperidona

¿Y sabes qué pasa cuando dejas de tomar los remedios?

Nunca me los he dejado de tomar pero cuando los dejé de tomar la otra vez ahí fue cuando me enfermé, me vino al tiro la enfermedad

¿Tú te acuerdas cuáles fueron los requisitos para irte de acá?

Tenía que venir a los controles me dijo el médico y tomarme los remedios, así que yo lo he cumplido.

¿Quiénes crees que fueron importantes para que te mejoraras?

Aquí el doctor, la misma familiaridad que había todos tan buenos, si las señoritas me guardaban comidita a mí en la tarde cuando llegaba, todos me querían y yo a ellos mejor que mi familia mejor porque mi tía lo púnico que sabía era darme la pastilla y hospitalizarme pero ya estoy mejor gracias a dios.

¿Sientes que han cambiado cosas en tu vida después de haber estado en la UME?

Si porque ahora estoy más independiente ahora cobro yo sola mi plata antes me la cobraba mi tía y se la gastaba ella no me daba nada de plata a mí, entonces el señor Lazo me hizo los trámites para que me fuera a pagar con un enfermera yo y que esa platita quedara aquí allí en esa salita afuera en recaudación ahí guardaban mi platita, así que iba con una señorita a pagarme, nos pasábamos a comer un completito lo pasábamos bien, y cuando llegué con la platita a mi casa ahí me la robaba mi hija, siempre andaba haciendo maldades ella.

¿Y usted nota algún cambio en usted?

Si señorita porque antes yo no me sabía valer por mi misma tenía que estar dependiendo de mi tía y todo.

¿Y su relación con las demás personas cambió?

Si, ahora converso más con la vecina, con ella comparto más porque nos criamos de niñitas pero ahora ella está en Lebu, ella es mi mejor amiga, ojalá vuelva luego yo le dije me tenía sola aquí.

¿Y ahora haces más cosas que antes?

Si, ahora hago todas mis cosas, lavar limpiar ordenar, cocinar todas mis cosas yo solita

¿Y en su tiempo libre?

El día domingo voy a la iglesia, me estaban diciendo que en la esquina de mi casa hay una iglesia católica que uno puede ir en las tardes y compartir con las señoras jugar lota todas esas cosas van viejitas jóvenes de todo, y quiero

inscribirme, mi hija me dijo mamita vaya, porque no quiere que yo esté mucho señor, porque usted se vuelve loca con dios.

Antes de la UME

Antes de la UME estuve en Valenzuela, en la UCE donde hay hartos dibujitos lindos...ahí en el diurno...

¿Y en comparación con la UME?

No, me gusta más la UME, porque aquí nos sacan a pasear hay más recreamiento, es más bonito me gusta más aquí. Antes 3 cc. me ponían en el cachete ahora uno no más.

¿Algo más que nos quieras contar tu Gina?

Que estoy muy agradecida señorita porque fueron tan buenos conmigo en los momentos que yo más los necesité ellos estuvieron conmigo, el tío José don Carlos de la cocina, todas las señoritas buenas, buenas, me cuidaban, los remedios a la hora, la comida a la hora.

Gracias por venir, y por su tiempo

De nada señorita que este muy bien, se parece a mi nieta usted.

Gracias que este muy bien.

ANEXO N°7 ENTREVISTA A FAMILIAR

Familiar 4

¿Cómo crees que influyó la estadía de tu familiar acá en la UME?

Bueno, fue para mejor, el medicamento le hizo súper bien, eso.

¿Cómo lo notas ahora?

Está como más integrada, está más coherente, ta bien repuesta.

Nos puedes contar un poco como contextualizarnos cómo era cuando, antes de llegar a la UME de cual había sido su proceso, si había estado en otras unidades del hospital.

Bueno cuando llego al principio a la UCE y después la pasaron para acá y antes ella estaba mal, mal, mal, estaba como indigente y deliraba, alucinaba también, estaba súper mal.

Por ejemplo en ese caso su proceso de higiene de aprender ciertas costumbres, acá tu viste, diste cuenta del desarrollo de ese cómo integrarse de nuevamente a una rutina por ejemplo

Es que a ella eso le cuesta mucho, mucho, igual allá en el hogar donde está también le cuesta porque ella siempre fue muy floja y acá tenían que bañarla, bueno allá también, así que eso como que no ha cambiado mucho. Pero eso es porque ella antes cuando estaba como bien ella era así como muy floja entonces es algo de ella, que por más que le enseñen, ya ella va para los cincuenta años entonces es difícil que ella ya lo aprenda, si siempre ha sido así.

Y en este proceso, ¿tu acompañaste a tu mamá, cierto?

Algo así.

¿Y tú crees que este acompañamiento fue importante para ella?, ¿tú crees que influyo en este proceso de rehabilitación?

Sí, sí influyó, sí necesitan como un familiar que esté con ellos, alguien como de cercano a ellos porque acá igual son puras personas desconocidas entonces necesitan como el afecto que lo tienen solamente de parte de alguien que sea un familiar.

Y ella, ¿Te comentó alguna vez lo importante que era este acompañamiento?

No, porque ella igual está media mal de la cabeza, entonces no conversa mucho, igual ella me dice ven a verme o te echo de menos como cosas así, uno se da cuenta de que necesita que un esté con ella.

Del periodo que estuvo acá tu mamá que consideras más importante del programa, que crees que fue lo más importante para ella

Todo lo que es médico. Que la haiga visto un psiquiatra, que la haiga evaluado, que la haigan dado medicamentos, eso es lo importante.

Y por ejemplo para ti, ¿Qué consideras que fue importante o que te ayudó con tú mamá?

Eso, por lo del medicamento igual, porque ella estaba súper mal, mal, mal, mal y el medicamento le ha hecho bien.

¿Y lograr a prender por ejemplo de la patología, en las reuniones con los profesionales y esas cosas, para ti, por ejemplo, que al parecer ella tampoco estaba muy bien para?

Muy consciente para darse cuenta.

Claro.

¿O de haber sentido algún apoyo de los profesionales en este proceso mientras ella estuvo acá? Ella igual estuvo harto tiempo.

Sí, estuvo harto tiempo.

Igual yo.

Tú me preguntas sobre las reuniones que tuve con el equipo, cierto

Sí.

Porque habían otras que eran con la, no asistí como mucho.

Que es bueno

¿Te sentiste apoyada por el equipo, que si sentías que eran apoyo?

Sí.

¿Te sirvió también a ti, un poco para aliviar también la carga, ese tipo de cosas?

(Asiente con la cabeza)

Y durante, tú crees que el tiempo que estuvo acá, ¿tu mamá generó cambios?, ¿Tú viste cambios en ella?

Con respecto a su enfermedad sí, hartos, hartos cambios, porque ella había llegado, como te decía, súper mal, delirando con situación de calle, pensar, acá ella igual era como súper callada, como que igual se aislaba de los compañeros, porque acá los pacientes son como muy catetes, entonces ella era como súper sola.

Allá en el hogar donde está es como mas distinta, allá se relaciona más con los otros compañeros que tiene ella y eso.

En el hogar entonces es más alegre.

Sí, más sociable, en el hogar igual está mejor que acá, porque , como te decía, los compañeros son distintos y allá es como, le están enseñando desde cero, como si fuera una guagua o un niño chico, todo, todo, todo hay que enseñarle.

Y a nivel familiar, ¿Crees que el proceso de estadía de tú mamá tuvo efecto? ¿Hubo cambios en ustedes a nivel familiar?

Es que igual nosotros no vivimos juntos, ni somos como muy unidos, así que igual como mucho cambio a nivel familiar no hubo

¿Y la relación con ella, tú relación con ella?

Es que haber como te explico.

Yo llegue a darle apoyo solamente porque soy la hija y es como la responsabilidad que tengo, no hay, porque yo igual debido a su enfermedad yo desde chica he tenido que ver por mí, no ha sido que ella me ha cuidado, ni nada, y he estado en hogares y siempre hemos estado como bien distanciadas, bien lejanas, de hecho no vivía con ella, entonces igual es como una responsabilidad no más que tengo no es, como te explico, cuando tu mamá te cría y tú sientes como el agradecimiento y sabes que tienes que estar con ella, lo mío es distinto, es como obligación.

Eso seria, muchas gracias.

ANEXO N°8 MATRIZ DE CONTENIDO

CATEGORÍAS ENTREVISTADOS	INTEGRACIÓN SOCIAL	INTEGRACIÓN FAMILIAR	CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	APRECIACIÓN ACERCA DE UNIDAD DE MEDIANA ESTADÍA
Entrevistado Paciente 1 (P1)	<i>“Yo compro, voy al mayorista y ahí compro la mercadería, porque es la parte más barata. Ahí compro mercadería y el resto en comprar el es el pan no más y algo para acompañar el almuerzo”</i> <i>“Los trámites los realicé yo, cuando estaba con permiso”.</i> <i>“Todo, porque incluso tengo licencia para manejar profesional, entonces tengo que renovarla ahora, pero tengo que sacar lentes, por eso no la he renovado, pero ahora con esta pega que salió, ahora sí que voy a poder renovarla, porque voy a juntar buena plata, porque me van a pagar diez mil pesos diarios”</i>	<i>“No, ahora me siento acompañado, antes no me sentía acompañado porque yo era el que estaba equivocado, el que pensaba que todos estaban contra mí porque yo era consumidor de droga. (...) Nunca le tomé el peso de lo que me había ayudado mi hermana frente a mi enfermedad (...).”</i>	<i>“Me empecé a dar cuenta de que yo estaba perdiendo el tiempo en las drogas, estaba perdiendo el tiempo porque se me estaba yendo tiempo precioso, porque nunca iba a salir, siempre iba a andar consumiendo y andar denigrándome para conseguir un poco de droga”</i> <i>“Una y media de Risperidona en la noche, una risperidona en la mañana, un carbonato de litio , eso en la mañana a las ocho – nueve de la mañana, y en la noche carbonato de litio, una risperidona y media, dos clozapinas y un clonazepam. Además del modecate de dos c.c”</i> <i>“Al principio no quería yo, yo no quería (entrar a la UME), pero después me di cuenta de que la única forma de rehabilitarme era estando en un lugar en que se reciben los medicamentos adecuados.”</i>	<i>“Claro, me empezó a gustar acá. Echaba de menos cuando estaba en la casa (...) porque aquí, por ejemplo, uno se levanta, se baña y va a los talleres y se mantiene ocupado. Hay varios talleres que me motivaban a mí.”</i> <i>“Si, si. (la estadía en la UME) me sirvió mucho, estoy agradecido de todo el personal de aquí.”</i> <i>“Lo que me ayudó también fue estar en la sala UME, en gran parte todo el personal, Germán, el Sr. Lazo, el Dr. Cárdenas, mi referente terapéutico la Srta. Aguilar, y todos ellos me ayudaron a darme cuenta de que yo estaba equivocado”</i> <i>“(¿Quiénes crees que en tu vida fueron más importantes para poder hacer esta lucha contra el consumo?) La UME po, la UME y mi hermana”</i> <i>“Bonita experiencia. Bonita experiencia, porque aquí tenía</i>

				los talleres que me entretenían, los dos años que estuve aquí se me pasaron volando. Yo pensé que se me iban a hacer largos, no me di ni cuenta cuando ya llevaba dos años, me vine por seis meses primero”
Entrevista Paciente 2 (P2)	(¿Qué haces durante el día?) “Estoy ahí en el centro, Casa Club.” “Ahí en la Casa Club hay un local que se llama Artesanos, ahí cocinamos, no he aprendido a cocinar solo yo, directamente solo, pero si unas cosas sé, por lo menos ya sé pelar una papa , zanahoria, cosas que antes no sabía cómo hacerlas, porque aquí (en la UME) tuve una pequeña pasada.” “En realidad le digo, tengo hartos amigos que hablan bien de mi, algunos me invitaban a la casa a ver partidos, me invitaban y no es que yo quiera, ellos me invitan.”	(¿Qué nota le podrías al acompañamiento de tu familia mientras estuviste en la UME?) “Seis, cinco, seis, porque iban día por medio no más, no todos los días como ahora en la casa.” (Quienes venían a verte) “Mi mamá, mi papá, mis hermanos, todos.”	Por mi enfermedad, esquizofrenia paranoide. (¿Qué te enseñaron sobre tu enfermedad?) Que es una enfermedad mental, que las cosas que viera no existen, son cosas mías, de mi mente. (¿Sabes qué medicamentos tomas y para qué son?) Spiron (risperidona), ácido valproico, clozapina, tonaryl. (...) para mantener mi cuerpo estable.	“Aquí fue un martirio para mí, porque los otros me molestaban, me pedían comida, los otros enfermos me pedían comida.” “Mi estadía fue un desastre para mí.”
Entrevista Paciente 3 (P3)	“Sí, (estoy trabajando) en la pelu (...) llevo más de un año ya en esa peluquería.” “Estuve dos veces anteriormente (de alta). Primero me arrendé una pieza por tres meses, después regresé acá por un tema de las pastillas, y después	(Durante tu periodo en la UME, salías de permiso los fines de semana) Si, me venía a buscar un amigo e íbamos a almorzar afuera. (y con tu familia) No, no.	“Por el tema de la esquizofrenia, ahí me trajeron mis familiares.” (En la UME, ¿Qué aprendiste sobre tu enfermedad?) “Que me tengo que tomar todos los días las pastillas, todos los días, eso.”	(La estadía en la UME) “fue buena, buena, si, porque es más dinámica. Hay actividades en las tardes, en las mañanas, charlas sobre las enfermedades, desarrollo comunitario, eso, salíamos los jueves a hacer diligencias en el furgón, los

	estuve tres meses acá parece y me fui a la casa de una amiga en Cerro Merced, ahí estuve un mes me parece y volví para acá.” “Con el Sr. Lazo, hacíamos desarrollo comunitario. Ahí él nos orientaba cómo tener una mejor calidad de vida, de hecho yo estoy postulando a mi vivienda propia por el SERVIU y debido a las charlas que él hacía, me iba integrando, integrando, hasta que llegué al SERVIU. (Con el Sr. Lazo) saqué la libreta para la vivienda, saqué el carne de discapacidad. (...) Saqué aquí la pensión gracias a él. (Durante tu periodo en la UME, salías de permiso los fines de semana) “Si, me venía a buscar un amigo e íbamos a almorzar afuera.”			jueves también había paseo, ahí llevan jugo, pancito, fruta, se pasa bien.”
Entrevista Familiar 1 (F1)		“Hago de papá y mamá, la salud de mi hija es fundamental, soy papá presente, venía todos los días, la abuela, la familia, somos padres separados pero	“Su enfermedad si podía rehabilitarse un poco, pero era una cantidad de medicamentos”	“Una parte me gustó los profesionales que trabajaban acá, habían varios profesionales que incluso, un gordito de lentes...don Germán, es muy

		veníamos”. “A mí me costó mucho asumir, imagínate la Maca de los 17 años para otros era normal, al ingresar acá, me costó, me costó, tenía que asumir que ella estaba enferma, incluso venía a las charlas aquí con la psicóloga como papá no podía mostrarme nervioso, alterado, porque eso podía afectar a mi hija”.		buena persona él, se me ve muy preocupado, pero lo que menos me gustó de acá fue el médico”. “Poco sirvió por la gordura, por el peso que tenía, que le hicieron estos medicamentos poco ejercicio podía hacer, poca rehabilitación”. “Aquí lo bueno es la rehabilitación, si aquí lo mejor es que te rehabiliten, pero que vaya a la par con los medicamentos”.
Entrevista Paciente 4 (P4)	“Ahora me siento bien con ánimo, salgo a la calle a hablar con la gente, antes yo no era así pasaba en la pura pieza no más”. “Ahora hago una vida normal, así como cualquier persona que sale”. “si cambió, empecé a hablar más, empecé a ser más ubicado, a hablar cosas, si hablaba, me hizo bien”. “Estaba yendo a Bresky”. “Yo en el día lo que hago, salgo al plan, ahí a desahogarme, a mirar el paisaje, las tiendas los negocios...voy con un amigo a jugar playstation, a jugar	“Tengo el apoyo de mi mamá, de mi papá...ellos siempre me ayudaron, siempre tuve el apoyo de ellos y pa mi era como algo lo más importante de mi vida eso, de tener una mamá un papá que me apoyaran a salir adelante”.	“Me diagnosticaron esquizofrenia”. “la experiencia que me quedó fue que, que lo superé ya no más de drogas, ya no le hago a las drogas y a la marihuana porque me estaba dando cuenta de que estaba perdiendo a mi familia”. “Las clozapina tomo en la tarde y en la noche porque en la mañana yo me tomo un tranquilizante que se llama clonazepan y la sertralina y en el almuerzo me tomo dos clozapina y una mitad de clonazepan, una mitad dos miligramos”. “De da esquizofrenia, un tiempo con	“...ahora salí bien ya gracias al equipo médico, pude salir adelante, pude salir adelante, ahora vengo una vez al mes a control”. “Antes yo no hacía cosas que ahora hago, por ejemplo antes de entrar a la UME, yo me acuerdo que despertaba, me duchaba y nada más, salía pa afuera a juntarme con las cabras, los cabros y llegando a la UME me enseñaron a ser responsable, me enseñaron a hacer las camas, cosas como por Ejemplo barrer el piso”.

	videojuegos”. “si yo tengo un amigo se llama Richard Mori... si con él yo voy pa la casa de repente, voy sus tres veces a la semana...lo paso bien allá la casa de él es con patio, así que salimos pa afuera a fumarse un cigarrito, después el tiene un hermano, el freddy y el tiene un DVD, nos ponemos a ver películas”. “pero la experiencia en general, en general si fue, fue regular, no fue buena igual, si igual me ayudó a entenderme mejor con la gente...con el medio ambiente”.		las aprendí que es una enfermedad, que hay que tratarla, se puede quitar pero es difícil, igual hay que estar un tiempo con las pastillas...” “Yo igual dentro de los nueve meses, igual recaí y cuando recaí ahí me castigaban”. “. Antes era rebelde por la misma inmadurez y como la droga no te deja así como madurar, entonces ahí yo recaía y me portaba mal”. “Me hizo bien...igual fue charcha si porque, igual tuve que pasar por un montón de cuestiones pa sentirme bien, o sea, por ejemplo aburrimiento, me daba la cuestión me descompensaba, fue fome, por una parte me estaba rehabilitando y fue buena porque la final esto me ayudó”. “Si uno tomaba pastillas y las dejaba, uno se descompensaba y la esquizofrenia aumentaba, en cambio si uno se va tomando las pastillas, va haciendo bien y vas mejorando”.	
Entrevista Familiar 2 (F2)	“Está bien durante todo el día nada bien, ahora está asistiendo a unas clases a casa club”.	“Incluso aquí los papás teníamos que venir, para enseñarnos que era la enfermedad y bien bueno encontré bueno, a mí también	“Está muy bien, los medicamentos se los toma todos los días, no tiene ningún problema con tomarse los medicamentos a la hora, todo lo	

	<i>“Va a los artesanos que se llaman, que ahí le enseñan a cocinar”...</i>	<i>me sirve harto para aprender cómo tratarlo, como porque de repente yo era muy consentidor de él, prácticamente le hacía yo las cosas, para evitar problemas en la casa, le hacía yo las cosas y tuve que tener un cambio tremendo ahora”.</i> <i>“ Hacen participar a la familia en esto, porque es una enfermedad que tiene que participar la familia, estos jóvenes o personas no se pueden mantener, no se pueden llevar solos... así que yo creo que eso es lo importante que hacen participar a la familia casi completa, porque se repente hasta mis hijos tenían que venir”</i> <i>“Yo aprendí también harto, como le digo me enseñaron harto, hartas cosas sobre la enfermedad, como se iniciaba y el trato que debe dar uno como papá, así que nos fue bastante positivo estar acá”.</i>	<i>contrario es insistente con sus medicamentos”.</i> <i>“Un tiempo me dijeron déjelo solo porque tiene que valerse por sí mismo, bueno es verdad él se vale por sí mismo, pero los medicamentos tuve ese cuidado y lo dejé solo, le enseñé los remedios las pastillas que eran, y ya aprendió perfectamente, eran como siete remedios, siete pastillas pero como cuatro diferentes, resulta que eran como a las 5 de la tarde y de repente se las tomaba, o sea y los remedios son a las ocho, cuando me empecé a dar cuenta ya se los quité de nuevo, se los empecé a dar yo”.</i>	
Entrevista Familiar 3(F3)	<i>“Cuando sale él va a la plaza...va a un tratamiento a la Bresky”.</i>	<i>“Venía a verlo a mi hijo cuando estaba acá le traía cigarritos de todo de todo. Cuando venía,</i>	<i>“Los remedios se los tomaba a su hora aprendió a tomarse los remedios en la mañana yo a veces lo dejaba</i>	<i>“Bueno se acostumbró a bañarse aquí se levantaba y se bañaba y ese hábito lo hace en la casa</i>

		venía a las reuniones yo para los 18 participaba en las actividades, lo hacía bailar cueca”. “Se sintió más allegado a mí, yo cuanto se llama el a veces se ponía a llorar y me decía papá yo sin usted no soy nada”	pasar un ratito no mas para que me pidiera los remedios a ver si se acordaba cuando no se acordaba yo le decía, y Jorge los remedios, y me decía ah eso es lo que estaba echando de menos, y así en la mañana y en la tarde, él sabía mejor que yo lo que tenía que tomar”.	también, pero lo aprendió aquí claro porque era malo para la ducha... Así que yo estoy bien conforme con el trabajo que se ha hecho aquí porque las veces que lo he sacado de aquí ha estado bien ya”. “Le hace bien, si pue aprenden más hábitos, mas hábitos personales aquí”. “Pero estaba bien el Jorge acá, lo trataban bien acá los profesionales, era amigo de los que hacen las camas acá, de los paramédicos, le gustaba estar acá” “Lo más importante de lo que le hacen aquí en la rehabilitación, es que le enseñan digamos a comportarse, le enseñan a hacer deporte, porque jugaba a la pelota aquí y encuentra buenos compañeros de los que lo atienden eso le hacía bien a él, le gustaba participar en las cosas”. “Yo para mí todo bueno en general”.
--	--	--	--	--

Entrevista Paciente 5(P5)	<i>"Fuimos a Fonasa y estábamos preguntando su tenía tarjeta y yo sí, si estaba inscrita"</i> <i>"Voy a un centro ahora a Renacer"</i> <i>"(Voy) al consultorio Plaza Justicia"</i> <i>"No, voy sola, a veces me acompañan y a veces voy sola porque la sra. Tiene que acompañar al hospital a otros pacientes"</i> <i>"Los días domingos salimos un grupo de usuarias, salimos a servirnos algo, a almorzar afuera"</i> <i>"Vamos a una Iglesia también, en la tarde los martes"</i> <i>"sí tenía una amiga ahí, la Natalie"</i>	<i>"(Visitó) Mi hermano una vez, mi hermano que tiene el mismo problema que yo, pero es depresivo, esquizofrenia depresiva o algo así."</i> <i>"Mis cuidadoras me vinieron a ver y mi administradora"</i>	<i>"Me recuerda solo la química, los medicamentos, los antipsicóticos eso nos conversaba el Sr. Vargas, enfermero profesional."</i> <i>"Saberme de memoria los medicamentos"</i> <i>"Tomo otro del consultorio Plaza, Plaza Justicia, tomo otro de aquí. Tonaril 2 mg, Risperidona 3 mg, Biportal y Diazepam"</i>	<i>"Los paseos, habían paseos a Laguna Verde, Muelle Barón, a Con – Cón, a avenida Perú y Salinas, cinco salidas tuve yo cuando estuve en la U.M.E"</i> <i>"Lo importantes todas las personas me animaban"</i> <i>"Personal de la U.M.E, la sra. Norma, el Doctor, la enfermera, asistente social, el terapeuta"</i> <i>"Los cumpleaños, cuando celebraban los cumpleaños"</i> <i>"Las despedidas de los compañeros cuando ellos se iban"</i> <i>"Por compartir todos ahí, con completo, torta chocolate, chocolate"</i>
Entrevista Paciente 6 (P6)	<i>"(Acerca de tramites con Asistente Social) Sí, mi jubilación"</i> <i>"Asistía con la psicóloga del Hogar de Cristo"</i> <i>"Vendo en la calle, vendo parche curita, vitamina C, dulces, de repente gomitas"</i>	<i>(quienes te venían ver) "Mi hermana, mis hijas, el papá de mis hijas"</i> <i>"Allegada en casa de mi papá con mis hijos"</i>	<i>"no muy bien, sé que tengo deficiencia mental"</i> <i>"Se me olvidan los nombres, es que mi hija me los da (los remedios)"</i> <i>"Yo tenía que tomarme los"</i>	<i>"Me acuerdo que hacíamos talleres, biblioteca, literatura, taller literario y hice un macramé colgante gigante y joyería y pintura, paseo, de todo eso me acuerdo."</i>

	de eucaliptus, porque trabajo no he conseguido” “Me voy dando vueltas, voy comprando y vendiendo, cuando me veo mal, voy al Hogar de Cristo” “Hice hartas amistades y todavía nos veimos y nos saludamos, así que hice hartas amistades”		medicamentos de por vida” “Aprendí a decir que no, antes yo consumía de todo” “Volví el año pasado(...), pero eso fue falta por mí, porque no me tomaba los medicamentos, me creía fuerte, que ya los podís dejar, pero no es así, dependo de ellos” “Yo sé que soy bipolar y que soy y que tengo deficiencia mental, un 69,8 por ciento, eso lo sé por la tarjeta de discapacidad que tengo” “Que soy doble personalidad, no sé, no entiendo mucho el proceso.”	“(Se sentía)Regular” “Querí salir, sí tenía entretención pero quería irme a mi casa a estar con mis hijos” “Me he recuperado, he aprendido cosas nuevas” “Cosas nuevas, en el sentido que aprendí a dibujar, aprendí hartas cosas si yo estuve aquí un año hospitalizada y me enseñaron a ser poco más paciente porque yo soy impaciente, es fundamental eso y controlar un poco mi ira “me apoyaron (el hospital) porque a mí me dieron crisis fuertes (...) y me afirmaban, me controlaban, me inyectaban para que me calmara.”
Entrevista Paciente 7 (P7)	“Tenía hartas amiguitas, lo pasábamos bien, fumábamos, conversábamos” “Tramite del terreno mío, porque mi hermana quería venderlo, y don Antonio me dijo como vas a quedar tu en la calle Gina, así que hicimos los trámites” “Ahora voy a la iglesia con mi tía(...) así también no estoy tan sola, me reúno	“Mí tía venia a verme” “Venían a verme mi familia, mi hija de Arauco venía a verme” “ Me quiere llevar ella(hija) para allá, que me vaya a vivir con ella” “No me gustaba mucho cuando venia(su tía) porque siempre me traía problemas de mi hija”	“Tenía esquizofrenia. (...) los remedios, las inyecciones, todo eso me ha hecho bien, ya no escucho voces.” “El doctor quería buscarme un hogar, para que me dieran los remedios (...) pero yo me los tomo con responsabilidad señorita, siempre en la mañana, en la tarde cuando me	“Me aburría de repente, sí me aburría porque yo echaba de menos mi familia, mi tía, mi hija, pero yo sabía que era por mi bien ” “Computación, me gustaba porque si no me aburría, participaba de todo lo que se hacía en el hospital, para septiembre nos disfrazábamos de huasa, bailamos

	con personas” “Pago mis cuentas solita, la luz, el agua, me hago mi comida, bien independiente” “Ahora estoy más independiente, ahora cobro yo sola mi plata, antes me la cobraba mi tía.” “Antes yo no sabía valer por mí misma, tenía que estar dependiendo de mi tía.” “Ahora converso más con la vecina, con ella comparto más porque nos criamos de niñas” “El día domingo voy a la iglesia, me estaban diciendo que en la esquina de mi casa hay una iglesia católica que uno puede ir en las tardes y compartir con las señoras” “Iba con una señorita a pagarme, nos pasábamos a comer un completito, lo pasábamos bien.”	“(Hija) El médico siempre que la citaba no venía ” “La de Arauco sí, me manda ayuda todos los meses, diez mil pesitos, tome mamita, quince para que tenga, para que termine el mes, así que con ella yo me llevo bien, es la que me quiere llevar” “Mi hija me hubiese gustado que viniera más, porque mi tía no me da mucha bola, que digamos, como ella tiene su familia, hijos, todo (...) A veces me llama y me dice Gina baja a almorzar y bajo”	toca.” “Le voy a tener que pedir permiso al médico para que den las horas allá para los controles, para no dejar mi tratamiento, si no voy a caer otra vez(si se va con su hija al sur)” “Llegando aquí cambié totalmente, se me olvidó todo eso de las mascarillas, eso de andar poniéndome yo inyecciones de agua, me inyectaba y yo no sé inyectar (...) yo me creía cosas que no eran, claro y ahora pienso y me río sola” (Acerca de medicamentos) Que es de por vida, el otro día hable con el doctor (...) y me decía no Ginita porque esto es de por vida, toda la vida vas a tener que inyectarte, tomarte tus remedios para estar bien” “La Rispiridona y el Tonaril, esos dos, también nos enseñaron aquí para que son, y me los tomo solita, el Tonaril en la mañana, para no andar temblorosa” “Lo único que a veces la Rispiridona no la tomo porque me hace doler mucho la cabeza, dijo el doctor que me iba a bajar la dosis ”	cueca con el doctor” “Me gustaba la Gimnasia, con Germancito, sí, eso era los días miércoles, porque me sentía mejor tomando aire allá afuera corriendo, pasándolo bien, me sentía bien” “La misma familiaridad que había todos tan buenos(...) Todos me querían y yo a ellos, mejor que mi familia, mejor” “Me gusta más la U.M.E, porque aquí nos sacan a pasear, hay más recreamiento, es más bonito, me gusta más aquí” “Que estoy muy agradecida señorita porque fueron tan buenos conmigo en los momentos que yo más los necesité ello estuvieron conmigo”
--	--	--	--	---

			<i>“Cuando los deje de tomar la otra vez, ahí fue cuando me enferme, me vino al tiro la enfermedad.”</i> <i>“Tenía que venir a los controles me dijo el médico y tomarme los medicamentos, así que yo he cumplido”</i>	
Entrevista Familiar 4 (F4)	<i>“Está como más integrada, está más coherente, ta bien repuesta.”</i> <i>“En el hogar donde está es como más distinta, allá se relaciona con los otros compañeros que tiene ella y eso”</i> <i>“Sí es más sociable, en el hogar igual está mejor que acá”</i>	<i>“Necesitan como un familiar que esté con ellos(...) necesitan como el afecto que lo tienen solamente de parte de alguien que sea un familiar ”</i> <i>“(...) Ella me dice ven a verme o te echo de menos como cosas así, uno se da cuenta de que necesita que uno esté con ella”</i> <i>“(...) Nosotros no vivimos juntos, ni somos como muy unidos”</i> <i>“Yo llegue a darle apoyo solamente porque soy la hija y es como la responsabilidad que tengo (...) Cuando tu mamá te cría y tú sientes como el agradecimiento y sabes que tienes que estar con ella, lo mío es distinto, es como obligación.”</i>	<i>“Todo lo que es médico. Que la haiga visto un psiquiatra, que la haiga evaluado, que la haigan dado medicamentos, eso es lo importante”</i> <i>“Eso, por lo del medicamento igual, porque ella estaba súper mal, mal, mal, mal y el medicamento le ha hecho bien”</i> <i>“Con respecto a su enfermedad, sí, hartos cambios, porque ella había llegado, como te decía, súper mal.”</i>	¿Cambios?
Entrevista	<i>“En la casa si, ayuda sí, pero no, no mucho, solamente el aseo, no más, su</i>	<i>“Sí, pre alta todo, todo, toda regla que había veníamos nosotros, si</i>	<i>“En la mañana se levanta a las 9 de la mañana yo le doy desayuno, sus</i>	<i>“La estaba aquí fue bien, súper buena, la atención todo eso los</i>

Familiar 5 (F5)	pieza. Hace su cama, bota sus puchos, se levanta y se va, hasta la, llego como a las 5, 6 de la tarde, toma la pastillas y pura música, música, música, música, fumar, fumar, fumar, así que no hace ninguna actividad” “lo tuve en el wanderers cuando estaba chico, tenía sus buenos diplomas, sus collares todo eso, ahí está porque la maldita droga, porque yo conozco a chiquillos que se fuman sus pitos, buenos pa la hierbita pero normal no tan, se les resfala.”	no venía yo, venía mi señora, si no a veces nos juntábamos los dos a de lo que hacían acá.” “Psicoeducación, nosotros no fallamos nunca (...) entonces seguimos todo el procedimiento todo (...)” (Participación familiar) “Bastante, bastante influyó” “Nosotros aquí siempre, nunca lo dejamos de lado, siempre lo apoyamos en todo (...)” “venia gente que acá viene a dejar a estos niños con problemas mentales y se olvidan, chao, como que lo dejan abandonado y conozco harta gente que pide ayuda, que sobretodo porque estas personas en la casa de repente aburren en el contexto de toda la familia” “Por ejemplo cambios en la, el se aísla, quiere estar solo, no le gusta compartir en la mesa, desayuno, almuerzo.”	pastillas se las doy o a veces se las toma el a las nueve de la mañana, diez de la mañana el parte a hacer su pieza se bañe y parte pa la casa de la abuela” “Psicofrenia, murió de psicofrenia y ahí a lo mejor viene el gen, este niño nació con el gen en el desarrollo, porque tuvo una excelente, una excelente básico y después la ense, la media, lo pesco la droga, fuma droga desde los trece años no más y ahí no paro más, no paro más.” “Y no hace tonteras como las hacía antes que como estaba psicotiao con las pastillas, ahora no nosotros la olanzapina en el día la tiene clarita y en la noche el clonazepam también pa dormir pero el puro su, no entra en conversación ni nada.”	doctores nos apoyaron, el circulo de acá de todos la gente que trabaja aquí en la U.M.E.” “(...) Pasa que la estadía acá fue larga, después más corta y así poco a poco se fue disminuyendo la estadía acá, más en la casa que acá (...)” “(...)así que hemos andado en todos lados, entonces que pasa que nunca lo hemos dejado de lado si aquí hemos conocido harta gente, nunca lo, se dejo solo, lo que pasa que en el momento en que pedimos ayuda acá se nos cerraron muchas puertas (...)le golpee la puerita aquí al señor Lazo para que me ayudara pa ver si lo metían a una casa de acogida y no, no, no, pero otra gente tiene preferencia, la gente que no venia pa acá a ver a sus hijos, familia que no venían” “Acá se hace mucha actividad bonita, mucha actividad bonita pero mucha gente, los apoderados no asisten mucho a estas reuniones, porque a uno le hacen falta porque cuando uno habla con el psicólogo, psicóloga, como que
-----------------	---	---	---	--

				se relaja, como que, porque cuando yo venía acá me relajaba, cuando estaba muy tenso, imagínate, trabajo, la casa, ahí, me relajaba” “si yo cuando quise golpear puertas me las cerraron, entonces eso pa mi fue injusto, entonces tenemos que llegar un poco más alto, un poco más grave para que, porque me dijeron aquí, con su permiso, tiene que hacer una caga Jorge para que te ayuden” “Y aquí se hacen cosas bonitas, enseñan porque el Jorge el 100% no tiene la mente mala porque él, es súper vivo, si no se le escapa ni una”
Entrevista Paciente 8 (P8)	“Yo voy a casa club que es un centro de rehabilitación y voy a artesanos que es como un centro de rehabilitación, pero es practicando cosas (...). Cuando yo estuve en el hospital igual iba a artesanos de repente 4 o 5 horas y a medida que iba pasando el tiempo me incorporaron” “Sí, a medida que iba pasando el tiempo quedé como estable o sea yo iba siempre, muy pocas veces faltaba,	“(…) Pero no venían todos los días a visitarme, venían los puros domingos (...)entonces para mí era muy largo imagínate solo, una semana completa y titubear si venía el domingo y después, no si no puedo ir entonces iba quedando como muy solo” “Entonces claro, como vivía en Villa Alemana me decía que no podía venir todos los domingos	“Sí, yo tengo esquizofrenia” “Estimulación cognitiva, era bueno porque te hacían participar en grupo y te hacían aprender de la enfermedad que tú tenías o sea te explicaban, usted tiene acá sus debilidades, pueden ser estas o esto, va a tener estas dificultades pero se va a sentir mejor” “(…) Así salía claro la parte psicológica para uno entender más	“(…)La sala era ordenada, era limpia y están eso si juntos hombres y mujeres, pero no así en otras salas que los separan las mujeres están en una sala y los hombres en otras” “Mira, el paso aquí fue bien entretenido, porque es diferente porque en comparación con otras salas esta es más activa como que tratan de que tu estés como

	se fue dando la oportunidad de que fuera consecuente (...) Creo que ahora en agosto se va a cumplir un año de que voy(...) de 9 a 6" "Si po, participo, porque es una forma de participar en algo, a parte que después de este año se empezaron a hacer los grupos de cocina" "(...) Los trámites se hicieron cuando yo estaba en la U.M.E, solo que salió cuando yo estaba fuera del hospital." "Era triste, porque era la única visita porque yo siempre tenía caleta de amigos po, pero mis amigos de repente se tiene que haber corrido porque notaron que algo pasaba al principio cuando yo estuve enfermo si po, igual se preocuparon pero después estaba muy solo, muy solo, muy solo"	(...) yo esperaba el domingo y el domingo que no venía fallaba po y ahí yo me sentía triste" "Sí, pero igual, la justifico, no sé como era su vida (...)los fin de semanas es cuando uno se siente más solo, porque igual en la semana están los talleres"	fácil lo que tenía" "O sea si sé a qué hora me los tomo, me los dan, pero eso lo aprendí desde que tengo el tratamiento. Pero sabe lo que me pasa, es que son muy fuertes, como que uno estuviera hablando y te enredas y te quedaras dormido."	más despierto, más activo (...) te hacen participar, te ayudan, te motivan, cantaban, bailaban, jugaban dominó, había talleres de cueca, siempre estábamos en algo (...)." "Yo creo que tener amigos, haberse sentido bien en la sala, porque se notaba era otro tipo de cuidado que era como más, no sé con respecto a las otras pero sí que era como más ordenado, más limpio, como que te hacían sentir más tranquilo" "pero no...la U.M.E es un buen lugar, es buena sala"
--	--	--	---	---

