

“NECESIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN DISCAPACITADOS PSÍQUICOS”

Estudio exploratorio y descriptivo en usuarios y familiares de los Centros de Rehabilitación Psico-social dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Oriente

NECESIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN DISCAPACITADOS PSÍQUICOS

AUTORES

ARÍSTIDES E. GIAVELLI ITURRIAGA (*dr. rer. nat.*).

ANDRÉS M. CABRERA TAMBURINI (*psic*)

FÉLIX A. NAVARRO OÑATE (*psic*)



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Diciembre de 2007

SUMARIO

Presentación.....	5
NECESIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN DISCAPACITADOS PSÍQUICOS	
1. Un nuevo modelo de atención.....	7
2. La necesidad de integración social.....	8
3. El Trastorno Mental Severo (TMS)	9
4. Objetivos de la investigación.....	10
5. Utilidad de la investigación.....	10
6. Metodología.....	11
7. Resultados.....	16
8. Análisis y discusión.....	50
9. Bibliografía.....	55
10. Anexos.....	56

SERIE DOCUMENTOS N° 3, DICIEMBRE DE 2007

REGISTRO DE PROPIEDAD INTELECTUAL N°: 168.025

EDITA: FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

IMPRESIÓN: IMPRENTA DIAGRAMA

CARLOS SILVA VILDÓSOLA 9783 - LA REINA - SANTIAGO CHILE
TELÉFONO (56) 2-582 6505 FAX (56) 2-582 6503

PRESENTACIÓN

Después de la Segunda Guerra Mundial, en Europa y Estados Unidos, comienza a cuestionarse el sistema de manicomios. Los gobiernos de diversos países encaran reformas legales y administrativas que modifican la hegemonía del poder médico y dan lugar al surgimiento del campo de la Salud Mental, integrado por psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, etc. En las concepciones teóricas, las hipótesis etiológicas abandonan los puntos de vista intra-subjetivos para pasar a otro que toma en cuenta el espacio social: la familia, la educación, el sistema laboral, económico y el ordenamiento social. (Martínez, 1998). En este contexto y con estos antecedentes, surgen quienes cuestionan la función de los hospitales psiquiátricos y la forma de operar de la Psiquiatría; uno de ellos fue el psiquiatra italiano Franco Basaglia, quien influyó notablemente en la promulgación, en Italia, en 1977, de la Ley 180, que buscaba la des-institucionalización de los enfermos mentales (Calvo, 1999). La labor de Basaglia puede tomarse como punto de partida para una reforma en Psiquiatría que aún está en desarrollo a nivel mundial, y que propicia –en distintas formas– el fin del establecimiento tipo manicomio tradicional. Se propone modificar aquellos procedimientos que favorezcan el desvinculamiento social y se valoran aspectos antes no suficientemente aten-

didados, como el no afectar los derechos de la persona que padece un trastorno mental y preservar su inserción, en su familia y en su comunidad.

Lo anterior se materializa en Chile a partir del año 2000, a través del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual es el resultado de una serie de planteamientos que se venían trabajando desde la vuelta de la democracia, en un intento por modernizar la atención psiquiátrica, permitiéndole a la comunidad ejercer un rol protagónico en uno de los objetivos centrales del Plan, que consiste en elevar el nivel de salud mental en la población del país, agregándole al factor biológico aquellos psico-sociales, como la des-institucionalización, los derechos de los pacientes psiquiátricos, y el rol de la familia y la comunidad como agentes de apoyo y tratamiento. En este contexto, dado que este plan fomenta la participación de usuarios y familiares (Infante, 2005), atribuyéndoles un rol protagónico a sus respectivas organizaciones (Minoletti, 2005), y que son escasos o inexistentes los estudios nacionales que presenten la visión “desde las personas excluidas” (Baranda, 2005), la presente investigación tiene por propósito central recoger la opinión de usuarios y familiares respecto de lo que más adelante se tematiza como “**necesidades de integración social**”.

NECESIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN DISCAPACITADOS PSÍQUICOS

RESUMEN

Con el propósito de conocer la situación, dificultades y obstáculos, que presentan los discapacitados psíquicos, usuarios de los Centros de Rehabilitación Psico-social (CRPs.), se elaboró un cuestionario destinado a detectar las "Necesidades de Integración Social (NIS)", definidas éstas según el grado de autonomía con respecto a los servicios asistenciales y el bienestar subjetivo, relaciones sociales y participación en el entorno. Dentro de este conjunto, considerado como "calidad de vida", se definieron las siguientes dimensiones: rehabilitación psico-social y socio-laboral, tratamiento clínico-interventivo y psico-educación. Se logró encuestar a cincuenta (50) usuarios de la totalidad de CRPs dependientes del Ministerio de Salud Oriente (n=9); además se logró encuestar un total de treinta familiares directos de la muestra anterior. Se reportan los resultados para cada ítem y para el conjunto de cada dimensión. Se destacan las carencias en habilidades comunitarias e interpersonales y –lo más relevante- la baja integración laboral de estos discapacitados. La usuarias mujeres perciben que la mayoría de las actividades, recreativas y clínicas, están más diseñadas para hombres, y manifiestan una actitud crítica en cuanto al grado de satisfacción de sus NIS. En los familiares se detecta bastante disconformidad para con las herramientas que proporcionan estos CRPs., y expresan inquietud por la falta de habilidades sociales de estos enfermos, lo que facilita y mantiene el estigma y la marginación.

ABSTRACT

In order to know the situation, difficulties and obstacles, that psychologically disabled patients (clients) confront at the Psycho-Social Rehabilitation Centers (CRPs), a survey was carried out destined to detect the "Needs for Social Integration" (NSI), expressed these according to the degree of autonomy regarding welfare services, the subjective well-being, social relations and the degree of social interaction within the community. Within them, considered as "quality of life" aspects other dimensions were defined: rehabilitation psycho-social and socio-professional, clinical treatments and interventions, and psycho-educational were precised. Fifty customers were interviewed being a total of nine CRPs (n=9) dependant of the East Area of the National Health Department, (Health Bureau). In addition, a total of thirty direct family members, from the previous sample, were surveyed. The results for each dimension and for the set of each aspect as a whole are reported. The lack of communitarian and interpersonal abilities stand out as well as poor work insertion. Women as users perceive that most of the activities, recreational as well as clinical, are designed to satisfy men needs, and are critical about this, in terms of the degree of satisfaction NSI provide. Families have a critical attitude towards the tools that CRPs provide and mention restlessness by the lack of social abilities of the patients, which increase and maintain their stigma and marginalization.

1. Un nuevo modelo de atención

La reflexión de estos temas ha permitido generar un nuevo modelo de atención, en donde las funciones de tratamiento y rehabilitación están ahora ubicadas en un servicio de atención en red, en que se descentraliza la atención psiquiátrica, pasando ésta a manos de diversas instancias, como son los **Centros de Rehabilitación Psico-social**¹,

destinados a personas con enfermedades mentales graves y crónicas, cuya finalidad es ayudarles a recuperar el máximo grado posible de autonomía personal y social y promover su mantenimiento e integración social. Igualmente, ofrecen apoyo y asesoramiento a las familias, incluyen actividades de recuperación y entrenamiento de habilidades personales y sociales, psico-educación, aseso-

¹ Otras instancias son los Hospitales de Día en Psiquiatría, COSAM, Centros de Integración Laboral, Hogares Protegi-

dos, Clubes de Integración Social, etc., todos ellos con régimen de atención ambulatoria, como alternativa a la hospitalización.

ramiento, apoyo a la integración comunitaria, soporte social y seguimiento.

Los objetivos que dirigen las actividades de estos **centros de rehabilitación** son:

- Favorecer la recuperación o adquisición del conjunto de habilidades y competencias personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida;
- Potenciar y apoyar su integración social facilitando el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados;
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso;
- Ofrecer apoyo, asesoramiento y formación a las familias;
- Apoyar, colaborar y coordinarse con los Servicios de Salud Mental de referencia, Servicios Sociales Generales y otros recursos sociales y comunitarios para favorecer y articular una atención integral que posibilite procesos de rehabilitación y apoyo comunitario ajustados a las necesidades de cada usuario. (C.R.L “Nueva Vida”).

2. La necesidad de integración social

Los **Centros** buscan –en su conjunto– favorecer la satisfacción de las necesidades de integración social de los usuarios, entendidas como aquellas dificultades y carencias que presenta el usuario en cuanto al grado de independencia con respecto a los servicios asistenciales (**autonomía**), y al aumento del bienestar subjetivo general, las relaciones sociales y el grado de participación con el entorno (**calidad de vida**), (**Astrain, 1993**). Este concepto se divide en etapas y sub-etapas con la finalidad de conseguir el mayor grado de adaptación de la persona a su entorno físico, social y cultural. Actúa en tres niveles: prevención, recuperación y mantenimiento de las capacidades y habilidades de cada persona a través de procesos de aprendizaje y apoyo del entorno. El objetivo principal es el de intentar conseguir el mayor nivel de autonomía y calidad de vida de la persona mediante un abordaje inter-disciplinar. Dentro de los temas que engloba la satisfacción de las necesidades de integración social se encuentran la:

- **Rehabilitación psico-social:** definida como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psico-social, de modo que les permita mantenerse en su entorno en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible, (**Rodríguez, 1997**);
- **Rehabilitación socio-laboral:** proceso cuya meta es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a pertenecer a alguna actividad de trabajo productivo retribuido

económicamente, (García, 2000, en Gisbert 2002)

- **Tratamiento clínico-interventivo:** entendido como aquel proceso que tenga como meta mantener al usuario en las condiciones biológicas y psicológicas adecuadas para una mejor participación de éste en las actividades de rehabilitación, (Rodríguez, 1997)
- **Psico-educación:** definida como aquel proceso que tiene como meta adquirir conocimiento del usuario acerca de su discapacidad psíquica y formas de afrontarla, tanto para él como para su familia, (Belloso, 2000 en Rodríguez 2007).

3. El Trastorno Mental Severo (TMS).

El término Paciente Mental Crónico es utilizado para definir un extenso grupo de pacientes que sufre una enfermedad mental severa de larga duración. Para categorizar a estos pacientes se ha enfatizado unas veces el tipo de evolución que presentan, otras la edad o la duración del trastorno, y otras el tipo de síntomas con que cursa la enfermedad. Como consecuencia es posible encontrar bajo esta misma categoría una gama extensa y heterogénea de pacientes con características y necesidades muy diferentes. Por otro lado, existe un consenso generalizado acerca de la necesidad de delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad, ya que, debido a la gravedad de sus trastornos y al déficit de funcionamiento social que los acompaña, debe consti-

tuir un grupo de interés prioritario para administradores y gestores, tanto de servicios sanitarios como de dispositivos sociales de apoyo. Ahora bien, dado que en el ámbito de la salud mental la palabra cronicidad tiene unas claras connotaciones negativas y estigmatizantes, la literatura especializada viene utilizando más recientemente el término TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS) para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Hasta el momento, sin embargo, no se han establecido criterios consistentes y homogéneos que definan el TMS y que puedan ser utilizados para determinar su morbilidad y su prevalencia, y así poder cuantificar y planificar los servicios adecuados.

El criterio diagnóstico incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional (no orgánica), que en la clasificación CIE-10 incluye los códigos F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3, F33.3.

Quedarían excluidos los pacientes que presentan psicosis orgánicas y las que aparecen por encima de los 65 años por ser susceptibles de recibir tratamiento prioritariamente en otros servicios distintos a los de Salud Mental (Gisbert, 2002).

Algunas patologías consideradas en esta categoría son: Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Depresión Mayor y Trastorno Dual. Sin embargo, cada persona presenta ciertas necesidades particulares según las circunstancias familiares, sociales y el nivel de autonomía. Al no existir en Chile un catastro de necesidades de integración social de usuarios en salud mental y familiares,

se hace imprescindible un estudio que muestre claramente la situación existente respecto de la satisfacción de estas necesidades, para poder generar instancias que cubran las carencias, si es el caso, percibidas por el colectivo.

La Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Central, adquiere un compromiso con los usuarios y familiares pertenecientes a Centros de Rehabilitación Psico-social, dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, quienes accedieron a participar en este “estudio de necesidades de integración social”.

4. Objetivos de la investigación.

- Obtener una imagen clara de la situación actual de la atención en salud mental a las personas con discapacidad psíquica en los Centros de Rehabilitación Psico-social dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
- Detectar las **NIS** entendidas como Rehabilitación Laboral, Clínico-Interventiva, Psico-educativa y de Integración y Rehabilitación Social, que surgen desde la perspectiva de los propios usuarios y familiares, respecto de su situación actual de tratamiento.
- Remarcar el derecho a la integración social de este grupo de usuarios.
- Complementar la información existente actualmente en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

5. Utilidad de la investigación.

Es necesario destacar el derecho a la integración que presentan las personas con algún tipo de discapacidad psíquica. Frente a esta realidad, las nuevas estrategias de intervención buscan otorgar un protagonismo central en el tratamiento e integración a los distintos estamentos comunitarios. Es así como un estudio de necesidades de integración sociales surgidas desde este colectivo complementa y favorece el proceso de reinserción social buscado en la reforma en salud mental. De esta forma, la presente investigación adquiere una **relevancia** de tipo **social** y **práctica**, ya que los resultados complementarán la información existente en la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile, permitiendo mejorar las estrategias de intervención que realizan las distintas instancias comunitarias implicadas en el tratamiento psico-social.

Así mismo, la presente investigación, aporta **metodológicamente** con la creación de un instrumento cuantitativo para la medición de las necesidades de rehabilitación psico-social, rehabilitación sociolaboral, tratamiento clínico y psico-educación, que presentan tanto los usuarios de los centros de rehabilitación social como sus familiares o cuidadores. Este instrumento de medición permitirá que en un futuro cercano se pueda complementar la información obtenida con otras investigaciones propuestas, tanto por organismos gubernamentales como de instituciones universitarias.

6. Metodología.

6.1. Tipo de investigación: para cumplir con los objetivos de la investigación se siguió un diseño de carácter cuantitativo, centrado en la recogida y análisis de datos de la variable "NIS"; se buscó cuantificar y objetivar los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a la población de interés para esta investigación.

6.2. Diseño de la investigación: la investigación presentó un tipo de diseño **no experimental**, ya que se observó el fenómeno de las necesidades de integración social tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo; además es **transeccional-descriptivo**, dado que se recolectaron y describieron datos en un sólo momento, en un tiempo único, durante el año 2006.

6.3. Tipo de técnica: el tipo de técnica utilizada en esta investigación consistió en la aplicación de un cuestionario creado y estandarizado por los investigadores (Ver anexo 11.2), el cual midió el grado de NIS en los sujetos de la muestra estudiada.

6.4. Muestra: la población a investigar comprendió a 30 familiares y 50 usuarios de la totalidad de Centros de Rehabilitación Psico-social dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (N=9). Respecto de la muestra utilizada, se escogió el tipo no probabilística y las personas encuestadas correspondieron a una muestra de **sujetos voluntarios**. Destacamos, además, que estos Centros no constituyen el total de establecimientos de la misma índole de la zona oriente de la capital, por cuanto existen también centros privados.

Las entrevistas se realizaron a familiares y a usuarios de los siguientes centros de rehabilitación Psico-social: Hospital de Día del Hospital Salvador, 15 usuarios, 10 familiares); Itak, (4 usuarios); CORPAM, (3 usuarios); CORFAPES, (2 usuarios); COSAM Macul, (8 usuarios, 4 familiares); COSAM Ñuñoa, (11 usuarios, 3 familiares); COSAM La Reina, (5 usuarios). Adicionalmente, se encuestó en la Agrupación de Familiares y usuarios Discapacitados Psíquicos de Peñalolén, (2 usuarios, 9 familiares), y a cuatro familiares pertenecientes a la Organización comunitaria de la discapacidad (ORCODIS).

6.5. Trabajo de campo: se solicitó, en primera instancia, una reunión con el señor Alberto Minolletti, Psiquiatra Jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, quien derivó a los investigadores al Asesor de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, señor Luis Flores, el cual contactó a los distintos Centros de Rehabilitación Psico-social y solicitó a los encargados de estas instituciones dar las facilidades para la realización de la presente investigación, con el compromiso de los investigadores de hacer entrega de los resultados obtenidos.

Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de las encuestas realizadas en las dependencias de los centros de rehabilitación psico-social, a excepción de aquellas realizadas a los familiares pertenecientes a ORCODIS La Reina, que se aplicaron en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Central.

6.6. Necesidad de integración social: se construyó un instrumento de medición para dar cuenta del concepto de NIS (Confiability y Validez del Instrumento, Ver Anexo 11.1); este concepto se

dividió en cuatro variables: Rehabilitación Psico-social, Rehabilitación Socio-Laboral, Tratamiento Clínico-Interventivo y Psico-educación. Estas variables se **operacionalizaron** de la siguiente manera:

- **Rehabilitación psico-social:** se entiende por aquellas actividades que fomenten la adquisición y utilización de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad (vivir, aprender, relacionarse con otros y trabajar en el medio social particular), permitiendo lograr el máximo nivel de autonomía y participación en la comunidad de los usuarios de salud mental, en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida que sea posible;
- **Rehabilitación laboral:** facilitación de la adquisición, recuperación y potenciación de las habilidades y conocimientos necesarios para promover la integración laboral de los usuarios de salud mental;
- **Tratamiento clínico-interventivo:** tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos (grupales y/o individuales), otorgados por profesionales especialistas;
- **Psico-educación:** se trata de actividades educativas y/o informativas entregadas tanto al usuario como a la familia acerca de la enfermedad del usuario, participación en su proceso de rehabilitación, diagnóstico, sintomatología asociada, etiología, evolución del tratamiento farmacológico, manejo en crisis, estrés familiar, etc.

Para la creación de los ítems, cada variable se dividió en categorías, definidas de la siguiente forma:

Rehabilitación Psico-social:

- **Auto-cuidado y Habilidades Domésticas:** aspectos básicos para un buen desempeño en las áreas de competencia personal, independencia y autonomía, (5 ítems usuarios, 5 ítems familiares);
- **Utilización adecuada del tiempo libre:** satisfacción subjetiva del adecuado uso del tiempo libre y de ocio del usuario, (1 ítem usuarios, 1 ítem familiares);
- **Habilidades Comunitarias:** aspectos básicos para el desempeño y funcionamiento adecuado en la comunidad, (7 ítems usuarios, 7 ítems familiares);
- **Habilidades Interpersonales:** conjunto de conductas realizadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas. (Caballo, 1993), (6 ítems usuarios, 6 ítems familiares).

Rehabilitación socio-laboral:

- **Situación laboral antes del diagnóstico de enfermedad:** realización de una actividad

remunerada del usuario, previa al diagnóstico, (1 ítem usuarios, 1 ítem familiares);

- **Situación laboral actual:** realización de una actividad remunerada en la actualidad por parte del usuario (1 ítem usuarios, 1 ítem familiares);
- **Riesgo de perder pensión asistencial como obstáculo para buscar empleo:** percepción de los usuarios y familiares respecto de perder pensión asistencial en caso de encontrar un trabajo remunerado por parte del usuario, (1 ítem usuarios, 1 ítem familiares);
- **Existencia de un programa de formación o actividades dedicadas a favorecer el empleo:** participación del usuario en actividades de capacitación que promuevan la obtención de herramientas necesarias para obtener un trabajo remunerado en la comunidad, (1 ítem usuarios, 1 ítem familiares);
- **Existencia de actividades ocupacionales orientadas a obtener beneficios económicos:** participación del usuario en actividades ocupacionales propuestas por el centro de rehabilitación psico-social, retribuidas económicamente, (1 ítem usuarios, 1 ítem familiares).

Tratamiento clínico-interventivo:

- **Recursos farmacológicos y profesionales para el tratamiento clínico de la discapacidad:** acceso a fármacos y sesiones con profesionales necesarias para el tratamiento clínico de la discapacidad psíquica, (7 ítems usuarios, 7 ítems familiares);
- **Asistencia a sesiones con Psicólogo:** asistencia a psicoterapia en forma regular por parte del usuario, (1 ítem usuarios, 1 ítem familiares);
- **Contención de los profesionales:** percepción de usuarios y familiares de contar con el cuidado adecuado de los profesionales hacia los usuarios, (1 ítem usuarios, 1 ítem familiares);
- **Asistencia con agrado a sesiones con profesionales:** apreciación subjetiva de usuarios y familiares en cuanto a asistir con agrado a las sesiones con los profesionales por parte de los usuarios, (1 ítem usuarios, 1 ítem familiares);
- **Percepción de apoyo entre pares:** apreciación subjetiva de los usuarios en cuanto a sentir apoyo emocional con otros compañeros del centro de rehabilitación psico-social. (1 ítem usuarios, 0 ítems familiares);

- **Percepción de apoyo entre pares y con profesionales:** apreciación subjetiva de los familiares en cuanto a sentir apoyo emocional con otros apoderados del centro y con los profesionales que asisten a su pariente, (0 ítem usuarios, 2 ítems familiares).

Psico-educación:

- **Identificación momento previo a una crisis:** capacidad que tiene el usuario de prever la ocurrencia de una crisis causada por su discapacidad psíquica, (1 ítem usuarios, 0 ítem familiares);
- **Manejo en crisis:** capacidad de los familiares de actuar adecuadamente frente a una crisis de su familiar, (0 ítem usuarios, 2 ítems familiares);
- **Conocimiento de la discapacidad:** manejo de información de los usuarios y familiares en cuanto a las características de la discapacidad psíquica del usuario, (6 ítems usuarios, 7 ítems familiares);
- **Afrontamiento de estrés, desmotivación, angustia y otros:** percepción de los familiares en cuanto a poseer las herramientas necesarias para enfrentar el estrés, desmotivación, angustia y otros estados emocionales que producidos por la presencia de un pariente con discapacidad psíquica, (0 ítem usuarios, 2 ítems familiares);
- **Participación en el proceso de la rehabilitación psico-social:** participación en instancias que favorezcan el conocimiento y la acción para un mayor protagonismo de usua-

rios y familiares en el proceso de rehabilitación psico-social del usuario, (4 ítems usuarios, 6 ítems familiares).

En vista de los comentarios surgidos a partir de las respuestas, se decidió agregar una nueva variable: **la del compromiso en el proceso de rehabilitación psico-social**, tanto en los usuarios como en los familiares, cuyos datos se establecieron como complemento, ya que no miden el concepto de NIS. Conceptualmente, se definió como la apreciación subjetiva en la adherencia al tratamiento psico-social y su responsabilidad como usuario y familiar de formar parte de las actividades de rehabilitación. Operacionalmente se entendió como el grado de motivación y participación en las actividades realizadas en el Centro de Rehabilitación Psico-social.

Las categorías utilizadas en dicha variable se definieron de la siguiente forma:

- **Asistencia a las actividades propuestas por el Centro de Rehabilitación por parte de los familiares,** (1 ítem familiares, 0 ítem usuarios);
- **Asistencia con agrado a actividades del Centro de Rehabilitación Psico-social por parte de los usuarios,** (2 ítems usuarios);
- **Utilidad de las actividades propuestas por el Centro de Rehabilitación Psico-social para una mayor integración en la comunidad:** percepción de los usuarios respecto a la utilidad de las actividades realizadas en el centro de rehabilitación para una mayor integración de éstos en la comunidad, (0 ítem familiares, 1 ítem usuarios);

- **Asistencia con agrado a reuniones del Centro de Rehabilitación Psico-social, por parte de los familiares,** (1 ítem familiares, 0 ítem usuarios);
- **Asistencia al Centro de Rehabilitación en forma obligada o por voluntad propia, por parte de los usuarios,** (0 ítem familiares, 1 ítem usuarios);
- **Responsabilidad respecto de las actividades realizadas en el Centro:** preocupación en cuanto a la puntualidad, realización adecuada de las actividades y de informarse de cuando se realizan éstas, por parte de ambos grupos, (1 ítem familiares, 2 ítems usuarios);
- **Percepción de la importancia de la participación activa de los familiares en el proceso de rehabilitación de su pariente,** (1 ítem familiares, 0 ítem usuarios);
- **Percepción de conformidad por parte de usuarios y familiares con el tratamiento de rehabilitación psico-social,** (1 ítem familiares, 1 ítem usuarios).

7. Resultados.

7.1 Perfil del grupo "usuarios".

Se perfila el prototipo del usuario encuestado como una persona adulta, ampliamente representado en el rango que va desde los 38 a 49 años, en su mayor parte de género masculino (64%), con un nivel de escolaridad media completa (44%), con diagnóstico de Esquizofrenia

(68%), superando en un alto porcentaje al diagnóstico de Bipolaridad, y que lleva máximo un año asistiendo al centro de rehabilitación psicosocial (54%).

(Ver gráficos 1 al 5)

Gráfico 1. Perfil Edades. Usuarios.

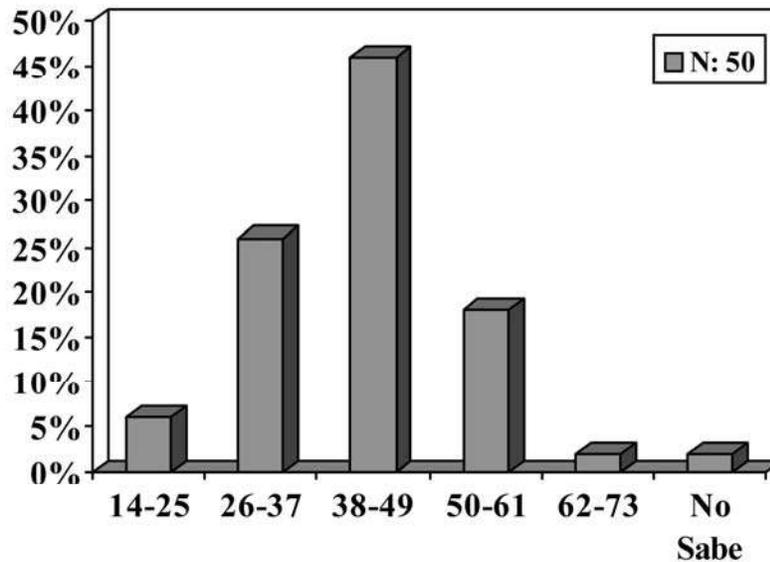


Gráfico 2. Perfil Género. Usuarios.

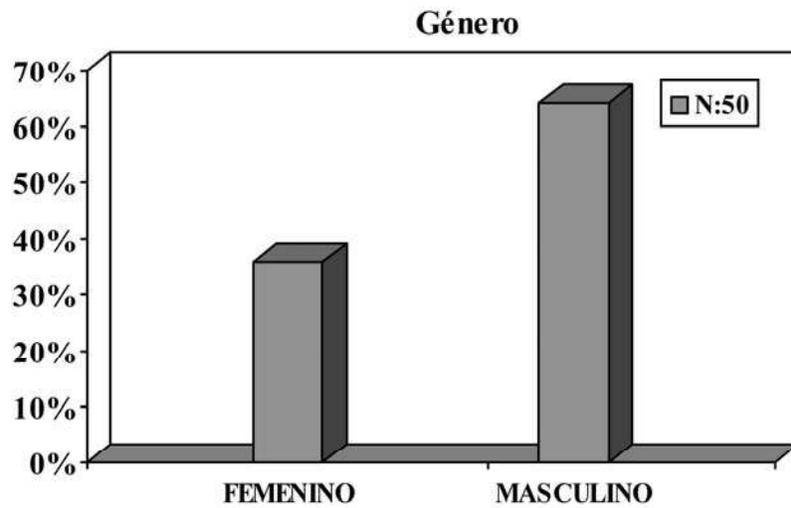


Gráfico 3. Perfil Nivel de Escolaridad. Usuarios.

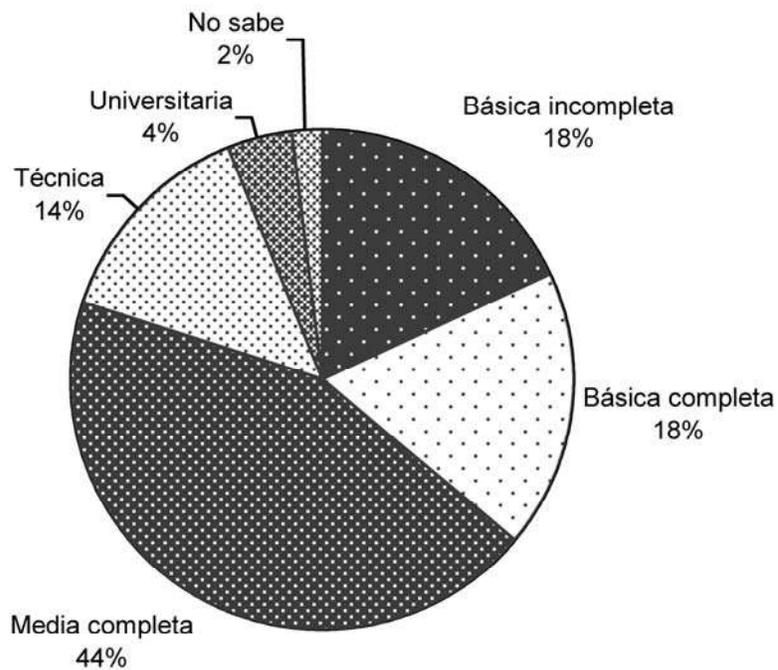


Gráfico 4. Perfil Diagnóstico. Usuarios.

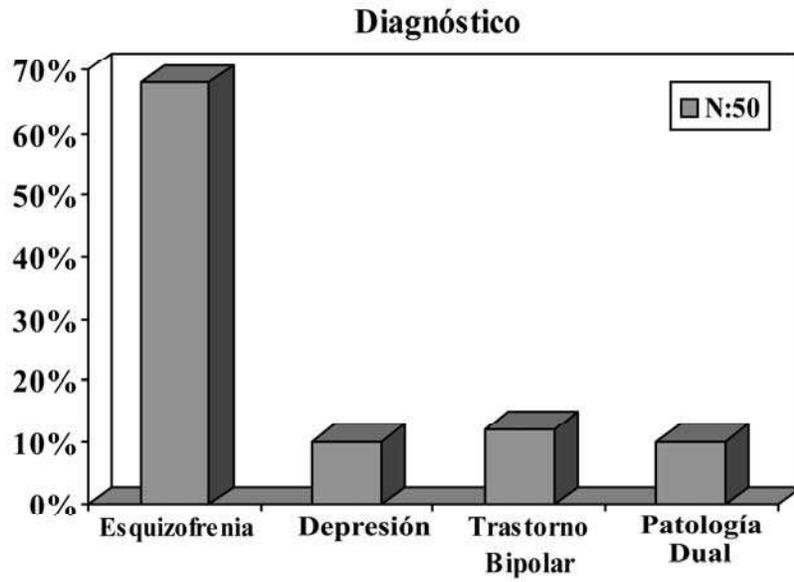
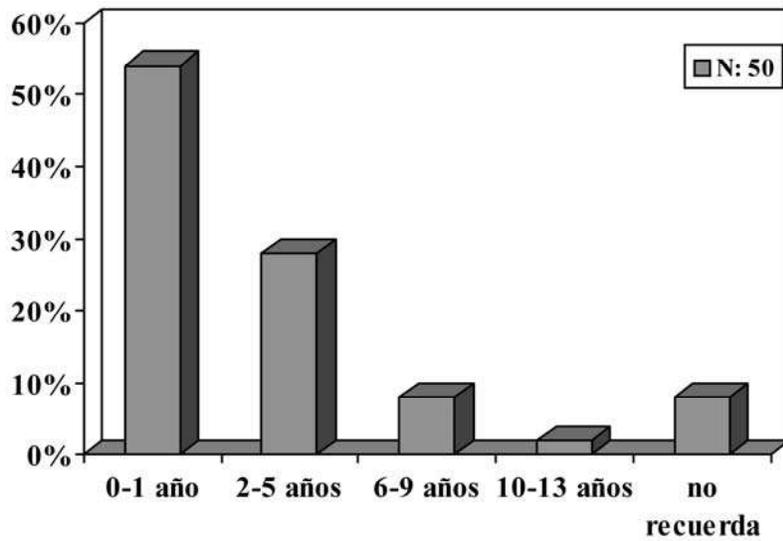


Gráfico 5. Tiempo en el Centro de Rehabilitación.



7.2 Perfil del grupo "familiares".

A su vez, se advierte el prototipo del familiar encuestado como una mujer adulta, en el rango de edad entre 56-66 años, seguido de cerca por el rango entre 67-77 años, prácticamente en su totalidad madres o familiares cercanos al usuario. La ocupación de la cuidadora del usuario es

principalmente los quehaceres de la casa (53%), seguida por un 23% de ocupación en labores técnicas, un 17% jubilada y sólo un 7% con ocupaciones profesionales.

(Ver Gráficos 6 al 9)

Gráfico 6. Perfil Edades. Familiares.

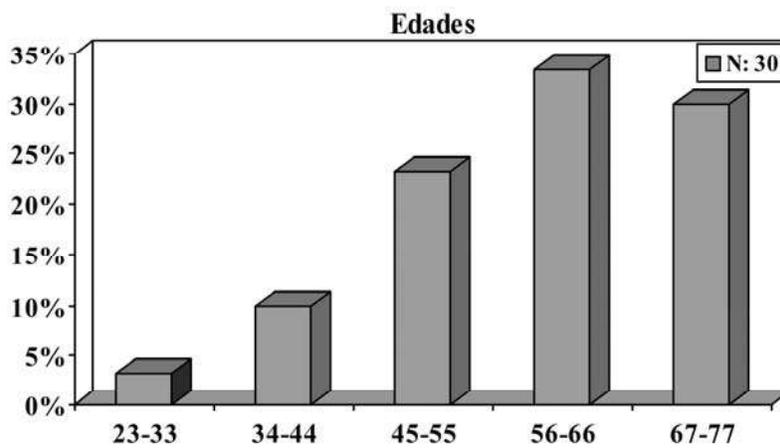


Gráfico 7. Perfil Género. Familiares.

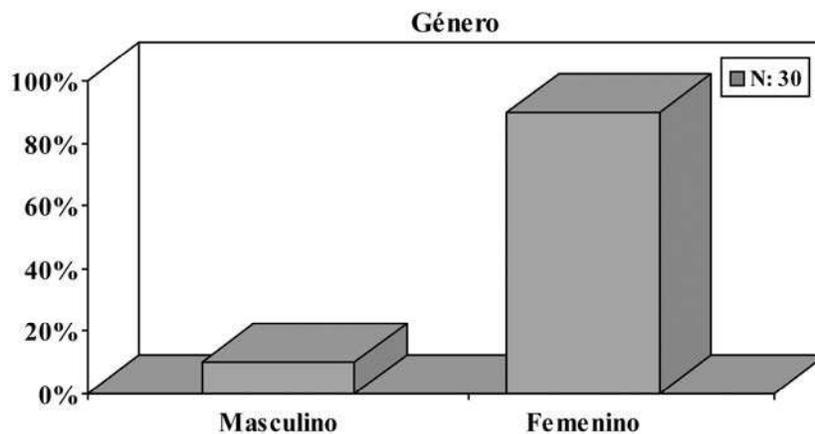


Gráfico 8. Perfil Parentesco. Familiares.

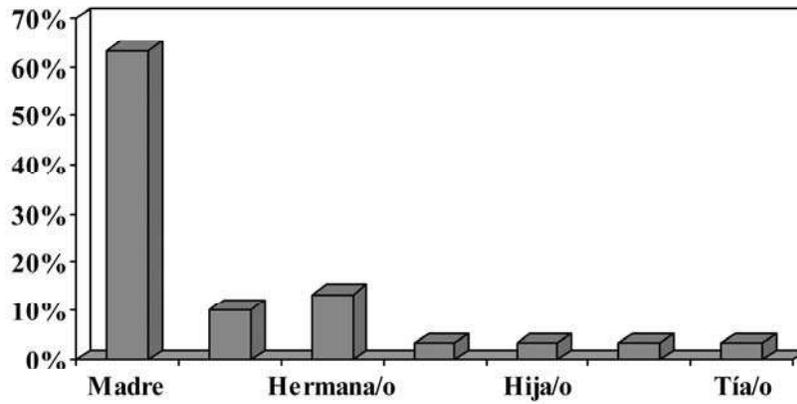
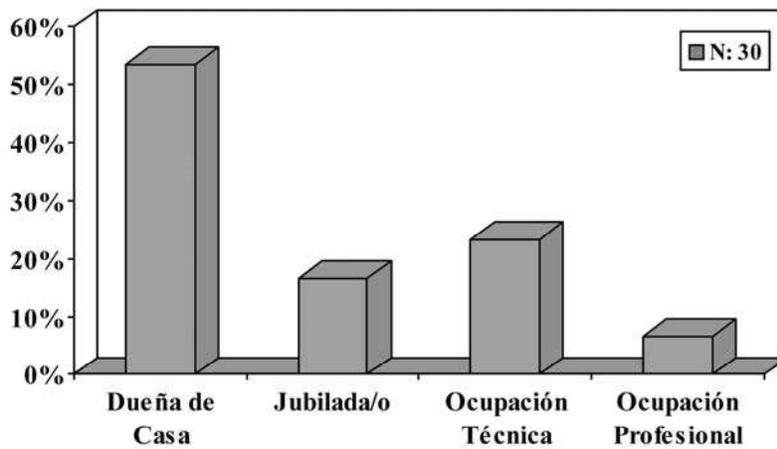


Gráfico 9. Perfil Ocupación. Familiares.



7.3 Resultados referidos a necesidades.

Como se indicó antes, para efectos de medición del grado de NIS, se indagó respecto de la opinión en torno a necesidades agrupadas en el siguiente orden:

- **Rehabilitación psico-social** (que incluye habilidades domésticas y de auto-cuidado,

comunitarias e interpersonales, así como uso del tiempo libre): se advierte que las distinciones tienden a concentrarse en el rango “medio bajo”; aún así, un total de 10 usuarios varones (31%) indica presentar necesidades “media alta” y “alta”, lo que aumenta –en ese polo– a un **61% en las mujeres encuestadas**; entre los aspectos que considera esta área, tanto hombres como mujeres manifiestan tener baja ne-

cesidad en auto-cuidado y habilidades domésticas (66%), pero en cuanto a “manejo del tiempo libre” las respuestas tienden a equilibrarse: 47% de los usuarios varones y 55% de las mujeres señalan los rangos medio y alto; algo similar ocurre con las habilidades comunitarias: un 56% de los hombres se ubica con

necesidades medias y altas, llegando a un 78% en las mujeres; por último en esta dimensión, la necesidad de mayores habilidades interpersonales se agrupa en las distinciones “media” y “alta”: se alcanza un promedio similar en los dos géneros de 94%;

(Ver gráficos 10 al 14)

Gráfico 10. Rehabilitación Psico-social. Usuarios.

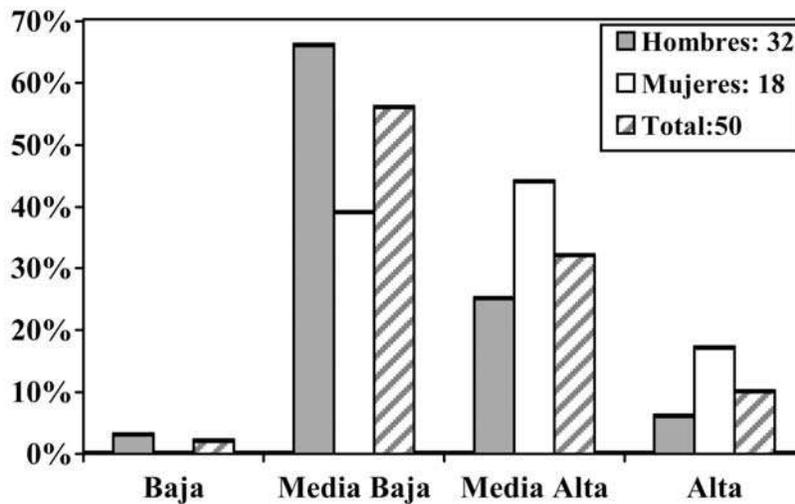


Gráfico 11. Auto-cuidado y Habilidades Domésticas. Usuarios.

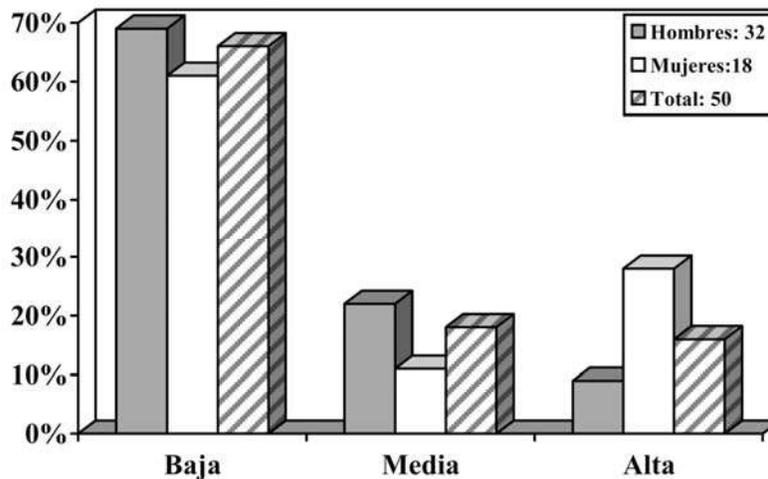


Gráfico 12. Manejo adecuado del Tiempo libre. Usuarios.

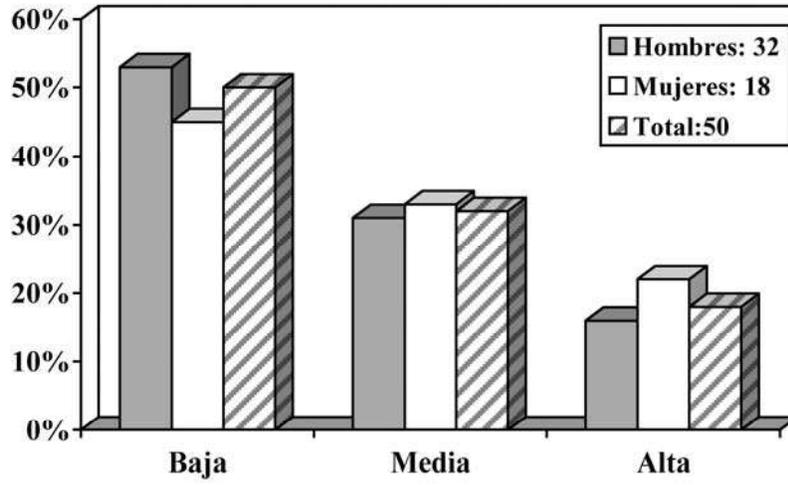


Gráfico 13. Habilidades Comunitarias. Usuarios.

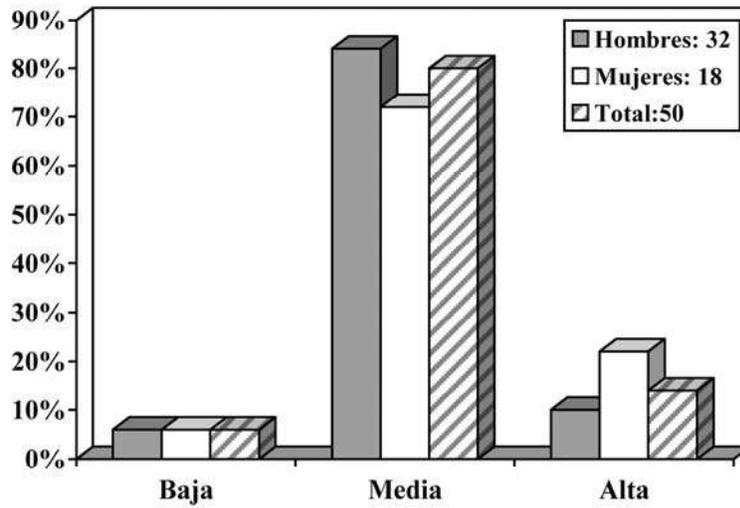
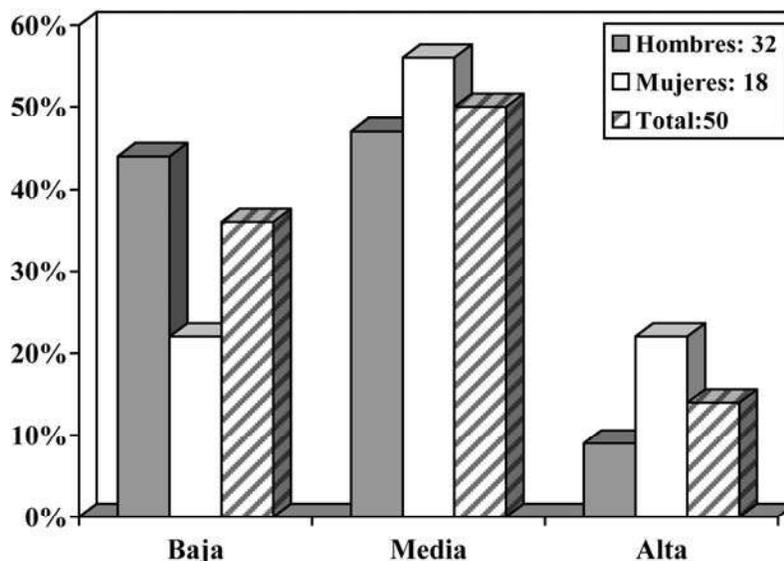


Gráfico 14. Habilidades Interpersonales. Usuarios.



Rehabilitación socio-laboral: en total, en hombres y mujeres, un 68% señala no tener cubierta esta necesidad: donde las mujeres, en un 78%, se ubican en el extremo de "media alta" y "alta necesidad"; los resultados en este ámbito aparecen consistentes: de todos los usuarios, un 40% no contaba con un trabajo remunerado antes del diagnóstico, lo que aumentó a un 66% una vez declarada la condición de discapacidad psíquica; además, el riesgo de perder la pensión

asistencial como obstáculo para buscar empleo es reconocido por el 64%; junto con esto, sólo un 38% expresa formar parte de actividades de capacitación para acceder a algún tipo de empleo remunerado, y un 22% indica que sus actividades ocupacionales están orientadas a recibir beneficios económicos;

(Ver Gráficos 15 al 20)

Gráfico 15. Rehabilitación Socio-laboral. Usuarios.

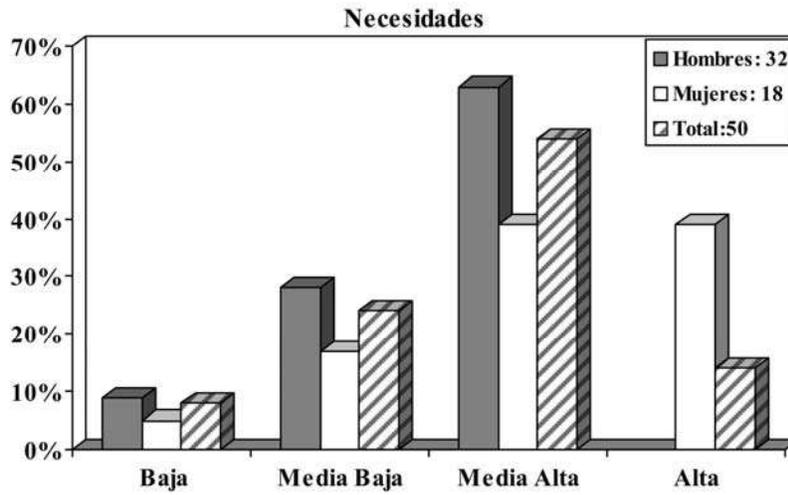


Gráfico 16. Trabajo Remunerado Antes del Diagnóstico. Usuarios.

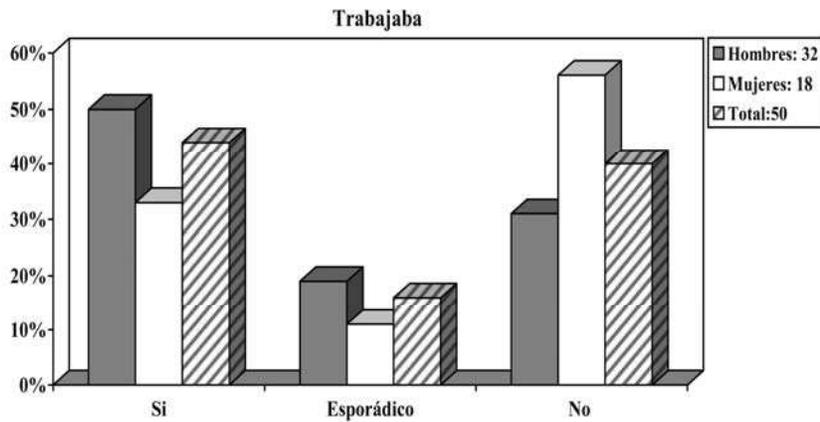


Gráfico 17. Situación laboral Actual. Usuarios.

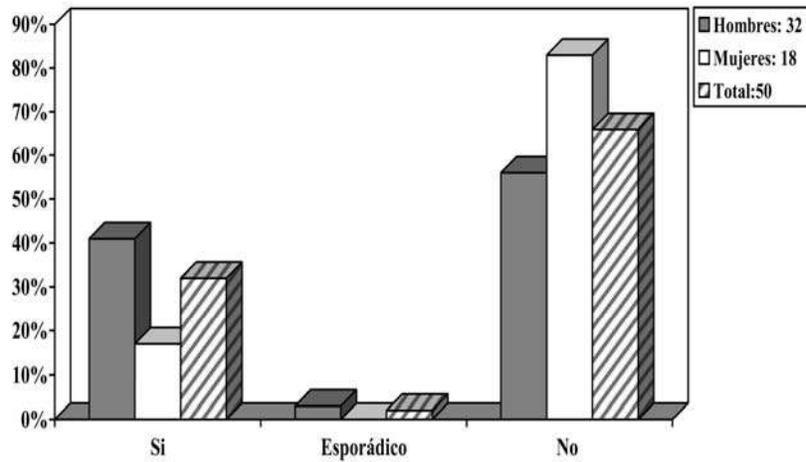


Gráfico 18. Riesgo de perder pensión asistencial como obstáculo para buscar empleo. Usuarios.

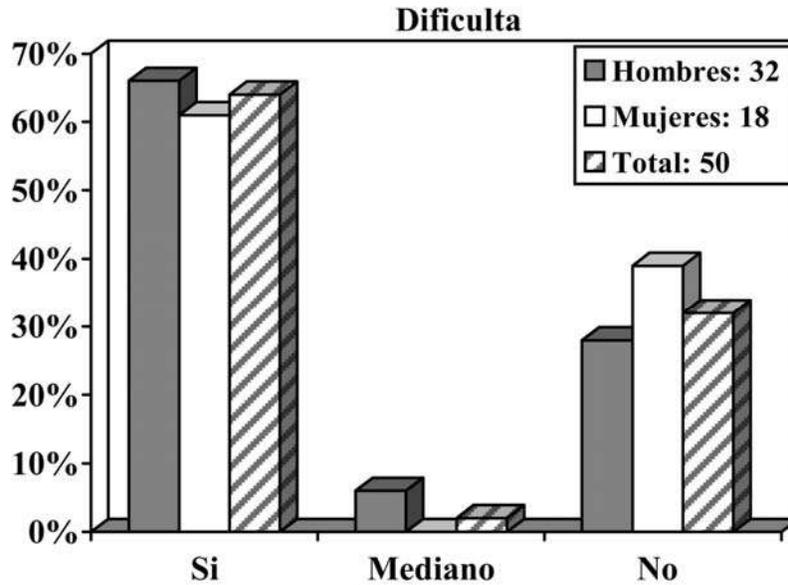


Gráfico 19. Capacitación para acceder a empleo. Usuarios.

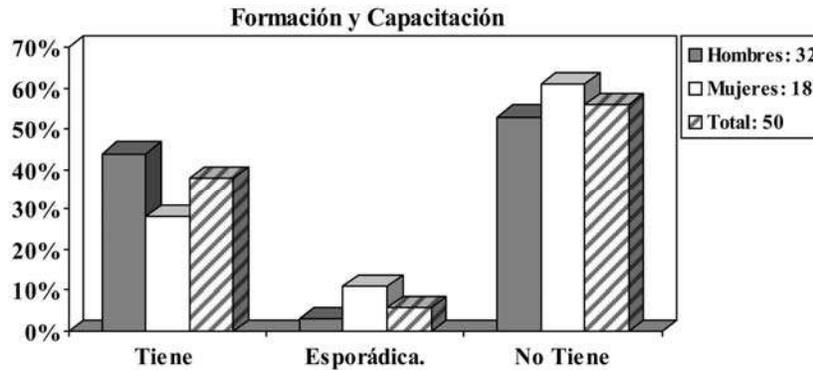
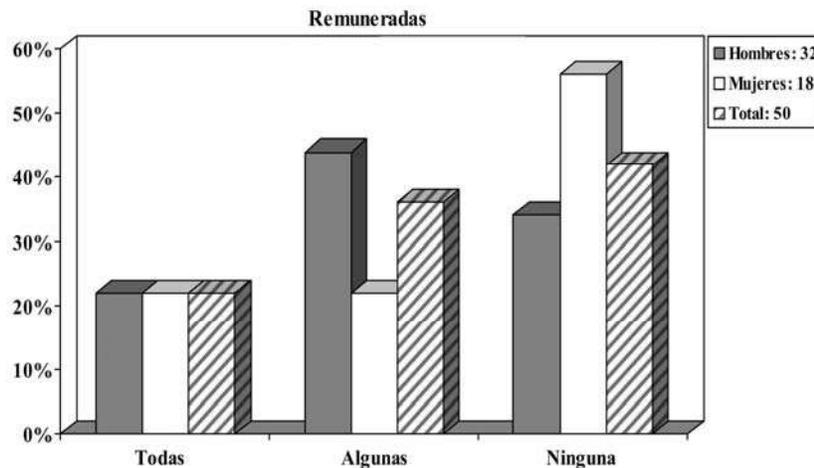


Gráfico 20. Actividades Ocupacionales Remuneradas. Usuarios.



• **Tratamiento clínico interventivo:** a diferencia de la dimensión anterior, en ésta los usuarios consideran, mayoritariamente (82%), tener cubierta esta necesidad: los recursos farmacológicos y profesionales aparecen disponibles (60%), aún cuando cabe destacar que un 66% de los varones y un 72% de las damas asiste esporádicamente o nunca al psicólogo; en todo caso, una de las necesidades mejor satisfechas, en opinión de los usuarios, dice relación con la conten-

ción recibida de parte de los profesionales que los atienden en los centros de rehabilitación, bien evaluada por un 86% encuestados; a esto se agrega el que la mayoría de ellos asiste con agrado a las sesiones (62%) y, completando la apreciación positiva en esta área, se constata una favorable percepción de apoyo entre los usuarios, siendo más marcada esta tendencia entre las mujeres (67%);

(Ver gráficos 21 al 26)

Gráfico 21. Tratamiento Clínico-Interventivo. Usuarios.

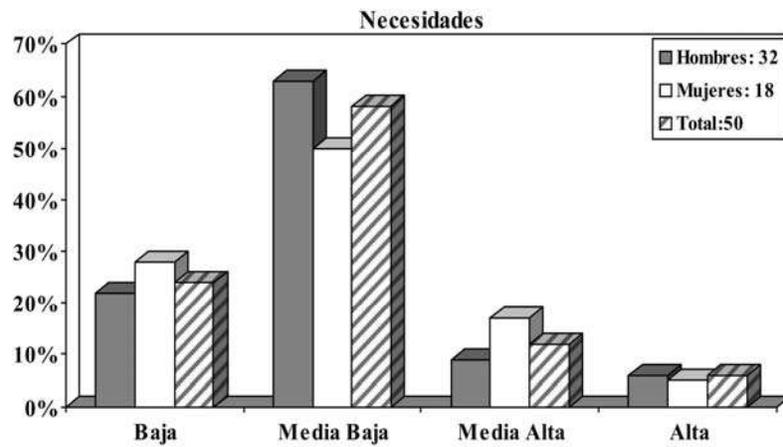


Gráfico 22. Acceso a Recursos Farmacológicos y Profesionales para el Tratamiento Clínico de la Discapacidad. Usuarios.

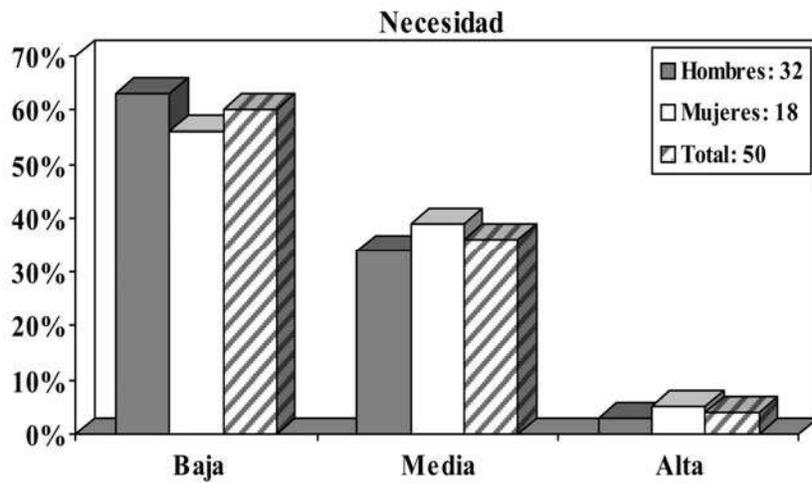


Gráfico 23. Asistencia a Sesión con Psicólogo. Usuarios.

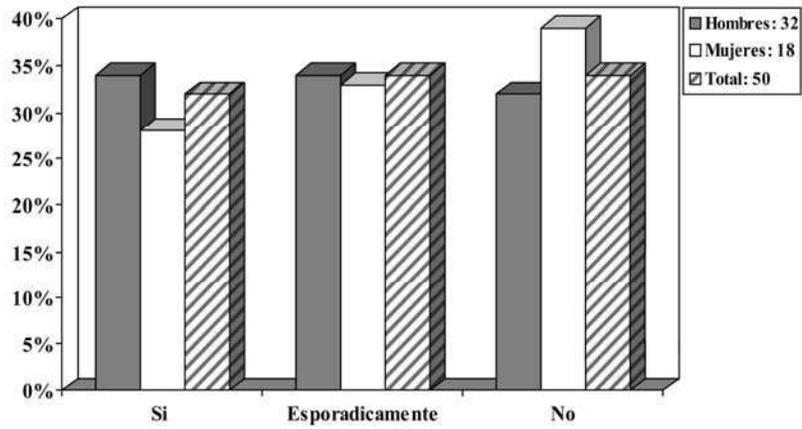


Gráfico 24. Percepción Contención Profesionales. Usuarios.

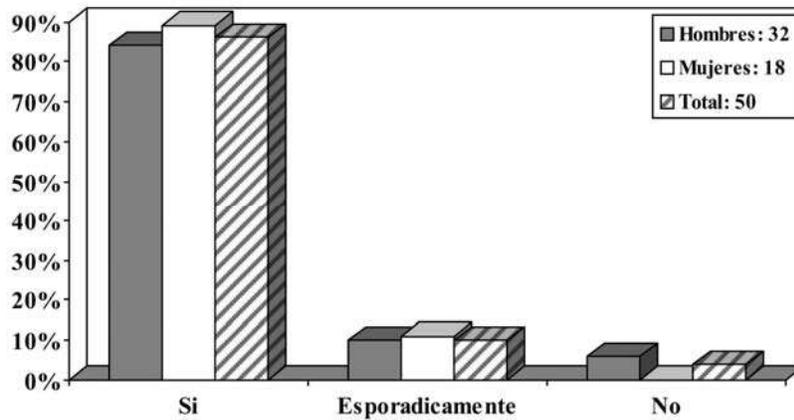


Gráfico 25. Asiste con Agrado a Sesiones con Profesionales. Usuarios.

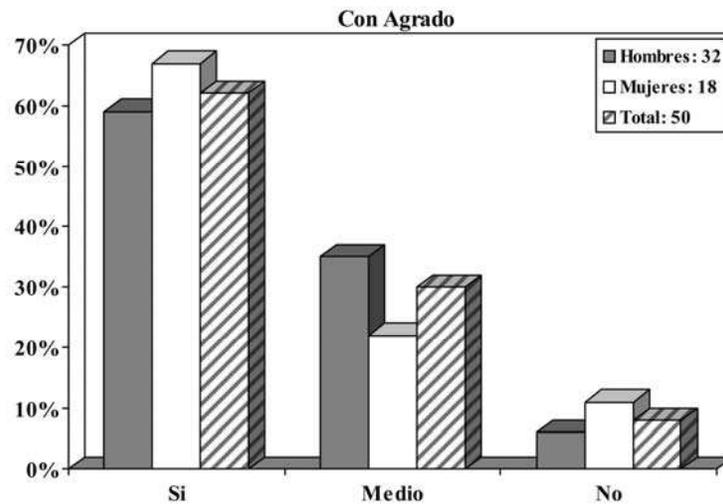
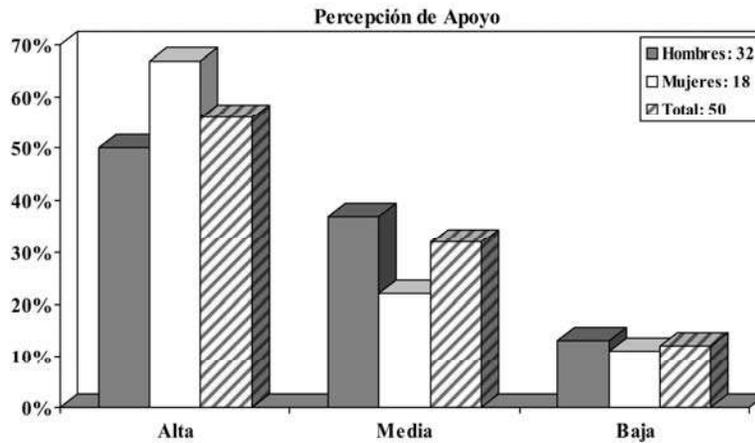


Gráfico 26. Percepción Apoyo entre Usuarios.



• **Psico-educación:** 16 varones (50%) y 11 mujeres (61%) manifestaron tener una "media alta" o "alta" necesidad en este ámbito: sumando los rangos medio y bajo, resulta que un 34% de los hombres y un 50% de las mujeres no identifica plenamente el momento previo de la crisis; el grupo, en su mayoría (68%), estima no poseer un alto

grado de conocimiento de su discapacidad, condición que es más acentuada en los hombres (72%); además, un 60% de los hombres y un 78% de las mujeres señala una mediana o baja participación en su proceso de rehabilitación;

(Ver gráficos 27 al 30)

Gráfico 27. Psico-educación. Usuarios.

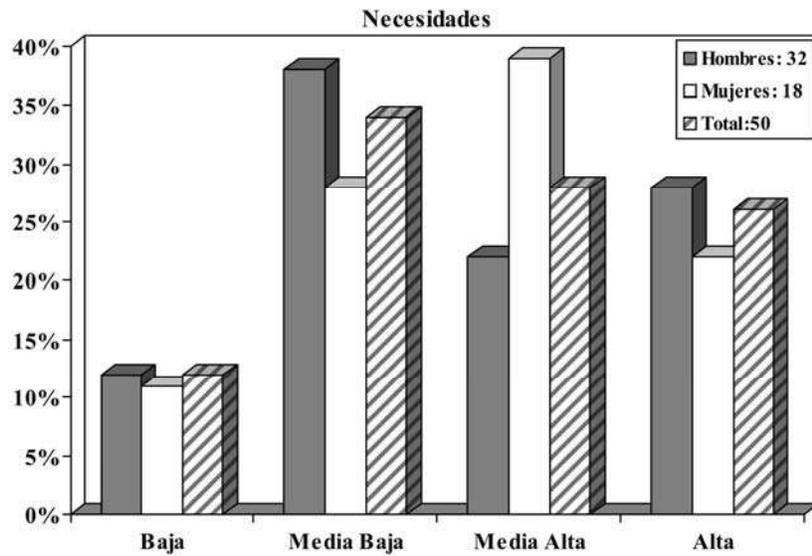


Gráfico 28. Identificación Momento Previo a una Crisis. Usuarios.

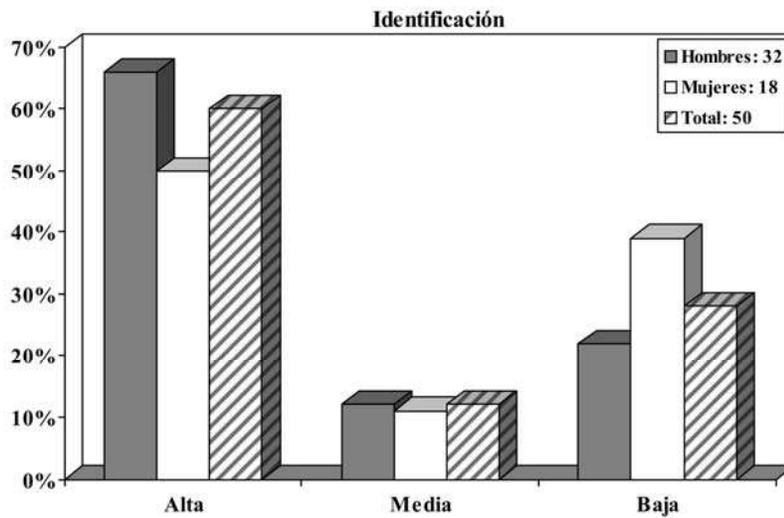


Gráfico 29. Conocimiento del Trastorno. Usuarios.

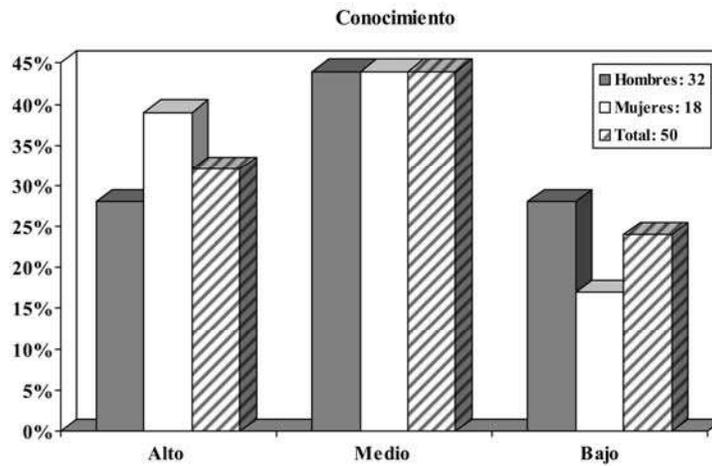
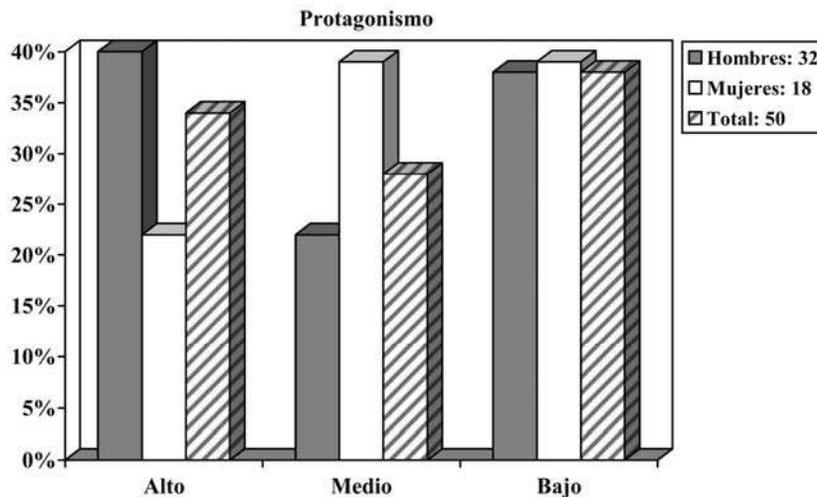


Gráfico 30. Protagonismo en su Proceso de Rehabilitación. Usuarios.



- **Compromiso en el proceso de rehabilitación:** no obstante lo anterior, los usuarios en general (80%) se manifiestan altamente comprometidos con el proceso que siguen; asisten con agrado a las actividades que se les proponen (84%), perciben como altamente útiles las actividades dirigidas a lograr una mayor integración en la comunidad (88%) y

asisten por su propia voluntad al Centro de rehabilitación (80%), aunque debe destacarse que cinco mujeres (28%) declaran hacerlo obligadamente; asimismo, se indican como responsables para con las actividades que realiza el Centro (86%) y se encuentran conformes con el tratamiento que llevan (86%).

(Ver gráficos 31 al 36)

Gráfico 31. Compromiso en su proceso de rehabilitación psico-social. Usuarios.

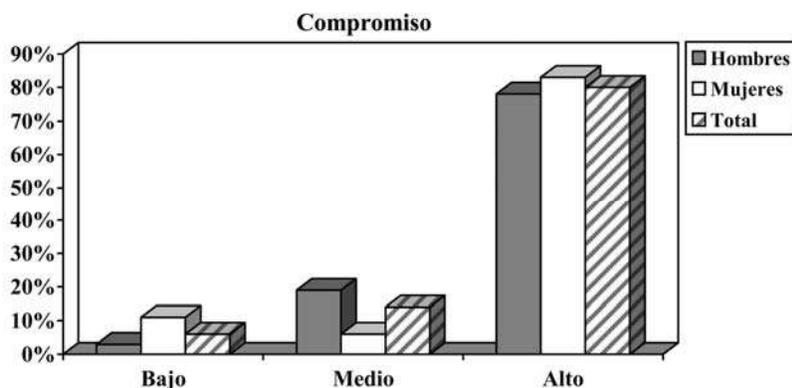


Gráfico 32. Asiste con agrado a actividades propuestas por el centro de rehabilitación.

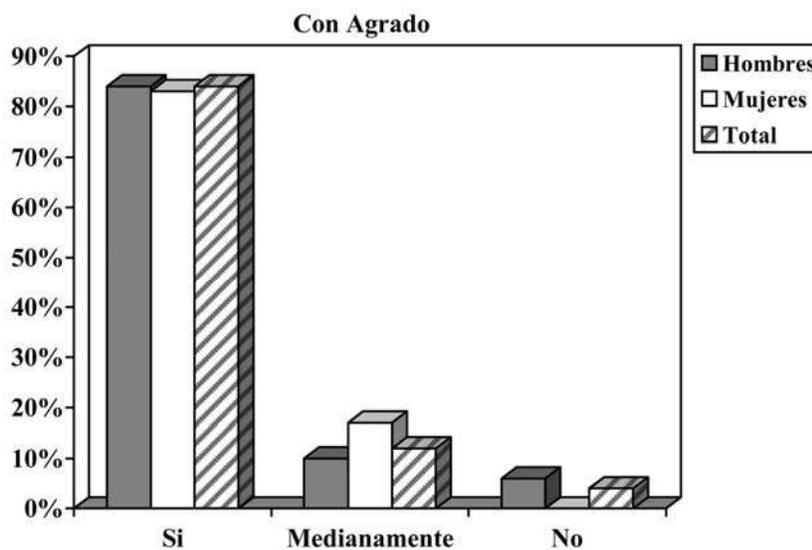


Gráfico 33. Percepción de actividades para integrarse a la comunidad. Usuarios.

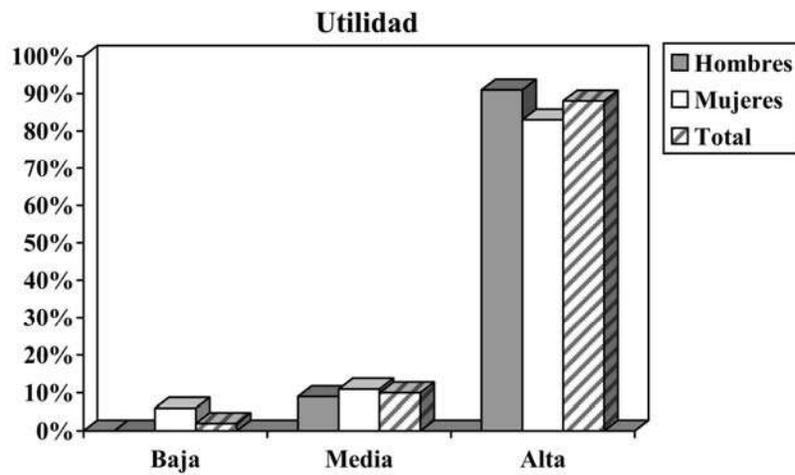


Gráfico 34. Asistencia por voluntad propia a actividades del centro de rehabilitación. Usuarios

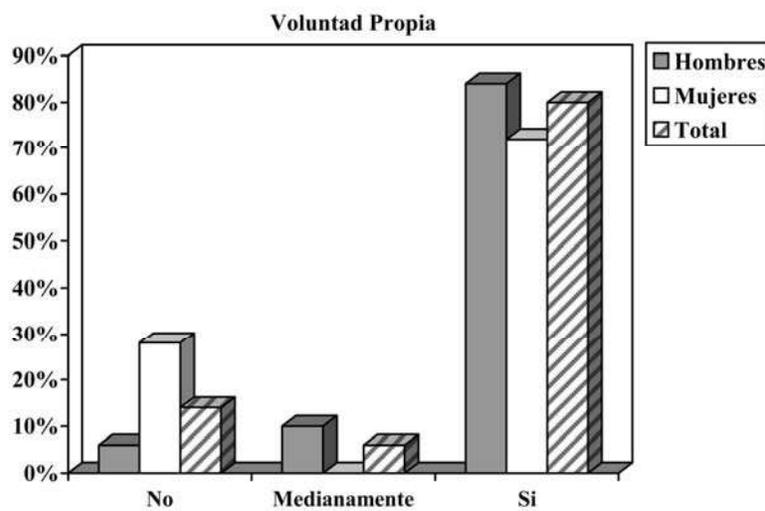


Gráfico 35. Responsabilidad con las actividades del centro. Usuarios.

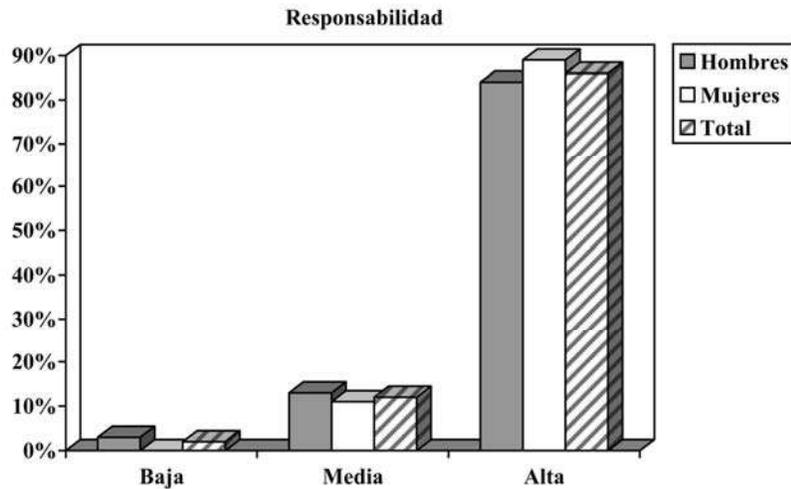
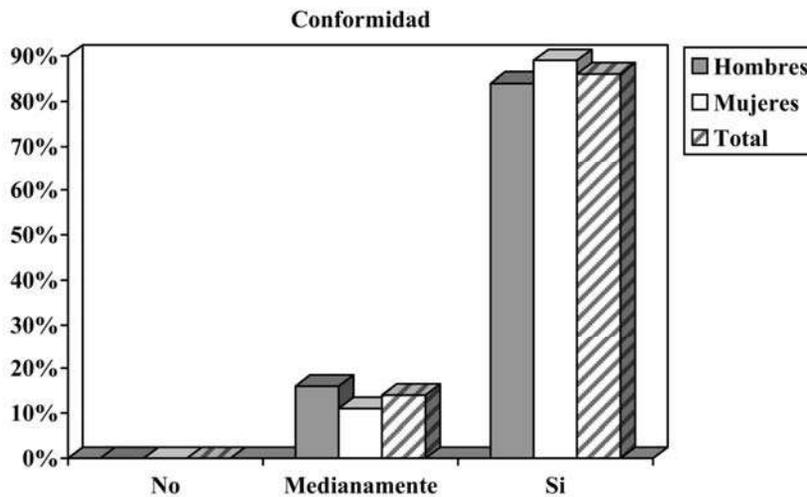


Gráfico 36. Conformidad con su proceso de rehabilitación. Usuarios.

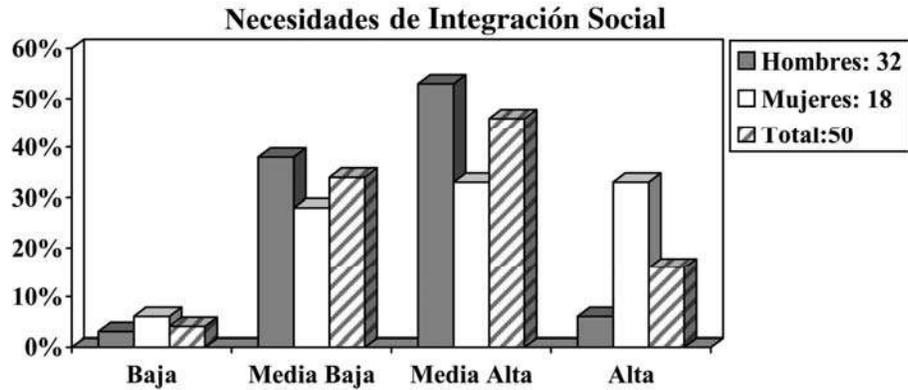


En síntesis, agrupados todos estos indicadores, se aprecia que 19 usuarios varones (59%) evidencia un grado de necesidad de integración

social medianamente alta y alta, lo que se eleva a un 66% en el caso de las mujeres.

(Ver gráfico 37)

Gráfico 37. Necesidades de Integración Social. Usuarios.



En cuanto al grupo familiares, se procedió de la manera descrita antes, determinando el grado de necesidad a partir de las siguientes dimensiones:

Rehabilitación psico-social: de un total de treinta familiares encuestados, un 37% ubica a su pariente en el rango de media-alta y alta necesidad en este ámbito, destacando el aumento a un 63% en el rango de media y alta necesidad respecto de la opinión sobre las necesidades de auto-cuidado y habilidades

domésticas de sus parientes; además, el 76% de los familiares opina que su pariente presenta un “adecuado uso del tiempo libre”, situación contraria al desarrollo de habilidades comunitarias, donde un 67% de los encuestados ubican a su familiar en el rango de **media y alta necesidad**; ligado a esto, la mayoría de los encuestados (84%) reconoce que su pariente presenta déficit referente a habilidades interpersonales; (Ver gráficos 38 al 42)

Gráfico 38. Rehabilitación Psico-social. Familiares.

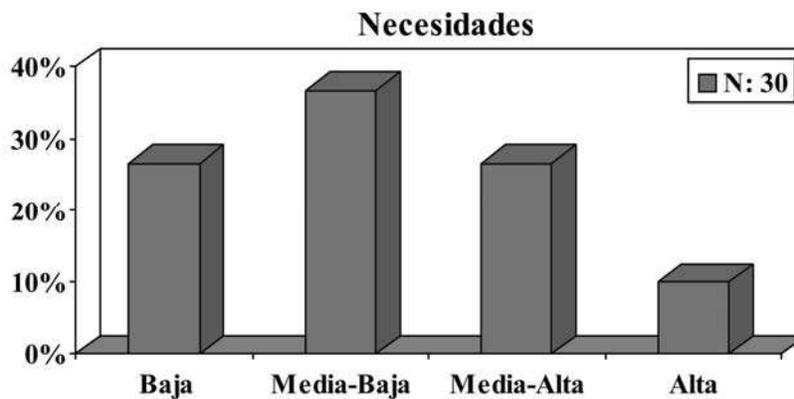


Gráfico 39. Auto-cuidado y Habilidades Domésticas. Familiares.

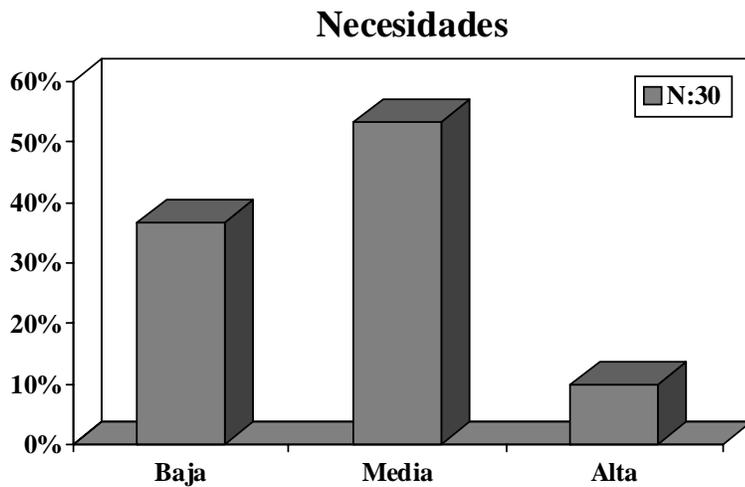


Gráfico 40. Utilización Adecuada del Tiempo Libre. Familiares.

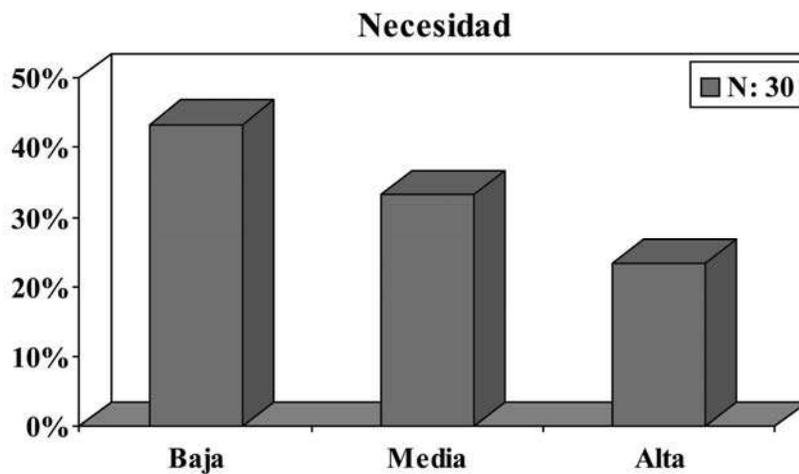


Gráfico 41. Habilidades Comunitarias. Familiares.

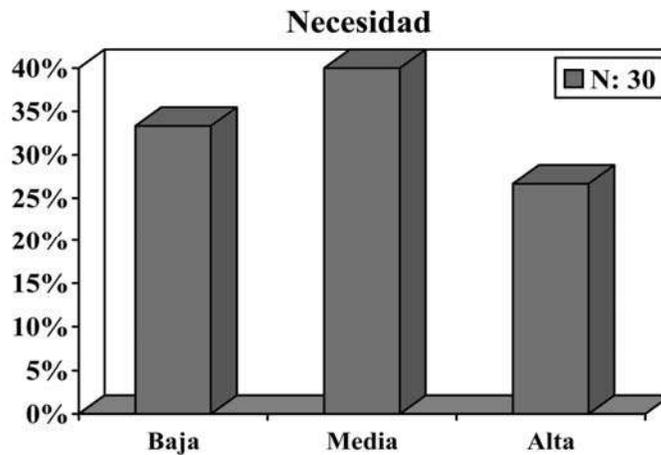
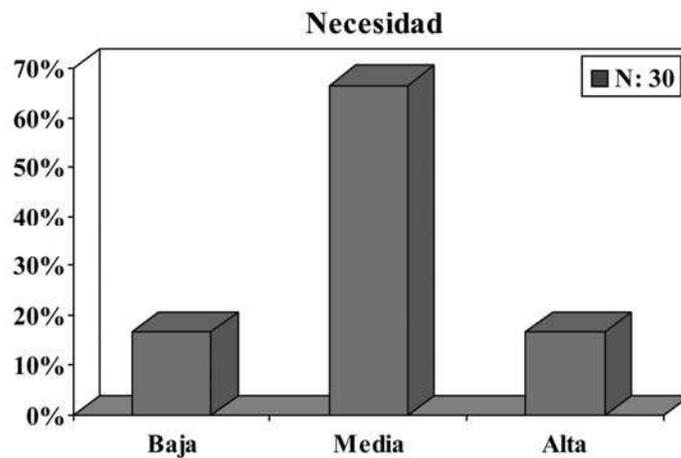


Gráfico 42. Habilidades Interpersonales. Familiares.



- Rehabilitación socio-laboral:** en total, un 77% de los familiares ubica a su pariente en el rango de **media-alta y alta-necesidad**; un 50% de los usuarios **no tenía trabajo remunerado antes del diagnóstico** según opinión de su familiar, porcentaje que aumenta a un 66% respecto de la situación laboral actual; junto con esto, 19 de los 30 encuestados consideran que el riesgo de perder la pensión asistencial es un obstáculo pa-

ra que sus familiares busquen empleo; otra dificultad señalada es que el 53% de los usuarios **no presenta en la actualidad capacitación para acceder a un trabajo remunerado** en opinión de sus familiares, y de las actividades ocupacionales realizadas, la mayoría de este grupo (60%) señala que **ninguna** de éstas es remunerada;

(Ver gráficos 43 al 48)

Gráfico 43. Rehabilitación Socio-laboral. Familiares.

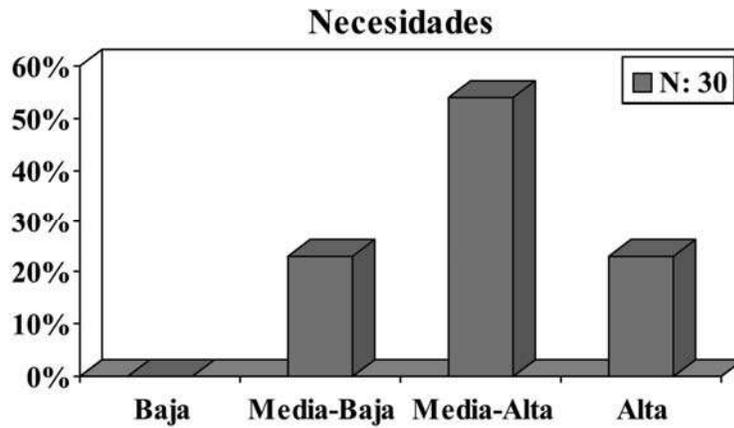


Gráfico 44. Trabajo Remunerado Antes del Diagnóstico. Familiares.

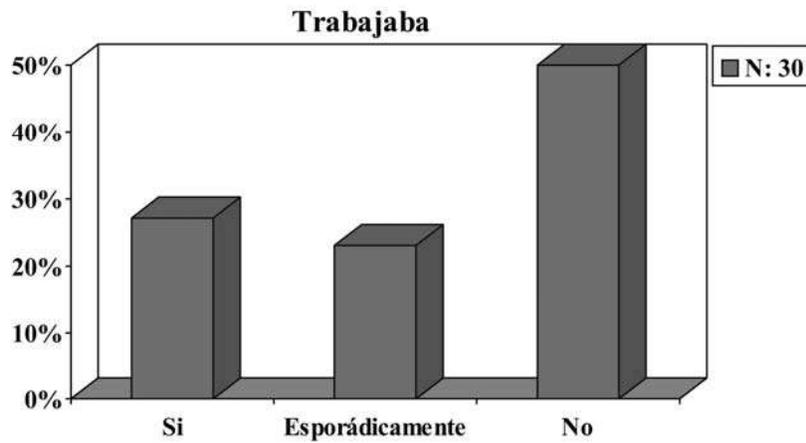


Gráfico 45. Situación Laboral Actual. Familiares.

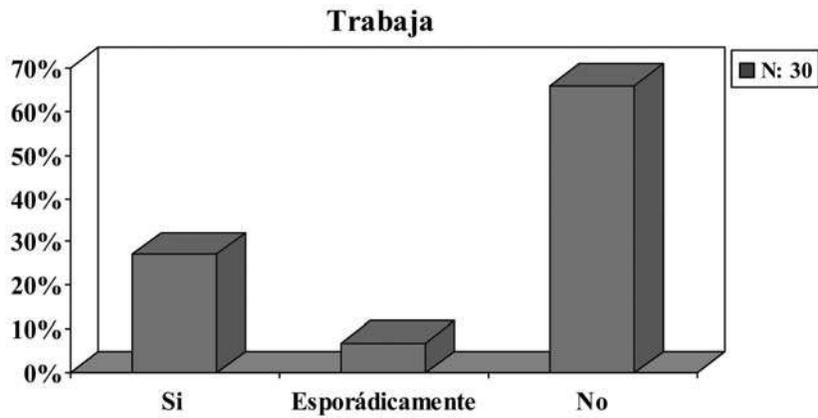


Gráfico 46. Riesgo de perder pensión asistencial como obstáculo para buscar empleo. Familiares.

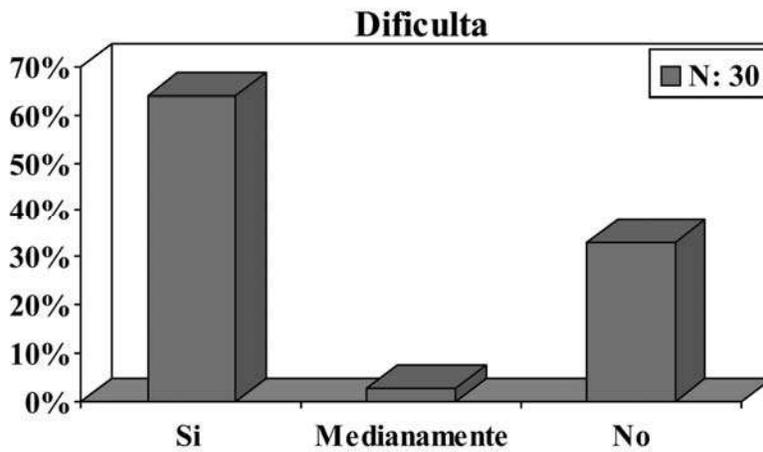


Gráfico 47. Capacitación Actual para Acceder a Empleo. Familiares.

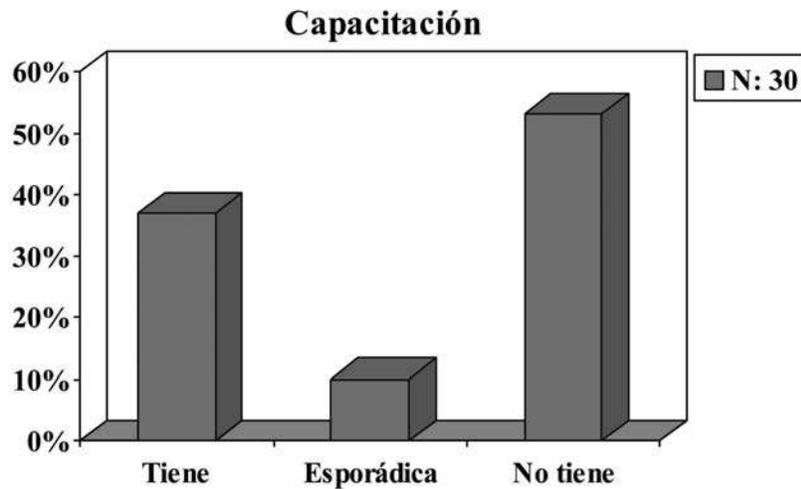
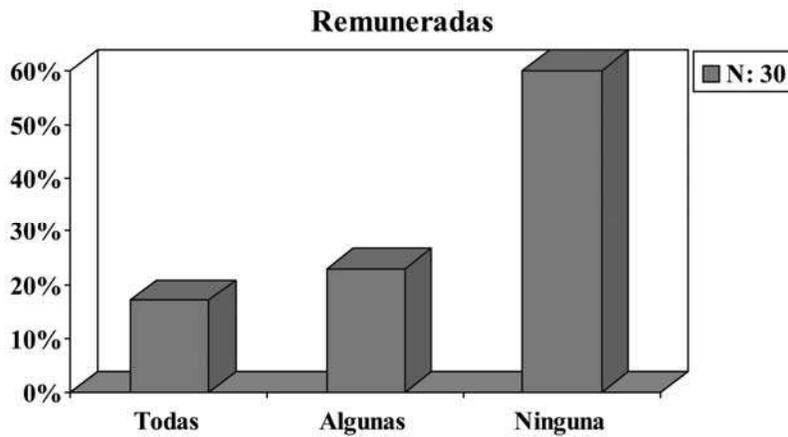


Gráfico 48. Actividades Ocupacionales. Remuneradas.



• **Tratamiento clínico-interventivo:** en esta dimensión, a diferencia de los usuarios, los familiares señalan en su mayoría (60%) que sus parientes **no tienen cubierta esta necesidad**; no obstante, declaran tener acceso a los remedios y a los profesionales para el tratamiento de la enfermedad (70% acceso medio y 30% alto acceso); por el contrario, sólo un 37% señala que su familiar asiste al Psicólogo en forma constante; un aspecto bien evaluado por

este grupo dice relación con la contención de los profesionales, donde la mayor parte (87%) señala percibir dicha situación, a lo que se suma que un 70% de los familiares señala que sus parientes asisten con agrado a las sesiones con los profesionales; la percepción de apoyo entre los familiares y con profesionales es positiva en un 100%;

(Ver gráficos 49 al 54)

Gráfico 49. Tratamiento Clínico-Interventivo. Familiares.

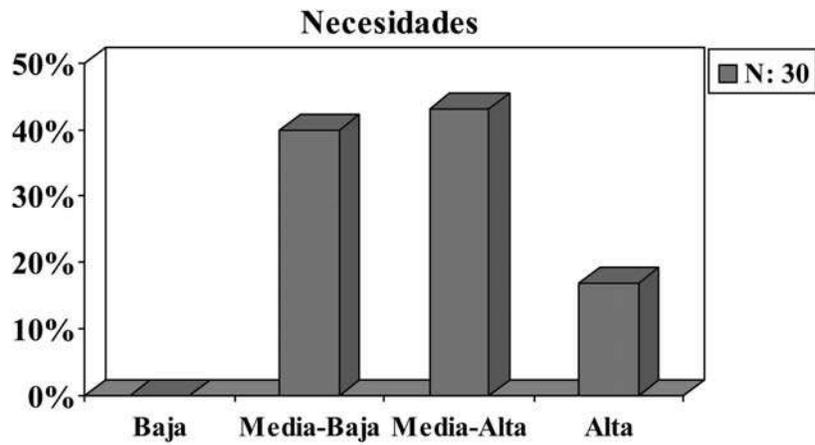


Gráfico 50. Acceso a recursos farmacológicos y profesionales para el tratamiento clínico de la enfermedad. Familiares.

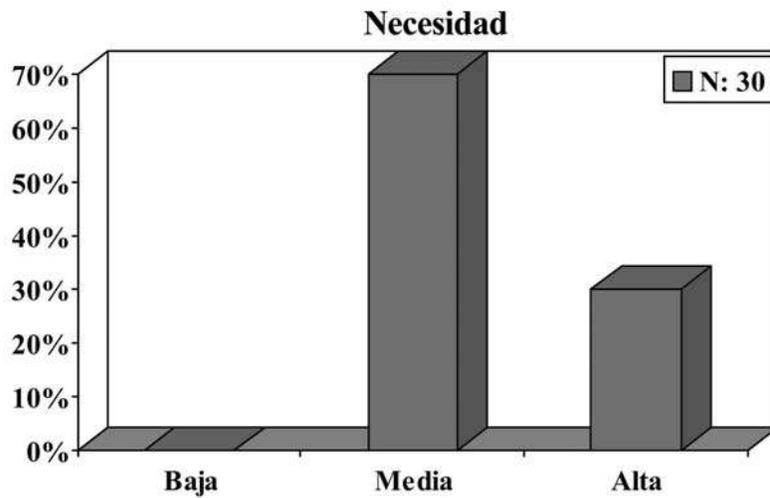


Gráfico 51. Asistencia a sesión con Psicólogo. Familiares.

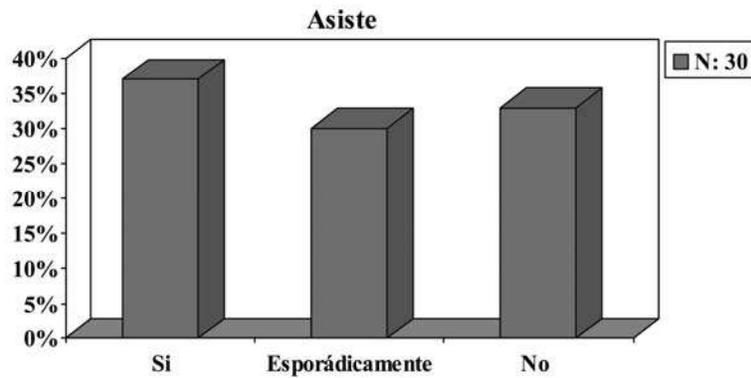


Gráfico 52. Percepción de Contención Profesionales. Familiares.

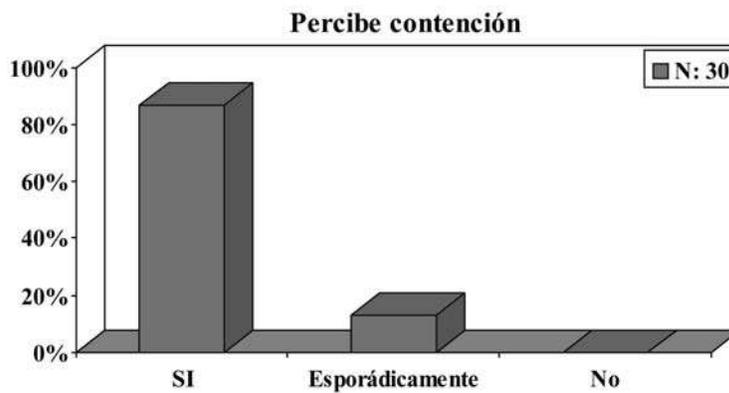


Gráfico 53. Asistencia con agrado a sesiones con profesionales. Familiares.

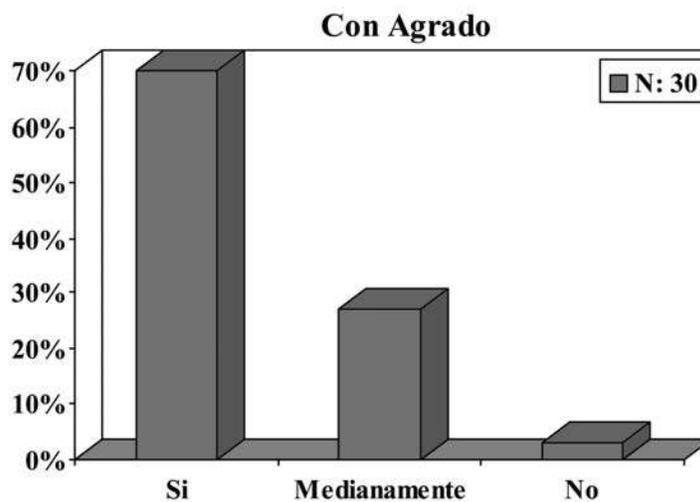
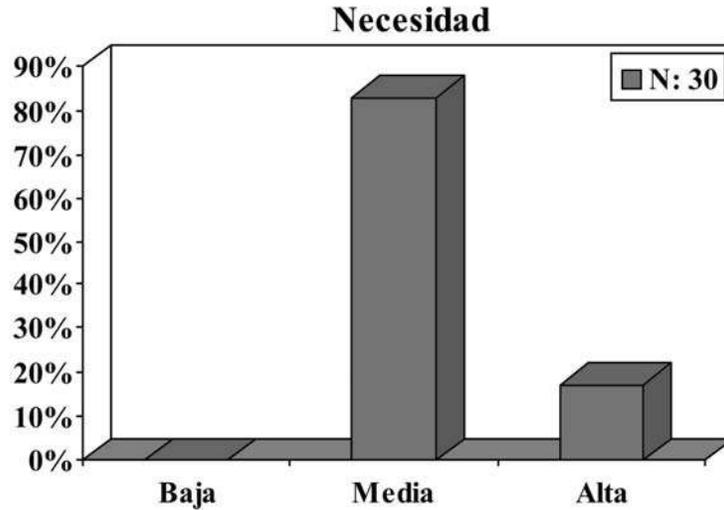


Gráfico 54. Percepción de apoyo entre familiares y con Profesionales. Familiares.



- **Psico-educación:** el 53% de los familiares señala que su pariente usuario presenta necesidades respecto de esta dimensión; un porcentaje similar (57%) reconoce no tener un conocimiento adecuado de la enfermedad de su pariente; del mismo modo, la mayor parte (63%) manifiesta **no disponer** de las

herramientas necesarias para afrontar el estrés, angustia, desmotivación y otros estados emocionales producto de la situación de su familiar, no obstante, la mayor parte (80%) se siente protagonista en el proceso de rehabilitación que sigue su pariente;

(Ver gráficos 55 al 59)

Gráfico 55. Psico-educación. Familiares.

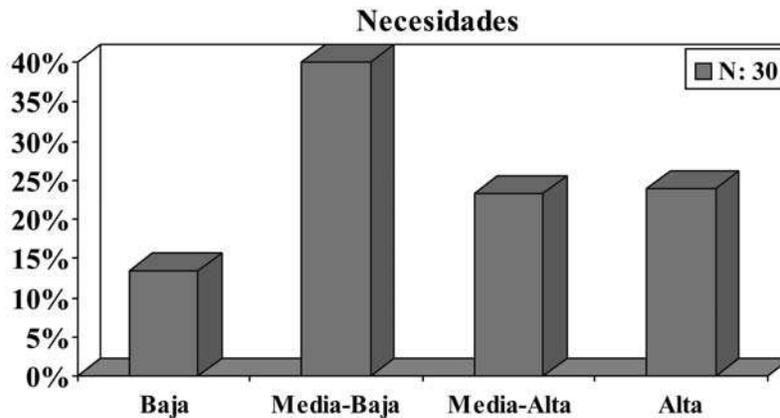


Gráfico 56. Manejo en Crisis. Familiares.

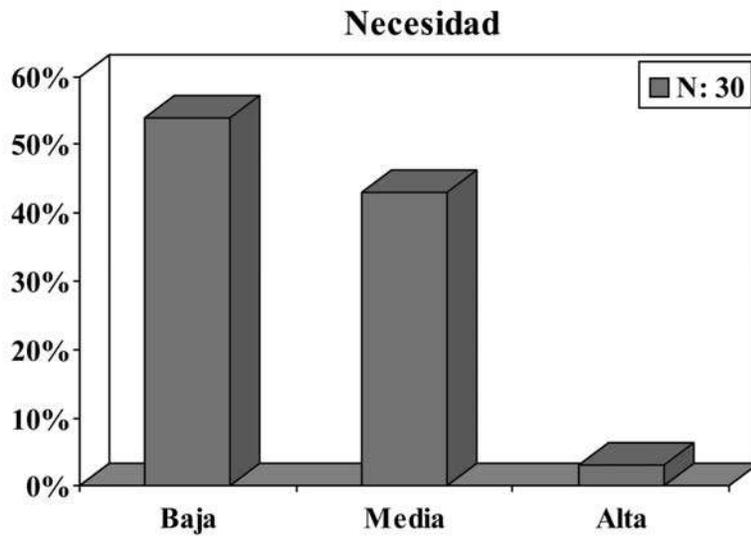


Gráfico 57. Conocimiento Enfermedad. Familiares.

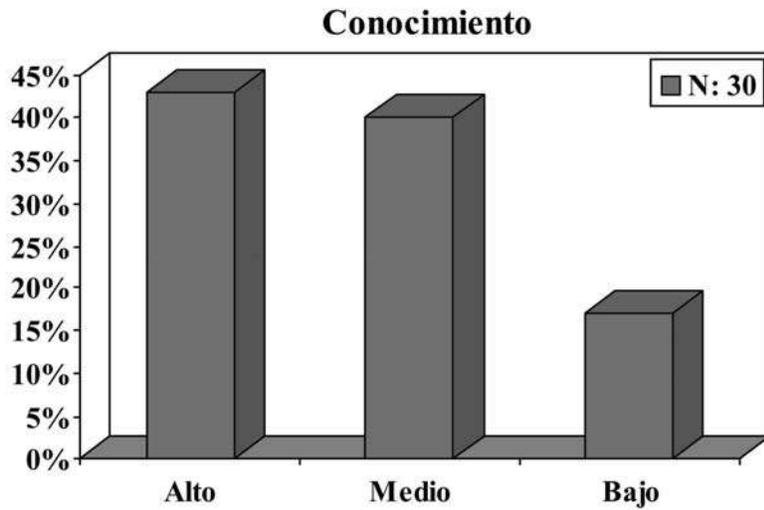


Gráfico 58. Afrontamiento del estrés, desmotivación, angustia y otros. Familiares.

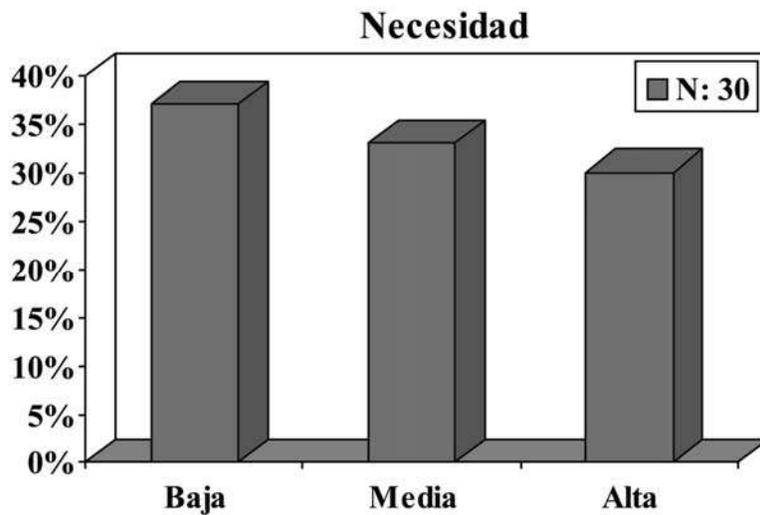
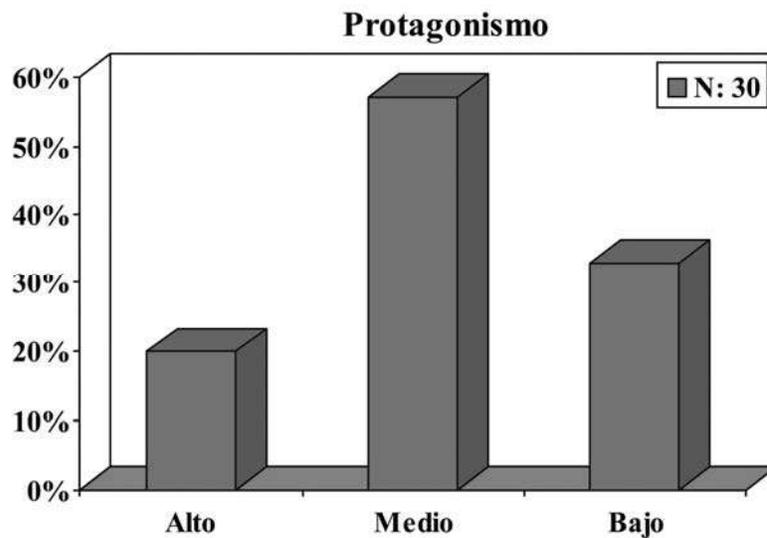


Gráfico 59. Protagonismo en proceso de rehabilitación de su familiar. Familiares.



- **Compromiso en el proceso de rehabilitación:** el protagonismo señalado se traduce en que un 84% de los familiares encuestados se declara altamente comprometido; lo que se traduce en un alto porcentaje de asisten-

cia a las actividades propuesta por el centro de rehabilitación (58%); aunque un 26% reconoce asistir sólo en forma esporádica; la asistencia a dichas actividades va acompañada de una sensación de agrado según un

84% de los familiares; la misma tendencia se manifiesta en la responsabilidad respecto de las actividades, en donde un 68% se declara altamente responsable; por otra parte, existe la opinión unánime entre los familiares de que su participación activa es importante en

el proceso de rehabilitación que sigue su paciente; Cabe destacar, por último, que un 42% de este grupo manifiesta **no estar del todo conforme** con el tratamiento en general.

(Ver gráficos 60 al 65)

Gráfico 60. Compromiso en Rehabilitación Psico-social. Familiares.

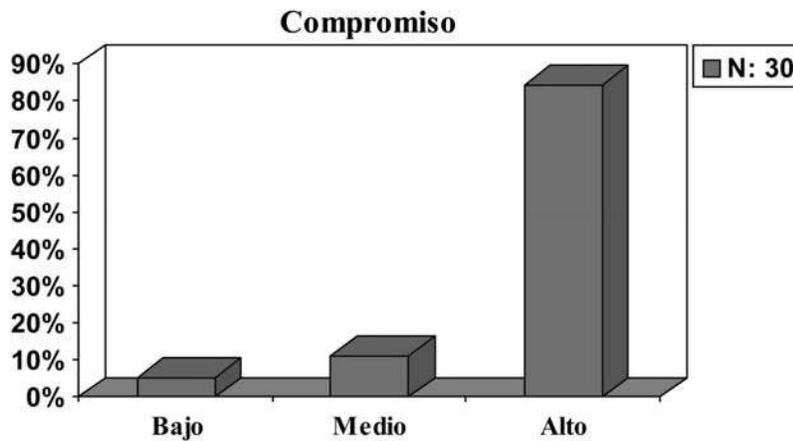


Gráfico 61 Asistencia a Actividades Propuestas por el Centro de Rehabilitación Psico-social. Familiares.

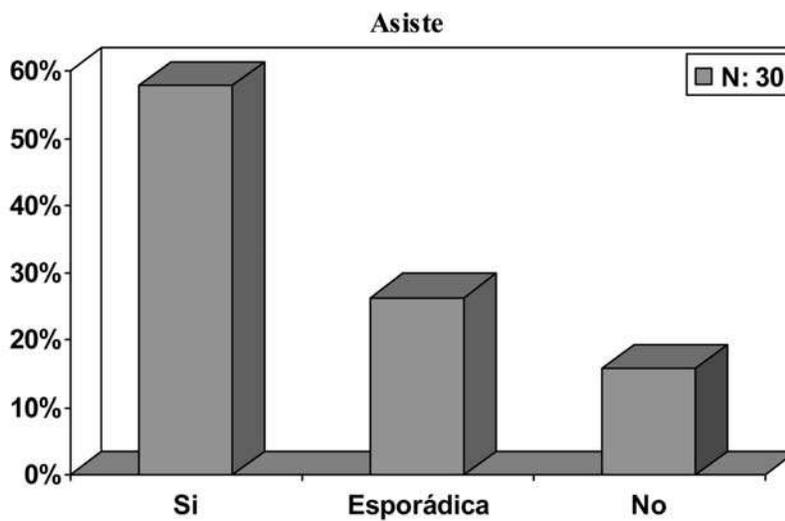


Gráfico 62. Asistencia con agrado a reuniones propuestas por el centro de rehabilitación. Familiares.

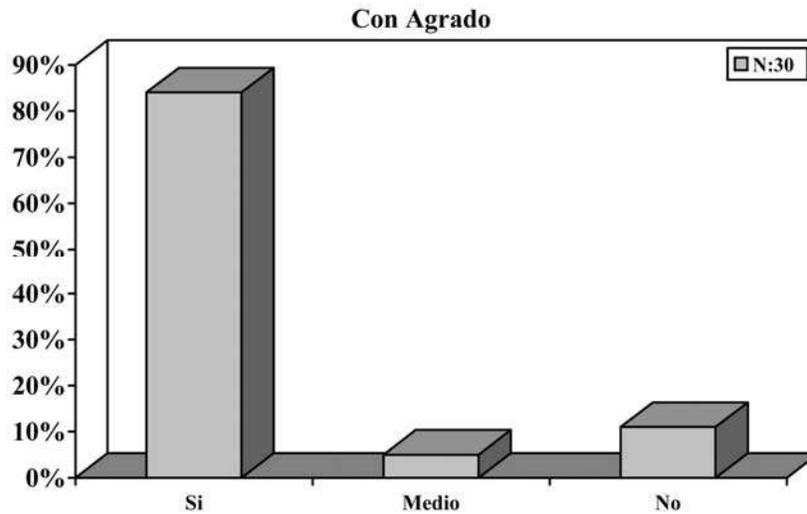


Gráfico 63. Responsabilidad Respecto de las Actividades Realizadas en el Centro de Rehabilitación. Familiares.

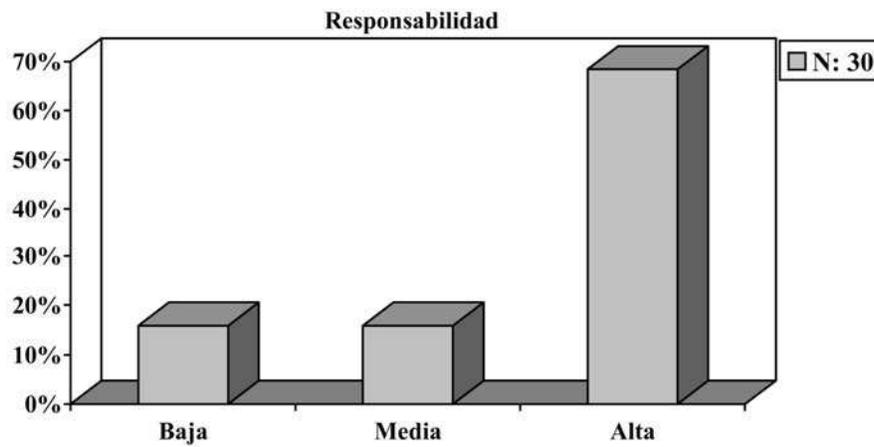


Gráfico 64. Percepción de Importancia de la Participación Activa de los Familiares en el Proceso de Rehabilitación Psico-social. Familiares.

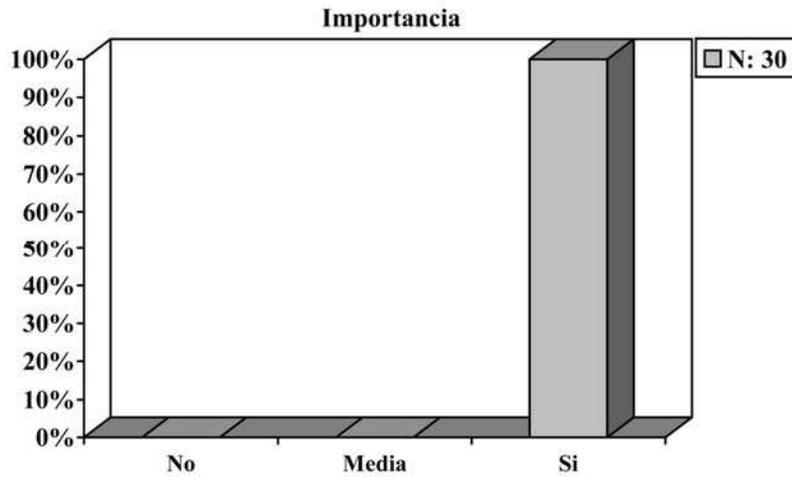
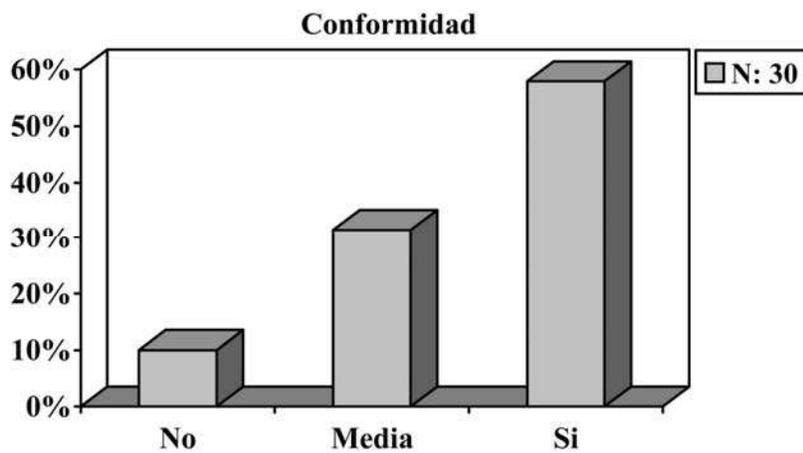


Gráfico 65. Conformidad con el Tratamiento de Rehabilitación Psico-social. Familiares.

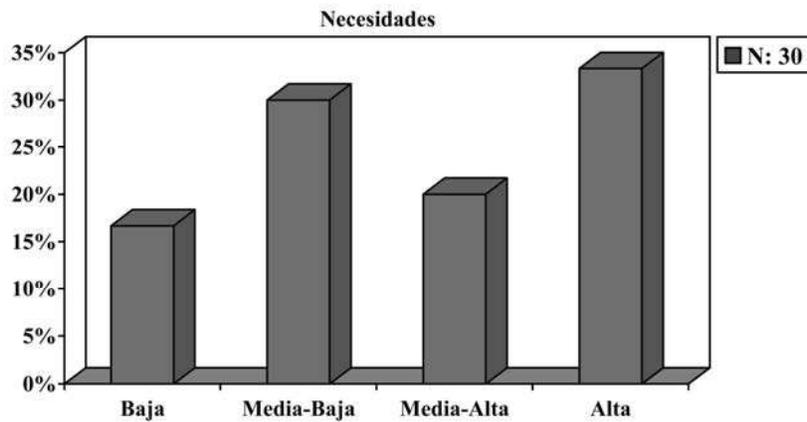


En síntesis, considerando el total de las respuestas de los familiares, se advierte que perciben la necesidades de integración social de los

usuarios en un 53%, cifra bastante similar a la de los propios pacientes.

(Ver gráfico 66)

Gráfico 66: Necesidades de integración social. Familiares.



8. Análisis y discusión.

Lo primero que destaca en esta investigación es el escaso número de usuarios que se atienden en los distintos Centros de Rehabilitación Psico-social de la zona oriente de Santiago. De acuerdo con la información obtenida, en total en este tipo de establecimientos se atienden 146 personas.

El estudio logró encuestar a cincuenta usuarios, los cuales prácticamente en su totalidad se encuentran en el rango de edad entre los 26 y 61 años, mayoritariamente hombres y con diagnóstico de esquizofrenia. Este dato debe ser confrontado con las estadísticas existentes respecto de los antecedentes epidemiológicos en nuestro país. En la Región Metropolitana, el porcentaje

de discapacitados psíquicos corresponde a un 9.2% del total de la población con deficiencias y a un 1.6% del total de la población regional, lo que lleva a una cifra estimada de 105.300 personas. De esta población, un 37.4% corresponde a varones y un 62.92% a mujeres. Si se estima que la población de discapacitados psíquicos correspondiente al sector oriente, de acuerdo con los antecedentes anteriores, debe oscilar alrededor de 16.000 personas, **tenemos entonces que un porcentaje significativo de estos enfermos no se atiende en este tipo de servicio y se desconoce, con certeza, el tipo de atención que recibe y donde la recibe. Se hace evidente, además, que un sector importante de niños, jóvenes, mujeres y senescentes, no aparecen vinculados a estos servicios.**

Deficiencia por Tramo de Edad. Tasa por Edad. R.M. 2004 (Fuente INE, 2007)

0-5 años		16 a 14 años		15 a 29 años		30 a 64 años		65 y más años		Total
N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	
801	0,16%	4728	0,49%	16499	1,02%	65086	2,33%	18186	2,96%	105300

En cuanto al propósito central de esta investigación, cual era el detectar la percepción del **grado de necesidad de integración social en los usuarios**, agrupadas las distintas dimensiones, aparece que un 59% de los varones y un 66% de las mujeres manifiestan **un grado de necesidad medianamente alto y alto**. Los

familiares que acompañan a estos usuarios indican percibir este grado de necesidad en un 53%. Este dato mayor puede servir de base de orientación para las instituciones comprometidas, indicando las áreas relevantes que debieran ser reforzadas en pro de cumplir satisfactoriamente con el objetivo de facilitar la integración social

efectiva de esta población. Con esa perspectiva, a continuación ahondamos en el análisis de las distintas necesidades, siguiendo el orden en que aparecen en los resultados.

Cuando se observa el detalle de lo que ocurre con las habilidades domésticas y de autocuidado, comunitarias e interpersonales (**“rehabilitación psico-social”**), se constata de inmediato las áreas más débiles, como causa y consecuencia a la vez, de la menor integración social: los usuarios no experimentan mayores dificultades en el auto-cuidado y los quehaceres domésticos, que son actividades circunscritas a la esfera privada, con los hábitos y rutinas personales, muy distantes de la adecuación y el control exigidos por la interacción social; pero ya en lo que respecta al manejo del tiempo libre, donde muchas veces está implícito el contacto con otros, las necesidades tienden a aparecer distribuidas en todo el espectro; **y esto aumenta notoriamente en lo referido a las habilidades comunitarias e interpersonales, en que sobre el 50% de los hombres y cerca del 80% de las mujeres indica requerir algún grado de habilidad comunitaria y sobre el 90% de los dos grupos lo manifiesta respecto de las habilidades interpersonales.**

Los familiares, a su vez, en este ámbito, difieren en parte de estas percepciones: tienden a estimar un grado más alto de necesidad en el auto-cuidado y en las habilidades domésticas, consideran que los usuarios saben ocupar adecuadamente su tiempo libre, pero perciben un grado mayor de necesidad en ellos en habilidades comunitarias e interpersonales.

Entre lo más relevante dentro del conjunto de las necesidades estudiadas se encuentra la baja integración socio-laboral de los discapacitados psíquicos encuestados, en donde un 68% de ellos y un 77% de sus familiares señalaron presentar necesidades en ese sentido. Lo más frecuente en este aspecto tiene relación con actividades ocupacionales dentro del Centro de Rehabilitación, las que a juicio de los encuestados, en su mayoría, no tenían retribución económica. Frente a esta necesidad, planteada en toda la literatura relacionada con la rehabilitación psico-social del discapacitado psíquico y por el propio Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de nuestro País, llama la atención que actualmente la mayor parte de los usuarios no esté siendo capacitado para buscar empleo. Junto con esto se pudo observar durante la aplicación del cuestionario que, en aquellas experiencias dirigidas a obtener como resultado una integración socio-laboral, los usuarios participantes sólo tienen contacto con sus pares y con los profesionales asistentes, pero no con otras instancias propias de la vida en comunidad, por lo que parece importante plantear una mayor discusión en relación con el sentido y el logro real que están teniendo estas experiencias. Es conveniente recordar aquí el caso de la amasandería administrada por la Agrupación de Familiares y Usuarios de Discapacitados Psíquicos de Peñalolén, quienes -en su parecer- fueron erradicados de la comuna de Ñuñoa, lugar en el que el fruto de su trabajo era mejor remunerado que en la actualidad.

Siguiendo con esta temática, se destaca que el porcentaje de usuarios sin trabajo aumenta luego de ser diagnosticado, y aquellos que reconocen realizar una actividad remunerada, en su

mayoría, forma parte de instituciones protegidas de integración socio-laboral, lo que disminuye el porcentaje de discapacitados psíquicos trabajando en lugares externos a los centros de rehabilitación. Lo planteado, además, aparece vinculado con la amenaza de perder la pensión asistencial en el momento de encontrar un empleo remunerado. Cerca de un 70% de los encuestados señaló que prefiere recibir el dinero de la pensión regularmente, puesto que si pierden el trabajo, en caso de haberlo encontrado, se dificulta el volver a obtener este beneficio. Aquellos que señalan que esta situación no significa un riesgo para buscar empleo, no poseen este beneficio. Por último, en este punto, los familiares concuerdan en destacar el hecho de que estos pacientes no cuenten en la actualidad con capacitación para acceder a un trabajo remunerado y el que, en los casos en que se realizan actividades ocupacionales, ninguna es remunerada.

Este punto, adquiere crucial importancia puesto que, según señala el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, como parte relevante de su estrategia, se debiera apoyar financieramente a empresas sociales e incentivar la pensión de invalidez para la reinserción laboral.(¿). Situación que se dificulta por no tener acogida en el Ministerio del Trabajo. Se declara incluso que: **¡Las personas con enfermedades mentales y sus familiares tienen el derecho a integrarse al desarrollo económico de Chile!** Para hacer realidad este derecho, este grupo humano debe formar parte del medio laboral habitual en el que se desenvuelve el resto de los ciudadanos de nuestro país.

Siguiendo con el análisis de las necesidades, importa destacar que el acceso a fármacos y

tratamiento clínico², para los usuarios aparece como una necesidad satisfecha. Esta percepción cambia rotundamente para los familiares, ya que sólo un 40 % de este grupo, versus un 82% de los usuarios, percibe cubierta la necesidad. Esto puede deberse nuevamente a la visión crítica de los familiares y apoderados respecto de la escasa conexión de los usuarios con los centros de trabajo. En la práctica, el quehacer psiquiátrico específico resulta satisfactorio para los usuarios, pero en sí mismo no favorece o facilita la integración social de estos. Y esta dimensión logra una mayor relevancia por la positiva disposición que existe, tanto en los usuarios como en sus familiares, hacia las instituciones y profesionales que los acogen, lo que podría hacer posible la generación de acciones en común de todos los actores involucrados, en pro tanto de la remisión de síntomas, la estabilización de los cuadros y la integración social y laboral de los enfermos.

Algo especial se advierte en los resultados, referido a la poca asistencia de los usuarios de los Centros de Rehabilitación Psico-social a las sesiones de trabajo psicológico, individual y grupal, lo que puede ser indicativo de falta de interés en ellas, de un mal diseño de las mismas o de ser percibidas como inútiles. Como sea, este trabajo profesional no aparece importante e integrado, como lo postula el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, y puede evidenciar, también, la dificultad de participación efectiva de distintos profesionales de las Ciencias Sociales en contextos institucionalizados psiquiátricamente.

² No obstante la falta de intervenciones de parte de los profesionales de la Psicología, quienes están formados para crear acciones de integración psico-social, entre otras,

En cuanto a las necesidades sentidas del **proceso psico-educativo**, se recoge una percepción de no satisfecha la necesidad para un 56% de los usuarios, opinión apoyada por un 53% de los familiares. Esta situación se torna más compleja al constatar que un porcentaje considerable de los usuarios de los centros de rehabilitación escogidos para la presente investigación, plantea no identificar señales previas a un estado de crisis, experimentando así mayor sensación de descontrol y vulnerabilidad frente a esta realidad psíquica, y pudiendo además favorecer el mantener el estigma social cuando dichas crisis -que no son tan habituales- ocurran en presencia de quienes interactúan con el usuario. **A esto se agrega el que un 57% de los familiares no cuenta con un adecuado conocimiento del diagnóstico de su pariente, junto a un 63% del mismo grupo que no cuenta con las herramientas para hacer frente a situaciones estresantes y angustiosas**, facilitando el aislamiento social del grupo familiar completo, obstaculizando la generación de redes de apoyo que podrían facilitar o aliviar la experiencia de convivir con un familiar con conductas y comportamientos diferentes a los acostumbrados.

La no satisfacción de esta necesidad parece lógica cuando se considera la desvinculación que se refleja en la inexistencia de un trabajo sistemático con los familiares en los Centros de Rehabilitación, no obstante el hecho de que el 80% de este grupo se siente protagonista del proceso de rehabilitación en que participa su familiar. Adicionalmente, es necesario destacar que una parte de los familiares entrevistados señaló la preocupación respecto de aquellos aspectos legales, tales como la situación del

usuario una vez que el familiar responsable muera, solicitando de manera urgente algún tipo de asesoría legal respecto de este tema y acerca de la participación o formación de Agrupaciones de Familiares.

Una última variable considerada en este estudio, aparecida durante la aplicación del pre-test y luego considerada en la encuesta final, da cuenta de la percepción que tanto usuarios como sus familiares manifiestan respecto de su propio compromiso en el proceso de rehabilitación en el cual se encuentran, existiendo en ambos grupos un importante porcentaje (80% y 84% respectivamente) que señala sentirse altamente comprometidos, lo que se expresa en la asistencia y participación en las actividades propuestas por los centros estudiados de manera positiva y en general voluntaria. **Es preciso indicar que un 28% del grupo usuarios, correspondiente a mujeres, reconocen hacerlo en forma involuntaria, existiendo una posible causa en que la mayoría de las actividades tanto recreativas como clínicas estén diseñadas bajo un modelo dirigido en su generalidad al grupo masculino.**

Otro punto importante de destacar es la visión más crítica que los familiares expresan, en relación al tratamiento que sus familiares reciben en los Centros de Rehabilitación, existiendo un **42% que indica no estar del todo conforme con las herramientas entregadas, en cuyos relatos surge la inquietud ante la falta de habilidades sociales que les permitan compartir y relacionarse con otros diferentes al grupo familiar más reducido, facilitando con esto el mantenimiento del estigma social y la marginación que la acompaña.**

Además, no se puede dejar de señalar que se visualiza **una actitud más crítica de parte de las mujeres encuestadas, en cuanto a sus necesidades de integración**; se acentúa esta situación principalmente en el área de integración sociolaboral, en la cual la no existencia de trabajo remunerado es mayor en el grupo femenino (sólo un 17% de ellas trabaja actualmente). A pesar de dicha dificultad, señalaron tener menos instancias de capacitación laboral respecto de los hombres, los cuales en un 41% se desempeña en algún oficio, contando a su vez con mayor apoyo en capacitación. También **el grupo de mujeres manifiesta mayor necesidad de contar con condiciones que les permita reintegrarse a la comunidad y mejorar su funcionamiento psico-social**. Así, las diferencias de perspectivas relacionadas con el género de los usuarios encuestados, respecto de la satisfacción de las necesidades psico-sociales, pudiesen explicarse por una gama de variables involucradas, como puede ser la resistencia del género femenino a ser parte de procesos que impliquen algún grado de institucionalización, como también lo planteado anteriormente acerca del diseño y contenido de las actividades, las cuales pudiesen estar orientadas en general al grupo masculino. Sería interesante que éstas y otras posibles explicaciones sean objeto de futuras investigaciones.

A modo de sugerencia, parece importante considerar el apoyo con que cuentan los Centros de Rehabilitación, de parte de los usuarios y de sus familiares, por lo tanto realizar actividades y buscar estrategias en conjunto, que logren reforzar y potenciar a cada una de las personas con quienes cuentan. De igual forma, enfatizar los aspectos positivos que tiene el trabajo en rehabilitación psico-social, poniendo el acento, principalmente, en aspectos como la integración laboral, generando instancias de capacitación en oficios, en habilidades interpersonales y comunitarias, tanto para hombres como para mujeres, incluyendo en todas las temáticas del proceso de rehabilitación al grupo de los familiares, abordando con ellos las necesidades propias de este colectivo, a través de terapias grupales, psico-educación y asesoría legal, integrando en todas ellas a profesionales de las ciencias sociales. Por último, no se puede dejar de considerar la necesidad de replicar los objetivos de esta investigación en todas las localidades en que se encuentren personas con diagnóstico psiquiátrico severo, con la finalidad de que las políticas de salud mental sean orientadas a la satisfacción de las necesidades propuestas por los propios usuarios y sus familiares.

9. Bibliografía

1. Atrain. M.V (2003): "Valoración del programa social de atención a personas con Trastorno Social Grave: Un estudio Delphi". España www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/n1/salud2.html
2. Cabrera Andrés y Navarro Félix, (2003). El Proceso de Reforma Psiquiátrica en Chile: Visión de Actores Influyentes del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Chile. Tesis de grado Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Central.
3. Gisbert, Cristina (2002). "Rehabilitación del Trastorno Mental Severo. Situación Actual y Recomendaciones. MADRID. www.ome-aen.org/grupos/cuademotecnico6rehabi.pdf
4. Hernández, Roberto. (1991). Metodología de la Investigación. México. Editorial McGRAW.
5. Martínez, Horacio (1998). "Los debates de la Esquizofrenia". www.alcmeon.com.ar
6. Rodríguez A (1997). "Rehabilitación Psicosocial con Trastornos Mentales Crónicos". Madrid. Ed Pirámide. Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida" www.sie.es/crl/default.htm
7. Calvo, Martín (1999). "Contextualización Histórica. Objetivos y Estrategias. Red de servicio: complementariedad y evaluación. www.antipsychiatry.org
8. Madoz, V y Colbs (1996). "Las necesidades socio-sanitarias de las personas con enfermedades mentales crónicas y sus cuidadores en Navarra". España www.cfnavarra.es/SALUD/ANALES/textos/vol22/suple3/suple16.html
9. Lafferte C y Colbs (2002). "Estructura, procesos, flujos, clasificación de Unidades de Atención Ambulatoria e Impacto Modelo Comunitario en Salud Mental y Psiquiatría en población usuaria diagnosticada con esquizofrenia, en el Sistema Público de Salud". MiNSAL www.minsal.cl
10. INE, (2004). "Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. ENDISC" http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_di_scapacidad/pdf/informeregionmetropolitana.pdf
11. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central, Ministerio de Salud, Chile, Hogar de Cristo (2005): "Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social". Chile. Publicaciones Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central.

10. ANEXOS.

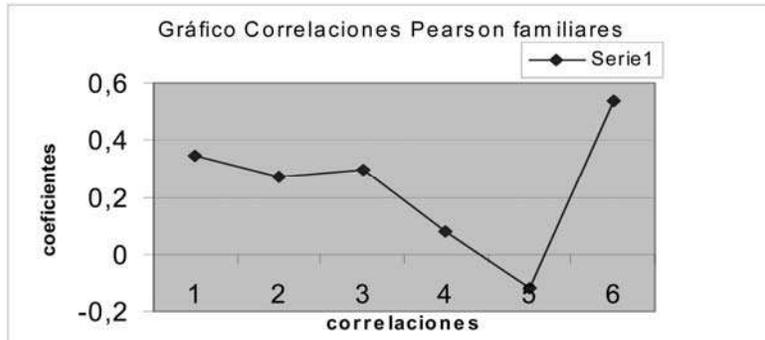
10.1. Confiabilidad y Validez del Instrumento de Medición.

Para la estandarización del instrumento se aplicó un pre-test, el cual arrojó un Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,8007, con un $N=10$ en el grupo de familiares. Posterior a esta aplicación, se eliminaron 2 ítems para el cuestionario final. Con respecto al pre-test aplicado a usuarios, éste arrojó un Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,5914. No se eliminaron ítems para el cuestionario final. El test final se aplicó a treinta familiares y cincuenta usuarios. El número de ítems de éste para familiares fue de 53 y, para usuarios, de 46. La confiabilidad del instrumento de medición final fue de un Alfa de Cronbach de 0,8280 en el caso de los familiares y de un 0,8283 en el caso de los usuarios.

Con respecto a la validez del instrumento, se establecieron, luego de realizar una revisión bibliográfica pertinente con la temática a medir, cuatro variables que dan cuenta del concepto "Necesidades de Integración Social" del proceso de rehabilitación del trastorno psiquiátrico severo; de esta forma el concepto mencionado se dividió en Rehabilitación Psico-social, Rehabilitación Laboral, Tratamiento Clínico-Interventivo y Psico-educación, las cuales a pesar de mostrar un cierto grado de independencia (Coeficientes de Correlación Pearson) entre ellas, en su conjunto dan cuenta del concepto a medir (Coeficiente de Asimetría). A continuación se detallarán las correlaciones que explican lo señalado:

Correlación de Pearson

Encuesta realizada a Familiares:



Correlación 1: Variable Rehabilitación Psico-social --- Rehabilitación Laboral.

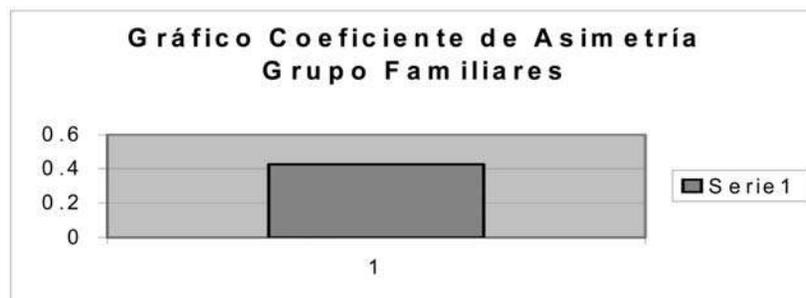
Correlación 2: Variable Rehabilitación Psico-social---- Tratamiento Clínico.

Correlación 3: Variable Rehabilitación Psico-social ---- Psico-educación.

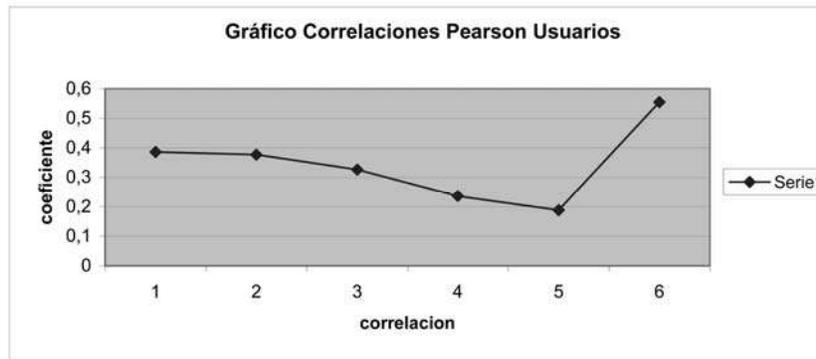
Correlación 4: Variable Rehabilitación Laboral --- Tratamiento Clínico.

Correlación 5: Variable Rehabilitación Laboral --- Psico-educación.

Correlación 6: Variable Tratamiento Clínico --- Psico-educación.



Encuesta realizada a Usuarios



Correlación 1: Variable Rehabilitación psico-social --- Rehabilitación Laboral.

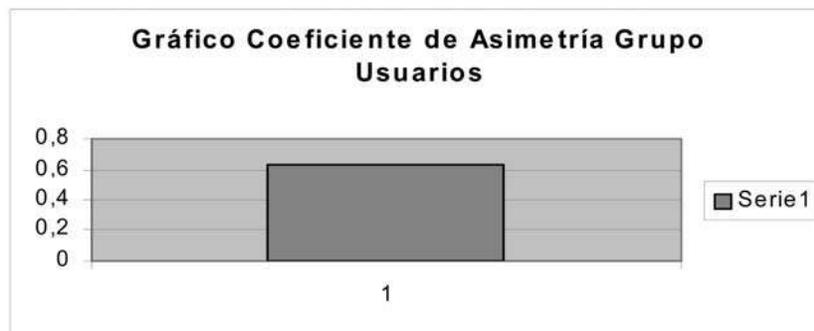
Correlación 2: Variable rehabilitación psico-social---- Tratamiento Clínico.

Correlación 3: Variable rehabilitación psico-social ---- psico-educación.

Correlación 4: Variable rehabilitación laboral --- tratamiento clínico.

Correlación 5: variable rehabilitación laboral --- psico-educación.

Correlación 6: variable tratamiento clínico --- psico-educación.



*10.2 Encuestas.***CUESTIONARIO PARA USUARIOS****Centro de Rehabilitación Psico-social.**

Este cuestionario tiene como objetivo recoger datos sobre las necesidades de integración social de los usuarios diagnosticados con Trastorno Psiquiátrico, con el fin de mejorar su calidad de vida y la de sus familias.

Estos datos serán sólo utilizados para el proyecto, manteniendo sus datos personales en estricto anonimato.

DATOS PERSONALES	
Nombre:	_____
Fecha de Nacimiento:	_____
Edad:	_____
Años que lleva en el centro:	_____
Escolaridad:	_____
Diagnóstico:	_____
Ocupación:	_____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

INSTRUCCIONES

A continuación se le leerán una serie de preguntas relacionadas con su proceso de rehabilitación. Las posibilidades de repuestas son tres; elija aquella que más refleje su opinión. Recuerde que en el presente cuestionario no existen las respuestas buenas o malas, ya que sólo nos interesa su opinión. Es necesario que responda todas las preguntas.

Recalcamos que sus respuestas serán manejadas en el más estricto anonimato.

Cualquier duda o tema que no entienda, consulte confiadamente en la persona encargada de aplicar el cuestionario.

1) ¿Usted se baña, se lava los dientes, se corta las uñas...etc., en forma independiente?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

2) ¿Usted se viste solo, se preocupa que su ropa esté limpia, se preocupa de peinarse?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

3) ¿Usted se puede prepara comida solo y come en los horarios establecidos en el lugar donde vive?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

4) ¿Usted se preocupa de mantener ordenada su habitación (hacer la cama, ordenar el closet, barrer su pieza, etc.)?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

5) ¿Usted cuida su salud (come sanamente, hace ejercicios físicos, evita trasnochar muy seguido)?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

6) ¿Usted organiza su tiempo libre?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

7) ¿Usted encuentra direcciones, usa y entiende mapas?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

8) ¿Usted usa el transporte público en forma independiente?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

9) ¿Usted maneja el dinero y realiza compras por si sólo?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

10) ¿Usted realiza trámites tales como pagar cuentas, renovar cédula de identidad, tramitar una pensión, et., en forma independiente?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

- 11) ¿Usted usa el teléfono y otros medios de comunicación para comunicarse con otras personas?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 12) ¿Usted lee el diario, ve noticias?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 13) ¿Usted participa en algún grupo religioso, deportivo o cultural..., etc., de su barrio?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 14) ¿Cuando usted habla con otras personas, la/o entienden sin mayores problemas?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 15) ¿Usted expresa sus emociones en forma adecuada, sin pasar a llevar a otros?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 16) ¿Cuando usted critica a otra persona es capaz de hacerlo sin agredirla?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 17) ¿Cuando recibe críticas de otras personas, usted las entiende sin ponerse violento?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 18) ¿Cuando usted tiene problemas con otras personas, es capaz de negociar la solución?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 19) ¿Usted mantiene relaciones de pareja estables?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 20) ¿Usted tenía trabajo remunerado antes del diagnóstico de su enfermedad?
 Sí _____ NO _____ ESPORÁDICAMENTE _____
- 21) ¿Usted considera que un obstáculo para buscar trabajo es tener el riesgo de perder la pensión asistencial?
 Sí _____ NO _____ PARCIALMENTE _____
- 22) ¿Actualmente tiene un trabajo remunerado?
 Sí _____ NO _____ ESPORÁDICAMENTE _____
- 23) ¿Usted está siendo formado y capacitado para lograr acceder a un empleo?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____

24) ¿De las actividades ocupacionales en la usted participa, hay alguna que vaya orientada a obtener beneficios económicos?

TODAS _____ NINGUNA _____ ALGUNAS _____

25) ¿Usted tiene acceso a todos los remedios necesarios para tratar su discapacidad?

TODAS _____ NINGUNA _____ EN OCASIONES _____

26) ¿Usted tiene acceso a control médico psiquiátrico en el momento que lo necesita?

TODAS _____ NINGUNA _____ EN OCASIONES _____

27) ¿Usted se toma todos los remedios y en los horarios señalados por su psiquiatra?

TODAS _____ NINGUNA _____ EN OCASIONES _____

28) ¿Los remedios se los toma sólo?

TODAS _____ NINGUNA _____ EN OCASIONES _____

29) ¿Considera que los remedios que toma, lo mantienen en buen estado para convivir en su casa?

TODAS _____ NINGUNA _____ MEDIANAMENTE _____

30) ¿Conoce los efectos secundarios de los remedios que consume?

TODAS _____ NINGUNA _____ MEDIANAMENTE _____

31) ¿Usted participa de reuniones con psicólogo?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

32) ¿Usted tiene el cuidado necesario de los profesionales que lo asisten?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

33) ¿Usted asiste a las sesiones con los especialistas?

SIEMPRE _____ NUNCA _____ A VECES _____

34) ¿Usted asiste con agrado a las sesiones con los profesionales?

SIEMPRE _____ NUNCA _____ A VECES _____

35) ¿Usted se siente apoyado por otras personas con discapacidad psíquica?

SIEMPRE _____ NUNCA _____ EN OCASIONES _____

36) ¿Puede usted identificar el momento previo de una crisis causada por su discapacidad?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

37) ¿Conoce y entiende su diagnóstico?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

38) ¿Reconoce los síntomas de su discapacidad?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

39) ¿Sabe cuáles son las causas que tiene su discapacidad?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

40) ¿Conoce el pronóstico de recuperación que usted tiene?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

41) ¿Sabe qué hacer para prevenir recaídas?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

42) ¿Se mantiene actualizado/a del avance en el tratamiento?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

43) ¿Conoce sus derechos como paciente?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

44) ¿Conoce sus deberes como paciente?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

45) ¿Usted ha participado en las decisiones respecto de su tratamiento?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

46) ¿Sabe qué hacer en caso de presentarse un atropello a sus derechos como paciente?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

47) ¿A usted le gustan las actividades que realiza en su proceso de rehabilitación?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

48) ¿Usted asiste con agrado a las actividades que se realizan en su centro de rehabilitación?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

49) ¿Usted consideran que las actividades que realiza, le sirven para estar más integrado en la comunidad en la que vive?
 Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

50) ¿Usted asiste a su centro de rehabilitación por voluntad propia?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

51) ¿Usted se preocupa por llegar puntualmente a su centro de rehabilitación?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

52) ¿Usted se preocupa por realizar las actividades de la mejor forma posible?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

52) ¿Usted está conforme con su tratamiento de rehabilitación?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

53. ¿Considera que existe un tema importante que no haya sido considerado en las preguntas anteriores? ¿Cuáles?

CUESTIONARIO PARA FAMILIARES

Centro de Rehabilitación Psico-social.

Este cuestionario tiene como objetivo recoger datos sobre las necesidades psicosociales de los Familiares de personas diagnosticadas con Trastorno Psiquiátrico con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas y sus familias.

Estos datos serán sólo utilizados para el proyecto manteniendo en el anonimato más estricto sus datos personales.

DATOS PERSONALES

Persona que rellena el cuestionario

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Ocupación: _____

Relación con la persona con discapacidad Psíquica: _____

Domicilio: _____

N° de Teléfono: _____

Familiar con Discapacidad Psíquica

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Diagnóstico: _____

Hermanos:

Nombre	Edad	Lugar que ocupa	Escolaridad	Trabajo (si /no)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

INSTRUCCIONES

A continuación se le leerán una serie de preguntas relacionadas con su proceso de rehabilitación. Las posibilidades de repuestas son tres; elija aquella que más refleje su opinión. Recuerde que en el presente cuestionario no existen las respuestas buenas o malas, ya que sólo nos interesa su opinión. Es necesario que responda todas las preguntas.

Recalamos que sus respuestas serán manejadas en el más estricto anonimato.

Cualquier duda o tema que no entienda, consulte confiadamente en la persona encargada de aplicar el cuestionario.

1) ¿Usted considera que actualmente su familiar tiene un manejo independiente en cuanto a su higiene personal (bañarse sólo, limpiarse, lavarse los dientes, cortarse las uñas, etc.)?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

2) ¿Usted considera que actualmente su familiar tiene un manejo independiente en cuanto a su vestimenta y apariencia personal (se viste sólo, se preocupa que la ropa esté limpia, se peina..., etc.)?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

3) ¿Usted considera que actualmente su familiar posee un manejo independiente en cuanto a sus hábitos de comida (se puede preparar comida sólo, come en los horarios establecidos en el lugar donde vive)?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

4) ¿Usted considera que actualmente su familiar posee un manejo independiente en cuanto al cuidado y manejo de su espacio personal (hace la cama solo, ordena su closet, barre su pieza..., etc.)?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

5) ¿Usted considera que actualmente su pariente desarrolla actividades que fomenten su salud como por ejemplo practicar ejercicios físicos, se preocupa por evitar comer exceso de grasas, por no trasnochar en exceso...; etc.?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

6) ¿Usted considera que su pariente planifica y disfruta de manera adecuada su tiempo libre y de ocio?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

7) ¿Usted considera que actualmente su pariente es capaz de encontrar direcciones y usar y entender mapas?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

8) ¿Usted considera que actualmente su familiar es capaz de usar el transporte público en forma independiente?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

9) ¿Usted considera que actualmente su pariente es capaz de manejar el dinero y realizar compras por sí solo?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

10) ¿Usted considera que actualmente su familiar es capaz de realizar trámites tales como pagar cuentas, renovar cédula de identidad, tramitar una pensión, etc.?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

11) ¿Usted considera que actualmente su pariente es capaz de usar el teléfono y otros medios de comunicación en forma independiente?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

12) ¿Usted considera que actualmente su familiar posee un conocimiento de la actualidad nacional (ve noticias, lee diarios, etc.)?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

13) ¿Su pariente participa dentro de algún lugar de la comunidad como iglesia, centro deportivo, centro cultural, etc.?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

14) ¿Considera que su familiar puede mantener una conversación fluida con otra persona?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

15) ¿Usted considera que su pariente expresa sus emociones en forma adecuada, sin pasar a llevar a otros?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

16) ¿Considera que su familiar es capaz de decirle las críticas a otra persona sin agredirla?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

- 17) ¿Considera que su pariente recibe las críticas de otras personas sin ponerse violento?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 18) ¿Cuando su familiar tiene problemas con otros, es capaz de negociar la solución del problema?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 19) ¿Su pariente es capaz de mantener relaciones de pareja estables?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 20) ¿Su pariente tenía trabajo remunerado antes del diagnóstico de enfermedad?
 Sí _____ NO _____ ESPORÁDICAMENTE _____
- 21) ¿Su familiar tiene actualmente un trabajo remunerado?
 Sí _____ NO _____ ESPORÁDICAMENTE _____
- 22) ¿Un obstáculo para buscar trabajo por parte de su pariente es tener el riesgo de perder la pensión asistencial?
 Sí _____ NO _____ PARCIALMENTE _____
- 23) ¿Su familiar participa o a participado de actividades de formación y capacitación para lograr acceder a un empleo?
 Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 24) ¿De las actividades ocupacionales en la que su familiar participa, hay alguna que vaya orientada a obtener beneficios económicos para él?
 TODAS _____ NINGUNA _____ ALGUNAS _____
- 25) ¿Su familiar tiene acceso a los remedios necesarios para tratar su discapacidad?
 TODAS _____ NINGUNA _____ EN OCASIONES _____
- 26) ¿Su familiar tiene acceso a control médico psiquiátrico en el momento que lo necesita?
 TODAS _____ NINGUNA _____ EN OCASIONES _____
- 27) ¿Su familiar se toma todos los remedios y en los horarios señalados por su psiquiatra?
 TODAS _____ NINGUNA _____ A VECES _____
- 28) ¿Los remedios se los toma sólo y en el momento que corresponden?
 TODAS _____ NINGUNA _____ A VECES _____

29) ¿Considera que los remedios que su familiar toma, lo mantienen en buen estado para convivir en su casa?

TODAS _____ NINGUNA _____ MEDIANAMENTE _____

30) ¿Conoce los efectos secundarios de los remedios que consume su familiar?

TODAS _____ NINGUNA _____ MEDIANAMENTE _____

31) ¿Su familiar participa en psicoterapia?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

32) ¿Considera que su familiar cuenta con el cuidado necesario de los profesionales que lo asisten?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

33) ¿Asiste su familiar a las sesiones con los especialistas?

SIEMPRE _____ NUNCA _____ A VECES _____

34) ¿Considera que su familiar asiste con agrado a las sesiones con los profesionales?

SIEMPRE _____ NUNCA _____ A VECES _____

35) ¿Considera que usted cuenta con un espacio de apoyo con otros familiares de discapacitados psíquicos, guiados por profesionales?

SIEMPRE _____ NUNCA _____ EN OCASIONES _____

36) ¿Considera que los profesionales que asisten a su familiar son un apoyo para usted?

SÍ _____ NO _____ EN OCASIONES _____

37) ¿Considera tener los conocimientos adecuados para afrontar un momento de crisis de su familiar?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

38) ¿Puede usted identificar el momento previo de una crisis de su familiar?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

39) ¿Conoce y entiende el diagnóstico que tiene su familiar?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

40) ¿Conoce el tratamiento farmacológico que debe seguir su familiar?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

41) ¿Reconoce los síntomas de la discapacidad psíquica que tiene su familiar?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

- 42) ¿Sabe cuáles son las causas que tiene la discapacidad psíquica de su familiar?
Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____
- 43) ¿Conoce el pronóstico de recuperación que tiene su familiar?
Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____
- 44) ¿Sabe qué hacer para prevenir recaídas de su familiar?
Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____
- 45) ¿Se actualiza del avance en el tratamiento?
Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 46) ¿Usted actualmente considera que tiene la información necesaria para afrontar el estrés producido por los síntomas de su familiar?
Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____
- 47) ¿Cuenta con las herramientas necesarias para afrontar situaciones de depresión, angustia, desmotivación..., etc., que genera tener un familiar con discapacidad psíquica?
Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____
- 48) ¿Participa usted de asociaciones de familiares de discapacitados psíquicos?
Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 49) ¿Cuenta con charlas o reuniones en que los asesoren como formar asociaciones de familiares de discapacitados psíquicos?
Sí _____ NO _____ A VECES _____
- 50) ¿Conoce los derechos que tiene su familiar?
Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____
- 51) ¿Conoce los deberes que tiene su familiar?
Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____
- 52) ¿Considera que puede participar en las decisiones que afectan a su familiar?
Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____
- 53) ¿Sabe qué hacer en caso de presentarse un atropello a los derechos de su familiar?
Sí _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

54) ¿Usted asiste a las actividades que se realizan en el centro de rehabilitación?

SÍ _____ NO _____ ALGUNAS _____

55) ¿Usted asiste con agrado a las reuniones que se realizan en el centro de rehabilitación, al cual asiste su familiar?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

56) ¿Usted se preocupa de informarse del día y la hora de reuniones de familiares que se realizan en el centro de rehabilitación al cual asiste su familiar?

SÍ _____ NO _____ A VECES _____

57) ¿Usted considera importante la participación activa de los familiares en el proceso de rehabilitación de su familiar?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

58) ¿Usted está conforme con el tratamiento de rehabilitación social que sigue su familiar?

SÍ _____ NO _____ MEDIANAMENTE _____

59. ¿Considera que existe un tema importante que no haya sido considerado en las preguntas anteriores? ¿Cuáles?
