

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 1 de 11

FECHA lunes, 10 de julio de 2017

Señores
 UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
 BIBLIOTECA
 Ciudad

SEDE/SECCIONAL/EXTENSIÓN	Seccional Girardot
DOCUMENTO	Trabajo De Grado
FACULTAD	Ciencias De la Salud
NIVEL ACADÉMICO DE FORMACIÓN O PROCESO	Pregrado
PROGRAMA ACADÉMICO	Enfermería

El Autor(Es):

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS	NO. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
Muñoz García	Paola Andrea	1070605269
Daza Pineda	Neyddu	1070611065

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION: 1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 2 de 11

Director(Es) del documento:

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS
Vargas Hernández	Yamile

TÍTULO DEL DOCUMENTO
ENFERMERÍA FRENTE A LAS DIFICULTADES DE CONVIVENCIA EN LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE UN PACIENTE CON ALTERACIÓN MENTAL EN LA CIUDAD DE GIRARDOT 2016.

SUBTÍTULO (Aplica solo para Tesis, Artículos Científicos, Disertaciones, Objetos Virtuales de Aprendizaje)

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Aplica para Tesis/Trabajo de Grado/Pasantía
Enfermera

AÑO DE EDICION DEL DOCUMENTO	NÚMERO DE PÁGINAS (Opcional)
21/06/2017	86

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS: (Usar como mínimo 6 descriptores)	
ESPAÑOL	INGLÉS
1. Familia	Family
2. Convivencia	Conviviality

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 3 de 11

3. Dificultad	Difficulty
4. Estigma	Stigma
5. Alteración mental	Mental alteration
6. vulnerabilidad	vulnerability

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS: (Máximo 250 palabras – 1530 caracteres):

Introducción

La importancia de la profesión de enfermería es el cuidado de la condición humana y su potencial humanístico. La carta de la tierra, redactada por la UNESCO en el 2001 recordó la necesidad de crear conciencia ecológica y ética de la humanidad. Es por ello que la salud mental de las personas debe promoverse en armonía con la sociedad y especialmente desde la familia.

Las alteraciones mentales pueden generar cambios dentro del ámbito personal, la relación familiar, social y económica; llegando a ser el punto clave de situaciones que dificultan la convivencia familiar.

La población con alteración mental puede presentar un deterioro progresivo al existir síntomas que pueden condicionar la vida de esa persona. Al tener en cuenta que llega a ser crónico se suele asociar a no tener la posibilidad de recuperarse; a esto se suma a las dificultades en la convivencia en su entorno familiar, social y económico, no contar con cuidados constantes o llevar un tratamiento adecuado. Los cuidados de dicha persona pueden verse afectados por el desconocimiento, las condiciones de vida que lleva junto a su familia y la estigmatización social que deriva de estos factores.

Es por esto, que es importante identificar las situaciones que se presentan dentro del núcleo familiar, que modifican la convivencia y el desarrollo del rol dentro de la misma. Surge esta investigación desde el enfoque disciplinar de la enfermería, que busca iniciar con la indagación de elementos que intervienen en las estrategias que contribuyan al mejoramiento de esta convivencia.

Es importante resaltar que para la participación en el encuentro de la red con estos resultados permite fijar líneas de acción metas investigativas y provisión de cuidados que favorezcan la calidad de vida en el usuario cuidador y familia.

Objetivo general

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGG: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 4 de 11

Determinar las dificultades que afectan la convivencia del entorno familiar de la persona con alteración mental, a fin de generar estrategias que contribuyan al mejoramiento de la comunicación. Por medio de la aplicación de la teoría de Hildegard Peplau.

Objetivos específicos

Determinar las dificultades presentes en el entorno familiar, social y económico en el ámbito familiar.

Describir las dificultades presentes en las familias a partir del planteamiento de las subcategorías de estudio.

Plantear estrategias mediante el proceso de la relación enfermera, persona con alteración mental y su familia.

Materiales y Método

Investigación bajo el enfoque cualitativo, utilizando el método etnográfico por medio de la recolección de información en diarios de campos, se abordaron cuatro familias de pacientes con alteración mental, en la ciudad de Girardot.

A partir del objetivo planteado, esta investigación se enfocó en la descripción de las creencias, prácticas, comportamientos, tendencias y procesos culturales, empleando como mediación fundamental la escritura.

Con la elaboración de diarios de campo realizados por medio de la observación participativa se pudo evidenciar las dificultades que afectan la convivencia familiar.

Referencias bibliográficas

LINARES, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica (Personality and its disorders from a systemic perspective). *Clinica y Salud*, 18(3), 381-399.

MINSALUD (2015) Encuesta Nacional de salud mental tomo I pp. 305 Universidad Javeriana, Colciencias y el Ministerio de Salud.

OMS (2015) Organización Mundial de la Salud /salud mental/ página oficial
 SOUZA MD. (2012) Convivencia en familia como portador de trastorno psíquico. *Enfermagen* [revista en internet] acceso marzo-junio de 2012: 11(1).

FERNÁNDEZ O.M.A. (2004) El impacto de la enfermedad en la familia; Departamento de medicina familiar, facultad de medicina, UNAM pag 1.

Peplau, H. relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinamica. Ed SALVAT EDITORES.

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION: 1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PÁGINA: 5 de 11

INTRODUCTION

The importance of the profession of infirmary is the care of the human condition and his humanistic potential. The letter of the land, written by the UNESCO in 2001 remembered the need to create ecological and ethical conscience of the humanity. It is for it that the mental health of the persons must promote in harmony with the company and specially from the family. The mental alterations can generate changes inside the personal area, the familiar, social and economic relation; managing to be the key point of situations that impede the familiar conviviality.

The population with mental alteration can present a progressive deterioration when exist symptoms that can determine the life of this person. On having born in mind that it comes to chronic being it is in the habit of associating not to having the possibility of recovering; to this it adds to the difficulties in the conviviality in his familiar, social and economic environment, not to tell with taken care constant or to take a suitable treatment. Taken care of the above mentioned person they can turn affected by the ignorance, the living conditions that it takes together with his family and the social estigmatización that derives from these factors.

It is for this, which is important to identify the situations that they present inside the familiar core, which there modify the conviviality and the development of the role inside the same one. It arises this investigation from the approach to discipline of the infirmary, which searches initiates with the investigation of elements that intervene in the strategies that they contribute to the improvement of this conviviality. It is important to highlight that for the participation in the meeting of the network with these results it allows to fix lines of action put investigativas and provision of taken care that they favor the quality of life in the user keeper and family.

GENERAL AIM

Determinar the difficulties that affect the conviviality of the familiar environment of the person with mental alteration, in order to generate strategies that they contribute to the improvement of the communication. By means of the application of Hildegard Peplau's theory.

SPECIFIC AIMS

To determine the present difficulties in the familiar, social and economic environment in the familiar area. To describe the present difficulties in the families from the exposition of the subcategories of study. Nurse, person raise strategies by means of the process of the relation with mental alteration and his family.

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 6 de 11

MATERIALS AND METHOD

Investigation under the qualitative approach, using the ethnographic method by means of the compilation of information in field diaries, approached four patients' families with mental alteration, in Girardot's city. From the raised aim, this investigation focused in the description of the beliefs, practices, behaviors, trends and cultural processes, using as fundamental mediation the writing. With the production of field diaries realized by means of the participative observation it was possible to demonstrate the difficulties that affect the familiar conviviality.

BIBLIOGRAPHICAL REFERENCES

FLAX FIELDS, J. L. (2007). The personality and his disorders from a systemic perspective (Personality and its disorders from to systemic perspective). *Clinic and Health*, 18 (3), 381-399.

MINSALUD (2015) There polls Native of mental health volume I pp. 305 University Javeriana, Colciencias and the Department of Health.

WHO (2015) World Health Organization / health mental/official page

SOUZA MD. (2012) Conviviality in family like carrier of psychic disorder. *Enfermagen [magazine in Internet]* I access in March - June, 2012. 11 (1).

FERNANDEZ O.M.A. (2004) The impact of the disease in the family; Department of familiar medicine, faculty of medicine, UNAM pag 1.

Peplau, H. interpersonal relations in infirmary. A frame of conceptual reference to the infirmary psychodynamics. Ed PUBLISHING SALVAT.

AUTORIZACION DE PUBLICACION

Por medio del presente escrito autorizo (Autorizamos) a la Universidad de Cundinamarca para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mí (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que, en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autoriza a la Universidad de Cundinamarca, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad; así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 7 de 11

perfeccionado un alianza, son:

Marque con una "x":

AUTORIZO/AUTORIZAMOS	SI	NO
1. La conservación de los ejemplares necesarios en la Biblioteca.	X	
2. La consulta física o electrónica según corresponda.	X	
3. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer.		X
4. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet.	X	
5. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previa alianza perfeccionada con la Universidad de Cundinamarca para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones.	X	
6. La inclusión en el Repositorio Institucional.	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

Para el caso de las Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, de manera complementaria, garantizo(garantizamos) en mi(nuestra) calidad de estudiante(s) y por ende autor(es) exclusivo(s), que la Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi(nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente,

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 8 de 11

manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mi (nuestra) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "*Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Universidad de Cundinamarca está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

NOTA: (Para Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía):

Información Confidencial:

Esta Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de la investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado. SI NO X.

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

LICENCIA DE PUBLICACIÓN

Como titular(es) del derecho de autor, confiero(erimos) a la Universidad de Cundinamarca una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, por un plazo de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 9 de 11

derecho patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito. (Para el caso de los Recursos Educativos Digitales, la Licencia de Publicación será permanente).

b) Autoriza a la Universidad de Cundinamarca a publicar la obra en formato y/o soporte digital, conociendo que, dado que se publica en Internet, por este hecho circula con un alcance mundial.

c) Los titulares aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.

d) El(Los) Autor(es), garantizo(amos) que el documento en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro(aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos es de mi (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

e) En todo caso la Universidad de Cundinamarca se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

f) Los titulares autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

g) Los titulares aceptan que la Universidad de Cundinamarca pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

h) Los titulares autorizan que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional, cuyo texto completo se puede consultar en biblioteca.unicundi.edu.co



MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 11 de 11

Neyddu Daza Pineda	
Vargas Hernandez Yamile	

**ENFERMERÍA FRENTE A LAS DIFICULTADES DE CONVIVENCIA EN
LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE UN PACIENTE CON ALTERACIÓN
MENTAL EN LA CIUDAD DE GIRARDOT 2016.**

**NEYDDU DAZA PINEDA
CÓDIGO: 330211105**

**PAOLA ANDREA MUÑOZ GARCIA
CÓDIGO: 330209226**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
2016**

**ENFERMERÍA FRENTE A LAS DIFICULTADES DE CONVIVENCIA EN
LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE UN PACIENTE CON ALTERACIÓN
MENTAL EN LA CIUDAD DE GIRARDOT 2016.**

**NEYDDU DAZA PINEDA
CÓDIGO: 330211105**

**PAOLA ANDREA MUÑOZ GARCIA
CÓDIGO: 330209226**

Trabajo de grado para optar por el título de Enfermera

**Asesora:
YAMILE VARGAS HERNANDEZ
ENFERMERA**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
2016**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Jurado

Girardot, 10 de julio de 2017

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres, Lisandro Daza y Adriana Pineda Moreno, Henry Muñoz Conde y Miriam García Ibagón que con su ejemplo nos han guiado por el camino de la comprensión, la perseverancia y el éxito; quienes con su amor, paciencia y sacrificio aportaron a este gran logro que hoy se va culminando con éxito, sin cuyo ánimo no habría sido posible alcanzarlo; pues son ellos la razón de ser de cada una de nuestras metas.

A mis hermanos Henry Farid Muñoz García y Elizabeth Muñoz García por su ayuda y comprensión durante el desarrollo de mi carrera.

A la docente y enfermera Yamile Vargas Hernández, asesora agradecemos por su paciencia, apoyo y acompañamiento permanente como persona y profesional, sus consejos y puntos de vista hicieron de esta investigación una vivencia enriquecedora para nuestro proyecto de vida.

A la Universidad de Cundinamarca y docentes del programa de enfermería que durante el proceso para ser profesional aportaron su conocimiento, consejos y puntos de vista para ser enfermeras integras y sobre todo humanizadas.

CONTENIDO

	Pág.
1. INTERPRETANDO POSIBLES CAMBIOS DE PERSPECTIVA FAMILIAR	12
2. LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA SOCIEDAD	14
3. DESCUBRIENDO LA CIUDAD DE LAS ACACIAS	17
4. UNA MIRADA DESDE LA NORMATIVIDAD COLOMBIANA	20
4.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA	21
4.2 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL	21
4.3 RESOLUCIÓN 002417	22
4.4 LEY DE SALUD METAL 1616 DE 201	23
5. MÁS ALLÁ DE LOS CÓDIGOS Y LAS DECLARACIONES	25
6. LA SALUD MENTAL A TRAVÉS DE LA HISTORIA	27
7. INDAGANDO EL CONTEXTO MENTAL	29
8. INDAGANDO EL CRITERIO METODOLÓGICO	36
8.1 MÉTODO ETNOGRÁFICO	37
8.2 CATEGORIAS DE ANÁLISIS	40
9. EXPERIENCIAS DE UNA CONVIVENCIA AL INTERIOR DE LAS FAMILIAS	44
9.1 DESGASTE EMOCIONAL	44
Visitas.	44

Análisis discusión.	47
9.2 CONFLICTO FAMILIAR	48
Visitas.	48
Análisis.	51
9.3 SOBRECARGA DEL CUIDADOR	52
Visitas.	52
Análisis.	54
9.4 PROBLEMAS SOCIALES	55
Visitas.	55
Análisis.	58
9.5 DIFICULTADES ECONÓMICAS	59
Visitas.	59
Análisis.	61
9.6 DEFICIENCIA DEL SISTEMA DE SALUD	62
Visitas.	62
Análisis.	65
10. APLICACIÓN DE LA TEORIA DE ENFERMERIA “UNA REALIDAD SENTIDA, FAMILIA VS PACIENTE CON ALTERACION MENTAL”	68
10.1 TEORIA	68
10.2 METODOLOGIA	68
10.3 DESARROLLO DEL PROCESO	68

10.4 RELACION DE AYUDA	68
Fase de orientación.	68
Fase de identificación.	69
Fase de exploración.	71
Fase de resolución.	72
11. CONCLUSIONES	74
12. RECOMENDACIONES	76

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Fases de relación de ayuda.	34

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Documento de consentimiento informado	82
Anexo B. Diarios de campo.	84

INTRODUCCIÓN

Para entender la importancia del bienestar mental debemos reconocer el verdadero significado de salud que es definida por la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹; este concepto es importante pues desde allí se incluye el área de salud mental como un pilar fundamental para la intervención integral del ser humano, buscando incrementar la posibilidad de adaptación de una persona para el bienestar individual y social de una población.

Al mismo tiempo la OMS especifica una definición para la salud mental describiéndola 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”².

Es importante resaltar que las alteraciones mentales generan una serie de limitaciones que se amplía tanto a la vida psicológica como social de la persona, en ocasiones impide su desempeño personal y la relación con su medio familiar y social, conllevando a desarrollar en su vida situaciones que dificultan la convivencia con su familia, quien en su mayoría de veces son sus cuidadores directos.

En el transcurso del tiempo se ha ido no solo incluyendo un diagnóstico y tratamiento médico limitado a la administración de antipsicóticos y demás fármacos para el manejo de la persona con alteración mental, sino también se resalta la importancia de involucrar a la familia y en ocasiones a la sociedad para llevar a cabo este tratamiento e incluir a esta persona en la sociedad haciéndola capaz de aportar tanto a su propia vida como a la de sus familiares y amigos evitando que se sienta aislado como persona.

Por esto es importante identificar las situaciones que se presentan dentro del núcleo familiar que pueden llegar a modificar el rol de cada integrante dentro de la misma, bien sea como un cuidador, hermano, padre, madre y la responsabilidad que ello conlleva ya que esta relación es de vital importancia en el estado de salud de la persona con alteración mental y su familia.

En ocasiones se habla de la responsabilidad directa de un solo familiar, teniendo como consecuencia la sobrecarga de sentimientos y roles de un integrante al hacerse cargo de su familiar con alteración mental, por ello es importante incluir a

¹ Constitución de la Organización Mundial de la Salud 2013

² Constitución de la Organización mundial de la salud 2013

todo el núcleo familiar en las actividades que realiza diariamente este cuidador, aliviando la carga del cuidado y mejorando la convivencia familiar al involucrar a todos como una familia que apoya, entendiendo cómo puede aportar día a día y permite que todos los integrantes de esta familia hagan parte de la misma con un rol específico, incluso a quien presenta la alteración mental.

Al hablar de familia estamos describiendo un grupo nuclear, al que todo ser humano tiene derecho y es significativo para el desarrollo de cada etapa de su vida, al contar con un integrante con alteración mental no es suficiente con estar cerca de él, sino brindar comprensión y acompañamiento tanto físico como emocional, teniendo en cuenta que la familia es el apoyo de la mayoría de los seres humanos sin importar su condición física o mental.

Es por esto que desde el cuidado de enfermería se busca la identificación de dificultades que intervienen en la convivencia familiar del paciente con alteración mental en el ámbito domiciliario de la ciudad de Girardot; con el fin de generar estrategias que contribuyan al mejoramiento de la convivencia familiar.

Basados en la teoría de Hildegard Peplau, quien describe su teoría de enfermería psicodinámica como una herramienta para desarrollar las relaciones interpersonales, especialmente entre la enfermera y el paciente, permitiendo conocer los sentimientos y comportamientos de la persona, pero también describe otros aspectos como el entorno donde se incluye a la familia como ente fundamental para el desarrollo psicológico, es así como la enfermera cumple su rol de educadora para atender al paciente, su familia y así lograr que se solucionen los problemas que interfieren en su diario vivir.

1. INTERPRETANDO POSIBLES CAMBIOS DE PERSPECTIVA FAMILIAR

Uno de nuestros retos en enfermería es contribuir en el cuidado de la salud mental de nuestra población, las familias que tienen un integrante con alteración mental se enfrentan al cuidado de esta persona, afrontando dificultades en la convivencia familiar.

El surgimiento de una enfermedad mental, en algún integrante de una familia puede convertirse en un serio problema tanto en su estructura como en su forma de funcionar³, sin duda, esto puede representar una situación de crisis debido a los cambios que se presentan y los desajustes que pueden impactar a cada uno de los integrantes del núcleo familiar.

Para ajustarse a estas nuevas condiciones, la familia incluye mecanismos de adaptación y regulación que le permiten continuar con su funcionamiento, estas situaciones fomentan cambios en las interacciones de los integrantes del núcleo familiar con el propósito de resolver los problemas que se presentan, logrando en algunos casos un equilibrio y en otros un desequilibrio, poniendo en riesgo la funcionalidad del sistema familiar. Es claro que el proceso de enfermar no se da solo en el individuo, sino que involucra y afecta al contexto familiar del paciente.

Ante el surgimiento de un trastorno, la familia puede responder de distintas formas: Negarse a aceptar que algo no está bien o desarrollar conductas de sobreprotección y/o codependencia sobre el paciente. Además, el trastorno puede generar otro tipo de alteraciones en la familia como el desgaste emocional, episodios de depresión, problemas de pareja, violencia intrafamiliar, etc. Que alteran el primer diagnóstico. Por otro lado, también se destaca la relación entre el contexto familiar y experiencias tempranas de la infancia (traumas, negligencia en cuidados o patología previa de los progenitores) y el desarrollo posterior de una enfermedad mental.⁴

Los problemas cotidianos de la familia y las crisis periódicas que se les presentan, junto con los síntomas de la enfermedad del integrante, conlleva a que las familias deban hacer frente a las responsabilidades de su cuidado, a la ruptura familiar, la sobrecarga emocional, las limitaciones del sistema que presta los servicios de salud, el estigma social y las afectaciones de tipo económico que conlleva tener en el núcleo familiar una persona con trastorno mental.

³ FERNÁNDEZ O.M.A. (2004) El impacto de la enfermedad en la familia; Departamento de medicina familiar, facultad de medicina, UNAM pag 1.

⁴ LINARES, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica (Personality and its disorders from a systemic perspective). *Clínica y Salud*, 18(3), 381-399.

Dado lo anterior son evidentes los distintos aspectos problemáticos que conlleva tener un integrante del núcleo familiar con alteración mental y la necesidad de profundizar en estos temas. Es por esto que se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las dificultades que intervienen en la convivencia familiar del paciente con alteración mental de la ciudad de Girardot?

En esta investigación se tiene como principal objetivo determinar las dificultades que afectan la convivencia del entorno familiar de la persona con alteración mental, a fin de generar estrategias que contribuyan al mejoramiento de la comunicación, por medio de la aplicación de la teoría de Hildegard Peplau.

Esto nos permitirá describir las problemáticas a nivel familiar, social y económico que intervienen en la convivencia de la persona con alteración mental. Por otro lado, será indispensable indagar en el entorno familiar que medidas toman frente a la inclusión del paciente que tiene una alteración mental, como se relacionan y que necesidades tiene cada familia.

De acuerdo con los resultados se opta por diseñar estrategias para la intervención de enfermería, aplicando la teoría de Hildegard Peplau que brinden elementos a la población logrando el mejoramiento en la convivencia familiar de las personas con alteración mental.

Así mismo se determinó abarcar este estudio bajo la metodología diarios de campo, de tipo cualitativo descriptivo; con este enfoque se evidenció las dificultades que afectan la convivencia familiar.

El primer capítulo de esta investigación se ha retomado el problema, objetivos y justificación. El segundo capítulo trata los marcos como el geográfico, el legal, el marco ético, el teórico y el conceptual. El tercer capítulo se encuentra el diseño metodológico y por último en el cuarto capítulo análisis de la información y la discusión aplicando la teoría de Hildegard Peplau, las conclusiones y recomendaciones.

Este proyecto se encuentra dentro del marco de la línea de investigación denominado: Proceso de Salud - Enfermedad en la persona, la familia y los grupos comunitarios, el cual enfatiza la importancia de abordar la enfermedad desde una perspectiva holística que involucre la persona enferma, su entorno social y comunitario⁵

⁵ Dirección de investigación de la universidad de Cundinamarca (líneas de investigación)

2. LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA SOCIEDAD

La familia es la estructura básica de la sociedad, por lo tanto cualquier situación que pueda llegar a afectar el vínculo entre los integrantes genera cambios no solo en el entorno familiar sino en la interacción social a partir de situaciones como: conflictos familiares, crisis económica, desgaste emocional, cambio de roles que se manifiesta a partir de los requerimientos de la persona con alteración mental; a esto se suma el estigma social al que se expone la familia ante las opiniones de personas externas.

Para toda sociedad es de vital importancia conocer aquellas situaciones que de una u otra forma afectan la estructura familiar, sin duda alguna una de estas es la alteración mental. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo, es decir el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental.⁶

Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial, la situación se hace aún más crítica en Colombia ya que se encuentra un “10% por encima de esta cifra mundial, según los datos entregados por la última encuesta de salud mental 4 de cada 10 colombianos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida”.⁷

A la fecha según la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM 2015), de la Universidad Javeriana, Colciencias y el Ministerio de Salud.⁸ Los datos más relevantes del análisis que encuestó a casi 16.200 personas de todo el país; en promedio 10 de cada 100 personas entre las edades de 18 hasta mayores de 60 años y 12 de cada 100 niños y adolescentes entre los 7 y 17 años tienen algún problema que sugiere la presencia de una enfermedad mental, si incluimos en estas cifras los datos de las familias de las personas con alteración mental sin duda alguna crece el número exponencial de las personas afectadas.

En la actualidad el departamento de Cundinamarca, según el Censo del 2010.⁹ Afronta una incidencia del 1.73% de alteración en la salud mental que corresponde a 28.481 personas con enfermedad mental, sin duda alguna es un número alto para el departamento. Por otro lado, más concretamente en el municipio de Girardot “los

⁶ Carga Global de las Enfermedades 2001 de la OMS, disponible en: <http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf>

⁷ ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL COLOMBIA 2003

⁸ MINSALUD (2015) Encuesta Nacional de salud mental tomo I pp. 305 Universidad Javeriana, Colciencias y el Ministerio de Salud.

⁹ DIRPEN (2010) -. CARACTERIZACIÓN TEMÁTICA DE. SALUD. Octubre de estadísticas oficiales en Colombia DANE.

principales padecimientos que se encuentran en la población girardoteña son: Trastorno depresivo ansioso, la sicosis crónica, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno afectivo bipolar”.¹⁰

Factores socio-culturales y económicos afectan a las personas pues debido a sus creencias, no aceptan que tienen un trastorno mental, en muchas ocasiones no aceptan medicación y suponen que con algún tratamiento natural van a mejorar el problema siquiátrico; como se destaca en los datos presentados anteriormente, el municipio de Girardot no es ajeno a los problemas relacionados con personas que presentan alteración mental y las familias de estos.

Se realizó una visita a la oficina de la secretaria de salud de la ciudad de Girardot, con el fin de obtener información acerca de las personas diagnosticadas con alteración mental y sus familias, encontrando que actualmente no existe una base de datos, ni información suficiente que nos permita identificar a estas personas en la ciudad de Girardot, se opta por ubicar algunos de los pacientes que hicieron parte de nuestra práctica formativa de salud mental y psiquiatría en séptimo semestre; cuya información se encontraba en documentos realizados durante el desarrollo académico. También se realizó la ubicación de pacientes referidos por profesores, conocidos y familiares.

La información acerca del seguimiento a los pacientes en su entorno familiar es nula; por otra parte en la universidad de Cundinamarca se han realizado dos trabajos de grado que resaltan al paciente con alteración mental desde el ámbito clínico y la sobrecarga del cuidador en la ciudad de Girardot; los cuales nos han aportado datos teóricos y algunas vivencias con familias y pacientes de estas investigaciones.

Determinar cuáles son las dificultades que se presentan en la convivencia familiar de una persona con alteración mental es importante para que el profesional de enfermería pueda generar y priorizar intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida de las familias afectadas por estas problemáticas; las cuales se realizarán mediante la aplicación de la teoría psicodinámica de Hildegarth Peplau la cual es un modelo orientado a la enfermería psiquiátrica que toma como sustento las bases teóricas psicoanalíticas de las necesidades humanas.

Peplau define la enfermería psicodinámica como aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia. En este modelo las acciones son

¹⁰ Sobre la salud mental girardoteña, julio 29, 2012

realizadas tanto por el paciente como de la enfermera a través de la interrelación personal.

También observa estas experiencias como situaciones de aprendizaje para el personal de enfermería a fin de facilitar el avance en el desarrollo de la personalidad. Peplau creía que cuando se satisfacen las tareas psicológicas en la relación personal de enfermería-paciente, las personalidades de ambos se pueden fortalecer.

Concluimos entonces que la teoría de Hildegart Peplau se enfoca en ayudar a pacientes y grupos comunitarios para identificar el significado psicológico de acontecimientos, sentimientos y conductas mediante las intervenciones de enfermería y permite a los enfermeros brindar consejería respondiendo a las necesidades mediante técnicas interpersonales que ayudan al paciente con la resolución de problemas y la toma de decisiones.

Esta investigación se encuentra dentro del marco de la línea de investigación denominado: Proceso de Salud - Enfermedad en la persona, la familia y los grupos comunitarios¹¹, el cual enfatiza la importancia de abordar la enfermedad desde una perspectiva holística que involucre la persona con alteración mental, su entorno social y comunitario.

¹¹ Dirección de investigación de la universidad de Cundinamarca (líneas de investigación)

3. DESCUBRIENDO LA CIUDAD DE LAS ACACIAS

El municipio de Girardot, está ubicado en el departamento de Cundinamarca, Colombia, se encuentra a 290 msnm, cuenta con 150 Km² de territorio, tiene una población aproximada de 144,248 habitantes para el año 2012, al norte encontramos el municipio de Nariño y Tocaima, al sur el municipio de Flandes y el Río Magdalena, al oeste se encuentra el municipio de Nariño, el Río Magdalena y el municipio de Coello y al este el municipio de Ricaurte y el Río Bogotá.

Girardot es conocido a nivel nacional e internacional por ser centro turístico del país, su nombre hace honor a Atanasio Girardot, general libertador, que nació en Venezuela y luchó por la independencia de la Nueva Granada, siendo así la segunda ciudad más importante del departamento después del municipio de Soacha.¹²

Girardot estuvo habitado por las tribus indígenas de los indios Panches conocidos como nómadas y guerreros de la familia Caribe; ellos transitaban por los ríos Funza o Bogotá, "Yuma", actualmente conocido como río Magdalena y Sumapaz, eran navegantes expertos.

Antes de conocerse como Girardot, fue nombrado el caserío de "La Chivatera" (debido a la cantidad de chivas o cabras que existían en los alrededores) pues en el lugar era muy común la cría de cabras o chivas.¹³

Su principal actividad económica es el turismo y el comercio formal e informal, debido a sus condiciones climatológicas, que oscilan entre los 20 y 35 °C, cuenta con una buena infraestructura hotelera y recreacional.

La actividad turística principal ocurre en el mes de Octubre, donde se realiza el Reinado Nacional del Turismo, este evento es el más importante para la región, pues es una fuente de empleo y ocio para los Girardoteños y visitantes.¹⁴

Esta ciudad cuenta con varios sitios de interés, como lo son: El Río Magdalena, Puente Férreo, Isla del sol, Plaza de mercado, Plaza de Bolívar, Estadio Municipal y Mirador el Arbolito, entre otros.

¹² A PUERTA CERRADA, Regiones [en línea] <<http://www.apuertacerrada.com/11-regiones/31900-girardot-la-ciudad-de-las-acacias>>[30 noviembre 2015]

¹³ A PUERTA CERRADA, Regiones [en línea] <<http://www.apuertacerrada.com/11-regiones/31900-girardot-la-ciudad-de-las-acacias>>[30 noviembre 2015]

¹⁴ ALCALDIA MUNICIPAL DE GIRARDOT, Sitio oficial Nuestro Municipio [en línea] <http://www.girardot-cundinamarca.gov.co/territorios.shtml?scrl=41&apc=bbxx-1-&scr_41_Go=2>

Girardot se divide en Comuna 1 Centro, Comuna 2 Sur, Comuna 3 Occidente, Comuna 4 Norte y Comuna 5 Oriente, cuenta con un total de 13 barrios, los cuales son Altos de las rosas, Barrio Blanco, Barrios Unidos, Buenos aires, Ciudad Montes, Kennedy, La esperanza, Miraflores, San Miguel y Solaris, posee dos corregimientos: Corregimiento 1 Barzalosa y Corregimiento 2 San Lorenzo, como último cuenta con la vereda Barzalosa.¹⁵

Las familias involucradas en esta investigación pertenecen a diferentes barrios de este municipio, por lo cual algunas condiciones alrededor de la alteración son diferentes y tienen diversas variaciones en cuanto al entorno social, económico y acceso a la salud.

La familia N° 1 vive en el barrio portachuelo, este se ubica entre el barrio Kennedy que es un barrio de gran extensión y brinda acceso a diferentes necesidades como el comercio y salud, ya que cuenta con un centro de salud que atiende a usuarios de barrios cercanos; y el barrio primero de enero, que es un barrio en su mayoría las casas están ubicadas en pasillos peatonales, algunas zonas del barrio son resguardos de la delincuencia y el expendio de alucinógenos, allí se presentan riñas callejeras entre jóvenes que pertenecen a bandas delincuenciales; el barrio portachuelo al estar cerca se ha visto afectado por la inseguridad, y a pesar de ser un barrio donde los vecinos son unidos, deben tomar precauciones como estar pendiente de sus vehículos o tener ocasionalmente la puerta de su casa cerrada, esto lo expresan algunos vecinos del sector.

Lo positivo del barrio es que los vecinos son como una familia y por ello están atentos a cualquier acontecimiento, esta es otra de las razones por las que se enteran de todo lo que sucede en las familias que viven allí, como la familia 1 donde todos sus vecinos están enterados de la situación de salud de su hija D y que en algunas ocasiones así como han obtenido ayuda de los habitantes del sector también recibieron algunas críticas y señalamientos frente a la enfermedad mental que afectó a una de sus hijas, pero al paso del tiempo aceptaron que era una condición de salud y fue más el apoyo recibido.

La familia N°2 está ubicada en el barrio alto de la cruz, cerca al centro de la ciudad de Girardot; en este sector el comercio y turismo está por todos lados ya que existen locales de comidas y productos varios, además de diversos hoteles y cerca de su casa se encuentran la clínica san Rafael y clínica san Sebastián, la primera donde tiene acceso a la unidad mental; allí su enfermedad no es algo marcado para los vecinos, pues al ser comercial y transcurrida la gente no está atenta a su

¹⁵ ALCALDIA MUNICIPAL DE GIRARDOT, Sitio oficial Nuestro Municipio [en línea] <http://www.girardot-cundinamarca.gov.co/territorios.shtml?scrl=41&apc=bbxx-1-&scr_41_Go=2>

comportamiento o a rumores como en los barrios más tranquilos, al igual cuentan con buenos vecinos y familiares que viven cerca a su hogar.

La tercera familia vive en el barrio santa helena, ubicado cerca al barrio centenario, buenos aires, la esperanza; es un barrio pequeño; algunos de estos son barrios con estratos altos, como lo son la esperanza y centenario; el barrio está cerca de un camino que conduce a la calle 15 descrita en varias oportunidades como zona de tolerancia, pues se presume que existe expendio de alucinógenos y armas a pesar de haber sido intervenida por autoridades policía y ejército nacional la problemática sigue.

Los vecinos con los que cuenta esta familia son poco amistosos y la ayuda recibida para ellos es poca; ya que han tenido inconvenientes con algunos de ellos y aseguran un hecho de violación hace unos años por parte de un vecino hacia su hija, cuando ella tenía 4 años; esta joven actualmente es drogadicta y habita en las calles cercanas a su hogar; tiene fácil acceso a dichas sustancias y refirió que cinco hombres intentaron violarla cerca de su casa en un lote abandonado; luego de un mes manifiesta haber sido violada nuevamente en el barrio las acacias.

La familia N°4 vive en el barrio Bocas del Bogotá, ubicado cerca al barrio alto de la cruz, alto de las rosas y demás barrios que inicialmente se crean con casas de invasión, cerca de ellos está el paso del río Magdalena y Bogotá; algunos de estos barrios tienen sectores calificados como zonas de tolerancia, donde el expendio de alucinógenos es común, dando a los jóvenes la facilidad de adquirirlas, también se cometen actos delictivos que afecta la tranquilidad de los habitantes de este sector; a pesar de esto los vecinos cerca de la vivienda de la familia son unidos y luego de enterarse de la alteración mental que existe en el integrante de esta familia, admiran el hecho de la responsabilidad con la que este joven trata su enfermedad y trabaja como una persona sin ninguna limitación para realizar sus actividades diarias.

4. UNA MIRADA DESDE LA NORMATIVIDAD COLOMBIANA

La naturaleza del concepto de salud mental y los enfoques a los que se refiere determinan un marco contextual y político normativo nacional e internacional muy amplio, referente a los derechos y a las condiciones de vida: educación, vivienda, trabajo, sociales, económicas y del medio ambiente.

En el caso de las personas con trastorno mental se destacan las declaraciones y los principios de distintos organismos que enfatizaban en la igualdad de sus derechos y libertades con respecto al resto de la población. La Organización de las Naciones Unidas promulgó la Declaración de los derechos del retrasado mental en 1971, la Declaración de los derechos de los impedidos en 1975, y los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental en 1991.

La Asociación Mundial de Psiquiatría es autora de la Declaración sobre derechos y protección legal de los enfermos mentales de 1989, Posteriormente, se dio a conocer la Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría de 1996, revisada en 2002 en Yokohama, Japón.

Estos importantes desarrollos tuvieron su efecto en el ámbito nacional, inicialmente en lo concerniente a la organización administrativa central y de los servicios que manejan los problemas de salud mental, y luego en la ampliación y transformación de esa atención.

En 1970, mediante el Decreto 1136 se dictan medidas de protección social para evitar la perturbación pública como consecuencia de la intoxicación por alcohol, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas

En 1991 se expide la nueva Constitución Política de Colombia, la cual consagra al país como un Estado Social de Derecho y define los lineamientos prioritarios en favor de la salud de los colombianos; en el nuevo texto constitucional se reafirman y establecen puntos específicos relacionados con el disfrute de la salud mental, tales como el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la protección de la familia; la protección de las personas con discapacidades; la protección de los niños, especialmente los menores de edad con enfermedad mental quienes tienden a ser maltratados.

4.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

La cual tiene como objetivo en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga la siguiente.¹⁶

Donde se garantiza el derecho a la salud y, específicamente, el derecho a la salud de los sujetos de especial protección, teniendo en cuenta que está en conexión con un derecho fundamental como lo es el de la vida; en su artículo 5 el Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad, describe en el artículo 48 que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley, enfatiza en su artículo 13 todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica y además, el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

ARTICULO 49 la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, artículo 68. La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.

4.2 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

En 1998 se había promulgado la Política Nacional de Salud Mental, acogida mediante la Resolución 02358, esta política integra los factores condicionantes de carácter biológico, ambiental, comportamental, social, político, económico y cultural y el nivel de salud; su objetivo principal es promover la salud mental y prevenir la

¹⁶ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, año 1991 preámbulo.

aparición de la enfermedad mental; controlar las enfermedades mentales; fomentar la cultura de la salud mental; mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la atención en salud mental en todas sus fases.

Entre los años 2003 y 2004, el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y mediante convenios de cooperación con la OMS desarrolla el Tercer Estudio Nacional de Salud Mental, el cual permitió, además de delinear un panorama epidemiológico, establecer relaciones entre salud mental, condiciones socioeconómicas, estado de salud general, medio ambiente social y grado de vulnerabilidad; luego de este diagnóstico se busca reformular la Política Nacional de Salud Mental que había sido diseñada en el año 1998, construyendo los “Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia”; los lineamientos se encaminaban a promover la salud mental, prevenir los impactos negativos de los problemas psicosociales y reducir el impacto negativo de los trastornos mentales, para ello se basaron en los principios orientadores de continuidad, integración funcional, respeto por las diferencias, promoción y protección de los derechos humanos y participación de los pacientes, las familias y las comunidades. Las líneas de acción priorizadas fueron: organización de los servicios de salud mental; provisión de servicios; inclusión social; recursos humanos; vigilancia de eventos y servicios de salud mental.

4.3 RESOLUCIÓN 002417

En 1992 se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental, Para efectos de esta resolución entiéndase como persona con trastorno mental, el sujeto, niño o adulto que por razones orgánicas o no presenta alteración en su pensamiento, afecto, juicio, raciocinio y conducta que le impide su libre autodeterminación y el adecuado desarrollo de relaciones interpersonales y vida en comunidad, ya sea en forma temporal o definitiva¹⁷.

La presente resolución resalta como derecho principal de toda persona con alteración mental a ser tratado en todo momento con el respeto y la dignidad propia de su condición de persona, a no ser calificado como enfermo mental, ni ser objeto de diagnóstico o tratamiento en esa condición, por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de salud mental ¹⁸ y Derecho a no ser discriminado en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de su salud mental.

¹⁷ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 002417 de 1992 artículo 2.

¹⁸ Revista Colombiana de Psiquiatría, Suplemento No. 1, Vol. XXXII, 2003 Resolución 002417 de 1992

En el año 2005 con el Acuerdo 144 de 2005, se establece el Sistema de Salud Mental en el Distrito Capital conformado por el conjunto de instituciones públicas y privadas y redes sociales de apoyo que comprende entre otras a las empresas sociales del Estado, las IPS, organizaciones sin ánimo de lucro, representantes de la comunidad organizada y universidades que realicen el control y seguimiento de las diversas expresiones de violencia, estrés y salud mental, suicidio, trastornos afectivos y trastornos de ansiedad.

4.4 LEY DE SALUD METAL 1616 DE 2013

El cual tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social.

El cual define en su artículo 3 salud mental como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

Destacándose la priorización de la atención que hace en su artículo 4 de los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

Siendo de fundamental importancia el artículo 10 donde destaca que debe brindar una atención integral fomentando la participación ciudadana de los pacientes, familiares y demás cuidadores, planteando dichos protocolos que incluyan la atención paulatina de todas las problemáticas que incidan, y los trastornos a tratar. Teniendo estos una revisión periódica de cada 5 años.

El Artículo 13 establece las modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental. La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

- ❖ Atención Ambulatoria.
- ❖ Atención Domiciliaria.
- ❖ Atención Pre hospitalaria.

- ❖ Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
- ❖ Centro de Salud Mental Comunitario.
- ❖ Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.

Ley 790 del 2002 por la cual se reforma parcialmente la Ley 100 de 1993 en el artículo 33 menciona que el Plan Nacional de Salud Pública debe incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental; la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción, el suicidio y el tratamiento de los trastornos mentales de mayor prevalencia.

5. MÁS ALLÁ DE LOS CÓDIGOS Y LAS DECLARACIONES

El marco ético de la investigación se encuentra regido por las disposiciones generales de la resolución N° 008430 de 1993¹⁹ también por la declaración de Helsinki,²⁰ la cual dispone de manera clara lineamientos para proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en una investigación.

Se asume por parte de los investigadores la responsabilidad de velar por el cumplimiento de estos principios dentro de la investigación, estableciendo como propósito inseparable de contribuir al conocimiento de los seres humanos, a la prevención y control de los problemas de salud, según lo establecido en el artículo 4 de la resolución 8430.

En la metodología de corte cualitativa etnográfica, los investigadores comparten con las familias e intervienen directamente sobre los sujetos de forma educativa; de esta forma se establece que la presente investigación se encuentra en la categoría de riesgo mínimo; conclusión realizada después de la documentación sobre el tema presentado en el marco teórico y estableciendo claramente la metodología utilizada.

El formato de consentimiento informado será elaborado teniendo en cuenta los parámetros presentados en la resolución 8430 en su artículo 15 contenido:

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- d) Los beneficios que puedan obtenerse.
- e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios

¹⁹ RDCMD, SALUD. "RESOLUCION N° 8430 DE 1993." http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf1993.

²⁰ Declaracion de Helsinki. Documentos sobre ética médica, Colegio Médico de Chile AG; Grupos comunicacionales, 1986: 91-5.

g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su actividad laboral.

h) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

i) El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Puesto que este estudio será realizado con el apoyo docente de la Universidad de Cundinamarca sede Girardot, es importante destacar que se cuenta con la debida autorización del Programa de Enfermería de esta institución por medio del contrato de trabajo con horas asignadas para esta investigación, como lo establece el artículo 18 de la resolución 8430.

Se aclara que se establecerán protocolos estrictos que salva guarden la información de los participantes en la investigación protegiendo la identidad de estos, teniendo en cuenta los valores morales, culturales y sociales de las familias en cuestión, vigilando que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación familiar, que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes. Como lo establecen los artículos 45 y 46 de la Resolución 8430 de 1993.

Se garantizará la no maleficencia hacia los participantes en el estudio, ya que las categorías a estudiar y el tratamiento posterior de la información no afectará ni su salud mental ni su estabilidad familiar.

Teniendo en cuenta el principio de beneficencia se retroalimentará a cada participante sobre los resultados del estudio con la finalidad de informarles cómo se encuentran en la actualidad en relación a su convivencia familiar y poder de esta forma orientarlos hacia acciones posteriores que mejoren su salud mental y relaciones familiares.

6. LA SALUD MENTAL A TRAVÉS DE LA HISTORIA

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad²¹

La enfermedad mental ha sido interpretada de diferentes formas desde comienzos de la historia, de acuerdo a la época el concepto que se tenía de salud y enfermedad era diferente, ya que intervenía el avance de la medicina y el progreso al iniciar las investigaciones para poder dar definición a la salud mental; por esta razón en las antiguas civilizaciones se atribuía la enfermedad mental a “acciones sobrenaturales (posesión demoníaca, maleficios, efectos de magia, etc.), y para controlarlas se utilizaban prácticas de las llamadas magia blanca y magia negra”.²²

Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales²³ desde el punto de vista científico, estudiando por separado la mente, la religión y de esta manera determinar que las enfermedades mentales son causadas por un origen natural permitiendo conocer la ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las enfermedades y buscando la conexión de cada parte, la causa y el efecto.

Hipócrates (460-370 a. C.) Padre de la Medicina, sostuvo que las enfermedades se producían por el mal funcionamiento de los “cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre”²⁴; determinó que si una persona que secretaba excesivamente alguno de los tres daban lugar a personalidades con personalidades alteradas, comportamientos agresivos, cólera y pensamientos lunáticos arrojando así un desequilibrio mental desencadenado por una alteración física.

En la edad media la Iglesia excluyó a la Psiquiatría de la Medicina, pero no pudo abolirla, y reapareció bajo el nombre de “Demonología”²⁵, las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas; la actitud hacia los enfermos era de rechazo; al comparar este concepto con la actualidad podemos percibir que en muchos casos no ha cambiado este punto de vista en la sociedad, pues aún existen expresiones de rechazo y algunas personas asocian las enfermedades mentales a la religiosidad y a sucesos sobrenaturales. A través de la historia la brujería y las posesiones demoníacas explicaban las enfermedades

²¹ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

²² http://www.unioviado.es/psiquiatria/doctorado/TOMO_I_Residente_en_Psiquiatria.pdf

²³ Evolución histórica de la Psiquiatría J. L. González de Rivera

²⁴ Evolución histórica de la Psiquiatría J. L. González de Rivera

²⁵ Evolución histórica de la Psiquiatría J. L. González de Rivera

mentales y “el tratamiento prescrito era la tortura y la cremación para liberar el alma del maldecido”.²⁶

Hacia el 1800 surge en Francia la psiquiatría científica, con la obra del médico y reformador francés Philippe Pinel (1745-1826)²⁷, quien plantea que no deben construirse nuevas hipótesis sino centrarse en la observación y descripción de hechos. Con Pinel los enfermos mentales comienzan a ser considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico.

A nivel mundial y nacional se realizan diferentes estudios de que dejan en evidencia la acepción de salud mental como un equilibrio físico, mental y social a partir de la “identificación de factores de riesgo o protectores para desarrollarlas, o de servicios de atención en salud para tratarlas”.²⁸

²⁶ Evolución histórica de la Psiquiatría J. L. González de Rivera

²⁷ Evolución histórica de la Psiquiatría J. L. González de Rivera

²⁸ Organización Mundial de la salud. Salud mental: un estado de bienestar editor Datos y cifras, Octubre de 2011

7. INDAGANDO EL CONTEXTO MENTAL

Los problemas son situaciones que implican algún tipo de inconveniente o trastorno y que exigen una solución. Cuando aparece un problema, éste supone una dificultad para alcanzar un objetivo. En salud la problemática a tratar es la falta de salud, para este proyecto se enfoca en las dificultades de salud mental la cual es entendida como la ausencia del 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.²⁹

Por otro lado, es importante analizar el concepto de dificultades *sociales* son aquellas situaciones conflictivas entre diversos grupos, o situaciones de marginalidad, o falta de recursos en algunos miembros del cuerpo social. Para autores como Lorenzo Cardozo³⁰ son realidades objetivas injustas o desfavorables que son percibidas por un grupo social y que generan conflicto.

Uno de estos conflictos es la dificultad *económica* entendido este como el uso ineficaz de los recursos limitados para satisfacer las aspiraciones ilimitadas de la sociedad. Se asocia con los conflictos que sufre una persona o una entidad para obtener recursos económicos que le permitan cubrir sus necesidades. Generalmente los problemas económicos son apenas una de las *problemáticas familiares*, en muchos casos derivando en familias *multi-problemáticas* según la afirmación de Linares:

Las familias multiproblemática son también uno de los emblemas de la posmodernidad, y no sólo por su estrecha vinculación con las drogodependencias. Poco productivas por lo general, su relación con el consumo es ambigua y casi pintoresca: en una vivienda puede faltar lo necesario a nivel de comida o de ropa y, sin embargo, encontrarse repetido un electrodoméstico último modelo. Pero lo que consumen desenfrenadamente las familias multiproblemática es servicios sociales, hasta el punto de existir una relación privilegiada entre ambas instancias que hace difícil a menudo ubicar el desenfreno en una de ellas. La estructura familiar también es característica, interviniendo en ella significativamente rupturas y reconstituciones hasta configurar genogramas abigarrados y barrocos en los que los roles tradicionales (en la tradición de la familia moderna) se modifican y reformulan.³¹

²⁹ OMS (2015) Organización Mundial de la Salud /salud mental/ página oficial.

³⁰ LORENZO Cardozo L. (2001) Principales Teorías Sobre Conflicto Social pp. 250 Revista De Historia Caceres

³¹ LINARES, J.L.: 1997.- "Modelo sistémico y familia multiproblemática" en Coletti, M. y Linares, J.L. (compiladores), La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella. Barcelona: Paidós Terapia Familiar, 1997.

Como lo plantea Linares son muchas las dificultades familiares comunes asociadas al nivel económico, sin embargo, la complejidad se aumenta si además sumamos a una familia en estas condiciones un integrante con alteración mental, situación que incrementa la vulnerabilidad y dificulta sin duda alguna el cuidado y las posibilidades de recuperación o atención con calidad que pueda recibir una persona con alteraciones mentales en estas condiciones.

Sin duda alguna contar con un familiar con alteración mental implica una sobrecarga financiera, ya que la alteración del comportamiento que presenta una persona con alteración mental dificulta la participación de este en el mercado laboral, que podría ser un apoyo para su recuperación³², pues a la mayoría de las personas el empleo les genera un sentido de pertenencia a la sociedad, estructura su tiempo, les permite la realización de sus facultades y les proporciona un dinero con el que vivir.

Genera además una sobrecarga del cuidado, por la preocupación, importancia y temor ante el comportamiento inadecuado e imprescindible del enfermo mental, lo cual redundando en una sobrecarga física y emocional³³, en muchos casos por la desesperanza, ansiedad, miedo ante una recaída o ante un suicidio del familiar enfermo.

Son por tanto, factores biológicos, psicológicos y sociales, modelo de vulnerabilidad³⁴, los que se entrecruzan e interactúan dando lugar a dinámicas mórbidas complejas y multifactoriales. Siendo esto así, es de suponer que la organización de la atención deviene como un complicado proceso en el que han de combinarse con coherencia y coordinación respuestas farmacológicas, clínicas, rehabilitadoras y sociales.

Desde los estudios de Vaughn y Leff en el año 1981 se ha hipotetizado que lograr que los familiares conozcan la enfermedad y entiendan su alcance y repercusión en la vida cotidiana, unido al aprendizaje en resolución de problemas y a cambios en su manera de comunicarse, pueden contribuir decididamente a reducir el riesgo de recaídas del familiar afectado y favorecer su recuperación.

Pero no sólo son este tipo de razones directamente ligadas al modelo de vulnerabilidad lo que justifica la intervención con familias. Existe una realidad que por sí sola ya aconsejaría tal intervención. Desde la reforma psiquiátrica, las familias se han convertido en el soporte comunitario esencial de las personas afectadas por

³² ALDAMA A. (2006) Amor PJ et al. *Psiquiatría y mujer*. 1ª ed. Madrid: Aula Medica ediciones.

³³ SOUZA MD. (2012) Convivencia en familia como portador de trastorno psíquico. *Enfermagem [revista en internet]* acceso marzo-junio de 2012: 11(1).

³⁴ ZUBIN, J. y SPRING, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

una problemática psiquiátrica grave y los familiares en sus principales cuidadores, la mayor parte de estas personas viven con su familia; en la Comunidad de Madrid aproximadamente el 86%, de éstos el 70% vive con sus padres³⁵.

No sería fácilmente justificable dejar que las familias vivan en soledad el efecto de estas enfermedades y convivan aisladamente con quien las padece. En consecuencia, parece lógico ofrecerles al menos: información sobre la enfermedad; apoyos en situaciones de crisis o de dificultad especial; competencias para mejorar la convivencia con el familiar afectado; y aprendizaje de habilidades de resolución de problemas y afrontamiento de conflictos, que la continuada convivencia con la enfermedad puede generar.

En busca de mejorar las condiciones de vida y a fin de satisfacer las necesidades de salud de la población, las sociedades han creado desde sus inicios sistemas de salud como un elemento fundamental del desarrollo y medida, a través del bienestar biológico, psicológico y social de las personas.³⁶

Se reconoce además, que el nivel de salud de una población está determinado básicamente por el tipo de vida de las personas, relacionado con el nivel de educación, ingresos, vivienda, capital social, más que por la atención entregada.³⁷

En dicho sentido, el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, es un objetivo de las disciplinas que intervienen desde el ámbito de salud, pero no es exclusivo de ella. El accionar de la justicia, las malas condiciones de habitabilidad o la carencia de vivienda adecuada, no tener trabajo o tener una remuneración irregular e insuficiente; la falta de acceso a una educación de calidad, cualquier forma de vulnerabilidad en el sistema social y político deteriora, sistemática y significativamente la calidad de vida de las personas y por tanto su salud. Así es como se llega a la comprensión de que la calidad de vida de las personas es un tema multifacético en el que intervienen variables de distinta naturaleza.

Las familias de los enfermos mentales siempre tienen una carga importante, pero actualmente ésta se incrementa al producirse un menor número de ingresos y ser estos más breves, así como también debido a la falta de recursos y dificultades para obtener espacios de descanso.

³⁵ RUIZ JIMÉNEZ, M.T., Núñez Partido, J. P., Jódar Anchía, R. y Peón Meana, R. (2008). Calidad de vida y esquizofrenia. Madrid: AMAFE.

³⁶ Carvajal, 2007 Trabajo social en salud mental: intervención con familias multiproblemáticas pág. 338

³⁷Carvajal, 2007 Trabajo social en salud mental: intervención con familias multiproblemáticas pág. 338

Es por esto que se podría asegurar que la problemática de un enfermo mental va más allá de la simple atención de un paciente, ya que su condición no afecta solo el bienestar del mismo sino también el entorno en el que interactúa haciendo más vulnerable a la familia, pues esta es la que asume la responsabilidad del cuidado.

Dentro de las posibilidades de un tratamiento afectivo y efectivo encontramos la idea planteada por los autores .R. Silveira Rodríguez, C. Fernández González, M.T. Amboage Paz, R. González Martínez, E. Bobadilla Pérez y M.J. Ávila González 2005, 2006, 2007 quienes manifiestan que para favorecer la reincorporación progresiva del paciente a una vida normalizada con la menor estigmatización posible, dar apoyo, consejo familiar frente a la enfermedad y evitar que no acuda a las consultas programadas; abandonando la toma de medicación lo cual aumenta el riesgo de recaídas y de nuevos ingresos hospitalarios, esto lo sería posible mediante un Programa de Hospitalización Psiquiátrica a Domicilio.³⁸

Esta investigación pone en evidencia que la familia juega un papel fundamental, ya que la disposición y la participación en el proceso del paciente favorece su tratamiento y por ende una posible recuperación; una familia que, por situaciones de estrés, economía y demás problemáticas, difícilmente podrá brindarle el apoyo necesario al paciente.

Pero al estar con la familia se encuentran diversas situaciones que pueden afectar el cuidado y aquí es donde se toma la idea del Dr. J. A Costa e Silva (1997) el describe que en algunos casos puede ser necesaria una supervisión continua; es preciso que la habilidad y la carga de los cuidadores no profesionales se sigan de cerca, ya que la ayuda práctica y regular en todo lo doméstico y en el cuidado personal puede ayudar a mejorar considerablemente la calidad de vida. El consejo y apoyo emocional a los cuidadores juega un papel importante para el cuidado y tratamiento de la persona con alteración mental; por otro lado el cuidador necesita descanso, este puede necesitarse a distintas horas del día o de la noche, y puede ofrecerse tanto en el hogar del propio paciente como en otros entornos alternativos adecuados, tales como centros y hospitales de día.³⁹

la importancia vital que tiene el cuidador en la familia y en la persona con alteración mental, tiende a generar una sobrecarga no solo física sino emocional que tiene esta persona si acarrea toda la responsabilidad debido a que al hacerse cargo de cada una de las necesidades de su familiar y además de cumple un rol de cuidador es necesario plantear el hecho de tener lugares para darles un respiro; pero también es importante involucrar a otros integrantes de la familia en las actividades o necesidades de la persona con alteración mental, de esta manera podría evitarse la

³⁸ Psiquiatría comunitaria pág. 110

³⁹ Atención continuada, apoyo y supervisión del individuo y sus cuidadores

sobrecarga de cuidador y conocer más sobre el desgaste físico y emocional que vive su familiar al cuidar una persona con alteración mental.

El aporte de enfermería a esta situación es fundamental desde tiempo atrás y aun en la actualidad, es importante ver como la historia del cuidado se ha centrado en integrar una serie de procesos que permitan definir el acto de cuidado, generar teorías, tecnologías y conocimientos actualizados, para orientar la intervención de enfermería de manera oportuna, eficiente y con base en estándares de calidad que permitan ayudar en la resolución de necesidades del ser humano.⁴⁰

En cuanto al área de salud mental, se hace necesario identificar como la necesidad de generar cambios disciplinares a partir del año 1985, lo cual hace que enfermería retome conocimientos teórico- científicos, formulando nuevas propuestas de intervención integral al paciente psiquiátrico y a su familia. Es así como retoman teorías conceptuales, que enriquecen el área de salud mental y la intervención del personal de enfermería en el paciente psiquiátrico.⁴¹

Hildegar Peplau en su Modelo de relaciones interpersonales define que "la enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria", así mismo permitió la incorporación de los sentimientos y acontecimientos psicológicos a las intervenciones de enfermería. Así, dentro de su metodología plantea un esquema secuencial de las habilidades de una enfermera competente⁴²

Su modelo se basa en la intervención de enfermería desde la psicodinámica, la cual exige comprender la conducta propia para comprender la conducta del otro, identificando necesidades en las cuales se puede aplicar como intervención los principios de las relaciones humanas.⁴³

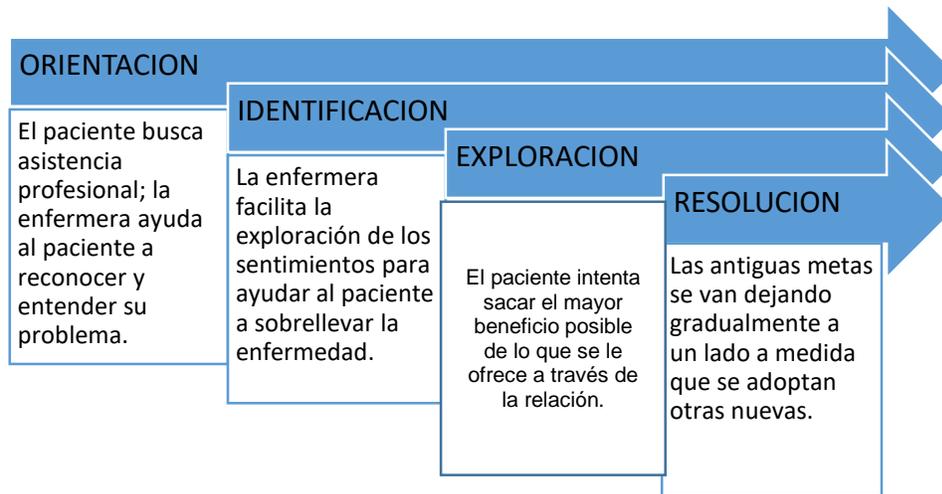
⁴⁰ De la Cuesta, BC. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería. 2007.

⁴¹ Rojas, Milvia. Atención de enfermería a paciente con afecciones psiquiátricas. Ed Ciencias Médicas. La Habana. 2007

⁴² Peplau, H. relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Ed SALVAT EDITORES. Barcelona. 1392

⁴³ Marriner, T. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Ed EL SEVIER. 1994.

Figura 1. Fases de relación de ayuda.



Esta teorista plantea unas funciones de enfermería específicas dentro del desarrollo del modelo: ⁴⁴

- ❖ Función de persona recurso: ofrece información específica que ayuda a la persona para facilitarle la comprensión su problema y su nueva situación.
- ❖ Función desconocida: brinda información sin previo acercamiento con el paciente, es inherente a los procesos afectivos de las personas que interviene.
- ❖ Función de liderazgo: guía y desarrolla pautas de acción en pro de la mejoría del estado psico afectivo de los usuarios.
- ❖ Función de enseñante (combina todas las funciones): maneja con habilidad todos los conceptos profesionales, facilitando el conocimiento de las personas que interviene.
- ❖ Función consejera: escucha activamente al paciente cuando este repasa los acontecimientos que anteceden la consulta y que lo llevaron a la búsqueda de ayuda profesional.

⁴⁴ Peplau, H. relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinamica. Ed SALVAT EDITORES.

❖ Función de sustituta/o: el paciente puede asignar a la enfermera ciertos roles, en donde la enfermera le ayuda a re experimentar y examinar sentimientos generados en relaciones anteriores.

Al mismo tiempo analiza cuatro experiencias psicobiologicas a las que se le debe dar respuesta frente a:⁴⁵

- ❖ Necesidad
- ❖ Frustración
- ❖ Conflicto
- ❖ Ansiedad

Su desarrollo dentro de los conceptos metaparadigmáticos se fundamentan al definirlos así: ⁴⁶

PERSONA	Un individuo, no incluye a familias, grupos ni comunidades. Es un organismo que se esfuerza por reducir la ansiedad que generan las necesidades
SALUD	Movimiento dirigido de la personalidad hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad; esta consta de un proceso interpersonal.
ENTORNO	Hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades
ENFERMERIA	"Es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria"

Por todas estas características y requisitos que reúne Hildegard Peplau a partir de bases metodológicas será posible aplicar intervenciones de enfermería no solo a la persona con alteración mental sino a su familia al ser su entorno; ya que el proceso de atención de enfermería permite el abordaje de todos los elementos apropiados para garantizar el cubrimiento de las necesidades de la persona y su familia, teniendo en cuenta sus requerimientos reales y el empleo de estrategias de valoración, diagnóstico e intervención acordes a las tendencias actuales de Enfermería basadas en la evidencia científica del ejercicio profesional.

⁴⁵ Peplau, H. relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinamica. Ed SALVAT EDITORES. Barcelona.

⁴⁶ Marriner, T. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Ed EL SEVIER.

8. INDAGANDO EL CRITERIO METODOLÓGICO

El estudio se aborda desde el enfoque metodológico cualitativo, el cual se presenta como una teoría fundamentada, construida originalmente por dos sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss⁴⁷. Quienes explican que este método se desarrolló pensando en las necesidades de descubrir lo que sucede en la realidad, abordándola desde la perspectiva subjetiva de los participantes, abordándola como un fenómeno interpretado por sus actores, y la conceptualización por parte del investigador.

El fenómeno abordado son las dificultades de convivencia de las familias cuidadoras de un paciente con alteración mental, buscando comprender su interpretación de la realidad, la conceptualización se realiza por medio de la recopilación y el análisis del discurso y la interacción con los actores.

El objeto científico del enfoque cualitativo es el mundo subjetivo; predomina el contexto del descubrimiento, utiliza técnicas de recolección de datos como la entrevista no estructurada, observación participante e historia de vida; el fin del conocimiento es interpretar lo singular, el sentido y significado que los actores dan a la acción social; el conocimiento busca explicar y comprender situaciones específicas de la vida cotidiana.⁴⁸

Durante el proceso se utilizó una combinación de entrevistas no estructuradas, observación participante e historias de vida, información que fue recopilada en diarios de campo, esta información contenía especialmente las manifestaciones del mundo subjetivo de los integrantes de cada una de las familias, entendido este como las emociones, pensamientos, la interpretación que ellos hacen de sus vivencias y su realidad.

Es interpretativa porque entiende la realidad en un momento histórico y circunstancia única, el investigador se ubica en una construcción de la realidad del investigado la cual es el presente que vive al momento de recopilar los datos y la interpretación de estas vivencias lo cual permite que el conocedor y conocido sean interactivos.

Las interpretaciones están ligadas al tiempo y al espacio de interacción, siendo lo más importante comprender la conducta humana desde el propio referente de quien

⁴⁷ Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada, Antioquia: Universidad de Antioquia, Colombia

⁴⁸ Paradigmas de enfermería; ZAIDER TRIVIÑO V.* y OLIVIA SANHUEZA A Delgado y Gutiérrez, 1995; Polit y Hunter, 2000; Strauss y Corbin, 2002; Barriga y Henríquez, 2004

actúa; está ligada a los valores y a los procesos; integra pruebas para desarrollar teoría o marco de referencia que le permita explicar los procesos de observación; es inductiva.⁴⁹

8.1 MÉTODO ETNOGRÁFICO

Como método de estudio se utiliza la etnografía, entendida etimológicamente como “Ethnos” que significa pueblo y “gráphein” que significa describir. Por lo tanto, el ETHNOS, es la unidad de análisis para el investigador.⁵⁰ Se parte por tanto del anterior análisis como marco de comprensión del método científico.

Para este trabajo el ETHNOS fueron las familias de paciente con alteración mental, se entiende como una comunidad puesto que comparten características comunes, si bien no interactúan entre ellos las vivencias y realidades están marcadas por el hecho de contar cada una de ellas con un integrante que padece una alteración mental.

Se tiene en cuenta como objeto de estudio etnográfico aquellos grupos sociales que, aunque no estén asociados o integrados, comparten o se guían por formas de vida y situaciones que los hacen semejantes.⁵¹ El punto en común de estas familias es la convivencia con un paciente con alteración mental.

La etnografía tiene como objetivo la descripción o reconstrucción de las creencias, prácticas, comportamientos, tendencias y procesos culturales, empleando como mediación fundamental la escritura. Permitiendo por un lado, que las huellas y marcas de la población no se envanezcan, sino que por el contrario perduren en el papel, utilizado como espejo de la comunidad por el investigador.⁵²

Estudia los fenómenos sociales, fruto de la interacción de las personas que hacen parte de una determinada comunidad, cultura o grupo humano.⁵³ El fenómeno social que más identifico durante el desarrollo de esta investigación fue el estigma social asociado al rechazo, la dificultad de integración de las familias y las consecuencias que esto podría acarrear.

⁴⁹ Barriga, O. y Henríquez, G. (2004). Repensando el conocimiento y la ciencia para la investigación social del siglo XXI: Algunas reflexiones preliminares. Cuadernos de Servicio social N° 1 Universidad de San Sebastián. Concepción Chile.

⁵⁰ Métodos de investigación cualitativa. Jorge Martínez Rodríguez 2011 pag. 15

⁵¹ métodos de investigación cualitativa. Jorge Martínez Rodríguez 2011 pag. 15

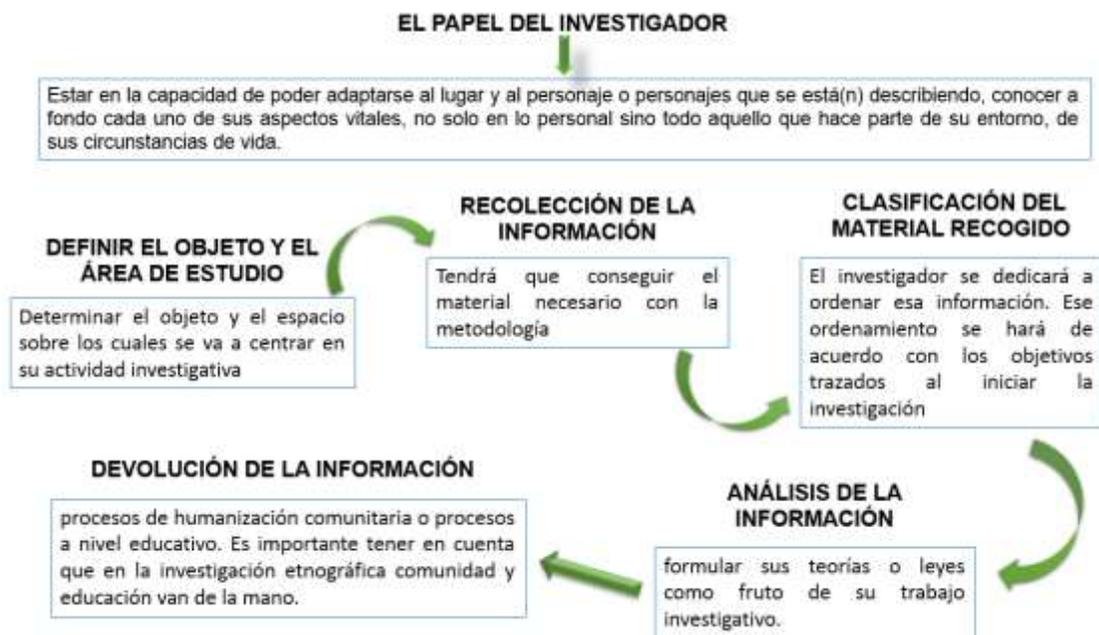
⁵² métodos de investigación cualitativa. Jorge Martínez Rodríguez 2011 pag. 17

⁵³ métodos de investigación cualitativa. Jorge Martínez Rodríguez 2011 pag. 16

Este tipo de investigación describe e interpreta las realidades investigadas y observadas desde el punto de vista conceptual de sus protagonistas; teniendo la certeza de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se internalizan poco a poco dejando ver características que pueden explicar la conducta individual y grupal de una forma adecuada.⁵⁴ Se pretendió por tanto comparar la información recolectada en los diarios de campo con conceptos de estigma social, desgaste emocional, violencia intrafamiliar.

Se abordó como elemento central de análisis la convivencia con un familiar con alteración mental, interpretando la resignificación de los roles al interior de la familia, la comprensión de los elementos de valor, como se plantean y se establecen normas para convivir con la problemática y la construcción que los integrantes hacen de su realidad.

Se pretendió por tanto en este trabajo reconstruir las vivencias de las familias, no con el objetivo de preservarlas en el tiempo, sino de hacer visible una realidad escribiendo los relatos de quienes las viven y las padecen. Esta escritura y estos relatos deben servir como un espejo de las problemáticas vividas por estas familias sirviendo además como una voz de alerta para la comunidad.



Fuente. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Jorge. Métodos de investigación cualitativa. 2011.

⁵⁴LOPEZ-BARAJAS ZAYAS, Emilio y MONTOYA SÁENZ, J.M. (1994) La investigación Etnográfica. Fundamentos y técnicas (Madrid, UNED).

La investigación etnográfica no posee instrumentos o técnicas prefabricadas. Los instrumentos los va creando el investigador a medida que se adentra en la investigación, los mismos fenómenos y las circunstancias le van diciendo al investigador lo que le puede servir en un momento y en un espacio determinado.⁵⁵

Los instrumentos más usuales suelen ser: cuaderno de notas; diario de campo; historia de vida; la observación directa y la observación indirecta; guías de observación; las encuestas; las entrevistas.

Para esta investigación se emplean como instrumento los diarios de campo, en ellos se toman apuntes de todo lo que se observa al interactuar con la población objeto.

El diario de campo como instrumento de recolección de información “es una narración minuciosa y periódica de las experiencias vividas y los hechos observados por el investigador. Este diario se elabora sobre la base de las notas realizadas en la libreta de campo o cuaderno de notas que utiliza el investigador para registrar los datos e información recogida en el campo de los hechos.”⁵⁶ En un diario de campo se deben eliminar los comentarios y análisis subjetivos del investigador, se deben conservar el rigor y la objetividad de relatar los hechos observados.

En ellos se realizó un retrato detallado de las experiencias vividas, los hechos y situaciones observadas durante las visitas a las familias, descritas por fecha y hora a la que inicia y termina cada una de ellas, durante estas visitas se ha recolectó gran cantidad de información, encontrado coincidencias de la problemática de una familia con otra; permitiendo identificar cada una de las categorías que se plantearon inicialmente, además de facilitar la inclusión de otras categorías que interfieren con la convivencia familiar y el cuidado del integrante con alteración mental.

La investigación cualitativa busca transformar una situación determinada, en los métodos y técnicas que se usan; para analizar e interpretar los resultados y sobre todo para el uso que se hace de los conocimientos producidos en esta. Donde se utilizaron criterios de validez y confiabilidad; la investigación cualitativa se basa en ciertos procedimientos que tienen como fin aumentar la calidad y objetividad de la información como lo enuncia Canales 1994⁵⁷. La credibilidad se logra a través del uso de la observación persistente y focalizada; tratando de contrastar la versión del investigador, de lo que él ha querido detectar con las opiniones de las personas

⁵⁵ MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. JORGE MARTÍNEZ RODRÍGUEZ 2011

⁵⁶ Cf. POURTOIS, Jean Pierre (1992) Epistemología e instrumentación en ciencias humanas, p 163 (Barcelona, Herder).

⁵⁷ CANALES. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. Limusa 2 da edición, Washington. 1994 pag .91 119-12.

utilizando múltiples fuentes de información sobre el tema en estudio, métodos, técnicas y recolectando información de otros investigadores sobre el mismo fenómeno de estudio. La transferibilidad se refiere fundamentalmente a la posibilidad de generalizar los resultados a la población de la cual se ha estudiado una parte. En el caso de la investigación cualitativa solo se puede hacer ciertas inferencias lógicas sobre situaciones o poblaciones que sean muy similares a la estudiada. La comprobabilidad se realiza por parte de un investigador externo con la adecuación de la estrategia, la calidad de la información recolectada, la coherencia interna de los datos, la relación entre estos y las interpretaciones realizadas.

El universo dentro de la investigación son los pacientes con alteraciones mentales y sus familias; el enfoque la población total de estas presentes en la ciudad de Girardot y la muestra serán 4 familias que cuenten con una persona con alteración mental.

8.2 CATEGORIAS DE ANÁLISIS



CATEGORÍA	
Familia de un paciente con alteración mental.	Son todas aquellas personas que conviven con el paciente que sufre de una alteración mental bajo el mismo techo.

SUBCATEGORÍAS	
Desgaste Emocional	<p>Interacciones marcadas por el fracaso continuo de las expresiones emocionales. Relaciones que son distantes, de rechazo u hostiles entre padres, hijos o miembros del núcleo familiar porque los perciben como obstáculos para su propia realización individual o como aliados del otro en una situación de desarmonía familiar.⁵⁸</p> <p>Referenciado por incapacidad para soportar el estrés emocional generando baja tolerancia al estrés o las situaciones estresantes, Inatención, falta de motivación y desinterés por la vida, fatiga física o pérdida de energía y despersonalización.</p> <p>De la misma manera se asocia el término carga emocional a las consecuencias para los familiares responsables del cuidado como depresión, soledad, estrés crónico, descuido, exacerbación de los problemas de salud planteado como síndrome del cuidador.⁵⁹</p>
Conflicto Familiar	<p>Situaciones problemáticas al interior de una familia ocasionada por cambios o desajustes relacionados con enfermedad, problemas económicos, cambios en la ciclo vital, que interfiere en los planes de los miembros de la familia o uno de sus integrantes generando conflicto.⁶⁰La capacidad de respuesta familiar a los conflictos es un indicador pronóstico del impacto que puede tener la enfermedad en el grupo familiar.⁶¹</p>
Sobrecarga del Cuidador	Se define como preocupación, importancia y temor ante el comportamiento inadecuado e imprescindible del

⁵⁸ LINARES, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica (Personality and its disorders from a systemic perspective). *Clínica y Salud*, 18(3), 381-399.

⁵⁹ MUÑOZ CoF, ESPINOZA AJM, PORTILLO SJ, RODRÍGUEZ GG (2002). La familia en la enfermedad terminal (I). *Medicina de Familia*;3: 190-191

⁶⁰ MUÑOZ CoF, ESPINOZA AJM, PORTILLO SJ, RODRÍGUEZ GG (2002). La familia en la enfermedad terminal (I). *Medicina de Familia*;3: 190-191

⁶¹ KORNBLIT A. (1996) *Somática Familiar*. En: *Enfermedad orgánica y familiar*. 2ª ed. Gidisa S.A. de España.

SUBCATEGORÍAS	
	enfermo mental, lo cual redundo en una sobrecarga física y emocional ⁶² , en muchos casos por la desesperanza, ansiedad, miedo ante una recaída o ante un suicidio del familiar enfermo.
Problemas Sociales	Son aquellas situaciones conflictivas entre diversos grupos, o situaciones de marginalidad, o falta de recursos en algunos miembros del cuerpo social. Para autores como Lorenzo Cardozo. ⁶³ Son realidades objetivas injustas o desfavorables que son percibidas por un grupo social y que generan conflicto. Para casos de familias que cuentan con personas psiquiátricas uno de los principales problemas sociales es el estigma que se genera en las comunidades.
Problemas Económicos	Entendido este como el uso ineficaz de los recursos limitados para satisfacer las aspiraciones ilimitadas de la sociedad. Se asocia con los conflictos que sufre una persona o una entidad para obtener recursos económicos que le permitan cubrir sus necesidades. Generalmente los problemas económicos son apenas una de las problemáticas familiares, en muchos casos derivando en familias multi-problemáticas según la afirmación de Linares. ⁶⁴ Por otro lado Fernández plantea que las familias con un enfermo crónico o enfermedad grave entran en una situación de desgaste económico, al no contar con los recursos suficientes seguramente no escatimaran esfuerzos para conseguirlos al inicio del tratamiento, sin embargo al paso del tiempo, tienen cada vez más dificultad para mantener los gastos ocasionados por la enfermedad; incluso es motivo en muchos de los casos de abandono de tratamiento ⁶⁵ .

⁶² SOUZA MD. (2012) Convivencia en familia como portador de trastorno psíquico. Enfermagen [revista en internet] acceso marzo-junio de 2012: 11(1).

⁶³ LORENZO Cardozo L. (2001) Principales Teorías Sobre Conflicto Social pp. 250 Revista De Historia Caceres.

⁶⁴ LINARES, J.L.: 1997.- "Modelo sistémico y familia multiproblemática" en Coletti, M. y Linares, J.L. (compiladores), La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella. Barcelona: Paidós Terapia Familiar, 1997.

⁶⁵ FERNÁNDEZ O.M.A. (2004) El impacto de la enfermedad en la familia; Departamento de medicina familiar, facultad de medicina, UNAM pag 1

SUBCATEGORÍAS	
Fármacos y sistema de salud.	<p>Las principales barreras en los servicios de salud mental han sido la negligencia por parte del gobierno, las estructuras actuales del SGSSS, el escaso recurso asignado, las formas de administrar la atención y el escaso conocimiento de los trastornos psiquiátricos.⁶⁶</p> <p>Otras limitaciones actuales que tiene el país en la atención de los trastornos mentales es la falta de conocimiento acerca de la enfermedad, falta de estadísticas reales y actuales de las personas que la padecen, escasa continuidad y acceso en planes, programas para la promoción, prevención y rehabilitación; y pertinencia del enfoque en que esta direccionado los servicios de salud mental (curativo más que preventivo), lo que genera cronicidad de las patologías y altos costos en los tratamientos, acciones de bajo impacto.⁶⁷</p>

⁶⁶ Luz Clarivel Moica Peña, administración de servicios de salud mental en Colombia, Luz Clarivel Moica Peña 2012. Pag 12.

9. EXPERIENCIAS DE UNA CONVIVENCIA AL INTERIOR DE LAS FAMILIAS

9.1 DESGASTE EMOCIONAL

Visitas.

9.1.1.1 Familia 001DC.

Doña Ca Dice que está preocupada porque ella tiene comportamientos de hiperactividad y repetitivos regularmente cuando va a presentar una crisis, y que le preocupa porque hace un tiempo no se había tomado los medicamentos adecuadamente.

Es evidente que doña Ca tiene una tristeza profunda por todo lo que le ha implicado cuidar de su hija, nos cuenta que desde hace mucho tiempo no puede llevar una vida normal *“trabajar, salir, ir de visita por largos tiempos”* debido a que debe estar siempre en casa cuidando de su hija. Doña Ca refiere con lágrimas en sus ojos *“estoy cansada, a veces me desespero, siento que ya no puedo más con esta situación, he buscado ayuda en la EPS a ver si puedo hablar con un psicólogo o con un doctor sobre lo aburrida que me siento, estoy preocupada porque cuando puedo descansar me la paso llorando, pero es difícil y eso para que le den a uno una cita con un psicólogo son meses y no es solo una, ya me dijeron que eso es para terapia y que tienen que ser varias citas y yo no puedo salir todas esas veces por D. y por plata”*.

La mayoría del tiempo doña Ca refleja su cansancio en el rostro y en las expresiones que utiliza en el momento de hablar, durante todas las visitas se mostraba afligida y con sentimientos melancólicos.

Doña Ca. Nos cuenta que ha estado muy feliz porque acaba de cumplir años, motivo por el cual sus hijos y pareja vinieron a estar con ella, nos contaba muy entusiasmada. Nosotras escuchamos muy atentas lo que doña Ca. Nos contaba, pues en el tiempo que llevamos haciendo visitas no la habíamos visto así de contenta.

9.1.1.2 Familia 002DM.

La señora Ma dice que lo ha observado bastante inquieto, y que probablemente sea por falta de sus medicamentos, le preocupa tener que internarlo de nuevo en la

unidad mental, pues ella se ha sentido indispuesta y el hecho de que él esté enfermo *“me pone mal”*.

La señora Ma le manifestó a la profesora que estaba muy agradecida por la ayuda y la atención que ha recibido por parte *nuestra “es que no sé cómo llegaron aquí en el momento justo”* dijo la señora Ma.

Es muy triste ver a una persona adulta mayor y madre de una persona psiquiátrica buscando ayuda por todo lado, golpeando puertas para ser escuchada y que nadie le tienda una mano considerando la situación especial de su hijo D.

“Estoy desesperada porque nadie me ayuda y D es una bomba de tiempo, el necesita sus medicamentos, yo lo veo ansioso, que no duerme, fuma y fuma que ya parece una chimenea, se fuma de 3 a 4 cajas diarias y yo que hago si no le puedo decir nada y el tampoco hace caso, miren yo la edad que tengo y no puedo dormir de la preocupación, en ocasiones se me quita hasta las ganas de comer y así seguiré porque ya que puedo hacer”.

Durante las visitas D nos contaba su deseo de volver a trabajar y refería *“yo sé que me van a volver a contratar, ya estoy bien y volveré a ser importante en el banco de la república”* D piensa que su tratamiento ya va a terminar y que así mismo volverá a ser la persona que era años atrás; mientras D nos contaba estas cosas su mama reflejaba gran tristeza en su rostro, estaba conmovida y tenía los ojos llorosos de ver que su hijo vive con el pensamiento de que va a volver a trabajar en el banco de la república, lugar del cual salió muy mal debido a que lo rechazaban por su condición.

La señora Ma nos comenta que su vida los últimos 2 años ha cambiado mucho, su estado de ánimo ya es el mismo de antes debido a que ahora pasa sus ratos libres pensando en que ya es una persona adulta mayor que cada vez se siente más enferma y cansada; pensando en lo que pasara con D cuando ella ya no este y refiere *“Yo no tengo tranquilidad, todas esas situaciones me angustian y cuando D no me ve yo me la paso llorando por no saber que pasara con él, con su salud, con su bienestar cuando yo ya no esté aquí y eso no es vida”*.

9.1.1.3 Familia 003YA.

Hace un par de días no ha visto a Y, lo único que sabe es anda por las calles sin bañar y desarreglada, motivo por el cual se encuentra angustiada debido a que le preocupa que su hija se convierta en una *“indigente”*.

En este momento la señora A se dirige a una de sus habitaciones y saca unas fotos, que muy orgullosamente, pero con lágrimas en sus ojos nos muestra, sintiéndose orgullosa de lo bella que se ve su hija en las fotos.

Se siente impotente al no saber nada sobre su hija *“si come, si duerme en la calle, si se van a aprovechar de ella nuevamente”*, al referir estos sentimientos la señora amparo rompió en llanto y dijo que *“a pesar de todo esto no pierdo la fe en poder salvar a mi hija de estar como un habitante de calle”* y que reza todos los días para que su hija este bien.

“Muchachas yo ya estoy cansada, lloro todo el tiempo, me levanto en las noches preocupada y ya no puedo dormir sin saber Y donde está, al otro día me levanto cansada, sin ánimos ni ganas de hacer las cosas, cada vez que alguien me dice que la ve me toca salir a buscarla por los barrios y ya estoy cansada de caminar, correr detrás de ella y ella solo es grosera, es una desesperación, yo quiero que me ayuden a saber cómo puedo superar todo lo que está pasando con Y, porque eso no me deja vivir tranquila”; la señora A con gestos de tristeza y angustia nos pide que la ayudemos a conseguir un psicólogo o que le enseñemos a superar todo lo que ha vivido con su hija, para ella poder tener tranquilidad, poder tomar las cosas que pasan día a día con calma y poder llevar una vida normal.

“No sé por qué nos está pasando esto a nosotros, he hablado mucho con Dios y le pido que me ayude, que no me quiero sentir así, J. me apoya, pero él ha estado muy afectado con esta situación, se encierra en el baño y llora, se pega con las paredes, le grita a Dios pregúntalo porque nos hace esto”.

Al hablar con el hermano de Y, un joven de 17 años de edad, es evidente que guarda mucha rabia y rencor frente a esta situación, es un joven muy creyente en Dios y al igual que su mama le preocupa la situación en la que se encuentra su hermana, él cuenta parte de la historia de la violación que su hermana sufrió cuando era una niña por parte de un vecino de la cuadra donde viven refiere *“yo era muy pequeño pero recuerdo un poco de lo que paso, ese viejo trauma a Y, pero con la ayuda de dios ella se va a curar”*

9.1.1.4 Familia 004JD.

Durante todas las visitas nos llamó la atención ver que la señora G reflejaba en su rostro tristeza, al pasar los días y conocer bien a esta familia nos dimos cuenta que su tristeza era a causa de que no recibía ninguna ayuda por parte de su familia, y nos refería *“Con la enfermedad de JD todos se fueron de la casa, yo quede sola, cuidándolo y a cargo de todas sus cosas”* manifestaba también la preocupación que

siente a diario por su hijo que está sumergido en la drogadicción y además es el padre de JD.

La señora G refiere *“Me da miedo que cuando yo falte a él lo echen de la casa y nadie se haga cargo; pues mis hijos y hermanas dicen que ellas no se van a encargar con él y que la única que se encargó de eso fui yo, me angustia pensar que viva en la calle y aguante hambre”*.

Análisis discusión.

Una vez analizadas las familias desde la categoría de desgaste emocional entendido este como incapacidad de soportar situaciones de estrés generando falta de motivación y desinterés por la vida, con respecto a esto se evidencia en las familias sentimientos de frustración frente a la vida y falta de motivación para cambiarla; por otro lado retomando el concepto de desgaste emocional frente a la fatiga física se observa en las familias el agotamiento al tener que estar siempre a cargo del familiar con alteración mental y no tener tiempo para ellos mismos, dormir bien, ver televisión o tener un momento de esparcimiento con amigos o incluso con la familia.

En muchos casos este esfuerzo físico aumenta el estrés y el sentimiento de no poder hacer nada más que conformarse con la situación a pesar de sentirse solos y no contar con el apoyo de otros familiares, es allí donde inicia la despersonalización como lo refiere nuestro citado autor Linares, en ella se observa que ya no tiene espacio para el “desarrollo de su propia vida” y la única misión que tienen para la misma es el cuidado de su familiar, privándose de sus propias metas, sentimientos y demás situaciones que hacen que no pueda cumplir otros roles necesarios para su equilibrio emocional.

Builes, Bedoya, García, et al (2011), las dificultades en el cuidado de estos enfermos tienden a afectar el equilibrio emocional y la armonía de las familias y ello se refleja en cada uno de sus miembros, en un desgaste tanto físico como mental. En esta investigación ha sido evidente el hecho de que el cuidador en cada una de las cuatro familias ha sido afectado emocionalmente, bien sea por sobrecarga al tener que ser el único que enfrenta el cuidado de su pariente o porque aparte de tener que realizar esta actividad debe ser responsable de los demás integrantes, viéndose forzado a trabajar, preparar alimentos y estar pendiente siempre de los demás sin tener tiempo para sí mismo.

El hecho de que una persona sufra de alteración mental puede generar otro tipo de patologías en su familia, tales como desgaste emocional y cuadros

depresivos⁶⁸, en los relatos anteriormente mencionados se puede evidenciar que las cuatro familias reflejan un sentimiento de preocupación y tristeza que alterando su estado de ánimo influyen en el desarrollo de las actividades individuales y terminan generando una alteración en la convivencia familiar.

9.2 CONFLICTO FAMILIAR

Visitas.

9.2.1.1 Familia 001DC.

K. asegura que la relación con su mamá se está fortaleciendo hace un tiempo, pues siente que no tiene suficiente confianza con ella.

Cuando D. se queda sola su mamá la deja bajo llave con el fin de que no se vaya a escapar.

En ocasiones no se evidencio ningún tipo de saludo entre madre e hija, ni algún gesto o palabra que indicara interés por cómo había estado D. mientras ella se encontraba fuera de casa.

Doña Ca trató de convencerla diciéndole que nosotras necesitábamos comprar algo y no sabíamos dónde quedaba la tienda, D. se puso de mal genio y refirió con un tono alto y agresivo *“No, no con ella no voy a ningún lado”*

Doña Ca refiere que se siente muy triste porque ninguno de sus hijos está con ella como quisiera, y nos contó con lágrimas en sus ojos *“mi único hijo que ha sido mi mano derecha se fue para Bogotá, lo único malo era que no quería hacer nada, no quería estudiar, se la pasaba en la calle y un día se lo llevo la policía y le toco pasar toda la noche en la estación”*.

“Mi hijo me hace mucha falta, pero yo que hago, yo lo quiero llamar y decirle que se venga que me hace falta y lloro mucho porque el ya no está conmigo, pero es que allá está estudiando y trabaja”

Almuerzan sentadas en el comedor, pero durante este tiempo no hablan, es como si cada una de ellas estuviera en un mundo diferente, a nosotras nos causa mucha

⁶⁸ Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, Laura Victoria Londoño Bernal, 2012.

curiosidad y en fondo un poco de tristeza ver que la mayor parte del tiempo en la casa se encuentran mama e hija y no tienen ningún tipo de comunicación fluida, ninguna muestra de cariño entre ellas ni físico ni sentimental.

Doña Ca nos dice que tiene que encerrar a D. porque ella se va a ayudarles a las hermanas que están cocinando en la casa donde se celebra el velorio el almuerzo, que iba a almorzar y que más tarde le llevaba almuerzo a D. para que ella coma.

9.2.1.2 Familia 002DM.

La señora Ma. Asegura que su hijo es cariñoso, servicial y nunca ha tenido una crisis agresiva, él es quien le hace las diligencias de sus medicamentos, compras de la casa y está al pendiente de ella.

D. siempre tiene su caja de cigarrillos en la mano y la mama asegura que fuma más o menos cuatro cajetillas al día, ella no le gusta que fume tanto; él dice que no toma, no consume sustancias alucinógenas y que, si fuma cigarrillos, pero *“siempre con filtro”*.

La señora Ma pidió que le rebajara el jugo con agua porque estaba demasiado dulce, diego respondió con un tono fuerte (demasiado fuerte a pesar de que su mama es sorda) como si la regañara *jaguarde mama todo a su momento estoy sirviendo los demás jugos!* D. termino de servir y agarro el vaso de su mama para echarle un poco de agua, luego se fue para el solar a fumar y a tomarse su jugo.

Doña Ma nos recomendó que esto lo manejáramos con mucha discreción entre nosotras 3, manifestando *“Esto D. no lo puede saber, porque se pone bravo, el cree que yo soy ignorante y me dice “mama usted no se meta en mis cosas que usted no sabe nada, usted no estudio, usted es ignorante”*

Nos contaba D que su mama mantiene regañándolo porque fuma, y refiere *“Yo no le veo nada de malo, ¿qué de malo tiene?, yo tengo derecho a fumar cigarrillos, no tomo, no meto vicio, ni marihuana, ni me inyecto, entonces porque no voy a poder fumar cigarrillos si no es nada malo”*.

9.2.1.3 Familia 003YA.

La señora A dice *“Aquí en la casa era una persona muy rebelde, me decía groserías y la mayor parte del tiempo se la pasa maldiciendo sobre todas las cosas, comenzó*

a salir con más frecuencia de noche a las discotecas, bailaba y llegaba a la casa muy tarde, solo dormía y madrugaba para el trabajo”.

Con lágrimas en los ojos nos cuenta la señora A que en muchas ocasiones iba a la unidad mental, Y la rechazaba, le gritaba groserías y no atendía la visita pero que si así ella no se retiraba y se quedaba detrás de la reja esperando a ver si ella finalmente la atiende, en muchas ocasiones retirándose sin hablar con Y.

La señora A. estaba contenta ya que su hija iría a visitarla; cuando Y. llego a la casa empezó a insultar a su mama y le preguntaba gritando que le estaba diciendo al señor, que si estaba dando quejas.

La discusión continuo y Y amenazaba a su mama con lastimarla, de un momento a otro la abofeteo y le dijo groserías, mientras gritaba a su mama buscaba algo en un bolso que llevaba; la señora amparo le pidió que no la tratara mal y que se calmara, pero Y. no atendió y mientras rebuscaba en su bolso le dijo a su mama “le voy a dar cuchillo ya que su hijo preferido no está en la casa”.

9.2.1.4 Familia 004JG.

La señora M cuenta que ella fue quien estuvo a cargo de la crianza de Juan, pues su mama lo dejo a su cargo desde que tenía 18 meses.

Él quiso ir a buscar a su mama quien vive en Pereira; luego de un año regreso a casa de su abuela quien se sorprendió al verlo muy diferente, *“él decía que era emo, tenía el pelo cubriéndole la cara, vestía de negro y andaba un sucio; evidentemente consumía marihuana y eso me entristeció mucho y para colmo de males ya no quería vivir conmigo”.*

“Cuando JD regreso me conto que tuvo problemas con su mama y no quería volver a visitarla más; duro meses viviendo en la calle y de un día para otro llego a la casa solo, sucio y muy angustiado diciendo que se iba a morir y que lo llevara al hospital porque necesitaba ayuda”.

La señora M refiere *“a partir de este tiempo JD cambio mucho, llego siendo una persona diferente, más complicado, más exigente y un poco pesado con uno”*, en el hogar la señora M es la única que aporta económicamente y los familiares mantienen cuestionándola y juzgándola porque la mayor parte del dinero que devenga lo invierte en los gastos y gustos de JD y ningún integrante de la familia está de acuerdo con esta acción, refieren *“no venimos a esta casa porque es para*

discutir con mi mama, todo lo gasta en JD y ¿dónde queda ella?, ¿dónde quedamos nosotros?”, siendo este un motivo más para dejarla sola con JD.

El padre de JD es drogadicto y no vive con ellos, lo ven esporádicamente, la señora M. dice que su hijo vive en la calle y que trabaja parqueando carros, por lo general cuando viene a la casa es únicamente porque necesita algo y llega con mala actitud, agrediéndolos verbalmente.

Análisis.

Por lo descrito anteriormente es evidente que el contar en el interior de la familia con una persona que sufra un trastorno mental genera un desequilibrio emocional y armónico en cada uno de los integrantes, debido a que por diferentes situaciones los integrantes de la familia se ven obligados a cambiar o posponer propósitos personales, importantes para su proyecto de vida; generando un ambiente conflictivo dentro de la convivencia familiar.

Como lo mencionan nuestros citados autores Muñoz, Espinosa, Portillo y Rodríguez las familias presentan cambios o desajustes relacionados con enfermedad que pueden ser generados a partir de la falta de dinero, recayendo la responsabilidad económica sobre una sola persona causando preocupación, desesperación y en ocasiones rabia hacia los familiares. Motivo por el cual se producen distanciamiento y discusiones en la familia.

Los cambios que se producen en las familias no se manifiestan de la misma manera, ya que juega un papel importante el hecho de tener características familiares diferentes, como la etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez familiar, el nivel socioeconómico, la historia familiar, valores, costumbres y la forma de procesar la información relacionada con la enfermedad, definiciones tanto del significado de la enfermedad, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. etc.

Ardila, otro autor encontró que en la recuperación de los pacientes que presentan diagnóstico de enfermedad mental, además del tratamiento farmacológico, otro aspecto fundamental lo constituye el apoyo familiar, puesto que de dicho apoyo dependerá la integración de las personas con trastorno mental.

Hacer parte de la vida de estas familias y compartir en el desarrollo de actividades básicas del hogar fue muy impactante, de esta forma se llega a generar una empatía con las familias que nos permite vivenciar y conocer a fondo la situación que

realmente viven estas personas, aspectos que no son visibles en una visita, en una consulta o en un contexto diferente al diario vivir.

Es común observar normas familiares, para establecer un patrón de rutinas mínimas, como son la ducha, cepillado de dientes, cambio de ropa, (sí, la interior también, y conviene revisarlo porque es la que no se suelen cambiar), afeitado, peinado, etc. Cuando la persona con alteración mental simplemente omite estas reglas, los demás integrantes y el mismo cuidador se enojan, se avergüenzan o pueden tomar medidas agresivas para obligar a la persona con alteración mental a realizar dichas actividades; esto genera malestar en la convivencia familiar y dificulta la relación entre ellos, es uno de los problemas cotidianos en estas familias, especialmente cuando hay una persona diferente como cuidador.

9.3 SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Visitas.

9.3.1.1 Familia 001DC.

La señora Ca Asegura que ya no pudo trabajar fija desde que D enfermo, pues necesitaba dedicarle tiempo y estar pendiente de su tratamiento.

“Cuando mi hijo estuvo aquí siempre me acompaño y apoyo con mis cosas y las de D”.

“Ella es muy agresiva y yo le tengo miedo porque varias veces ha intentado lastimarme y yo me la paso sola, no tengo fuerzas para defenderme y me toca gritar para que algún vecino me ayude a encerrarla en la habitación”.

Ya no pudo trabajar fija desde que D. enfermo, pues necesitaba dedicarle tiempo y estar pendiente de su tratamiento.

Le preguntamos cómo iba D con los medicamentos y nos cuenta doña Ca Que no se los ha querido tomar juiciosa, que solo se toma una pastilla por la mañana y otra por la noche, refiere *“yo le pregunto ¿D se tomó las pastas? Y ella me dice “sí” y*

voy y miro y solo se toma una y le digo que se tome las dos y se pone brava y ahí yo que hago”.

Doña Ca Dijo *“Muchas gracias niñas, D hoy está bien, se dejó aplicar la inyección y les ha contestado algunas cosas” “Dios quiera que siga así, mejorando cada día”.*

Doña Ca Tuvo que trabajar todo el fin de semana y D se quedó en la casa, la mama comenta que algunos días ayudo en los quehaceres de la casa mientras ella trabajaba.

D estuvo molesta, y su mama manifestó que no quería obedecerla en algunas cosas, no quería ver televisión ni bañarse adecuadamente, también ha tenido comportamientos como lavarse manos y pies repetitivamente, caminar por la casa de un lado a otro y quedarse de pie durante horas en un rincón de la casa, la señora Ca. Dice que ella tiene esos comportamientos regularmente cuando va a presentar una crisis, y que le preocupa porque hace un tiempo no se había tomado los medicamentos adecuadamente.

9.3.1.2 Familia 002DM.

Le comentamos a doña M la duda que teníamos para que nos contara de forma clara y completa todos los procesos que ha hecho para conseguir la ayuda que su hijo necesita, tenemos cierto presentimiento de que ella en sus cosas no nos cuenta todo.

Ella en medio de su preocupación ya había redactado una carta, nosotras nos ofrecimos a transcribir lo que ella había escrito y a redactarla mejor para poder entregarla como derecho de petición, ella nos pidió que su hijo diego no se enterara porque a él no le gusta que se hagan esas diligencias

*“que haría yo sin ustedes, ahora D podrá descansar y estará bien por un tiempo”
“ustedes saben que D es una bomba de tiempo sin sus medicamentos”*

La señora margarita le manifestó a la profesora que estaba muy agradecida por la ayuda y la atención que ha recibido por parte *nuestra* *“es que no sé cómo llegaron aquí en el momento justo”* dijo la señora M.

Es muy triste ver a una persona adulta mayor y madre de una persona psiquiátrica buscando ayuda por todo lado, golpeando puertas para ser escuchada y que nadie le tienda una mano considerando la situación especial de su hijo D.

9.3.1.3 Familia 003YA.

Durante la misa la señora A rezaba con mucha devoción y de rodillas, se observaba angustiada mientras decía las oraciones que correspondían a cada momento de la misa; al momento de la paz en la misma.

Ante esta situación la señora A se encuentra *“desesperada y asustada”* refiere que es muy fuerte para ella ver a su hija enferma en esa situación y que a pesar de saber que todo lo que hace es por la enfermedad y el consumo de sustancias psicoactivas aun no logra aceptar y comprender el porqué de estos comportamientos hacia ella.

La señora A manifestó que le gustaría saber manejar esta situación y perdonar o dejar en el pasado algunas situaciones que su hija tuvo que vivir para así poder apoyarla en la enfermedad actual; ella dice que se siente cansada, perturbada y que no se puede quedar de manos cruzadas ante esta situación y por eso necesita *“estar más tranquila para enfrentar lo que venga de ahí en adelante”*.

9.3.1.4 Familia 004JG.

Doña M nos refiere constantemente *“es muy difícil uno ser solo y con un desespero de madre no nos cuenta todo o la verdad completa de todas las cosas. Muchachas así, ustedes no se imaginan lo verraco que eso es, uno luchando a diario por sacarlo adelante sin la ayuda de nadie, y yo ya estoy vieja y cansada de estar rezando y con la preocupación todos los días de que a ese muchacho no le pase nada, de que no entre en crisis y lo más tremendo tener plata o lo que el necesite cuando se le da por pedir cosas”*.

Análisis.

En este momento de la investigación nos podemos dar cuenta que son muchas las situaciones a las que se ven enfrentados todos los integrantes de la familia de una persona con alteración mental, pero en todas las familias se encontró que hay una más afectada que las otras, con desequilibrio emocional, mental, físico y social mucho más marcado que en los demás integrantes, es por eso que a pesar de que la presente investigación se basa principalmente en la convivencia familiar decidimos abrir un espacio a hablar única y exclusivamente sobre el cuidador principal.

Nuestro citado autor Souza MD. Define la sobrecarga del cuidador como *“una preocupación, impotencia y temor ante el comportamiento inadecuado e*

imprescindible del enfermo mental, lo cual redundando en una sobrecarga física y mental”.

La falta de colaboración en estas familias y la enorme carga emocional que suele ocasionar el cuidado del paciente enfermo puede tener consecuencias graves para el cuidador, tales como: depresión, sentimiento de soledad, estrés crónico, descuido personal, exacerbación de problemas de salud, etc. “(síndrome del cuidador)”.⁶⁹

Aunque cuidar de otros puede ser una experiencia altamente positiva, muchos autores describen su impacto en términos de carga, tanto subjetiva (percibida), como objetiva (mala salud, carga económica, rutina diaria ajena al cuidador).

Muñoz, Price, Reyes, Ramírez y Costa (2010) consideran que las responsabilidades propias del cuidado también crean, en los cuidadores, sentimientos de culpa y los expone a un mayor grado de sufrimiento. Esto se evidencia cuando algunos cuidadores hacen memoria de cómo ha sido el cuidado que le ha brindado a su familiar, pues muchas veces tiene limitaciones para obtener lo que se necesita en ese proceso de enfrentar una alteración mental con referencia a medicamentos, terapias, tratamientos, fuerza física y mental al tener que estar presente en momentos de crisis e incluso en las necesidades básicas como la comida, implementos de aseo, vestido y demás generan preocupación en el cuidador y empieza la duda de si realmente podrá seguir adelante con este suceso.

9.4 PROBLEMAS SOCIALES

Visitas.

9.4.1.1 Familia 001DC.

K. “Cuando era más pequeña tal vez me afectaba la enfermedad de mi hermana un poco más porque no comprendía bien la enfermedad y pues al verla agresiva, desnuda o sucia sí me apenaba al escuchar los comentarios de la gente”.

Refiere que cuenta con buenos vecinos, incluso cerca a su casa viven algunas de sus hermanas sin embargo la imprudencia de otros vecinos frente a la condición de salud de su hija hace que exista comentarios que la afectan.

⁶⁹ Muñoz CoF, Espinosa AJM, Portillo SJ, Rodríguez GG. La familia en la enfermedad, medicina familiar 2002 3: 190-199.

Cerca de la casa están haciendo una remodelación y hay obreros trabajando, uno de ellos al verla pasar dijo en voz *alta* “¿esa es la loca cierto?” y el resto de obreros dijeron que si y se echaron a reír.

Una sobrina de doña Ca Quien entra a la casa y sin saludar dice “¿esta K?” *doña Ca le responde “no” entonces continua “Vine a traerle este pedazo de postre que le guardamos se lo dejo en la nevera, le dice que yo se lo traje”* es un poco triste ver como personas de la misma familia ignoran a D y de una u otra forma también a doña Ca.

Durante el velorio de una vecina Doña Ca Nos invitó a sentarnos a su lado y luego de preguntarle cómo estaba le preguntamos por D y ella nos responde “*está en la casa porque no la deje venir, no se ha bañado y además no se quiere cambiar de blusa y yo le dije que con esa blusa no iba a salir a ningún lado*”.

Luego de unas horas la señora Ca Va a la casa y trae a D, se puede ver que varias de las personas que se encuentran allí también observan a D por momentos de arriba abajo, algunos mostrando en el fondo de sus gestos un poco de desagrado; un rato después llega una de las tías de D, saluda a doña Ca y mira a D sin saludarla, es como si ella no existiera; llegan también algunos primos de D y ninguno de ellos la saluda.

Es algo bonito, pero a la vez tan extraño que las personas de ese barrio son como una gran familia, todos se conocen y se guardan cierto aprecio unos con otros, pero es triste y llama la atención que personas como las tías y los primos de D. lleguen a este lugar y saluden con calurosos y fuertes abrazos a la mama y familia de la difunta pero que para D no exista ni siquiera un “hola, como estas”.

D nos abrió la puerta y respondió a nuestro saludo con un “*Hola*”, cosa que nunca ha hecho. Nos sentamos en la sala junto a la señora Ca. y a diferencia de otros días D cogió una silla del comedor y se sentó entre nosotras y doña Ca, fue gratificante ver que D reflejaba en su rostro tranquilidad y buen genio.

“D estuvo todo el tiempo aquí en la casa, igual ella no habla con nadie, ni responde nada, cuando partieron la torta donde mi hermana a ella la dejamos aquí y yo le traje torta para que comiera; Cuando mi pareja me llevo al centro a comprarme la ropa no la pude llevar porque ella se antoja y yo no tengo plata para comprarle nada”.

Doña L hermana de doña Ca le pidió tinto; doña Ca le dijo “D Vaya hágale tinto a sus tías” y D le alzo los hombros y se fue para la habitación, doña Ca se levantó y fue a hacer el café.

D salió de su habitación y se paró detrás de la nevera, doña L dijo “Esa D si es montañera mira y mira en vez de venir y sentarse aquí y hablar con nosotras” mientras reflejaba en su rostro gestos de burla.

9.4.1.2 Familia 002DM.

Nos ofrecimos a transcribir lo que ella había escrito y a redactarla mejor para poder entregarla como derecho de petición, ella nos pidió que su hijo diego no se enterara porque a él no le gusta que se hagan esas diligencias

D nunca quiso pedir indemnización en el lugar donde trabajo porque tiene la idea de trabajar nuevamente allí.

“Trabajé en el banco de la republica de aquí de Girardot y yo voy a volver, me dio esquizofrenia, pero ya estoy terminando el tratamiento y me van a volver a contratar para seguir trabajando”

La señora Ma no sale porque refiere que aún tiene secuelas del chikungunya y le duele todo; D solo sale al café internet cerca de su casa, pues refiere que tiene Facebook y que lee artículos de economía.

9.4.1.3 Familia 003YA.

Una vecina llevo a la puerta de la casa de la Señora A. a contarle que su hija estaba en el barrio, desnuda y gritándole cosas a las personas como una loca, la señora A. refiere que ella salió en busca de su hija para llevársela para la casa, pero Y. no quiso entrar y comenzó a tirar piedras hacia la casa de ella y de los vecinos, motivo por el cual llamaron a la policía y se llevaron a Y. para la clínica Dumian.

9.4.1.4 Familia 004JG.

La señora G refiere: “Todos los vecinos saben la situación de JD y algunos se alejan porque creen que él va a hacer algo malo, pero se equivocan porque él es tranquilo, cuando se siente mal a la primera que busca es a mí para que lo lleve al médico”.

Análisis.

Convivir y compartir con las familias de pacientes que padecen un alteración mental en el contexto social es impactante debido a que se puede ver que el hecho de tener una alteración mental tiende a favorecer que el paciente sea “etiquetado como diferente”, ya sea por el tipo de expectativas, por las necesidades y cuidados, por su aspecto físico, por su autoestima, por la capacidad de trabajar e interactuar con otras personas, afectando todo tipo de relación interpersonal con la familia y conocidos.

Para autores como Lorenzo Cardozo las dificultades sociales son realidades objetivas injustas o desfavorables que son percibidas por un grupo social y que generan conflicto. Para casos de familias que cuentan con personas psiquiátricas uno de los principales problemas sociales es el estigma que se genera en las comunidades.

El conflicto generado por esta situación se evidencio de dos formas, en los pacientes con alteración mental llevándolos a la agresividad, el aislamiento y el cambio en el estado de ánimo, lo cual termina desencadenando conflictos a nivel familiar.

Otra razón que se evidencio durante el compartir diario con estas familias es el sentimiento de pena o vergüenza que tienen algunos familiares hacia el comportamiento de la persona con alteración mental cuando están en un ambiente social, lo cual los lleva a no querer salir, a no compartir ambientes de distracción o de esparcimiento en familia, generándose así discusiones al interior de la familia y sentimientos que reniego hacia la persona con alteración mental.

Muchas personas aún describen a la persona con alteración mental como “loca” y creen que deberían estar aisladas de las personas, al creer que les van a hacer daño, que es un castigo por algo que los familiares hicieron mal o que algún espíritu está dentro de estas personas; todos estos pensamientos son ideas retrogradadas que dificultan el hecho de que las personas con alteración mental puedan ser incluidos en la sociedad como una persona “común”, esto es un proceso necesario para la recuperación de estas personas, pues contribuye a estar activo realizando diversas actividades con otras personas evitando la exclusión, como en algunos casos que se evidencia en las familias investigadas, todo esto es responsabilidad de las personas a su alrededor, que están obligadas a generar tolerancia, respeto y buen trato como lo harían con otra persona con cualquier enfermedad, limitación o diferencia.

9.5 DIFICULTADES ECONÓMICAS

Visitas.

9.5.1.1 Familia 001DC.

Actualmente K la hermana de D está preocupada porque no tiene un trabajo estable para ayudar con los gastos de la casa y sus gastos personales o académicos.

La señora Ca estaba a la expectativa de que la llamaran para ir a trabajar unos días al peñón y así hacer algo de mercado, pagar servicios y poder ahorrar para mandarse a poner una prótesis dental.

La señora Ca refiere que pudo pagar los servicios públicos y hacer mercado con lo que gana en el fin de semana. Realiza rifas para poder suplir algunos gastos.

“La doctora me hizo la ecografía, pero no está del todo segura que todo esté bien, entonces me mando una orden para otra ecografía, pero por la vagina” por esta razón ella refiere sentirse un poco preocupada, pues implica más gastos en pasajes para tramitar la autorización de su examen.

La señora Ca estaba a la expectativa de que la llamaran para ir a trabajar unos días al peñón y así hacer algo de mercado, pagar servicios y poder ahorrar para mandarse a poner una prótesis.

Doña Ca Estaba un poco preocupada porque tenía planeado hacer una rifa para poder comprar algo de mercado y pagar unas deudas, pero por la inflación y el dolor de la encía no ha podido salir y no tiene nada para comer.

Le preguntamos por los psicofármacos inyectables y manifiesta doña Ca *“Ya tengo que ponérsela, pero no ve que no he tenido plata, y ella no se las deja poner de nadie, solo de una muchacha que vive allí arriba y cobra, son solo 2.000 pesos, es barato, pero cuando no los hay es platica”*. Nosotras le dijimos que con gusto podíamos colocárselas por este tiempo, claro está si D deja y así ella no tendría que gastar dinero pagando para que se las apliquen, sorprendentemente D aceptó.

Después de haberse mostrado contenta e interesada entonces le insistimos y nos dijo que no tenía jeringas y que en la tienda ya no le fiaban porque ya debía una suma considerable, nosotras le dijimos que no se preocupara por eso, que nos alistara el alcohol y el algodón y nosotras poníamos para comprar la jeringa.

La señora Ca refiere que pudo pagar los servicios públicos y hacer mercado con lo que gana en el fin de semana.

“Cuando tengo para comprarle tampoco la llevo porque le gusta lo más caro y no me alcanza, entonces se pone brava y grosera en el almacén, yo prefiero salir sola y comprarle a ella algo baratico y que le quede”.

9.5.1.2 Familia 002DM.

Charlamos un poco con doña Ma sobre el derecho de petición y la situación económica difícil que tenía en ese momento, pues había tenido que pedir prestado 10.000 pesos a su hermana para almorzar y comer.

“Cuando D trabajaba era más fácil llevar los gastos de la casa, pero cuando se enfermó todos en la empresa le dieron la espalda y ni una indemnización recibió; ahora tenemos que esperar que otras personas nos ayuden porque yo a esta edad no puedo trabajar y a él no lo reciben en ningún lado para que siga trabajando, todo ese estudio quedo ahí”.

9.5.1.3 Familia 003YA.

“Y trabajaba en una panadería y le gustaba mucho trabajar para ganar plata y poder comprar cosas de esas que se cuelgan ustedes en el cuello y aretes y todas esas vainas, y también aportaba aquí en la casa, a veces pagaba los recibos, otras veces compraba mercado, porque para comer. Eso sí que le gusta y cosa buena, siempre su porción de carne, verdura, ensaladas, aunque eso siempre lo ha tenido aquí en la casa, pero lo que más le gustan son las hamburguesas, pizzas, pinchos y eso si le toca de la plata que ella gana comprárselas”.

9.5.1.4 Familia 004JG.

JD”*Me gusta estar bien y sentirme bien, para poder salir a trabajar y conseguir dinero para darle a mi mamá y que ella pueda comprar comida”,* nos contó que trabaja en un taller de latonería y pintura con un amigo que le paga a diario y también le ayuda a su tía en el arreglo de la casa.

La señora G dice: *” He pensado en dejar escriturado que él se quede con la casa y así pueda vivir aquí en mi casa, yo le he inculcado muchas cosas y lo preparo para ese momento, que se pueda cuidar solo y sea responsable con sus cosas”.*

Análisis.

En muchas situaciones, la familia se ve limitada a gastar lo necesario en las responsabilidades del hogar como servicios públicos, alimentación y gastos con otros hijos en caso de ser los padres; pero además deben disponer siempre del dinero para los gastos médicos de su familiar con alteración mental; pero al preguntar sobre esto muchas veces los gastos son mayores en el tratamiento, donde se ve la necesidad de reducir los gastos de las demás cosas del hogar, sobre todo en la alimentación y en ocio, pues no se cuenta con recursos necesarios para cubrir más que lo indispensable en el hogar y en ocasiones ni se cubre con totalidad dichos gastos.

Las familias han tenido que buscar estrategias para incrementar sus ingresos económicos, sin embargo, hay otro limitante para ello y es el hecho de cuidar a su familiar, lo que ocasiona faltas en su trabajo o incluso conlleva a renunciar a él, viéndose obligados a buscar otros empleos con menos tiempo en horas laborales y por tanto menos ingreso económico.

Incluso en dos de estas familias los cuidadores son adultos mayores, quienes no cuentan con un empleo y tampoco están en la posibilidad de tener uno actualmente, y por ello deben esperar a recibir apoyo económico de otros familiares para su sustento diario.

Así lo justifica Miguel Ángel Fernández de la UNAM, quien manifiesta que dichas familias se observan reajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos, hospitalización y la disminución de ingresos económicos por la incapacidad del enfermo para trabajar o del cuidador a quien le es difícil mantenerse económicamente activo.⁷⁰

Ardila 2009 plantea que uno de los objetivos de la reforma de la atención psiquiátrica en el mundo ha sido lograr la permanencia de las personas con trastorno mental en los ámbitos cotidianos de vida para que conserven su estatuto de ciudadanos y sean incluidos en los contextos sociales.

Para ello uno de los requisitos sería generar empleo o actividades para el ingreso económico de la persona con alteración mental; lastimosamente, retomando el rechazo social hacia estas personas marcadas como “diferentes” es muy difícil continuar y desempeñarse normalmente en un cargo laboral; como lo vemos en un

⁷⁰ Miguel Ángel Fernández Ortega, departamento de medicina familiar, UNAM. El impacto de la enfermedad en la familia.

caso familiar donde a pesar de que la persona cuenta con la preparación profesional y anhela “curarse” para seguir trabajando en el lugar donde trabajo por mucho tiempo; estas entidad en particular simplemente dejo “ir” a su empleado y nunca manifestaron su apoyo e incluso se negó la posibilidad de que el obtuviera una indemnización y el pago de los últimos meses laborados.

9.6 DEFICIENCIA DEL SISTEMA DE SALUD

Visitas.

9.6.1.1 Familia 001DC.

La señora Ca está preocupada porque los medicamentos para D aún no han llegado y solo le queda una caja con pocas pastillas, ella teme que presente alguna crisis y en la EPS le dijeron que el medicamento estaría disponible el miércoles de la semana siguiente, pero ella refiere que siempre los entregan a orden atrasada.

Le regalamos minutos de celular para que se pudiera comunicar con la EPS y le dicen *“Esos medicamentos ya se pidieron, pero no han llegado y esta semana ya no llegan, llame hasta la otra semana a ver si de pronto ya están”* situación que causa una gran preocupación en doña Ca ya que teme a que D llegue a presentar alguna situación de crisis.

9.6.1.2 Familia 002DM.

A la señora Ma Le preocupa mucho que su hijo no obtenga citas ni medicamentos por medio de la EPS desde el mes de abril.

La señora Ma nos recordó el favor del derecho de petición, a lo que respondimos que primero hablaríamos en la EPS para saber si había la posibilidad de tener la cita y los medicamentos, así sabríamos que hacer después en caso de no obtener respuesta en salud vida.

La señora Ma y D le contaron a la profesora sobre los medicamentos que habíamos conseguido para ellos, las diligencias y esfuerzo para gestionar las citas médicas y que ellos puedan tener una atención integral por parte de la EPS con quien han tenido muchos inconvenientes para obtener atención primaria y especializada.

La señora Ma Es una persona adulto mayor con una enfermedad crónica (HTA) y su hijo D es una persona con alteración mental que no recibe atención, ni ella los medicamentos; los cuales ha tenido que costear desde hace meses.

La señora Ma Nos contó que la alcaldía no conoce el caso de su hijo porque nunca se han acercado en busca de ayuda, que las tutelas que han hecho se las han hecho a la EPS y que a pesar de esto no contaron con los medicamentos que necesitaban.

Nos dirigimos al hogar del anciano desamparado con el fin de gestionar los medicamentos que D requiere para su bienestar, según prescripción médica; nos atendió doña F la administradora de dicho hogar y nos dijo que con mucho gusto ella nos regalaba gran parte de los medicamentos que se necesitaban, pero debíamos entregar copia de la cedula, del carnet de la EPS y de las formulas médicas.

Doña Ma No hacía más que agradecernos diciéndonos *“Ustedes son ángeles, ángeles del cielo que vinieron a ayudarme” “Muchas gracias por todo lo que están haciendo, yo nunca voy a tener como pagarles” “Tanto que sufrimos nosotros con esa EPS que no da los medicamentos, no ve los míos tampoco me los dan y me toca comprarlos con mi plata, la que recibo del arriendo, porque si no me muero”*.

Pero *“los medicamentos de D no ven que los de él son muy caros y no hay plata para comprarlos, es que no me alcanza por más que quiera”*

El lugar de encuentro fue la alcaldía municipal de la ciudad de Girardot, lugar donde la enfermera labora; con el fin de dar a conocer el caso de la familia S.T y gestionar ayudas que den solución a las múltiples dificultades que esta familia ha tenido con el sistema de salud.

Al momento que le pasamos los papeles para que los revisara, nos manifestó que la autorización para la cita médica era imposible generarla debido a que no tienen convenio con Psiquiatría en la ciudad de Girardot, que nos podía generar una para Bogotá, nosotras le comentamos sobre la situación económica de esta familia (Situación que pareció no importarle) manifestándonos *“Ahí si no puedo hacer nada, que espere entonces a ver si sale el convenio con Dumian, cita que sigue esperando”*.

Nos dirigimos a la EPS para hacer autorizar los medicamentos, una secretaria nos dijo que con mucho gusto nos daba la autorización y efectivamente así fue, autorizo todos los medicamentos que estaban pendientes y nos dijo que podíamos reclamarlos en el dispensario de salud vida.

Nos dirigimos a la farmacia y luego de hacer una fila de 2 horas logramos ser atendidas, pasamos los documentos y el farmacéuta al leerlos nos dijo que no estaban dando autorización para traer ese tipo de medicamentos para Girardot y menos si son de la EPS Salud Vida, que él nos recibía los documentos y los enviaba pero que no se comprometía a que los medicamentos llegaran porque es muy difícil, y así fue, estos después de meses de espera nunca llegaron.

Estuvimos pendiente de hablar con el Gerente de Salud Vida Girardot para darle a conocer la situación actual de uno de sus pacientes, pero fue imposible que este nos atendiera.

Una de las trabajadoras y enfermera de la secretaria de salud nos refirió: *“Niñas, a mí me da mucha tristeza ver todo lo que pasa, yo aquí soy nueva y los que tienen el poder no quieren escuchar y tampoco quieren ayudar yo sé todo lo que sufren esas personas y quisiera ayudarlas, pero aquí nadie hace caso, nadie se interesa por conocer esos casos y mucho menos por ayudar”*.

9.6.1.3 Familia 003YA.

Un día de esos en que la señora A salió temprano de su casa a hacer las diligencias para el centro de rehabilitación, la llamaron de la unidad mental para informarle que a su hija le iban a dar de alta, ella les pidió el favor de que la esperaran y de que no le fueran a entregar nada a Y. cuando llegó a la unidad mental se encontró con que Y. ya no estaba y la psiquiatra de turno se justificó diciendo que era una joven mayor de edad y se le habían entregado los medicamentos y la orden para el control por psiquiatría al mes.

“Fue una depuración para mí, que esa señora haya hecho eso, como me va a dejar salir a Y. sola y como le va a entregar todo a ella, Y. se fue para las calles y allá voto los medicamentos y la orden para la cita”.

A las 5:00pm mas o menos llegó la señora A a la iglesia, hablamos con ella y nos contó que le habían programado una cita en la fundación manantial de vida ubicada cerca a Fusagasugá para el día 19 de octubre a las 10:00 am, no le brindaron el servicio de policía o ambulancia para llevar a su hija y cumplir la cita, así que estaba preocupada porque no sabía si podría asistir a tiempo.

Recalco la inconformidad con el tratamiento *“deficiente y negligente”* del servicio de salud ya que ella asegura que al dar un alta a una persona que *“aún no estaba bien”* expuso a su hija a situaciones de vulnerabilidad como vivir en la calle y haber sufrido una violación en el barrio las acacias de la ciudad de Girardot.

9.6.1.4 Familia 004JG.

La señora G refiere que su nieto JD hace aproximadamente 3 meses le pidió que lo llevara al hospital porque se sentía muy indispuesto y temía sufrir la crisis producida por su alteración mental, cuenta la señora G *“Al llegar al hospital me toco esperar mucho tiempo a que lo atendieran; cuando por fin lo llamaron el medico dijo que eso no era una urgencia vital y que no lo podía dejar hospitalizado, así que me toco devolver con JD para la casa, yo estaba preocupada porque lo veía muy ansioso y yo ya sé que se pone así cuando va a tener la crisis”*.

Durante esa noche JD no pudo descansar y se la pasó varias horas caminando y hablando dentro de la casa, en la mañana siguiente JD estaba ansioso y gritaba por toda la casa diciendo palabras difíciles de entender; horas después esta situación empeoro y JD se tornó agresivo con su abuela quien estaba solo en ese momento, motivo por el cual a doña G le toca salir en busca de un vecino para poder llevar a JD al hospital de inmediato.

Al llegar al hospital JD gritaba y maldecía a todo el que pasaba por su lado, no se demoraron mucho en atenderlo e internarlo en la unidad mental de la clínica san Rafael de Girardot, la señora G manifestó *“Es muy triste ver como juegan con la vida y la tranquilidad de uno, a esos sitios toca es llegar ya en las ultimas para ser atendido como uno lo necesita”*.

Finalmente nos comenta doña G que su nieto en el hospital recibió el tratamiento y con la ayuda de Dios JD se encuentra bien por ahora y esta juicioso tomándose los psicofármacos; lo único que teme es la demora que existe en la entrega de los mismos por parte de la EPS, *“pues JD está a punto de terminar las pastas que le dieron”*.

Análisis.

Se hace necesario trabajar un abordaje de salud pública en la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas y trastornos mentales; y una estrategia para promover la resiliencia y el bienestar emocional en los individuos, familias y comunidades.

Actualmente la salud mental se describe de manera integral, pero lo que realmente manifiestan las familias es que este servicio es deficiente y no cumple con las necesidades que la persona con alteración mental tiene, las demoras con

autorizaciones, no se entregan medicamentos indispensables para mantener en calma al familiar y demás necesidades que surgen al pasar de los años de la patología.

Bravo (2005), plantea que es en el servicio de psiquiatría donde la familia escucha por primera vez lo que le sucede al paciente. Desconcierto y desbordamiento son sentimientos que podrían aparecer en esta etapa inicial. Los profesionales de la salud, en su afán por promover una pronta socialización, dan de alta al enfermo.

La familia se ve en una situación más que angustiante. Se encuentran de nuevo en casa con la persona diagnosticada con alguna enfermedad mental, sin saber cómo enfrentar esta situación y con apenas una información de la enfermedad de unos cinco minutos brindada por el psiquiatra de turno.⁷¹

En este caso la falta de conocimiento frente a la patología del familiar es insuficiente para llevar a cabo su cuidado, simplemente con el paso de los años, desde el conocimiento empírico de cuidadores y familiares se lleva a cabo el cuidado y la convivencia de estas familias con la persona que tiene una alteración mental; sin embargo algunas acaban de recibir la noticia sobre estas alteraciones y tienen ideas erradas sobre su significado, tratamiento, signos y síntomas; además al momento de enfrentar a una crisis deben llamar a un servicio de emergencia como ambulancia o policía nacional para detener a su familiar en crisis.

Familias en la capital (Bogotá) cuyos familiares han vivido con esquizofrenia. “Sabemos que muchos nunca han pedido ayuda, no han sido detectados o se han encontrado en su primera consulta con un diagnóstico errado de médicos que desconocen por completo los síntomas” la atención hacia estas personas en Bogotá es deficiente porque se centra solo en la medicación excluyendo tratamientos como la psicoterapia. “En otros países ya se habla de psiquiatría social en donde los pacientes son atendidos de forma integral y muchos logran llevar una vida normal”.⁷²

“Las barreras de acceso continúan en los dos regímenes contributivo y subsidiado. Si la persona no está al borde del suicidio no la atienden, las citas con psicología son difíciles y duran poco tiempo. La psiquiatría se limita a escuchar, a diagnosticar y no a ofrecer soluciones más allá de la medicación con genéricos de mala calidad”.⁷³

⁷¹ Bravo (2005) La enfermedad del silencio: Relato de la madre de un paciente esquizofrénico.

⁷² Gloria Nieto, presidenta de la Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia. 2014.

⁷³ Luisa Marina Carrillo, directora de la Fundación Unidos contra la Depresión.2014.

Actualmente es evidente que la salud en Colombia cursa por una crisis en organización, recursos, profesionales capacitados y que brinden un cuidado humanizado; con esta situación de salud es prácticamente imposible llevar a cabo un tratamiento adecuado e integral para estas familias.

Las personas describen la salud en Colombia como un negocio, donde el beneficio no precisamente es para los enfermos y a pesar de ser un derecho fundamental se ve vulnerado en cada proceso para ser atendido; desde las citas médicas con larga espera, medicamentos que “no están en el pos” o familias que tienen que desplazarse a otras ciudades para ser atendidos por un psiquiatra, además del trato que se les da en algunas instituciones por algunos profesionales de la salud que no son tolerantes y respetuosos porque olvidaron el sentido de brindar cuidado son algunas de las situaciones más comunes que hasta los que no pasamos por una alteración mental vivimos a diario al tener que acudir al médico.

10. APLICACIÓN DE LA TEORIA DE ENFERMERIA “UNA REALIDAD SENTIDA, FAMILIA VS PACIENTE CON ALTERACION MENTAL”

10.1 TEORIA

- ❖ **Orientación:** La enfermera ayuda a reconocer y entender el problema.

- ❖ **Identificación:** Exploración de sentimientos para ayudar a sobrellevar la enfermedad.

- ❖ **Exploración:** El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que le ofrece a través de la relación

- ❖ **Relación metas**

10.2 METODOLOGIA

Identificadas las dificultades dentro de las familias que permitieron que enfermería aplicando la teoría de Hildegard Peplau sea gestora y facilitadora en la detección oportuna de las necesidades de las familias que abordaron la investigación.

10.3 DESARROLLO DEL PROCESO

Con las visitas realizadas en cada familia se inicia la relación de ayuda donde la docente y enfermeras en formación establecen con las familias una comunicación asertiva mediante encuentros en las casas de los pacientes con alteración mental, sus cuidadores y demás familiares.

10.4 RELACION DE AYUDA

Hildegard Peplau plantea cuatro fases donde se trabajaron cada una de ellas dando paso a las intervenciones a los procesos de relación enfermera – paciente – familia.

Fase de orientación. Es esencial para poder llevar a cabo estas estrategias establecer una acogida donde lo más importante es la confianza en las estudiantes en formación para abordar sus dificultades e intentar resolverlos. Como primera medida actitudes de la acogida profesional acogida física con una llamada telefónica nos da la oportunidad de entablar la primera comunicación verbal con las familias,

que nos permite la primera cita en cada una de ellas donde el contacto de confianza y aceptación a nuestra investigación fue placentera.

Explicamos paso a paso como sería el proceso a desarrollarse en los aspectos de la familia y el paciente con alteración mental, nuestros corazones latían fuertemente pero es importante para realizar la entrevista un sitio confortable, con cierta intimidad con el fin de favorecer la relación con la familia, es por ello que “se tuvo en cuenta los niveles de atención corporal según Carkhuftt”⁷⁴ ellos manifestaban “agradecimiento hacia Dios por haber enviado a dos ángeles a su casa, por encontrar a dos personas interesadas en conocer y ayudar a familias que están pasando por una dura situación al tener en su familia una persona con alteración mental.”.

Y de ese modo iniciamos la primera etapa en la relación de ayuda donde estábamos atentas a estas actitudes como positivas o negativas en ser sensibles y poder comprender en las familias expresión de dudas, sentimientos, conocimientos de tener u integrante de la familia con alteración mental.

Fase de identificación. Hemos llegado ya con las familias a crear una confianza durante muchas visitas a lo largo de la investigación por lo tanto las familias abordaran sus problemáticas. Como objetivos de esta segunda fase tanto para las investigadoras como las familias son: explorar, desarrollar. Comprender, concretar y definir las dificultades para hacer posible la consecución de estos objetivos. Veamos algunas actitudes de las familias. La actitud de las investigadoras se ve reflejado en las siguientes reflexiones de las familias.

Estudiantes: Doña Ca después de todo lo que hemos hablado, por su cara vemos que algo que le preocupa bastante

Familia: Sí, estoy cansada, a veces siento que ya no puedo más con esta situación, he buscado ayuda en la EPS a ver si puedo hablar con un psicólogo o con un doctor sobre lo aburrida que me siento, pero es difícil.

Estudiantes: y porque dice que es difícil; ¿algún sentimiento que no le permite expresar sus inconformidades?

Familia: no, es el hecho de ir a pedir citas y nunca hay agenda, además ahorita no tengo un trabajo estable para estar de aquí para allá gastando plata además de eso el estrés por todo lo que vivo con mi hija y eso me da tristeza.

⁷⁴ La relación enfermera-paciente, Luis Cibanal Juan, Maria del Carmen Arce pag.125-146

Estudiantes: señora Ca es posible que usted hable con nosotras y la profesora aquí en su casa, él puede venir y tratar todos esos temas que le afectan.

Familia: Si señoritas eso sería muy bueno, de verdad necesito esa ayuda en este momento.

Aquí nos damos cuenta la importancia de la escucha activa que permite a la familia ir entrando en su dificultad , para poder abordarlo, clarificarlo, explorarlo esto hace que la familia o cuidador se sienta un efecto relajante, al ser escuchado porque dentro de su entorno no ha tenido la oportunidad de expresar sus sentimientos. Esta etapa ofrece la oportunidad de ayudar a la familia a comprometerse como en algunas oportunidades se les dijo: *“Nosotras estamos aquí para ver más claro su problema y las posibilidades de cómo resolverlos, pero comprenda que ustedes como familia deben comprometerse y nosotras no podemos resolverlos en su lugar, es un trabajo conjunto”.*

Por otro lado la calidez con que se debe abordar a las familias esto hace que manifiesten más fácilmente sus experiencias y emociones personales frente a las dificultades que se le presentan.

Familia: ustedes saben señoritas que me gusta que vengan a mi casa me siento muy triste por esta situación de tener una paciente con alteración mental no veo que hacer con ella, la tengo encerrada

Estudiante. Si señora, usted dice que está viviendo situaciones difíciles que no sabe cómo afrontarlas.

Familia: si esto hace que me sienta muy triste porque no sé cómo enfrentarla, ya se me están agotando las fuerzas.

Estudiante: Es importante que hable con sus demás hijos de la situación y si no debe buscar ayuda en el hospital con psicología.

Podemos ver en esta fragmento de entrevista como nosotras como estudiantes e se evidencia la dificultad, se propone la ayuda con la red de apoyo su familia y un miembro del equipo interdisciplinario.

Fase de exploración. En esta fase las investigadoras orientan a los familiares a fortalecer líneas de defensa para afrontar los elementos estresantes que afectan la convivencia familiar como: ayudar a la familia a encontrar redes de apoyo como su familia, equipo interdisciplinario para que tenga confianza y fácil acceso; de esta manera se favorece la modificación hacia la percepción de sí mismo y su entorno planteando una solución que esté a su alcance.

Familia: señoritas es que yo siento que mi familia se está destruyendo, ya es imposible convivir con mi hija; tengo esa incertidumbre de que algo le pueda pasar, ella vive enojada con todo el mundo y es agresiva, me ha amenazado con cuchillos y mi hijo es quien me defiende de ella.

Estudiantes: ¿Qué hacen en esa situación?

Familia: A veces llamamos a la policía o a un conocido y la llevamos allá a la unidad mental pero eso es una lucha, ella me ve como enemiga y pues no perdona las cosas que vivió en su infancia, a mí me duele como madre que eso la afecte y la entiendo porque mi hijo y yo también estamos muy afectados.

Estudiantes: ¿Qué tipo de situaciones?

Familia: la verdad señoritas es que ella cuando era niña fue víctima de violación por un vecino, él estuvo en la cárcel pero ya anda por ahí y le dice cosas a mi hija y a mí, yo quisiera que todos cerráramos ese capítulo o al menos afrontar un poco esa situación pero no sé cómo hacerlo.

Estudiantes: ¿A usted le gustaría que trabajáramos ese tema con toda la familia?, para que ustedes poco a poco hagan frente a esa situación.

Familia: Si señorita eso es lo que nos hace falta, que alguien nos guie para que la familia aprenda a superar esas malas experiencias que hasta hoy afectan nuestra relación.

Durante las visitas realizadas a las familias, los integrantes mostraron interés para que nuestra asistencia fuera constante; pues al estar con ellos tenían la facilidad de manifestar situaciones que no podían compartir con cualquier persona, algunas cosas eran muy puntuales, un ejemplo de ello es la descripción de la alteración mental, signos y síntomas, definición, estrategias para convivir con una persona que tenga una de ellas y procesos que tienen que realizar para sacar citas médicas, autorizaciones la aplicación del medicamento, la interpretación de uno que otro examen de laboratorio, consejos en un momento donde sentían que necesitaban

apoyo emocional y estrategias de afrontamiento frente a situaciones difíciles que vivieron y que aun marcan de forma negativa a toda la familia generando conflictos familiares, sociales y demás consecuencias que dichas situaciones trae.

Fase de resolución. Es de notar que durante el proceso de investigación se logró una buena interacción con las familias, lo que permitió realizar intervenciones de enfermería de acuerdo con las necesidades identificada en cada una de las familias, enriqueciendo de una manera paulatina la convivencia familiar; mediante la educación en enfermedades mentales, cuidados en el tratamiento oportuno y aprender a tomar decisiones con su grupo familiar.

Estudiantes: Señora A cuando su hija fue dada de alta de la unidad mental ¿qué recomendaciones dieron las enfermeras y la psiquiatra?

Familia: Ellos me dijeron que ella tenía esquizofrenia no especificada y le enviaron unas pastillas, pero ella no entiende que tiene que tomárselas y pues yo las cargo en el bolso porque ella las desaparece; mi hijo dice que su hermana no está loca que eso fue algo que le dieron y por eso se volvió así; yo no sé porque ella se comporta así si antes estaba bien, pero ahora es un problema vivir con ella yo necesito ayuda, incluso quisiera internarla en un centro de rehabilitación porque ella sigue consumiendo y prácticamente ya vive en la calle.

Estudiantes: Y usted ¿ha investigado sobre algún centro de rehabilitación que le llame la atención?

Familia: Si, yo me fui un día hasta la personería y le pedí a un señor allá que me ayudara con mi caso, el me programo una cita en un centro vía Bogotá pero ahora el problema es poder encontrar a mi hija y llevarla en una ambulancia o con policía porque ella no se deja guiar, no me hace caso y pues con la EPS es difícil que me ayuden.

Estudiantes. Creemos que es importante que usted y su familia conozcan la patología de su hija para poder brindar un cuidado adecuado, también que conozca a fondo el tratamiento, la función de los psicofármacos y las conductas que puede tener su hija al presentar un momento de crisis.

Al realizar actividades de integración y dejando en claro puntos de vista sobre la familia, manifestando abiertamente las situaciones que limitan una estabilidad psicoemocional; esperando así un cambio en la relación familiar al compartir tiempo juntos y generar espacios de reflexión, fue pertinente motivar a los jóvenes a seguir

con sus estudios y plantear un proyecto de vida para su beneficio y crecimiento personal.

11. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta a la familia como categoría de análisis principal, surgen las subcategorías, seleccionadas de la interacción con las familias y que se presentan repetidamente en cada una de ellas:

El desgaste emocional del cuidador, descrito como la incapacidad de soportar situaciones de estrés generando desinterés por la vida, sentimientos de frustración y falta de motivación para cambiarla; sin tener tiempo para ellos mismos, dormir bien, ver televisión o tener un momento de esparcimiento con amigos o incluso con la familia.

El conflicto familiar, que parte del hecho de contar con una persona que sufra una alteración mental; genera un desequilibrio emocional y armónico en cada uno de los integrantes, debido a diferentes situaciones derivadas, se ven obligados a cambiar o posponer propósitos personales e importantes para su proyecto de vida; generando un ambiente conflictivo dentro de la convivencia familiar.

Los cambios que se producen en las familias no se manifiestan de la misma manera, ya que juega un papel importante el hecho de tener características familiares diferentes, como la etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez familiar, el nivel socioeconómico, la historia familiar, los valores, las costumbres y la forma de procesar la información relacionada con la alteración mental.

El cuidador principal es el integrante de la familia con mayores manifestaciones de sobrecarga tanto emocional, mental, física y social.

El estigma social frente a la persona con alteración mental y su familia se hizo evidente durante el desarrollo de la investigación; fue común evidenciar en vecinos, amigos y parientes de la familia nuclear, expresiones de críticas, burlas, y rechazo, fomentando el aislamiento de la persona con alteración y su familia, ellas manifestaron estar expuestas a comentarios hacia ellos, al referir que son diferentes o raros bien sea por las necesidades y cuidados, por su aspecto físico, por la incapacidad de trabajar e interactuar con otras personas; afectando todo tipo de relación interpersonal.

Las dificultades económicas de la familia se hacen evidentes al momento de asistir a consultas médicas, adquirir medicamentos, hospitalización, gastos personales, sumado a las responsabilidades que se tienen en un hogar; el ingreso económico disminuye por la incapacidad del enfermo para trabajar o del cuidador a quien le es difícil aportar económicamente al tener que dedicar su tiempo al familiar con alteración mental, se identificó en familias que el ingreso económico está a cargo de un solo integrante, lo cual dificulta estabilidad económica en el hogar.

La deficiencia del sistema de salud, expresada por las familias, hace referencia a situaciones como: negligencia médica al no brindar cuidados y educación adecuada sobre la enfermedad diagnosticada, inasistencia médica con especialistas, pues refieren que el personal médico psiquiátrico no se encuentra en la ciudad y deben desplazarse a otras ciudades o esperar largo tiempo por una oportunidad de cita; las diligencias de autorizaciones y medicamentos demoran mucho tiempo y la falta de ellos hace que sus familiares con alteración mental desmejoren y se exacerben los síntomas, aumentan el riesgo de crisis, haciendo necesario internarlos en la unidad mental. Las tutelas quedan siempre como el último recurso para adquirir sus medicamentos, pero debe casi siempre enfrentarse cumplimiento a medias de los fallos judiciales, recibiendo los medicamentos apenas los primeros meses.

Es importante que el municipio de Girardot tenga en cuenta a esta población, actualmente no cuentan con la información necesaria para darle el seguimiento pertinente a las personas con alteración mental y sus familias, no se brinda un cuidado comunitario y tampoco cuentan con el apoyo de entes gubernamentales para llevar a cabo un cuidado integral, no solo a la persona con alteración mental sino a todas las personas que conviven con este; garantizando una buena relación familiar y permitiendo la seguridad del cuidador al sentirse apoyado.

12. RECOMENDACIONES

Es necesario hacer seguimiento de las variaciones que se presentan al concluir esta parte del proceso con las familias y ofrecer desde el espacio universitario la posibilidad de acudir al mismo para recibir información necesaria para el cuidado de un paciente con alteración mental; inclusive mediante visitas domiciliarias hechas por los estudiantes, ya que a partir de esta investigación se evidencia la necesidad de una red de apoyo para el cuidado y una convivencia familiar en armonía.

A partir de esta educación pueden surgir actividades de integración con estas familias promoviendo la realización de actividades recreativas, culturales, ejercicio físico a través de la implementación de programas de salud comunitarios con el fin de fortalecer el bienestar psicosocial de la familia.

Es importante realizar un plan de egreso en los pacientes que han estado en la unidad mental, dirigido a las familias, ya que son un aspecto importante para el manejo de la alteración mental, pues desde el hogar empiezan a surgir conflictos de tipo social, económico, emocional entre otros afectando las relaciones familiares, esto podría ser posible mediante los estudiantes de la universidad de Cundinamarca ya que desde sus campos de practica o pasantía pueden desarrollar un plan de alta como actividad de enfermería.

Llevar a cabo investigaciones que permitan obtener más información desde diferentes aspectos de esta población (familias e integrantes con alteración mental) a nivel local o nacional creando grupos de investigación dentro del programa de enfermería interesados en este tipo de población (salud mental y comunidad) para plantear a entes gubernamentales planes de desarrollo.

Debido a los resultados encontrados, es evidente que es una población vulnerable, por lo tanto es necesario dar continuidad a esta investigación y así junto a la universidad de Cundinamarca poder plantear frente a los entes gubernamentales todas estas situaciones que generan conflicto en el entorno familiar y llevar a cabo programas o actividades dirigida a esta población.

BIBLIOGRAFÍA

CONSTITUCION DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2013

FERNÁNDEZ O.M.A. (2004) El impacto de la enfermedad en la familia; Departamento de medicina familiar, facultad de medicina, UNAM pag 1.

LINARES, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica (Personality and its disorders from a systemic perspective). Clínica y Salud, 18(3), 381-399.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA (líneas de investigación).

CARGA GLOBAL DE LAS ENFERMEDADES DE LA OMS. (2001), disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL COLOMBIA. (2003).

MINSALUD (2015) Encuesta Nacional de salud mental tomo I pp. 305 Universidad Javeriana, Colciencias y el Ministerio de Salud.

DIRPEN (2010) -. CARACTERIZACIÓN TEMÁTICA DE. SALUD. Octubre de estadísticas oficiales en Colombia DANE.

SOBRE LA SALUD MENTAL GIRARDOTEÑA, julio 29, (2012).

A PUERTA CERRADA, (2015). Regiones [en línea] <<http://www.apuertacerrada.com/11-regiones/31900-girardot-la-ciudad-de-las-acacias>>.

ALCALDIA MUNICIPAL DE GIRARDO, Sitio oficial Nuestro Municipio [en línea] http://www.girardot-cundinamarca.gov.co/territorios.shtml?scrl=41&apc=bbxx-1-&scr_41_Go=2

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. (1991) preámbulo.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 002417 de 2015 artículo 2.

REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. (2003). Suplemento No. 1, Vol. XXXII, Resolución 002417 de 1992

RDCMD, SALUD. "RESOLUCION N° 8430 DE 1993." http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf1993.

DECLARACION DE HELSINKI. Documentos sobre ética médica, Colegio Médico de Chile AG; Grupos comunicacionales, 1986: 91-5.

http://www.unioviado.es/psiquiatria/doctorado/TOMO_I_Residente_en_Psiquiatria.pdf

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PSIQUIATRÍA J. L. González de Rivera

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. SALUD MENTAL: un estado de bienestar editor Datos y cifras.

OMS (2015) Organización Mundial de la Salud /salud mental/ página oficial.

LORENZO Cardozo L. (2001) Principales Teorías Sobre Conflicto Social pp. 250 Revista De Historia Caceres.

LINARES, J.L.: 1997.- "Modelo sistémico y familia multiproblemática" en Coletti, M. y Linares, J.L. (compiladores), La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella. Barcelona: Paidós Terapia Familiar, 1997.

ALDAMA A. (2006) Amor PJ et al. Psiquiatría y mujer. 1ª ed. Madrid: Aula Medica ediciones.

SOUZA MD. (2012) Convivencia en familia como portador de trastorno psíquico. Enfermagen [revista en internet] acceso marzo-junio de 2012: 11(1).

ZUBIN, J. y SPRING, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 86, 103-126.

RUIZ JIMÉNEZ, M.T., Núñez Partido, J. P., Jódar Anchía, R. y Peón Meana, R. (2008). Calidad de vida y esquizofrenia. Madrid: AMAFE.

CARVAJAL. (2007) Trabajo social en salud mental: intervención con familias multiproblemáticas pág. 338

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA pág. 110

Atención continuada, apoyo y supervisión del individuo y sus cuidadores

DE LA CUESTA, BC. EL CUIDADO DEL OTRO: desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería. (2007).

ROJAS, MILVIA. (2007) Atención de enfermería a paciente con afecciones psiquiátricas. Ed Ciencias Médicas. La Habana.

PEPLAU, H. RELACIONES INTERPERSONALES EN ENFERMERÍA. (1992) Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Ed SALVAT EDITORES. Barcelona.

MARRINER, T. MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. (1994). Sexta edición. Ed. EL SEVIER.

PEPLAU, H. RELACIONES INTERPERSONALES EN ENFERMERÍA. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Ed SALVAT EDITORES.

STRAUSS, A. Y CORBIN, J. (2002). Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada, Antioquia: Universidad de Antioquia, Colombia.

PARADIGMAS DE ENFERMERÍA. (2004). ZAIDER TRIVIÑO V. y OLIVIA SANHUEZA A Delgado y Gutiérrez, 1995; Polit y Hunter, 2000; Strauss y Corbin, 2002; Barriga y Henríquez.

BARRIGA, O. Y HENRÍQUEZ, G. (2004). Repensando el conocimiento y la ciencia para la investigación social del siglo XXI: Algunas reflexiones preliminares. Cuadernos de Servicio social N° 1 Universidad de San Sebastián. Concepción Chile.

JORGE MARTÍNEZ RODRÍGUEZ. (2011) “métodos de investigación cualitativa, pág. 15.

LOPEZ-BARAJAS ZAYAS, Emilio y MONTOYA SÁENZ, J.M. (1994) La investigación Etnográfica. Fundamentos y técnicas (Madrid, UNED).

Cf. POURTOIS, JEAN PIERRE. (1992) Epistemología e instrumentación en ciencias humanas, p 163 (Barcelona, Herder).

CANALES. “Metodología de la investigación”. Manual para el desarrollo del personal de salud. Limusa 2 da edición, Washington. 1994 pag .91 119-12.

MUÑOZ CoF, ESPINOZA AJM, PORTILLO SJ, RODRÍGUEZ GG (2002). La familia en la enfermedad terminal (I). Medicina de Familia;3: 190-191

KORNBLIT A. (1996) Somática Familiar. En: Enfermedad orgánica y familiar. 2ª ed. Gidisa S.A. de España.

FERNÁNDEZ O.M.A. (2004) El impacto de la enfermedad en la familia; Departamento de medicina familiar, facultad de medicina, UNAM pag 1

LUZ CLARIVEL MOICA PEÑA. (2012) “Administración de servicios de salud mental en Colombia” Pág. 12.

LAURA VICTORIA LONDOÑO BERNAL. (2012) Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental.

MUÑOZ COF, ESPINOSA AJM, PORTILLO SJ, RODRIGUEZ GG. (2002) La familia en la enfermedad, medicina familiar 3: 190-199.

MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA, departamento de medicina familiar, UNAM. El impacto de la enfermedad en la familia.

BRAVO (2005) “La enfermedad del silencio”, Relato de la madre de un paciente esquizofrénico.

GLORIA NIETO. (2014) “presidenta de la Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia”.

LUISA MARINA CARRILLO. (2014) Directora de la Fundación Unidos contra la Depresión.

LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE, Luis Cibanal Juan, Maria del Carmen Arce pag.125-146.

ALCALDÍA DE GIRARDOT (2015) Girardot para seguir avanzando: sitio oficial internet: <http://www.girardot-cundinamarca.gov.co/territorios.shtml>.

DECLARACION DE HELSINKI. (1986) Documentos sobre ética médica, Colegio Médico de Chile AG; Grupos comunicacionales, 91-5.

Leff, J. P & Vaughn, C. E. (1981). The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.

ANEXO A. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SECCIONAL GIRARDOT

Estudiantes Responsables:

Neyddu Daza Pineda, Paola Muñoz García.

El Programa de Enfermería establece como requisito de titulación el desarrollo de un proyecto de investigación, enmarcado dentro de la línea de investigación Proceso de Salud Enfermedad en la persona, la familia y los grupos comunitarios, el cual enfatiza la importancia de abordar la enfermedad desde una perspectiva holística que involucre la persona enferma, su entorno familiar y social.

Por esta razón se realiza la investigación denominada ENFERMERÍA FRENTE A LAS DIFICULTADES DE CONVIVENCIA EN LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE UN PACIENTE CON ALTERACIÓN MENTAL DE LA CIUDAD DE GIRARDOT 2016-2017, el cual tiene como objetivo, Determinar las dificultades que afectan la convivencia del entorno familiar de la persona con alteración mental, a fin de generar estrategias que contribuyan al mejoramiento de la convivencia.

Queremos invitarlos a participar voluntariamente en esta investigación que se llevara a cabo con ustedes, enfermeras en formación y la Universidad de Cundinamarca, para ello se requiere de la autorización libre e informada de las familias o cuidadores. Este documento contiene la información necesaria para que usted pueda decidir si desea o no participar en esta investigación, le pedimos que lo lea cuidadosamente y nos haga todas las consultas que estime conveniente antes de darnos su decisión.

Riesgos y beneficios del estudio: La investigación que se le realizara a las familias de las personas con alteración mental presenta un riesgo mínimo, este NO implica daño alguno, en ningún momento se presentara señalamientos por las acciones positivas o negativas de la familia, además esta información personal será reserva por parte de los investigadores, el informe de esta se dará a conocer en forma general con un enfoque estrictamente académico.

Derechos de los participantes: La participación es completamente libre, voluntaria y gratuita. Si usted decide rechazar esta invitación a participar no le generara consecuencia alguna, toda la información del trabajo será guardada en forma confidencial y anónima. Sólo el personal a cargo de la investigación y el Comité de

Ética de la Universidad que lo supervisará podrá tener acceso a sus datos personales.

Personas que le pueden dar información adicional: Si usted desea hacer cualquier consulta sobre esta investigación puede contactar a las siguientes personas:

DOCENTE UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA/ASESOR EXTERNO Yamile Vargas, Teléfono 3204644565, German Pinzón Zamora, Teléfono 3132493475

Yo _____ identificado con documento de identidad N° _____ expedido en _____, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria, por lo tanto autorizo la participación de mi familia en la investigación ENFERMERÍA FRENTE A LAS DIFICULTADES DE CONVIVENCIA EN LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE UN PACIENTE CON ALTERACIÓN MENTAL DE LA CIUDAD DE GIRARDOT 2016-2017.

**CC:
RESPONSABLES DE LA INVESTIGACION**

**Neyddu Daza Pineda, Paola Andrea Muñoz García,
CC: 1070611065 CC: 1070605269
Enfermera en formación – UDEC Enfermera en formación – UDEC**

ANEXO B. DIARIOS DE CAMPO.

001DC

DIARIO DE CAMPO #2

Siendo las 8+00 de la mañana del día sábado 18 de Julio del 20016 llegamos a la CALLE 45 CON CRA 7 BARRIO PORTOCHUELO y la señora CARMEN HELENA VANEGAS se encontraba en una cita médica, motivo por el cual DEISY MARCELA BARRETO estaba sola en la casa, cuando Deisy se queda sola su mama la deja bajo llave con el fin de que no se valla a escapar; por esta razón nos sentamos en un muro ubicado frente a la casa a esperar que doña Carmen llegara. Mientras estuvimos allí sentadas pudimos darnos cuenta que Deisy pasaba todo su tiempo asomada a las ventadas, tratamos de acercarnos para hablar con ella un rato mientras llegaba su mama pero cuando se daba cuenta de que alguien se dirigía hacia la casa se retiraba de las ventanas y no respondía.

Siendo las 10+30 llego Doña Carmen Vanegas y nos invitó a pasar a la casa, llamo nuestra atención que no hubo ningún tipo de saludo entre madre e hija, ni algún gesto o palabra que indicara interés por cómo había estado Deisy mientras ella se encontraba fuera de casa, nos sentamos en el comedor, mientras esto Deisy se refugiaba detrás de la nevera lugar que parece ser muy cómodo para ella ya que gran parte del día lo pasa ahí, En ese momento nos llamó mucho la atención ver en su rostro más tristeza de la que normalmente refleja, con el fin de entablar una conversación le preguntamos cómo le había ido en su cita a lo cual ella nos cuenta "la doctora me hizo la ecografía, pero no está del todo segura que todo esté bien, entonces me mando una orden para otra ecografía pero por la vagina" por esta razón ella refiere sentirse un poco preocupada, pues implica más gastos en pasajes para tramitar la autorización de su examen.

Preguntamos por Yuri y doña Carmen nos manifestó que estaba en la tienda donde actualmente labora.

Se acercaban las 12 del medio día y doña Carmen se afano al ver que no tenían nada para hacer el almuerzo, le pide a Deisy el favor de que valla a la tienda del barrio donde le fían y traiga algunas cosas para poder hacer algo de comer y le hizo una lista de las cosas que necesitaba, nosotras al ver que íbamos a tener la oportunidad por primera vez de ver a Deisy afuera de la casa le dijimos que si la podíamos acompañar a la tienda a lo cual Deisy se negó, doña Carmen trato de convencerla diciéndole que nosotras necesitábamos comprar algo y no sabíamos dónde quedaba la tienda, Deisy se puso de mal genio y refirió con un tono alto y

agresivo “No, no con ella no voy a ningún lado” y se sentó frente al televisor con expresiones de malgenio y desagrado, al ver lo sucedido le dijimos a Deisy que nosotras no íbamos a la tienda pero que fuera y le hiciera el favor a su mamá, Deisy se levantó de la silla agarró el papel donde su mamá le había escrito lo que tenía que comprar y salió de la casa. Siguiendo a Deisy salimos al corredor de la casa a esperar que ella llegara y pudimos observar que cerca de la casa están haciendo una remodelación y hay obreros trabajando, uno de ellos al verla pasar dijo en voz alta “Miren muchachos ahí viene la loca” y el resto de obreros se echan a reír.

Continuamos ahí paradas en el corredor de la casa esperando a que Deisy llegara, cuando ya le faltaba poco para llegar iban corriendo unos niños por la carretera los cuales al verla se escondieron detrás de la pared de una casa haciéndose señas entre ellos para guardar silencio y esperaron a que Deisy pasara para ellos continuar su camino, al llegar a la casa Deisy descargó sobre el mesón de la cocina las cosas que había traído y sin decir una sola palabra le entregó el papel a su mamá y se dirigía hacia la habitación cuando doña Carmen le dijo que le ayudara a hacer el arroz, Deisy no le respondió nada pero se dirigió hacia la cocina y empezó a alistar todo lo necesario para hacer el almuerzo.

Doña Carmen nos refiere que se siente muy triste porque ninguno de sus hijos está con ella como ella quisiera, y nos contó con lágrimas en sus ojos “mi único hijo que ha sido mi mano derecha se fue para Bogotá, cuando estuvo aquí siempre me acompañó y apoyó con mis cosas y las Deisy lo único malo era que no quería hacer nada, no quería estudiar, se la pasaba en la calle y un día se lo llevó la policía y le tocó pasar toda la noche en la estación, sus hermanos le dijeron que se fuera para Bogotá que ellos lo ayudaban para que se pusiera a hacer algo y él me dijo un día mami me voy y desde ahí no hay venido ni nada y yo lo extraño, a mí me hace mucha falta pero yo que hago, yo lo quiero llamar y decirle que se venga que me hace falta y lloro mucho porque él ya no está conmigo, pero es que allá está estudiando y trabaja” nosotras le dijimos a doña Carmen que le viera el lado positivo a la situación, que su hijo estaba validando sus estudios de bachillerato y tiene el sueño de ser un profesional oportunidades que por diferentes razones aquí no tiene.

Siguieron transcurriendo las horas de la mañana, Deisy estaba sentada detrás de la nevera, doña Carmen en el sofá y nosotras en el comedor, cuando de pronto el silencio es interrumpido por una sobrina de doña Carmen quien entra a la casa y sin saludar dice “¿esta Yuri?” doña Carmen le responde “no” entonces continúa “Vine a traerle este pedazo de postre que le guardamos se lo dejo en la nevera, le dice que yo se lo traje” y sale de la casa sin despedirse de ninguno de los presentes, es un poco triste ver como personas de la misma familia ignoran a Deisy y de una u otra forma también a doña Carmen.

Durante el tiempo que transcurrió entre las 12+00 y la 1+00 de la tarde doña Carmen revisaba constantemente lo que estaba haciendo Deisy y en varias ocasiones la regaño mostrándose un poco enojada por diferentes cosas, como (cortar el tomate y la cebolla en trozos muy grandes, echarle mucha agua al arroz... etc.); acercándose las 2+00 de la tarde llegó la hora del almuerzo y Deisy se encargó de servirlo (arroz, carne sudada un trozo de papa para cada una y fresco de sobre), almuerzan sentadas en el comedor, pero durante este tiempo no hablan, es como si cada una de ellas estuviera en un mundo diferente.

A nosotras nos causa mucha curiosidad y en fondo un poco de tristeza ver que la mayor parte del tiempo en la casa se encuentran mamá e hija y no tienen ningún tipo de comunicación fluida, ninguna muestra de cariño entre ellas ni físico ni sentimental.

Siendo las 2+30 de la tarde nos despedimos programando la próxima cita para el día 20 en horas de la noche.

002DM

DIARIO DE CAMPO #6

Julio 5: El día de hoy siendo las 9+00 de la mañana nos encontramos con una enfermera que es un contacto cercano que tenemos en la secretaria de salud, el lugar de encuentro fue la alcaldía municipal de la ciudad de Girardot, lugar donde la enfermera labora; con el fin de dar a conocer el caso de la familia Sánchez Triana y gestionar ayudas que den solución a las múltiples dificultades que esta familia ha tenido con el sistema de salud.

Nuestro contacto nos presentó con una señora de rango superior en la alcaldía para que habláramos con ella sobre el tema, le comentamos todo lo que doña Margarita y Diego han tenido que sufrir con el actual sistema de salud y ella personalmente llamo a la EPS Salud Vida y nos recomendó para que los trámites a realizar se dieran de forma efectiva; luego de la llamada nos dijo que fuéramos a Salud Vida que nos iban a dar las autorizaciones para sacar la cita de control por psiquiatría y para la entrega de medicamentos pendientes.

Siendo aproximadamente las 11+00 de la mañana llegamos a Salud Vida y nos presentamos con la secretaria, recordándole que veníamos de parte de la alcaldía, motivo por el cual nos hizo seguir de una; le comentamos la situación de Diego Sánchez al momento que le pasamos los papeles para que los revisara, nos manifestó que la autorización para la cita médica era imposible generarla debido a

que no tienen convenio con Psiquiatría en la ciudad de Girardot, que nos podía generar una para Bogotá, nosotras le comentamos sobre la situación económica de esta familia (Situación que pareció no importarle) manifestándonos (Hay si no puedo hacer nada, que espere entonces haber si sale el convenio con Dumian); en cuanto a los medicamentos nos dijo que con mucho gusto nos daba la autorización y efectivamente así fue, autorizo todos los medicamentos que estaban pendientes y nos dijo que podíamos reclamarlos en farmaexpress.

Llegadas las 2+30 de la tarde nos dirigimos a la farmacia y luego de hacer una fila de hora y media logramos ser atendidas, pasamos los documentos y el farmaceuta al leerlos nos dijo que no estaban dando autorización para traer ese tipo de medicamentos para Girardot y menos si son de la EPS Salud Vida, que él nos recibía los documentos y los enviaba pero que no se comprometía a que los medicamentos llegaran porque es muy difícil.

Estuvimos pendientes de hablar con el Gerente de Salud Vida para darle a conocer la situación actual de uno de sus pacientes, pero fue imposible que este nos atendiera.

Es muy triste ver como juegan con la salud de los pacientes, sin importar su situación actual ni su estado socioeconómico, les ponen miles de trabas para autorizarles cosas a las cuales por ley tienen derecho y luego de que logran una autorización resulta que en la farmacia no hay medicamentos y simplemente nunca llegan, cosas que los trabajadores de la salud refieren de una forma tranquila y desinteresada.

El reloj marcaba las 5+10 cuando nos encontrábamos sentadas junto a la enfermera de la secretaria de salud a quien le estábamos comentando lo sucedido durante el día, al final de todo ella nos refería “Niñas, a mí me da mucha tristeza ver todo lo que pasa, yo aquí soy nueva y los que tienen el poder no quieren escuchar y tampoco quieren ayudar” “Yo sé todo lo que sufren esas personas y quisiera ayudarlas pero aquí nadie hace caso, nadie se interesa por conocer esos casos y mucho menos por ayudar”.

003YA

DIARIO DE CAMPO #2

El día 8 de octubre al llegar a la casa de la familia a la hora acordada (04:00pm) ellos no se encontraban en casa; se realizó una llamada para preguntar si podrían atender en otra hora u otro día, la señora A. nos pidió que la esperáramos porque

estaba en la alcaldía de Girardot realizando unas diligencias para buscar un centro de rehabilitación para su hija Y, acordamos encontrarnos en la iglesia de centenario para también hablar con el sacerdote de la misma y dejarle nuestros números de celular en caso de que él se pusiera en contacto con Y.

A las 5:00pm mas o menos llego la señora amparo a la iglesia, hablamos con ella y nos contó que le habían agendado una cita en la fundación manantial de vida ubicada cerca a Fusagasugá para el día 19 de octubre a las 10:00 am, no le brindaron el servicio de policía o ambulancia para llevar a su hija y cumplir la cita, así que estaba preocupada porque no sabía si podría asistir a tiempo.

Esperamos a que el sacerdote pudiera hablar con nosotras para dejar nuestros datos; cuando pudimos hablar con el antes de iniciar la misa de las 6:00 pm y le contamos sobre nuestro proyecto y el interés en trabajar con esta familia, la señora A. se observaba preocupada, algo triste y le dijo “padre si usted ve a Yesenia o ella viene nos llama a todas ellas son enfermeras y pues de pronto puedan convencer a Y para que se interne”, el sacerdote estaba por iniciar la misa y nos dijo que dejáramos los datos con su asistente, la señora A quería estar en la misa mientras esperábamos a ser atendidas por el asistente que se encontraba ocupado con otras personas, así que mientras escuchamos la misa estábamos pendientes para poder entrar a hablar con él.

Durante la misa la señora A. rezaba con mucha devoción y de rodillas, se observaba angustiada mientras decía las oraciones que correspondían a cada momento de la misa; al momento de la paz en la misma, nos dio la mano y un beso en la mejilla diciendo gracias; casi al terminar la misa el asistente nos atendió y tomo nuestros datos, nos dijo que él había visto a Y. cerca al barrio hace como dos días pero que no sabía que nuevamente se había ido de la casa, la señora A. le dijo “por favor cuando la vea de nuevo llámeme o tráigala a la iglesia yo necesito que ella vaya a esa cita”.

Luego de los datos ella corrió a la parroquia a recibir la bendición al final de la misa, nosotras salimos con ella y esperamos al sacerdote para decirle que ya habíamos dejado los datos en su agenda.

El sacerdote nos dijo que estaría atento y que agradecía la labor que hacíamos por tratar de ayudar a esta familia, se despidió de nosotras con un apretón de manos y le dijo a la señora amparo que tuviera fe y paciencia para que su hija pudiera recibir ayuda y que ojala ella tuviera la voluntad para permitir que la ayudaran, nos invitó a asistir a misa durante la semana, ya que tenían distintos eventos religiosos.

Casi a las 7:00 pm nos despedimos de la señora A y programamos otra visita para la siguiente semana.