



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**

TEMA:

***“Percepciones de las familias en relación a la enfermedad mental y
dinámica familiar. Casos de pacientes de un centro psiquiátrico de la
ciudad de Guayaquil”***

AUTORAS:

**García Baquerizo, Shirley Cecilia
Rodríguez Luna, Rosemary Judith**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

TUTOR:

Salazar Jaramillo, José Gregorio, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

14 de marzo del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **García Baquerizo, Shirley Cecilia** y **Rodríguez Luna, Rosemary Judith** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social**.

TUTOR

f. _____

Salazar Jaramillo, José Gregorio, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Quevedo Terán, Ana Maritza, Mgs

Guayaquil, 14 de marzo del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **García Baquerizo, Shirley Cecilia y Rodríguez Luna, Rosemary Judith**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **“Percepciones de las familias en relación a la enfermedad mental y dinámica familiar. Casos de pacientes de un centro psiquiátrico de la ciudad de Guayaquil”** previo a la obtención del título de **Licenciada en trabajo social**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 14 de marzo del 2018

AUTORAS

f. _____

García Baquerizo, Shirley Cecilia

f. _____

Rodríguez Luna, Rosemary Judith



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **García Baquerizo, Shirley y Rodríguez Luna, Rosemary Judith**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Percepciones de las familias en relación a la enfermedad mental y dinámica familiar. Casos de pacientes de un centro psiquiátrico de la ciudad de Guayaquil”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 14 de marzo del 2018

LAS AUTORAS:

f. _____

García Baquerizo, Shirley Cecilia

f. _____

Rodríguez Luna, Rosemary Judith

Documento [TESIS FINAL Garcia_Rodriguez..docx](#) (D36478198)

Presentado 2018-03-13 11:08 (-05:00)

Presentado por Shirley Garcia (shirleyceci_1994@hotmail.com)

Recibido jose.salazar04.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje TESIS [Mostrar el mensaje completo](#)

2% de estas 79 páginas, se componen de texto presente en 13 fuentes.

AGRADECIMIENTO

Primero que nada, agradezco a Dios, quien me ha guiado y dado las fortalezas de seguir adelante; a Rosemary por ser una excelente compañera de tesis y amiga, por tenerme la paciencia necesaria, y por motivarme a seguir adelante en los momentos de desesperación; también quiero dar gracias a nuestro Tutor de Tesis Psic. José Salazar por su constante apoyo y dedicación para lograr nuestros objetivos planteados; por otro lado, también me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación; y a Diego, por tantas ayudas y tantos aportes.. Te lo agradezco muchísimo.

Shirley García Baquerizo

Agradezco a Jehová Dios, ya que sin él no hubiese podido lograr culminar con éxito, esta etapa de mi formación Universitaria; a mis padres porque ellos fueron mi principal motivación para seguir adelante; a mi compañera de tesis y amiga Shirley García, quien con su dedicación y entrega contribuyó para que este sueño se hiciera realidad; a nuestro tutor el Psicólogo José Salazar quien nos guio en este proceso y fue muy paciente con nosotras; a las Licenciadas en Trabajo Social, especialmente a las Licenciadas: Ana Quevedo, Paola Mejía y Jesenia León, quienes también nos supieron orientar en esta experiencia educativa.

Rosemary Judith Rodríguez Luna

DEDICATORIA

A mi mamá y abuelita por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo en todo este tiempo.

A mi hermano, tíos/as, primos/as por darme su motivación y apoyo en todo momento.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ustedes.

Shirley García Baquerizo

Esta tesis se la dedico a mi madre y a mi padre, quienes siempre estuvieron conmigo apoyándome, dándome palabras de aliento para seguir adelante, y porque gracias al esfuerzo de ellos, pudo culminar una nueva etapa de mi carrera Universitaria, además de ser mi motivación primordial, el sentir su orgullo por mis logros.

Rosemary Judith Rodríguez Luna



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

QUEVEDO TERÁN ANA MARITZA

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

QUEVEDO TERÁN ANA MARITZA

COORDINADORA DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

ACOSTA BUSTAMANTE, SARA ROWENA

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLITICAS
CARRERA TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
PERIODO UTE B/2017

**ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
TRABAJO DE TITULACIÓN**

En sesión del día 14 de Marzo de 2018, el Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "PERCEPCIONES DE LAS FAMILIAS EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD MENTAL Y DINÁMICA FAMILIAR. CASOS DE PACIENTES DE UN CENTRO PSIQUIÁTRICO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL", elaborado por el/la estudiante ROSEMARY JUDITH RODRIGUEZ LUNA, obteniendo el siguiente resultado:

Nombre del Docente tutor	Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación		
JOSE GREGORIO SALAZAR JARAMILLO	ANA MARITZA QUEVEDO TERAN	PAOLA XIMENA MEJIA OSPINA	SARA ROWENA ACOSTA BUSTAMANTE
Etapas de ejecución del proceso e Informe final 10 / 10	9.94 / 10 Total: 20 %	9.88 / 10 Total: 40 %	9.88 / 10 Total: 40 %
Parcial: 70 %	Parcial: 30 %		
Nota final ponderada del trabajo de título:		9.97 / 10	

Para constancia de lo cual los abajo firmantes certificamos.

Miembro 1 del Tribunal Miembro 2 del Tribunal Oponente

Docente Tutor



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLITICAS
CARRERA TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
PERIODO UTE B/2017

**ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
TRABAJO DE TITULACIÓN**

En sesión del día 14 de Marzo de 2018, el Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "PERCEPCIONES DE LAS FAMILIAS EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD MENTAL Y DINÁMICA FAMILIAR. CASOS DE PACIENTES DE UN CENTRO PSIQUIÁTRICO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL", elaborado por el/la estudiante SHIRLEY CECILIA GARCIA BAQUERIZO, obteniendo el siguiente resultado:

Nombre del Docente tutor	Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación		
JOSE GREGORIO SALAZAR JARAMILLO	ANA MARITZA QUEVEDO TERAN	PAOLA XIMENA MEJIA OSPINA	SARA ROWENA ACOSTA BUSTAMANTE
Etapas de ejecución del proceso e Informe final 10 / 10	9.69 / 10	9.63 / 10	9.63 / 10
	Total: 20 %	Total: 40 %	Total: 40 %
Parcial: 70 %	Parcial: 30 %		
Nota final ponderada del trabajo de título: 9.89 / 10			

Para constancia de lo cual los abajo firmantes certificamos.

Miembro 1 del Tribunal

Miembro 2 del Tribunal

Oponente

Docente Tutor

Índice

RESUMEN.....	XIII
INTRODUCCIÓN	15
Capítulo I: Planteamiento del problema.....	17
1.1. Antecedentes	17
1.2 Definición del problema de investigación y problematización.....	26
1.3 Preguntas de investigación.....	32
1.3.1 Sub preguntas de investigación.....	32
1.4 Objetivos.....	32
1.4.1. Objetivo general	32
1.5 Justificación.....	33
Capítulo II: Referente teórico – conceptual – normativo - estratégico.....	38
2.1 . Referente teórico.....	38
2.1.1 Enfoque sistémico.....	38
2.1.2 Teoría de redes	46
2.1.3 Teoría del interaccionismo simbólico	48
2.2. Referente conceptual.....	52
2.2.1. Familia.....	52
2.2.2. Dinámica familiar.....	54
2.2.3 Salud	58
2.2.4 Trastornos y enfermedades mentales.....	61
2.2.5 Cuidado.....	64
2.2.6 Estereotipos, prejuicios y discriminación.....	65
2.2.7 Sociedad.....	66
2.2.8 Trabajo social en salud mental	68
2.3. Referente normativo.....	70
2.4. Referente Estratégico	76
Capítulo III: Metodología de la investigación	88
3.1. Enfoque metodológico	88
3.2. Nivel de investigación	89
3.3. Universo, muestra y muestreo	89
3.3.1 Universo.....	89
3.3.2. Muestra y muestreo	91

3.4. Formas de recolección de la información (técnicas)	92
3.5. Formas de análisis de la información.....	93
Capítulo IV: Resultados de investigación.....	95
4.1 Percepción de las familias con relación a la enfermedad mental.....	95
4.2 Experiencia al interior del sistema familiar, en relación con la enfermedad mental	100
4.2.1 Inicio de la enfermedad	100
4.2.2 Dinámica familiar	108
4.3 Experiencia de la familia frente a la enfermedad mental en sus relaciones externas	115
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	134
5.1 Conclusiones.....	134
5.2 Recomendaciones.....	137
Bibliografía	140

RESUMEN

El presente trabajo, es un estudio cualitativo sobre *“Las percepciones de las familias frente a las enfermedades mentales y la dinámica familiar. Casos de pacientes de un Centro Psiquiátrico de la Ciudad de Guayaquil”*. El muestreo realizado en dicho trabajo fue de tipo *“no probabilístico por conveniencia”* debido a que no toda la población tuvo la misma probabilidad de ser escogida, en vista de que, para efectos de la realización de esta investigación, se necesitaron varios diagnósticos psiquiátricos, que respondan a diferentes patologías mentales, con la finalidad de visibilizar la experiencia vivida por las familias de estos pacientes, y sus reacciones y/o formas de enfrentamiento frente a las mismas. Para el levantamiento de información se utilizó la técnica de entrevista a profundidad, aplicada a seis familias, con el propósito de develar sus experiencias entorno a su vivir, tanto al interior del sistema, como al exterior.

Cabe indicar que, se aplicó una técnica de recolección de datos, primero, por el enfoque del estudio; segundo, debida a la complejidad de la problemática y tercero, por el contexto en el que esta se sitúa. Con esta investigación se conoció el sentir de la familia, el significado que esta le otorga a su vida, y al tener a un miembro de su núcleo familiar con una enfermedad mental, así mismo, de manera análoga, se identificó la presencia e inexistencia (en algunas familias) de las redes de apoyo.

Palabras claves: Percepciones, enfermedad mental, familia, experiencia, redes de apoyo, relaciones sociales.

ABSTRACT

Key Words:

The present work is a qualitative study on "The perceptions of families against mental illness and family dynamics. Cases of patients of a Psychiatric Center of the City of Guayaquil ". The sampling carried out in this work was of a "non-probabilistic by convenience" type because not all the population had the same probability of being chosen, given that, for the purposes of carrying out this research, several psychiatric diagnoses were needed, that they respond to different mental pathologies, in order to visualize the experience lived by the families of these patients, and their reactions and / or ways of confronting them. In order to gather information, the in-depth interview technique was applied to six families, with the purpose of revealing their experiences around their lives, both inside the system and outside.

It should be noted that a data collection technique was applied, first, by the study approach; second, due to the complexity of the problem and third, because of the context in which it is located. With this investigation, the family's feelings were known, the meaning that this gives to their lives, and to have a member of their family with a mental illness, likewise, the presence and non-existence were identified (in some families) of support networks.

Keywords: Perceptions, mental illness, family, experience, support networks, social relationships.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación estuvo planteada para dar a conocer y/o develar la realidad que viven las familias de personas diagnosticadas con enfermedad mental desde un enfoque sistémico, considerando de que está, hace alusión a las implicaciones que tiene, tanto personales como familiares debido a su complejidad. A este respecto, se destaca la influencia de la enfermedad en todo el sistema.

Es por ello que, para el presente proyecto, se realizó una exhaustiva investigación, (Teórica), además de trabajos de campo, para obtener como resultado final, una investigación conformada de cuatro capítulos; entre los cuales se puede hacer mención en primer lugar, al capítulo número uno, el cual se basó en la identificación de la problemática, la misma que gira entorno a las construcciones sociales y estereotipos que hay sobre la enfermedad mental, los cuales en muchas ocasiones posibilitan que se perpetúe la discriminación tanto en las personas que poseen enfermedades mentales, como en sus familias.

Una vez definido el problema de investigación, se procedió a la estructuración de los objetivos los cuales deben ser precisos, ya que delimitan lo que se quiere alcanzar en el estudio. Es por ello que el objetivo general estuvo planteado, con la finalidad de: *“Analizar las percepciones que tienen las familias de pacientes con diversas patologías mentales, que son atendidos en un Centro Psiquiátrico de la ciudad de Guayaquil en relación a la dinámica familiar y enfermedad mental, e identificar sus redes de apoyo”*.

El marco teórico, se estructuró desde las diferentes teorías de expertos en un campo en específico, es por esto que, a partir de las teorías recopiladas en el presente trabajo, se levantó el capítulo número dos, haciendo hincapié en la base teórica que da sustento a la investigación planteada, para ello se

mencionó al Enfoque Sistémico, la Teoría de Género, la Teoría de Redes y la Teoría del Interaccionismo Simbólico, para así, por medio de éstas ir aumentando así la veracidad del mismo.

Por su parte, en cuanto al capítulo tres, sobre el referente metodológico, se detalla todo lo necesario previo a la investigación de campo. En este capítulo se definió la metodología a usar, además de los instrumentos que serían utilizados en la investigación para de esta manera obtener datos de relevancia que ayuden aportando en el enriquecimiento de la misma.

Para concluir, se puede destacar que en el capítulo número cuatro se encuentra el análisis de los resultados, los cuales básicamente fueron obtenidos, por medio de entrevistas que fueron realizadas, a las familias de pacientes diagnosticados con enfermedades mentales, y de esta manera se pudo obtener datos que fueron codificados, a través de los cuales se pudo analizar la problemática principalmente planteada.

Concluyendo, por medio de esta investigación se dio respuesta a los objetivos propuestos en primera instancia, ya que se pudo identificar las experiencias vividas por las familias, así como establecer el análisis de la dinámica familiar desde el momento de ser diagnosticado un miembro de la familia con una patología mental, además a través de esta investigación se identificaron las diferentes redes de apoyo con las que cuenta una familia con este tipo de problema.

Capítulo I: Planteamiento del problema

1.1. Antecedentes

Para dar comienzo a este apartado, es necesario precisar los orígenes del Trabajo Social en Salud Mental, el mismo que parte de la fundamentación del estudio de caso de Mary Richmond. En efecto, de acuerdo con aportes de la pionera, se evidenció la necesidad e importancia de los datos sobre los pacientes y sus familias, ya que estos permitían el desarrollo de una mirada holística sobre la realidad de quienes padecen de Trastornos mentales.

Por consiguiente, se puede resaltar que es a principios del siglo XX donde la profesión tomó posesión dentro de los Hospitales Psiquiátricos, en la década de los 70 los Trabajadores Sociales fueron ganando paulatinamente su espacio dentro de este ámbito, a través de sus funciones como identificadores/as de problemáticas, esto coadyuvó a que los/as mismos profesionales establecieran pautas de intervención desde lo terapéutico. Posteriormente, en la década de los 80, con la evolución del concepto propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Ley General de Sanidad de 1986 sobre la salud mental, se reconoció a las personas que padecían de estas patologías como sujetos de derechos, quienes contaban con obligaciones y responsabilidades igual que todos los demás, lo que promovió en la década de los 90 debido a las problemáticas que externalizaban lo psiquiátrico, que una de las funciones principales del Trabajador Social sea el fortalecimiento de los vínculos entre el/la paciente y su familia (Garcés, 2010).

De acuerdo cronología planteada se puede mencionar que, el Trabajo Social, es una disciplina que se interesa por reivindicar los derechos de las poblaciones, que han sido vulnerados por determinada problemática, tiene como uno de sus principales objetivos, empoderar a los sujetos sociales para que estos a través de sus propias capacidades y habilidades, hacen frente a los desafíos de la vida,

es decir, la finalidad de la profesión es crear condiciones para que los derechos humanos de las personas no sigan siendo violentados.

Después de lo anterior expuesto, es importante mencionar que, el área de la Salud Mental (Trabajo Social Psiquiátrico), representa un campo específico de intervención, considerando que constituye una actividad organizada debido a la visión interdisciplinaria que esta requiere. Una de las funciones de dicho profesional en esta área, es el de aminorar los prejuicios y estereotipos que existen en las personas con enfermedades mentales, en vista que esto perjudica su calidad de vida.

En efecto, cuando la salud mental se ve quebrantada por el desarrollo de una patología mental, la persona que padece de esa enfermedad está expuesta a un sinnúmero de categorizaciones sociales, las cuales generan tanto como para el portador/a de la enfermedad como para su familia, una serie de sentimientos que, en algunas ocasiones, suelen quebrantar el vínculo familiar. No obstante, por décadas, se ha estudiado y analizado con gran interés el trato y la influencia de las personas con diversas patologías mentales, dentro de la sociedad, sin embargo, no se ha tomado como objeto de estudio relevante a la familia de estas personas, y la carga tanto emocional, social como física que estas enfermedades representan para la unidad sistémica.

Es por ello que, para efectos de la presente investigación se realizará un abordaje bibliográfico sobre estudios que anteceden al fenómeno en mención, haciendo hincapié en el cambio que las enfermedades mentales tienen en la dinámica familiar y cómo a su vez la familia percibe de manera global dichas enfermedades. Es importante resaltar que, la información científica sobre enfermedades mentales a nivel Nacional es limitada, y que, a nivel Latinoamericano, en países como: México, Chile y Colombia a través de una perspectiva psicológica, psiquiatra, desde la salud pública y desde el trabajo social, se han interesado por indagar las construcciones sociales de las diversas

patologías mentales. Por otro lado, en el Continente Europeo, en España, se estudia el apoyo psicosocial a las familias de personas con patologías mentales.

En América Latina en países como México y Colombia se encontraron investigaciones sobre: “Concepciones culturales sobre la salud mental de personas que asisten a procesos terapéuticos psicológicos” (Torres, Munguía, Aranda, & Salazar, 2015, pág. 35) y “Concepciones de salud mental a partir de la visión dominante de salud-enfermedad” por (Barrero, 2017, pág. 127); frente a estas investigaciones se analizó la importancia de las concepciones culturales, que tienen los sujetos sociales, sobre la salud mental, sus creencias y sus conocimientos sobre la misma, con la finalidad de conocer el sentido de pertenencia del individuo y la significación que este le otorga a nuevos sucesos o hechos que se encuentra experimentando. Estas concepciones culturales atraviesan por un proceso de resignificación, la misma que se da a través del cambio de las coyunturas sociales.

Los autores antes mencionados Torres, Munguía, Aranda, & Salazar, (2015) y Barrero (2017), coinciden en que las concepciones culturales sobre la enfermedad mental, como se dan en distintos contextos socio-históricos, atraviesan por un proceso migratorio, resignificando no sólo la parte subjetiva de un grupo o de una persona, sino también su entramado social. En efecto, al ir cambiando las concepciones sobre la enfermedad mental y sus significantes, el concepto sobre la salud mental pasa hacer mucho más amplio, considerando que denota una división entre el que tiene una salud mental y el que es un enfermo mental.

En ese mismo sentido, Fernández (2012) en su investigación denominada: *“Enfermedad mental y salud mental. Reflexiones en torno a la posibilidad del deslizamiento de un discurso que mostraría a un Otro que no existe”* (pág. 83), se analizan los múltiples significantes que enmarcan a la salud mental, para dar cuenta de la existencia de estas personas que padecen de enfermedad mental,

que se ha visto minimizado a través del discurso existencial expuesto por médicos, psicólogos, políticos, entre otros. En el resultado de este estudio se expuso el avance que han tenido las enfermedades mentales, debido a que, anteriormente se hacía hincapié en la búsqueda de la normalidad y en el control sobre un individuo, otorgándole así, bienestar a una población, por medio del encarcelamiento de la persona con enfermedad mental, con la finalidad de resguardar la seguridad de los que componen la sociedad; es decir, se analiza también la perspectiva de un otro que no puede defenderse razonablemente o por sí mismo, que suele ser inutilizable dentro de la sociedad, de ahí el surgimiento de una angustia que da paso a la exclusión y al rechazo social a un sujeto que no existe porque no tiene la razón.

A lo largo de los planteamientos hechos, se ha puntualizado sobre el trato y las consideraciones en base al sujeto que presenta la enfermedad mental. Por lo que, a continuación se plasmarán estudios bibliográficos que demuestran la participación y afección de la familia sobre el tema: Con respecto a la familia y su participación en las enfermedades mentales, dos autoras Colombianas, en su artículo de investigación denominado: "*Familia, en la salud y en la enfermedad...mental*" (Solano & Vásquez, 2014, pág. 194), analizan las representaciones sociales de la familia frente a la enfermedad mental. En este estudio se utilizaron tres variables, con la finalidad de realizar una triangulación que den cuenta de la relación que conlleva la vivencia entre la familia paciente sociedad.

Como resultado de esta investigación Solano & Vásquez (2014) aseveran que la primera variable en la cual se hace hincapié sobre la representación de la familia en la enfermedad mental, es estar en las buenas y en las malas con quien padece de la enfermedad, sin embargo cuando se presenta la patología dentro del sistema no hay el apoyo necesario de todos sus miembros para el tratamiento y cuidados del familiar que padece de la enfermedad mental. Por consiguiente, en la segunda variable se evidenció que los cuidadores se dan por ordenamiento patriarcal, por auto-asignación y asignación de sus miembros, esto se le concede

como tarea primordial a las mujeres sumadas las tareas domésticas, existiendo así una sobrecarga en las cuidadoras. Dentro de la tercera variable expuesta por las autoras acerca de la representación social de los trastornos mentales, se evidenció que hay considerable discriminación tanto para el enfermo como para su familia.

La aseveración antes mencionada, demuestra que la familia tiene un papel principal dentro de la enfermedad mental, diagnosticada por el miembro de la unidad sistémica que la padece, esto lo constata Freddy González (2007), investigador colombiano, quien realizó una investigación denominada: “*Salud mental a nivel familiar desde la perspectiva de alteridad*” (pág. 1). En este artículo se da cabida a la diversidad, es decir que, no sólo se toma en consideración a la persona que padece de la enfermedad mental sino también a su sistema familiar.

Por medio de la alteridad, también se comprueba como dicha enfermedad afecta la homeostasis del núcleo familiar, es decir, se analiza la salud familiar como un equilibrio. De igual forma, la estabilidad de la estructura de la dinámica interna del sistema responde a las funciones que debe cumplir cada parte integrante del núcleo familiar. Esta manera de responder a tales funciones se encuentra ligada a la capacidad que tiene la familia para enfrentarse a los cambios sociales o adversidades que presenta en su diario vivir.

Los resultados del estudio antes mencionado, aseveran que, así como la interacción de las partes beneficia el equilibrio y estabilidad del sistema, de la misma manera, el enfrentamiento hacia una crisis no transitoria, como el de una enfermedad mental, afecta tanto en mayor o menor grado al funcionamiento de la dinámica familiar, tal como se lo demuestra en la investigación a cargo de los autores Brasileños (Alcalá, De Carvalho, Morgado, Da Graça, & Aparecida, 2016) con el tema: “*Estrategias de enfrentamiento de familiares de pacientes con trastornos mentales* (pág. 1)”, la cual tuvo como objetivo la identificación de

diversas estrategias de enfrentamiento que utilizan las familias para responder a los problemas y/o adversidades.

En el artículo de (Alcalá, De Carvalho, Morgado, Da Graça, & Aparecida, 2016) se evidenció que las familias se enfrentan a un sinnúmero de factores estresores que engloban a la enfermedad mental tales como: la noticia del diagnóstico de la enfermedad, su cura, tiempo y duración, además del cambio económico que representan estas patologías. Todos estos factores interfieren en la dinámica y unidad familiar, ya que cuando se desarrolla el brote patológico, el sistema familiar se encuentra en una situación de fragilidad puesto que no se conoce el manejo de tal situación. Los resultados de este estudio, constataron que la estrategia de enfrentamiento más utilizada en el sistema familiar, tiene que ver con la del soporte social, y la reevaluación positiva, la misma que consiste en percibir los aspectos positivos del factor estresante, mientras que, la menos utilizada fue la del enfrentamiento por sí mismos.

Debido a la magnitud de la sobrecarga en la familia y a los múltiples factores estresores a la que se ve sometida, las familias necesitan de un soporte que cubra y atienda sus necesidades psicosociales. En concordancia con lo mencionado, y de acuerdo con las similitudes conceptuales de investigaciones realizadas en España y Colombia, se ha podido determinar que en ambos países se estudió la resiliencia y la necesidad de un apoyo Institucional para las familias de pacientes con enfermedades mentales.

Para lo cual, primero tenemos que, en España, se realizó una investigación denominada: “*Apoyo psicosocial a familias de personas con enfermedad mental grave y prolongada*” a cargo de los autores (García, Berodia, Jenaro, & Flores, 2014, pág. 29), en la cual se analizó la percepción de los cuidadores desde diversos enfoques, como: el apoyo dado y recibido, el significado otorgado a la función de cuidar a otros y los cambios que han experimentado en su vida luego de asumir el rol de cuidador primario.

El estudiar el sentido que la familia otorga al apoyo recibido para el cuidado del familiar, es importante, puesto que esto coadyuva a comprender las interacciones y relaciones entre los integrantes que componen el núcleo familiar y por ende su dinámica estructural. Como ya se ha mencionado anteriormente después del desencadenante de la enfermedad, la vida cotidiana no vuelve a hacer la misma, puesto que, se efectúan cambios en la interacción familiar.

Sin embargo, cuando la familia asume y recibe apoyo de manera positiva, desarrollan niveles de resiliencia, que les permite continuar a pesar de los problemas suscitados, tal como lo demuestran Castaño y Canaval autoras Colombianas que realizaron una investigación con el tema: “*Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario*” (pág. 274). Este estudio se planteó el objetivo de establecer una relación entre la resiliencia del/la cuidador/a primario y la mejoría del paciente en tratamiento.

En los resultados de la investigación de (Castaño & Canaval, 2015) se comprobó que son las mujeres las que asumen principalmente el rol de cuidador primario, lo cual se da por proceso cultural, ya que, durante décadas, ha sido la mujer la encargada de la salud de los integrantes de la familia y del cuidado a otros. En este estudio, también se analiza el sentir de la familia, no obstante, se toma como principal el sentir del cuidador primario ya que, según dicho estudio, los cuidadores se abandonan a sí mismos, pierden interés en su propia vida y se entregan por completo a garantizar el bienestar de la persona con enfermedad mental.

Siguiendo la misma línea, dos autores españoles, Ribé, Valero y Pérez (2011) realizaron una investigación con el tema: “*Grupo de familiares de pacientes con trastorno mental severo: aspectos dinámicos técnicos y reflexivos a partir de una*

experiencia terapéutica grupal” (pág. 1) en donde se analizó la influencia de la familia en la enfermedad mental y cómo esta ha sido a través del tiempo invisibilizada por los historiadores científicos y terapéuticos ya que, en décadas pasadas la familia fue considerada como un elemento de estorbo en el estudio de las patologías mentales.

Sin embargo a partir de la desinstitucionalización del paciente con enfermedad mental, la familia pasó a tomar parte importante y relevante dentro del contexto terapéutico, pues fue la encargada del cuidado propio de su familiar, por lo que se considera a esta unidad sistémica desde dos vertientes, por un lado; como la unidad que contribuye al cuidado del paciente y a su tratamiento, por otro, destacando el rol del cuidador primario como el familiar en su totalidad como un ser bio-psico-social, como una persona que necesita ser reconocida ya que también presenta necesidades.

De acuerdo con la investigación antes mencionada, se llegó a la conclusión de que, a pesar de que en la actualidad la familia ha sido considerada como una parte fundamental en la mejoría de la persona con enfermedad mental, el cuidador se percibe y se siente marginado, que no está siendo involucrado totalmente en la toma de decisiones de la parte médica para el tratamiento del/la paciente. Cabe destacar que, por este hecho las familias en este estudio toman un rol idiosincrático de “sufridores” ante la enfermedad mental de su familiar.

Hecha las consideraciones anteriores en cuanto al rol idiosincrático de “sufridores” que asumen las familias, una investigación realizada en Colombia, se halló que es preciso envolver “*a las familias y darles un lugar preponderante dentro de las actividades que se realicen en el hospital psiquiátrico para permitir un espacio de escucha mutua y para minimizar las angustias referidas al tratamiento del paciente*” (Cardona, Zuleta, Londoño, & Ramírez, ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL, 2012, pág.

243). En la cual les permite analizar los sentimientos de miedo que el sistema siente ante una estructura de cambio, por lo que sus roles y funciones se mantienen fijos.

Por otro lado, se ha considerado una investigación desde la mirada del Trabajo Social en el área de la salud mental, escrita por Beatriz Hernández denominada: *“El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo”* (pág. 314), tuvo el objetivo de visibilizar el campo de intervención de la salud mental ya que hay información limitada desde esta área y así mismo reconocer el rol que juega la familia en el cuidado de la persona con enfermedad mental.

Desde esta investigación se reconoce a la persona a través del modelo biopsicosocial, se estudia la conducta de la familia, a través de la teoría del comportamiento humano y los sistemas sociales los cuales están en constante interacción. Según esta investigación las familias son “las encargadas últimas de los pacientes y son quienes se enfrentan a situaciones muchas veces sin conocer las herramientas y las pautas adecuadas” (Hernández, 2013, pág. 323). Los resultados de esta investigación denotaron que, al no tener un conocimiento exacto o adecuado de cómo tratar con personas con enfermedades mentales, las familias se sumergen en sentimientos de miedo, sufrimiento y preocupación al inicio de la enfermedad que presenta su familiar, lo cual desestabiliza la dinámica familiar y las relaciones afectivas de las partes, ya que, se modifica la forma de vida de estas personas.

Para finalizar este apartado, a continuación, se expone un artículo del Trabajador Social Alfredo Carballeda (2012) titulado: “La Intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas” (pág. 1), establece que la profesión de Trabajo Social se encuentra involucrada en dos dimensiones, que dependiendo de los contextos se interrelacionan entre sí, como lo son: los problemas sociales y las

necesidades sociales. El mismo autor hace referencia a la noción que planteó Pierre Bordieu al referirse al campo de la salud mental, el mismo que se lo identifica como un escenario de intervención para el profesional de las ciencias sociales. Ahora bien, en la noción del autor antes mencionado se puntualiza que dentro del campo de la Salud Mental confluyen una serie de interacciones como: conflicto, colaboración o alianza.

Cabe agregar que, dentro del estudio planteado por Carballeda, se hace referencia a la noción del modelo de intervención en el campo de la salud mental, el mismo que parte desde la narrativa del sujeto social a través de tres elementos fundamentales dentro de la intervención, estos son: la escucha, la mirada y el registro. Esta noción permite analizar y comprender las diferentes perspectivas que tiene cada individuo de su propia realidad, esto a su vez orienta una serie de posibilidades en cuanto a la intervención social, tal como lo menciona Carballeda al indicar que: “las narrativas en el proceso de intervención en salud, pueden revelar una serie de cuestiones posibles de enumerar (...) dan cuenta del marco comprensivo- explicativo de la vida íntima, de la cultura, de la explicación de lo mórbido desde quien narra” (pág. 6).

1.2 Definición del problema de investigación y problematización

El problema de la presente investigación son las construcciones sociales y estereotipos de parte del grupo familiar de convivencia de las/os pacientes sobre la enfermedad mental, los cuales en muchas ocasiones posibilitan que se perpetúe la discriminación en las personas que padecen de la enfermedad, alterando así la dinámica familiar y por ende las relaciones familiares.

Según Rizo (2015) en su artículo sobre la Construcción de la realidad: “la construcción social de la realidad se encuentra en la afirmación de que los sujetos crean la sociedad y ésta se convierte en una realidad objetiva que, a

la vez, crea a los sujetos” (págs. 23, 24). De esta manera, se puede afirmar que las percepciones que las personas tienen sobre una determinada situación o problemática son dadas a través de un proceso histórico construccionista y, por ende; se va dotando de significado la vida cotidiana de los individuos.

En consecuencia, es preciso mencionar que la problemática no sólo afecta al paciente, sino también a la familia, por ello, se destaca el vínculo que existe entre las partes que componen el sistema, considerando que una parte influye en el todo, y el todo, en este caso la persona que porta el síntoma, influye en las partes. En efecto, cuando el sistema se enfrenta ante una crisis no transitoria o para-normativa, la cual según González (2000) en su artículo “las crisis familiares “ destaca como: “aquellos cambios o transformaciones que experimenta la familia en cualquiera de sus etapas de desarrollo, que no están relacionadas con los periodos del ciclo vital, sino con hechos situacionales o accidentales” (pág. 282); existe una ruptura de la homeostasis familiar, puesto que se genera un evento de desorganización, lo que implica un cambio, ya que, la armonía de los miembros de la familia pierde su equilibrio, tanto en la dinámica familiar como en las relaciones existentes en la sociedad.

Ahora bien, la salud mental, implica un bienestar subjetivo en varios aspectos del ser humano, como: físico, emocional, espiritual y mental. Hallar un balance en tales dimensiones permitirá que las personas tengan la habilidad de poder disfrutar de la vida y a la vez enfrentar de manera adecuada las adversidades que se interponen en el diario vivir. Por lo tanto, se puede mencionar que, tal como lo afirma la OMS (2004): “la salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales” (pág. 7).

En concordancia, se puede señalar que, la enfermedad mental abarca términos extensos, ya que se relaciona con el proceso cognitivo de una persona, por lo que, al generarse el brote de la enfermedad, se ocasiona un

deterioro cognitivo en ella, además, de provocar una variación en el comportamiento del individuo, tal como lo asevera Pérez (2014) en su artículo: “Desarrollo de habilidades personales y sociales de las personas con discapacidad”, al denominar a las enfermedades mentales como:

Alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de vida. (págs. 23-26)

Con referencia a lo anterior, cabe mencionar que varios de esos comportamientos alterados, provocados por la patología mental o el trastorno mental que presenta la persona, son generadores de diferentes sentimientos, que se interiorizan en las familias de estos pacientes, tales emociones pueden ir desde el miedo, hasta el rechazo, debido a los estereotipos, prejuicios y pensamientos negativos que la sociedad genera sobre las personas que padecen de diversas patologías mentales y que afectan la susceptibilidad de dichas familias. En efecto, según la Organización Mundial de la Salud (2004):

Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada. No obstante, es dable afirmar que el impacto es importante en la calidad de la vida familiar. (pág. 4)

Dada la magnitud del problema y la incidencia de las enfermedades mentales en la dinámica familiar, se puede mencionar que, el impacto de estas enfermedades en la vida y funcionalidad familiar es alto, ya que los miembros de la familia se encargan no solo de la salud de quien padece de la enfermedad, sino también de los gastos económicos, tiempo y apoyo emocional, el cual en muchas ocasiones se da por obligación, no obstante;

esto es debido a que los integrantes de la familia, especialmente los cuidadores primarios no tienen un completo desarrollo personal, no pueden satisfacer adecuadamente sus necesidades tanto sociales como afectivas, debido a la sobrecarga impuesta por la enfermedad.

Durante décadas, la enfermedad mental ha ido adquiriendo diferentes etiquetas o significantes en el interior de la sociedad, la misma que las ha ido arraigando y naturalizado con el tiempo. No obstante, se puede precisar que estas enfermedades a través de la historia, han sido pensadas e imaginadas como algo puramente divino y sagrado, que ha sido otorgado al sujeto social, como un castigo, debido a sus comportamientos, los mismos que eran vistos de manera negativa por parte de la sociedad y sus mismas familias. En consonancia con este imaginario social, es de donde surgen los actos discriminatorios hacia la población mencionada, los mismos que se dan por el miedo que tiene la sociedad, frente a los ataques, o daños físicos, que estas personas pueden tener, producto de una crisis patológica.

Por este motivo, tal como lo afirma la OMS (2004): “Amén de los costos de salud y sociales, las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas” (pág. 4). De esta manera se puede indicar que indudablemente, el tema las enfermedades mentales, está ligado a los Derechos Humanos, puesto que la persona portadora de la enfermedad y su familia son víctimas de la discriminación y del estigma social que existe dentro de la sociedad, por una falta de conocimiento referente al tema.

Como anteriormente se mencionó, debido a los significantes arraigados por la sociedad, en donde, para hacer referencia a estas personas (enfermos mentales) se utilizan calificativos como "loco" "chiflado", "tocado", la familia se ha visto impactada sintiendo temor y preocupación con la aparición de la enfermedad; por lo que se les hace difícil aceptarla, debido a que la carga del estigma de los trastornos mentales es alta, por estas situaciones ignoran lo que posiblemente podría ser doloroso y difícil de sobrellevar. Por

consiguiente, cabe destacar que, estas categorizaciones producen una serie de desigualdad social, además exclusión, debido a que no se incluye a esta población en las diversas esferas públicas de la sociedad, con lo cual se minimizan no sólo sus capacidades, sino también sus habilidades, en vista de que no son completamente desarrolladas y, por ende, reconocidas por los demás.

Por otra parte, a continuación, se presentan datos epidemiológicos sobre la salud mental en el Ecuador. Para ellos es necesario puntualizar que, la epidemiología se ha determinado: “Como la producción de información para la acción” (Ávila, Cáceres, Camara, Sierra, & Víquez, 1998, pág. 29). La cual es utilizada en el análisis de distribución y frecuencias de las enfermedades y para identificar los factores de riesgo, las cuales pueden llegar a ser modificadas. El uso apropiado de los datos epidemiológica permite conocer y seleccionar el objeto de intervención a las poblaciones que están en mayor riesgo a tener quebrantamientos neurológicos en la salud mental.

Por ello, en el Ecuador, los datos alrededor de la prevalencia de Salud Mental, según un estudio realizado por el INEC (2009), frente a la Salud, Bienestar y Envejecimiento, se establece que, mayormente las personas, pasados sus 60 años, tanto hombres como mujeres, a nivel Nacional presentan una pérdida de funciones cognitivas, que se ven reflejadas, de la siguiente manera: el 16.3% para hombres y el 25.7% mujeres, mientras que en Quito, el 8.1% hombres y el 23.7% para mujeres, por otra parte en Guayaquil, se refleja el 13.7% hombres y el 20.3% para las mujeres. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009)

Los datos expuestos, denotan la vulnerabilidad de la salud mental de la población femenina, en vista de que, se refleja un alto índice de porcentaje en las mujeres, quienes en estos datos estadísticos padecen de deterioro cognitivo, esto sea producto de diversas problemáticas estresantes a las que

están expuestas. En otras palabras, se puede decir, que son las mujeres quienes presentan mayor prevalencia en cuanto padecer enfermedades mentales.

Con el avance de la enfermedad del deterioro cognitivo, demencia, se puede hacer hincapié que a nivel Nacional el 21.4% de la población diagnosticada con esta enfermedad se encuentra entre los 61 a 70 años de edad (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009), esto se debe a que esta patología o trastorno del pensamiento, se da con el envejecimiento normal, debido a la pérdida de estas funciones cognitivas en la persona.

Los problemas más frecuentes de salud mental y los cuales perturban la capacidad de productividad y trabajo a nivel mundial son: trastornos por depresión y por ansiedad, tal como lo afirma la Organización Mundial de la Salud (2017) al asegurar que: “Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. De hecho, muchas personas padecen ambas afecciones” (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Finalmente, a partir de dicha problemática, se busca establecer pautas de intervención que favorezcan el accionar del Trabajo Social en el área de la Salud Mental con las familias de las y los pacientes con trastornos mentales, teniendo como punto de partida, que este es un campo donde el profesional del Trabajo Social se desenvuelve, constituyéndose a su vez como un intermediario (elemento principal) entre el/la paciente con enfermedad mental, su familia y la sociedad.

Además, dentro del compromiso ético y profesional, el Trabajador Social, tiene como responsabilidades, disminuir los prejuicios, estereotipos y calificativos

entorno a esta población, haciendo hincapié, en que también son personas y el hecho de tener una enfermedad mental, no les priva ni los excluye como sujetos de derecho, puesto que también merecen un trato digno y tienen derecho a gozar de oportunidades que les permitan alcanzar una mejor calidad de vida.

1.3 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las percepciones que tienen las familias de los/as pacientes con patologías mentales en relación a la enfermedad mental, la dinámica familiar y la identificación de las redes de apoyo?

1.3.1 Sub preguntas de investigación

¿Cuáles son las vivencias que han tenido las familias de los pacientes, con relación a la experiencia de la enfermedad mental tanto al interior del sistema, como en sus relaciones externas?

¿Como ha sido la dinámica familiar, desde el momento del diagnóstico del miembro de la familia con una enfermedad mental?

¿Cuáles son las redes de apoyo y/o las relaciones sociales, que tienen la familia de pacientes con enfermedad mental?

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Analizar las percepciones que tienen las familias de pacientes con diversas patologías mentales, que son atendidos en un centro psiquiátrico de la ciudad de Guayaquil con relación a la dinámica familiar y enfermedad mental, e identificar las redes de apoyo.

1.4.2. Objetivos específicos

- Reconstruir la experiencia vivida por la familia, a partir de la experiencia de la enfermedad mental tanto al interior del sistema, como en sus relaciones externas.
- Analizar la dinámica familiar desde el momento de ser diagnosticado un miembro de la familia con una enfermedad mental.
- Identificar las redes de apoyo y/o las relaciones sociales de la familia con pacientes diagnosticados con enfermedad mental, frente a los desafíos que la enfermedad genera.

1.5 Justificación

El tema de las enfermedades mentales es desarrollado en esta investigación, debido a la experiencia empírica que se tuvo en un Centro Psiquiátrico del País, en donde se llevó a cabo, prácticas de intervención preprofesionales, con familias de pacientes con enfermedades mentales. El interés de este estudio radica en el hecho de que, en la profesión de Trabajo Social el tópico en mención es apenas esbozado por la Carrera. A su vez, como ya se ha aclarado anteriormente, la unidad sistémica que toma parte importante en dichas patologías ha tenido un leve reconocimiento por la sociedad. Por ello, es necesario visibilizar y entender el rol que tiene la familia.

Esta investigación es importante porque busca hacernos reflexionar sobre la magnitud e importancia de un problema que ha existido a lo largo de la historia, ya que desde la antigüedad las enfermedades mentales en nuestra sociedad han sido un tema de tabú, lo cuales en muchas ocasiones posibilitan a que haya discriminación en las personas que padecen de la enfermedad y sus familias, perturbando la dinámica familiar. Se trata de un tema que a nivel nacional ha sido muy poco abordado. Por lo cual, esta investigación pretende exponer la interpretación crítica y aportar información sobre el impacto que tienen dichas patologías en la dinámica familiar, lo cual resulta ser, una

función específica que debe cumplir el profesional en Trabajo Social, puesto que, la calidad de vida no sólo del paciente sino también la de su familia se ve afectada.

Como se puede comprobar, el estudio de las familias en la profesión de Trabajo Social ha sido considerado históricamente como una labor humanitaria, la cual tiene como interés los problemas cotidianos de la vida y la resolución ante estas necesidades. Por ello, Aylwin y Solar (2002) manifestaron que:

El Trabajo Social fue la primera profesión que se acercó a las familias en el lugar donde ellas vivían, conociéndolas al interior de sus hogares, y esto le permitió desarrollar una comprensión compleja de las familias en su contexto social, que no es atribuible a otros profesionales. (pág. 52)

Ante la situación planteada, esta investigación resulta de vital importancia para los profesionales en Trabajo Social Psiquiátrico, considerando que dentro del compromiso ético y profesional, el Trabajador Social, tiene como responsabilidades, reconocer los efectos negativo de la estigmatización existente dentro de nuestra sociedad, sobre pacientes que padecen de enfermedad mental y sus familias, con la finalidad de iniciar actuaciones preventivas entorno a la educación en la población sobre la salud mental.

Hechas las consideraciones anteriores, se puede mencionar que la familia, según un documento de estudio de Intervención Profesional elaborado por (García & Rodríguez, 2017, pág. 16):

Es un pilar fundamental para la recuperación del paciente: el Trabajo Social Profesional, como disciplina de las Ciencias Sociales, aborda su estudio e incorpora al sistema familiar como nodo clave para entender

las relaciones de los sujetos con los demás sistemas de pertenencia a lo largo de su vida (...). (Quevedo, 2016, p. 3)

Por otra parte, en ese mismo documento de sistematización se puede mencionar que:

Para el/la Trabajador/a Social en formación, el vivir empíricamente y conocer esta problemática social, dentro de algún establecimiento o Institución, le posibilita expandir su propio mapa mental, y, por ende, desarrollar nuevas capacidades y habilidades, las cuales, a su vez, le permitan ampliar su cosmovisión acerca de la realidad social, desde una gran diversidad de enfoques. (García & Rodríguez, 2017, pág. 17)

Para dar continuidad a la importancia de este estudio, se puede mencionar que se lo realiza con la intencionalidad enriquecer conocimientos en el área de la salud mental, con el objetivo de lograr una investigación de calidad, y por ende aportar en la Profesión, información relevante sobre el funcionamiento del sistema familiar, ante la presencia de un integrante con enfermedad mental, lo cual supone cambios significativos en la dinámica y en las interacciones familiares, tal como lo demuestra Rosselot y Carrasco (1997), en la aseveración de Mary Richmond, al mencionar ella, la influencia de la cohesión familiar dentro del sistema, puesto que indica, que: “el grado de vinculación emocional entre los miembros de una familia es el determinante crítico de las capacidades de ésta para sobrevivir” (pág. 52).

En consecuencia, a nivel académico es muy importante ya que a partir de este artículo aclara que:

La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil es un establecimiento de educación superior que como tal, tiene como finalidades esenciales la preparación de profesionales socialmente responsables a base de la investigación, conservación, formación y difusión de la ciencia y de la cultura; su naturaleza, fines y objetivos están señalados en el Estatuto Universitario y sus estudiantes son

copartícipes y corresponsables del desarrollo de la institución y, en consecuencia, están sujetos a los deberes y son titulares de los derechos que la comunidad universitaria le señala. (pág. 5)

Por otro lado el no realizar este tipo de investigación, y no conocer esta problemática hará que las personas que padecen de enfermedad mental sobrelleven, además de los problemas de integración procedentes directamente de la enfermedad y las discapacidades, las consecuencias del desconocimiento social existente hacia las enfermedades mentales donde el estigma prevalece, no solo en la sociedad, si no en la familia del paciente ya que si estas comparten esos mismos prejuicios y estereotipos, el problema se agrava, lo cual se convertiría en una barrera donde se irá excluyendo al enfermo mental poco a poco, dañando así su esencial red de apoyo.

Algo que es importante destacar son los “Dominios científico tecnológico-humanistas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil” (pág. 1) donde se encuentran las líneas de investigación, pues estas demarcan y dan a conocer tópicos de suma importancia, los cuales están relacionados con temas de mucha significancia, y sirven para la edificación, pues se adquieren nuevos conocimientos los mismos que suelen ser propagados y activadores ya que se aplica el aprendizaje adquirido, esta aplicación de conocimientos ocasionan respuestas favorables para la satisfacción de las necesidades que demanda la sociedad.

En este sentido, el Profesional de Trabajo Social debe de tener en cuenta los siguientes dominios: 4. Dinámicas socio-políticas donde sus líneas de investigación son derechos humanos y problemáticas sociales, en este dominio fortalecen el ejercicio de la democracia el cual enlaza a los derechos de toda la población y las satisfacción de las necesidades. Y por otro lado el dominio 6. Salud integral; salud humana, en vista de que, esta línea se agrupa según en investigaciones que abordan temas sobre la salud, entendida en su

más amplio sentido, tanto en lo referido al enfoque preventivo y asistencial (UCSG, 2014, págs. 33-36). Estos dominios se enlazan con el siguiente objetivo del Plan toda una vida: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017, pág. 37).

Tener en consideración las líneas de investigación y sobre todo aplicarlas es muy importante para el perfil del egresado en Trabajo Social pues estaría cumpliendo con la misión de la carrera la cual permite desarrollar un pensamiento crítico, lo que le permitirá ejercer la profesión con éxito, además de ser identificado por potenciar dinámicas de inclusión social, actuar con eficacia en el campo de intervención, de tal manera que podrá potencializar las habilidades del otro, quien es sujeto de derechos y con la respectiva orientación, mejorar la calidad de vida de la persona atendida.

Capítulo II: Referente teórico – conceptual – normativo - estratégico

2.1 . Referente teórico

El presente trabajo de investigación, parte de una mirada sistémica que analiza no sólo la estructura familiar, sino también su dinámica, por ende las teorías a desarrollarse dentro de este apartado proceden de lo ya expuesto en el capítulo I, en vista de que a partir de los antecedentes descritos, se denotó, que las familias de las personas con enfermedades mentales no son consideradas como un actor principal dentro de la recuperación y el cuidado del paciente, por tal motivo, las familias de este estudio serán abordadas a través de las siguientes teorías y enfoque, con la finalidad de responder y hacer hincapié en el análisis integral que comprenden las enfermedades mentales, para ello, se propone el estudio de la problemática a través de:

- a) Enfoque sistémico
- b) Teoría de redes
- c) Teoría del interaccionismo simbólico

2.1.1 Enfoque sistémico

El enfoque sistémico toma sus bases dentro de la teoría general de los sistemas, propuesta por Bertalanffy en la década de los 50, a través de un enfoque biólogo, en el cual se determinan varios aspectos de la ciencia para explicar la naturaleza o la realidad en su conjunto, por lo que el autor empleó dentro de su teoría, una perspectiva holística, en vista de que consideró todos los conocimientos de las demás disciplinas, de ahí su afirmación de que: “cada construcción científica es un modelo que representa determinados aspectos o panoramas de la realidad” (pág. 97).

Desde este enfoque se hace alusión al análisis de la totalidad del fenómeno específico, para comprender la realidad del sistema familiar, es decir, dentro

del sistema se consideran todas las partes, o los subsistemas que conforman la unidad familiar y que por tanto permiten y posibilitan las relaciones e interacciones de todos los integrantes dentro de un determinado entorno. Desde esta perspectiva, según Aylwin y Solar (2002) citadas por (García & Rodríguez, 2017, pág. 14) la familia:

Está compuesta obviamente por cada miembro, que es parte de ella y que a su vez es todo en cuanto individuo, pero al mismo tiempo, la familia es un todo, en el cual la relación establecida por las partes, desde sus respectivas características, constituye un nivel superior de organización que no es lo mismo que la sumatoria de los atributos de cada miembro. (p. 107)

Con lo mencionado por ambas autoras se puede indicar que el estudio de las familias debe darse a través de una visión y/o enfoque interdisciplinario, ya que el sistema familiar comprende múltiples caracteres que van más allá de lo biológico, y que se relacionan con las dimensiones social, cultural y psicológico del ser humano, entonces, se puede enfatizar que, al interior del sistema familiar todo es influyente puesto que a la familia desde esta perspectiva se la considera como un sistema integral, y por tanto, todo el funcionamiento de esta estructura se verá afectado cuando ocurra una crisis, la cual según Slaikeu, citado por Fernández (2010), se define como: “Un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (p. 5).

Cuando se dan situaciones de crisis, específicamente las de tipo no transitoria dentro de la familia, se van construyendo ciertas percepciones entorno a la problemática, en este caso de la enfermedad mental, en cada uno de los individuos o integrantes del núcleo familiar. De esta manera, se puede indicar

que, a través de este enfoque se realiza una aproximación a la realidad de los individuos, lo que quiere decir que, se analiza al sistema desde un concepto holístico o totalizador, lo cual es una perspectiva característica de dicho enfoque, ya que no solo se basa en las demandas del individuo portador del síntoma, sino de las pautas de transacción que rigen la interacción de los integrantes que componen la unidad sistémica. Tal y como lo expresa (Escartín, 1992) en las características de la familia como sistema:

“1) Totalidad, puesto que es una combinación de partes que se relacionan entre sí en constante interacción. Pero hay que observarla en su totalidad y no aisladamente, como formando una red de interacciones, con toda su complejidad. Por ejemplo, como el juego del ajedrez.

2) Circularidad, esto es, en la teoría de sistemas, a los comportamientos no se les puede describir en relación causa-efecto $A = B$, sino en relación circular $A \longleftrightarrow B$. Es decir, cada forma concreta de comportamiento está afectando a las respuestas de los otros y cada comportamiento es contemplado encajando con los otros” (p. 57).

Significa entonces que, para analizar la totalidad del sistema se debe comprender y reconocer las relaciones establecidas por las partes, las mismas que definen su forma de organización, de esta manera se llega a descartar la causalidad lineal para abarcar la causalidad circular, siendo esta, uno de los componentes principales de la Teoría general de los sistemas y que afirma según las autoras Puello y Silva (2014) que: “La familia se ajusta como sistema al concepto de causalidad circular, en cuanto a que siendo un grupo de individuos interrelacionados, un cambio de ellos afecta a los demás y al grupo en total, en una cadena circular de influencia” (pág. 229).

De esta manera se puede hacer hincapié que el individuo que padece de la enfermedad mental, va influir notablemente en la vida de cada uno de los integrantes de la familia, ya que lo que le ocurre a uno afecta a todos los

demás debido a su influencia mutua, tal como lo señala Minuchin (1982) citado por (Acuña & Solar, 2002): “(...) la familia está compuesta por holones, partiendo por los individuos, que son a la vez parte y todo, y la familia, que siendo un todo, es parte de otros sistemas, a los cuales influye y por los cuales es influida” (pág. 90).

A partir de este aporte, se reconoce que la familia será afectada vitalmente por cada parte, debido a las relaciones existentes y establecidas dentro de la dinámica familiar, las cuales mantienen de manera intrínseca un patrón comportamental, tal como lo afirma Arnold y Osorio (1998) al definir a los sistemas como un: “conjunto de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directo o indirectamente unido de modo más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue, normalmente, algún tipo de objetivo” (pág. 2).

En efecto, la teoría general de los sistemas, permite el abordaje holístico que debe emplear el/la trabajador/a social, el/la mismo/a que tiene que considerar todos los aspectos que engloban el sistema familiar, con la finalidad de comprender la realidad que viven las familias desde su convivencia, ya que esta también se caracteriza por ser única y por ser el contexto inmediato para el desarrollo personal de todos los seres humanos (Quintero, 2001).

Si bien es cierto, tal como lo definieron (Medellín, Rivera, López, Kanán, & Rodríguez, 2012): “la familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar” (pág. 148). Según se ha citado, a lo largo de la vida y de los acontecimientos que experimenta cada sistema familiar, las pautas de interacción se modifican debido a los múltiples estresores a los que se enfrentan los miembros de las familias, por lo que su estructura de funcionamiento se altera al igual que su dinámica, es decir, los roles, funciones, límites y normas, a partir de un aspecto positivo o negativo,

tal como lo manifiesta Quintero (2001) al mencionar que la familia: “En su crecimiento y evolución atiende las demandas internas de dichas partes, donde están conectadas las transacciones internas y externas, esto es su carácter permeable, que le permite ajustes y reacomodos, pero sin perder su identidad y estructura” (pág. 112).

Por otra parte, siguiendo en esta misma línea se puede mencionar que tal como lo afirma la Teoría general de los sistemas, existen dos clases de sistemas, los cuales según Bertalanffy se agrupan como: cerrados y abiertos. Los primeros hacen referencia a sistemas con estructuras aisladas del mundo externo, mientras que los segundos; se enfocan en la interacción permanente con el medio (Bertalanffy , 1889). El autor defendía en esta teoría con claridad la inexistencia de un sistema cerrado, puesto que consideraba que:

El organismo no es un sistema estático cerrado al exterior y que siempre contenga componentes idénticos: es un sistema abierto en estado (cuasi) uniforme, mantenido constante en sus relaciones de masas en un intercambio continuo de material componente y energías: entra continuamente material del medio circuncidante, y sale hacia él. (pág. 125)

La familia entonces pasa considerarse como un sistema abierto, ya que se encuentra en constante interacción e intercambio con otras redes, es decir, con su medio externo, tal como lo demuestran Medellín y otros autores al determinar que: “los sistemas familiares se encuentran inmersos en sistemas mayores como los sistemas sociales” (Medellín, Rivera, Peñaloza, & Rodríguez, 2012, pág. 148). Es por ello que resulta necesario puntualizar la clasificación de las propiedades de los sistemas abiertos, ya estas coadyuvaran a la comprensión del objeto de estudio en mención, visibilizando de qué manera los subsistemas de un sistema familiar y su entorno se interrelacionan. Los principios propuestos por Bertalanffy son, según (Arnold & Osorio, 1998):

- **“Ambiente:** Se refiere al área de sucesos y condiciones que influyen sobre el comportamiento de un sistema;
- **Equifinalidad:** Se refiere al hecho que un sistema vivo a partir de distintas condiciones iniciales y por distintos caminos llega a un mismo estado final;
- **Estructura:** Las interrelaciones más o menos estables entre las partes o componentes de un sistema, que pueden ser verificadas (identificadas) en un momento dado;
- **Homeostasis:** Los procesos homeostáticos operan ante variaciones de las condiciones del ambiente, corresponden a las compensaciones internas al sistema que sustituyen, bloquean o complementan estos cambios con el objeto de mantener invariante la estructura sistémica, es decir, hacia la conservación de su forma”.

Con la clasificación expuesta, se puede determinar que para el análisis de una problemática como el de las enfermedades mentales, es vital la consideración de todos los subsistemas que forman parte de la unidad familiar, ya que estos responden a una estructura que se direcciona a través de una serie de transformaciones dadas mediante el desarrollo o la presencia de una patología mental. Por consiguiente, cada uno de estos principios tiene que ver con el control, la estabilidad, la funcionalidad y la corresponsabilidad del sistema y sus partes, lo que a su vez permite analizar las propiedades individuales y las relaciones que coexisten dentro y fuera del sistema familiar, ya que un sujeto social pertenece a diversos entornos, los cuales reafirman su existencia dentro de la sociedad.

Por las consideraciones anteriores cabe agregar que las correlaciones entre el funcionamiento familiar y las redes de apoyo social son importantes analizarlas dentro de este estudio ya que el ser humano, como ser bio-psico-social depende de su entorno para configurarse y reconocerse como un individuo, el mismo que es parte de una sociedad. Además, las redes de apoyo se configuran de manera significativa como un impacto duradero que

repercute en la salud y en el bienestar de cada sujeto social, así como lo mencionan Orcasita y Uribe (2010) indicando que:

El aspecto importante de las redes de apoyo es que son personas emocionalmente significativas para el individuo y son quienes potencialmente brindan el apoyo social. Es decir, estas redes sociales cumplen la función de proveer el apoyo social, el cual genera herramientas necesarias para la persona dentro de su contexto cotidiano. (pág. 70)

Desde esta perspectiva, cabe agregar que, al analizar a un individuo es importante no sólo contemplar a su familia, si bien es cierto a ésta se la reconoce como el espacio vital de pertenencia de toda persona, tal como lo aseveran Minuchin y Fishman (1993) citado por autores como (Montalvo, Espinosa, & Pérez, 2013), al afirmar que la familia es:

Un contexto natural para crecer y para recibir auxilio; un sistema vivo que intercambia información interna y externamente donde las fluctuaciones de origen interno o externo suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia. (pág. 145)

Según lo citado, se puede destacar la importancia que tiene el entorno para el desarrollo de todos los integrantes que componen el sistema familiar, es por ello que es necesario valorar el ambiente en el que estos se desenvuelven. De allí la importancia de hacer hincapié entre el enfoque sistémico anteriormente planteado y la *Teoría ecológica de Uriel Bronfenbrenner*, considerando que éste se interesa por la relación y la interacción que las personas pueden tener con otros contextos, es decir, el ser humano no está relacionado únicamente con su familia, sino que existen otros seres, otros entornos, a los que pertenece y a los cuales se encuentra íntimamente conectado, ya que estos espacios configuran su entramado social. Son interacciones que le permiten al individuo tener otra dinámica y otra manera

de ver el mundo. De ahí la importancia de este enfoque ya que permite la articulación de múltiples sistemas.

Sin duda alguna, todos los ambientes en el que el ser humano se desenvuelve y por ende se desarrolla, coadyuvan a un crecimiento personal, por otro lado, también influyen en la aparición de nuevas problemáticas que se dan entorno a un fenómeno social determinado. En efecto, para el surgimiento de diversas percepciones que pueda tener una persona sobre una cuestión en específico se debe hacer hincapié en los contextos que estas se dan, en vista de que el entorno influye en el aspecto cognoscitivo de un individuo. Es por esta razón que Bronfenbrenner destaca cuatro niveles que permiten establecer las relaciones entre los distintos medios en los que una persona participa. Estos niveles son, según García (2001):

1. **“Microsistema:** corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa.
2. **Mesosistema:** comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa
3. **Exosistema:** se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona si está incluida.
4. **Macrosistema:** se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro-, meso- y exo) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes”. (García F. , 2001, págs. 2-3)

Los niveles anteriormente planteados se describen en esta investigación, debido a la magnitud de su importancia, considerando que este trabajo investigativo toma como universo a los/as pacientes y a sus familias, los

cuales se mantienen en constante interacción con medios externos, es decir, con su entorno, de ahí que la premisa básica en la propuesta de Bronfenbrenner, según Torrico, Satín y otros, es que: “los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana” (pág. 46).

Al destacarse la influencia de los ambientes naturales en la conducta de un ser humano, se considera el intercambio de esta persona con su entorno, el cual se da por respuesta a las necesidades personales de cada individuo. No obstante, al darse este intercambio, la posición del sujeto social pasa de un extremo a otro, “este hecho Bronfenbrenner lo denomina transición ecológica, que se produce cuando la posición de una persona en el ambiente ecológico se modifica como consecuencia de un cambio de rol, de entorno, o de ambos a la vez” (Torrico, Santín, Villas, Menéndez, & López, 2002, pág. 51).

2.1.2 Teoría de redes

A efectos de la teoría anteriormente mencionada, a continuación, se expone la teoría de redes, la cual según los autores Vidal, Vialart y Hernández (2013) se define como:

Un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos disimiles. Constituye un sistema abierto, en construcción permanente, que involucra a personas que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas y cuyos principios son el de crear, compartir y colaborar. (pág. 146)

Por otra parte, Martins (2009) menciona que esta teoría: “ha ganado visibilidad por el reconocimiento de la presencia incuestionable de pequeños sistemas dinámicos, autodenominados redes sociales, que funcionan como nuevos aparatos reguladores de los conflictos, tensiones y acuerdos entre individuos y grupos minoritarios” (pág. 89). De manera simultánea, el origen de esta teoría se remonta a varias corrientes del pensamiento y teorías, tales como:

la matemática, la psicología, antropología y sociología (Lozares, 1996). Por otra parte, tal como se lo cito anteriormente, la posibilidad de intercambio y las interacciones que se establecen con otros, permiten la socialización de experiencias y el descubrimiento de nuevos intereses y problemáticas, de ahí la afirmación de Kadushin (2013) al mencionar que: “El estudio de las redes se basa en la interacción como unidad elemental de análisis” (pág. 16).

Dando continuidad con la teoría planteada, se puede detonar que, dentro de sus premisas básicas, se encuentran dos características que analizan la importancia de esta teoría, como lo son: los nodos y los enlaces. Los primeros hacen referencia a los individuos siendo parte de una red, mientras que los segundos; se enfocan en la vinculación de los sujetos sociales con otras redes. Por consiguiente, con esta clasificación se puede indicar que los seres humanos, estamos sujetos a múltiples redes que conforman nuestra estructura social, tal como lo asegura Lewin citado por Losares (1996) al indicar que: “La percepción y el comportamiento de los individuos de un grupo, así como la misma estructura del grupo, se inscriben en un espacio social formado por dicho grupo y su entorno, configurando así un campo de relaciones” (pág. 104).

Al utilizar la teoría de las redes en la presente investigación, se hace hincapié en la importancia de las relaciones interpersonales de las familias de las/os pacientes con enfermedad mental, considerando que de esta manera se puntualiza en la totalidad de la vida social de estos individuos, además, se incluye con la finalidad de hacer referencia a los espacios en donde se encuentran inmersos estos sujetos sociales, y de los cuales pueden obtener apoyo social, el mismo que según Lin, Dean y Ensel (1986) citados por Barrón y Sánchez (2001) conceptualizan como: “Provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (pág. 17).

En efecto, al analizar los espacios de pertenencia de cada sujeto social, se puede indicar que, las redes se configuran como herramientas de conocimiento, que a su vez posibilitan el acceso a la información que mantiene el individuo con su entorno. Este proceso de intercambio recíproco que se efectúa es dado por una necesidad básica de todo ser humano, como el de contar o disponer de un apoyo social, el mismo que genera un estado de bienestar en la persona. Ahora bien, las familias de los/as pacientes con enfermedades mentales al ser miembros de una red, se ven expuestos a un contexto mediado por múltiples ideologías, las mismas que pueden influir de manera positiva o negativa en la percepción que tenga la unidad sistémica sobre las enfermedades mentales.

Por otra parte, cabe mencionar que las redes no son utilizadas únicamente para un intercambio de ideologías, sino también, para generar conductas y comportamientos en pro de una actividad, es por ello que: “Generan una “macrocultura” expuesta a valores e interpretaciones que desembocan en una serie de actividades y prácticas, por lo que realmente estamos hablando de una estructura real a tener en cuenta en toda la comunidad” (Marqués, et al., 2013, pág. 310).

2.1.3 Teoría del interaccionismo simbólico

Dando continuidad al referente teórico que se ha planteado para este trabajo investigativo, tenemos a continuación la teoría del Interaccionismo simbólico, la cual se utiliza en este estudio con la finalidad de considerar los significados que tiene para el sistema familiar el tener un miembro de la familia diagnosticado con enfermedad mental. De esta manera es relevante y preciso indicar que toda interacción se da por medio de un significado. Esta aseveración se lo constata a través de esta teoría, la cual sostiene que cada ser humano, cada sujeto social, se relaciona con los otros a partir de un significado, de un símbolo, de un objeto con los que interpreta al mundo, además, se hace hincapié, en que mantiene una interacción constante con los demás a partir de lo que se percibe de los otros sobre sí, y de lo que se espera

de otros contextos o redes, en este caso, de los espacios interinstitucionales que se encargan de la salud de las personas con patologías mentales.

Por décadas se han ido construyendo significantes en torno a las enfermedades mentales, específicamente en los sujetos sociales que las padecen. Tales construcciones se han ido instalando dentro de la sociedad a partir de la cultura y de las creencias de las masas, debido a la influencia de la perspectiva intergeneracional. No obstante, es a partir de dichas construcciones y sus significados donde se va definiendo la realidad de cada individuo, lo que da por sentado que la formación o definición de la realidad es producto de la acción humana y del ambiente. Como ya se mencionó, toda simbología tiene un significado objetivado que la avale, tal como lo afirma Blúmer (1969) al señalar que las tres premisas primordiales con las que se fundamenta dicha teoría, citado por (Cisneros Sosa, 1999, p. 116) en un documento de sistematización desarrollado por (García & Rodríguez, 2017, pág. 14) son:

- “Los seres humanos actúan hacia cosas sobre las bases de los significados que esas cosas tienen para ellos,
- El significado de tales cosas emerge de la interacción social que uno tiene con los asociados a uno,
- Los significados dependen y se modifican a través de un proceso interpretativo usado por la persona en su trato con las cosas que se encuentra”.

De acuerdo con lo citado se puede mencionar que, el imaginario que los sujetos sociales tienen sobre las enfermedades mentales se modifica de acuerdo al significado de tener dentro de la familia a alguien diagnosticado con algún tipo de estas patologías. En este sentido, no solo cambia o se reajusta el concepto que tiene la familia sobre este fenómeno social sino también sus pautas de interacción, tal como lo muestra Hebert Blúmer al definir al interaccionismo simbólico como:

El carácter peculiar y distinto de la interacción, tal como se produce entre los seres humanos. Su peculiaridad reside en el hecho de que estos seres humanos interpretan o definen las acciones ajenas sin limitarse únicamente a reaccionar. Su respuesta no se elabora directamente como consecuencia de las acciones de los otros, sino que se basa en el significado que otorgan estas acciones. De esta manera, la interacción humana se ve mediatizada por el uso de los símbolos, la interpretación o la comprensión del significado de las acciones del prójimo. (Ibañez, Botella, Martínez, & el, 2004, pág. 78)

Por ello, se puede indicar que, los significados emergen de la relación que se tenga con el otro, por ello resulta indispensable considerar todos los subsistemas que componen y engloban a un sistema, en vista de que las acciones de los demás generan una reacción y por tal motivo tienen la capacidad de producir un efecto sea este positivo o negativo en un sujeto social. No obstante, cabe indicar que de estas interacciones se construyen significados los cuales se dan en diversas situaciones sociales, y establecen lo que nosotros esperamos de los demás al igual que lo que ellos esperan de nosotros. Así, se puede destacar la importancia de interaccionismo simbólico, en vista de que se lo considera como muy necesario e imprescindible pues este les da nuevos sentidos a las nuevas situaciones creadas en el diario vivir (Alsina M., 1999, pág. 199).

Por otro lado, desde la perspectiva de otro teórico del Interaccionismo Simbólico como lo es George Mead se puede determinar que esta teoría se interesa por “la conducta encubierta (...) proceso de pensamiento que implica símbolos y significados” (Valdivia, 2002, pág. 16). En efecto, esta teoría se enfoca “en el estudio del lenguaje hablado o escrito, indaga en los procesos de asignación de símbolos con significados y trata de comprender el proceso de creación y asignación de significados” (Báez & Tudela, 2007, pág. 317).

En referencia a la asignación de símbolos a partir de esta teoría, Mead, destaca el conocimiento que se tiene del mundo, el cual es propio de cada persona, es decir, cada sujeto social interpreta y asigna símbolos a las cosas según su experiencia, de ahí que esta teoría se relacione al construccionismo social, el cual, tal como lo asevera Maturana citado por López (2013) afirma que: “toda realidad es una expresión de la misma estructura de quien conoce, y por lo tanto, el sujeto participa activamente en el proceso de construcción de tal realidad” (pág. 11).

En consecuencia, el significado que emerge de esa construcción de la realidad tiene que ver con el imaginario que los sujetos sociales tienen sobre un objeto o una cuestión determinada, es por ello que Blumer destaca tres principios fundamentales del Interaccionismo Simbólico, las cuales se describen a continuación, citadas por (Tylor & Bodgan, 1987, págs. 24-25):

- I. “Que las personas actúan respecto de las cosas, e incluso respecto de las otras personas, sobre las bases de los significados que estas cosas tienen para ellas. De modo que las personas no responden simplemente a estímulos o exteriorizan guiones culturales;
- II. Los significados son productos sociales que surgen durante la interacción: El significado que tiene una cosa para una persona actúan con respecto a ella en lo que concierne a la cosa de que se trata;
- III. Es que los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismo a través de un proceso de interpretación. Blumer escribe: Este proceso tiene dos pasos distintos. Primero, el actor se indica a sí mismo las cosas respecto de las cuales está actuando; tiene que señalarse a sí mismo las cosas que tienen significado. En segundo lugar, en virtud de este proceso de comunicación consigo mismo, la interpretación se convierte en una cuestión de manipular significados. El actor selecciona, controla,

suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en la que está ubicado y de la dirección de su acción”.

Entonces, resulta oportuno resaltar que la realidad de cada sujeto social, se da a partir del conocimiento que se tiene sobre cierto fenómeno, es decir, lo que se conoce de una manera objetiva acerca del mismo. En otras palabras, estas ideas o concepciones surgen de la articulación entre el conocimiento propio de un sujeto y el cual adquiere por medio del mundo, el cual según Sandoval (2004) citado por (García & Rodríguez, 2017, pág. 15) es: “Algo con lo cual dialogamos, negociamos y nos mezclamos a través del conocimiento, porque ambos, conocimiento y mundo, son ámbitos incompletos e interdependientes que se constituyen en tanto tales, en el momento mismo de la articulación” (p. 33).

2.2. Referente conceptual

2.2.1. Familia

Cuando nos referimos percepciones en esta investigación implica poder identificar el sentir de la familia respecto al familiar diagnosticado con enfermedad mental, la cual es definida según Barthey (1982) la percepción: "es cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, ya sea mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento; es una conciencia de los objetos, un conocimiento” citado por (Arias, 2006, pág. 10). A partir de esta definición la percepción es una representación del pensamiento desde una conducta inmediata.

Por otro parte, según el mismo autor Barthey (1982) nos da otra definición acerca de las percepciones la cual a especifica como "Un conocimiento inmediato o intuitivo, o juicio; un discernimiento análogo a la percepción sensorial con respecto a su inmediatez y al sentimiento de certidumbre que lo

acompaña, frecuentemente implica una observación agradable o una discriminación sutil” citado por (Arias, 2006, pág. 10). Esta definición confronta la percepción desde un juicio, la cual se da por pura intuición y no solo a partir de los datos sensoriales.

A continuación, se conceptualiza a la familia, en la que se conocerán sus percepciones, la familia es designada como una organización social la cual ha existido desde la antigüedad, han experimentado transformaciones las cuales han permitido que se adapten a las exigencias de cada época dentro de la sociedad. Según Palacios, J. & Rodrigo, M. J. (2001) alega que la familia es determinada como una asociación de seres humanos, ellos comparten planes de vida y anhelan mantenerse unidos para toda su existencia. Al respecto subraya Flaquer (1998) que la familia es “un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza y la socialización de los hijos (pág. 24)”. Por otro lado, según Alberdi (1920) conceptualiza a la familia como un “conjunto de dos o más personas unidas por el matrimonio o la filiación que viven juntos, ponen sus recursos económicos en común y consumen juntos una serie de bienes” (pág. 90).

Desde una mirada holística, tras definiciones ejecutadas por diversos autores antes mencionados, se puede decir que la familia es un sistema unidos por vínculos de consanguineidad, matrimonio y se suma a estas la adopción no antes nombrada, en las cual las funciones básicas de las familias esta la comunicación, la afectividad, reproducción apoyo social, educación, adaptación, creación de normas y apoyo económico. Entre los objetivos que tienen las familias señalados por (Estrada, 1993, pág. 333), son:

- “1) resolver las tareas o crisis que va enfrentando la familia en las diferentes etapas de desarrollo.
- 2) Aportar los complementos a las necesidades de sus miembros, con el objeto de lograr una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro”.

Así, al formarse una nueva pareja se conciben buenas expectativas y posibilidades de como acarrear o sobrellevar una vida familiar, ya que en aquella se pretende tener hijas e hijos, atenderlos y cuidarlos logrando una armonía en la vida familiar. Teniendo así una mejor calidad de vida para todos sus miembros. Por último, los autores Minuchin y Fishman (1985) describen a la familia como el:

Grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de las familias, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. (Puello, Silva, & Silva, Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. La familia desde la perspectiva sistémica, 2014, pág. 25)

En definitiva, la familia es un conjunto de personas que se encuentran vinculados por afecto mutuo, prácticas de comportamiento, intervenido por reglas y normas, esta tiene como responsabilidad de custodiar a cada uno de sus miembros en el transcurso del proceso socialización. Por otro lado, en la actualidad como se pudo evidenciar se pueden encontrar varios tipos de familia de los anteriores Grupos ya mencionados se puede agregar las “familia sin vínculos” u otro tipo de familias los cuales no tienen que ver con un parentesco de consanguinidad como son los amigos, estos comparten gastos económicos, vivienda por un tiempo considerable, entre otros.

2.2.2. Dinámica familiar.

Según Alviar (2006), Garrido y Reyes (2007) desde estos autores, la dinámica familiar es explicada como una “interacción que se presentan al interior de la vida doméstica a partir de relaciones de parentesco y afinidad. (...) en los que

se desenvuelve cada uno de los integrantes de la familia” citado por (Sánchez, Aguirre, Solano, & Viveros , 2015, p. 126). Es además de lo ante mencionado una mezcla de comportamientos, sentimientos entre cada uno de los miembros de la familia, esto permite que cada uno se desarrolle como sujeto, los cuales pueden contar con todo el apoyo de todos sus integrantes en la familia.

Además, la dinámica familiar se conceptualiza bajo conceptos de tipologías de familias, normas, funciones de familia, reglas, relaciones familiares, valores, estructura familiar y comunicación. Para ello, es necesario que cada miembro de la familia conozca su rol dentro del sistema familiar, lo que proporciona en gran medida su armonía a la dinámica interna del grupo, al respecto, asevera Agudelo (2005) que la dinámica familiar

comprende las diversas situaciones de naturaleza psicológica, biológica y social que están presentes en las relaciones que se dan entre los miembros que conforman la familia y que les posibilita el ejercicio de la cotidianidad en todo lo relacionado con la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros y subsistemas de la familia (...). (pág. 9)

Esto significa que las familias en su dinámica interna atraviesan por una larga historia, historia que, aunque participen y compartan los miembros del grupo familiar, todos desde su peculiaridad como el orden biológico, psicológico, social, físico, político y cultural, estos asumen muchas posturas frente a lo que permea como conjunto, de la misma manera este asume, retos, éxitos y fracasos. De manera que, la dinámica familiar se determina por una serie de características ya antes mencionadas la cual en este apartado se conceptualizara algún de ellas, como son:

- ✓ *La comunicación:* Es un punto esencial en las relaciones familiares debido a que están en constante intercambio de emociones, pensamientos y sentires entre todos los miembros del sistema familiar,

las cuales se encuentran expresada a través del lenguaje verbal y no verbal. Según Agudelo (2005) la comunicación se puede ver de diferentes singularidades, primera la comunicación *bloqueada*, esta hace referencia a que los miembros de la familia poseen pocos intercambios y diálogos entre ellos, no tiene vínculos afectivos profundos; segunda la comunicación *dañada*, es aquella que se basa en relaciones familiares con intercambios de insultos, críticas destructivas, reproches y sátiras, por lo cual la familia tiene vínculos débiles dentro de la dinámica familiar; En tercer lugar la comunicación *desplazada*, esta radica en la ayuda de una tercera persona mediante una mediación, cuando el grupo familiar no pueden resolver dificultades por sus propios medios.

No obstante, en la familia a pesar de que tengan momentos de crisis, también cuentan con espacios de unión y estabilidad, esto hace que dentro del hogar haya la existencia de una comunicación directa, la cual hace referencia a una participación "*clara de acuerdos y desacuerdos y en la coherencia entre lo verbal y no verbal, generando unión entre los implicados aún en situaciones de desacuerdo y tensión*" (Agudelo Bedoya, 2005, pág. 9). Lo que pone en convicción una comunicación desde el punto de vista constructiva, integrativa y abierta entre las diversas personalidades que confluyen en la familia.

- ✓ *Afecto*: Es un punto esencial en las relaciones familiares. Donde según (Bowlby, 1990) se refiere al afecto como un intercambio afectivo, es una de las interacciones más significativas para la vida de las personas, debido que el considerarse admirado, amado, reconocido y respetado fortalece la satisfacción personal y el desarrollo del ser humano al interior del sistema familiar; del mismo modo, el afecto es un punto clave para entender la dinámica familiar.

- ✓ Autoridad: *“significa la facultad que tiene una persona para orientar y determinar conducta de otras”* según (Medina, Comellas, & Chico, 1990, pág. 33), Al respecto recalca Ariza & De Oliveira que *“La autoridad familiar se fundamenta en dos ejes básicos de organización: el género y las generaciones; desde éstos se estipula la subordinación de la mujer al varón y de los hijos a los padres”* (pág. 166), por otra parte en palabras más afectuosas *“el cuidado de los otros es el don de la autoridad”* (Sennett, 1982, pág. 112). Desde estas definiciones hacen referencia que al hablar de autoridad está enfocada a que las relaciones humanas están atravesadas por intercambios de poder con relación a la obediencia, también se encuentra vinculado con el puesto de cuidado y protección apropiado por los padres hacia sus hijos.

Por otro lado, existen medios para lograr una sana dinámica familiar en ellos están los siguientes según (Organización Panamericana de la Salud, 2013, pág. 132):

3. *“Que existan normas de convivencia claras al interior de la familia.*
4. *Que la familia cuente con mecanismos adecuados para enfrentar conflictos.*
5. *Que exista una distribución equitativa de las tareas del hogar (entre los miembros de la familia, independientemente del sexo de sus miembros y de acuerdo a la edad de cada uno de ellos).*
6. *Que la familia conozca los recursos comunitarios y los programas de desarrollo disponibles en la red local (clubes deportivos, centros del adulto mayor, grupos de iniciativa, organizaciones de la comunidad, entre los principales).”*

Finalmente, los autores Viveros y Aries (2006) explican que la dinámica familiar hace énfasis al movimiento que se da en el clima relacional que edifican los miembros de la familia para interactuar en la sociedad y entre ellos mismos. Teniendo diversas características y dimensiones interdependientes como son las normas, roles, autoridad, comunicación, límites y usos de tiempo

libre. De acuerdo a como se den manejen dichas dimensiones en las familias aparecen mecanismos para afrontar adversidades que se van presentando en la vida cotidiana, al igual que se presenta las distinciones con las que cada uno de sus miembros interactúa y analiza generando distintas formas de contribuir a estrategias y tomar sus propias decisiones.

2.2.3 Salud

Tradicionalmente, cuando se refiere a la salud se tiene presente las razones físicas, Que no tengamos alguna dolencia, que obtengamos un desarrollo corporal apropiado, que estemos fuertes, que no poseamos ningún problema con los oídos, con la vista, entre otros. En definitiva, que nuestro organismo y cuerpo este en excelentes condiciones. Pero en realidad la salud es mucho más que eso, por aquello según la Organización Mundial de la Salud la determinada como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013).

Esta definición indica que, para un adecuado estado de salud, es importante considerar varios componentes que no ven únicamente lo somático, sino que van más allá, a través de los determinantes de la salud, los cuales son relevantes en el momento de identificar los factores que pueden agravar el estado de salud. Por ende, para el desarrollo de un adecuado bienestar físico, es fundamental precisar y enfatizar, en los estilos de vida de los sujetos sociales, y de cómo estos cuidan y velan por su propia salud.

Por otro lado, otros elementos significativos que se toman en cuenta en la temática de la salud, son las relaciones e interacciones que el ser humano mantiene con los otros, ya que esto coadyuva a que el mismo mantenga un adecuado bienestar emocional, en vista de que, por medio de las relaciones sociales, el individuo lograr redefinir su ser, por lo que a su vez consigue desarrollar un sentido de pertenencia, lo cual le favorece dentro de su estabilidad social y emocional. Es decir que estos tres componentes: salud mental, física y social están totalmente relacionados entre sí, y son los que en

su relación armónica y de equilibrio permitirán tener y gozar de una “salud óptima”, proporcionando así una mejor calidad de vida para las personas. Por otro lado, otros autores como Naidoo y Wills (2004) sobre la Salud se refieren a:

Estados ausentes como presentes. Se utiliza para significar la ausencia de enfermedad o discapacidad, pero, con igual frecuencia, la y salud se puede referir a un estado de suficiencia y aptitud, o un reservorio de recursos personales que se pueden utilizar cuando se necesitan. (OMS, 2004, pág. 18)

Existen diversos puntos de vista en cuanto a las concepciones de la salud, y en donde cada una está determinada por una experiencia y cultura propia. En definitiva, el enfoque de la salud no es la meramente la ausencia de la enfermedad si no la cabida y el funcionamiento que se da dentro de determinado ambiente, es un proceso que el ser humano se debe de adaptar diariamente, a las continuas estímulos, bacterias y presiones que se presentan.

2.2.4 Salud mental

En consecuencia, la salud mental, es definida por la Organización Mundial de la Salud como:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, 2013)

En este sentido, la salud mental es un adecuado funcionamiento de las capacidades de un sujeto, es decir, la persona actúa de manera consiente,

tiene noción de sus comportamientos y acciones. Implica además la no limitación en la participación de las distintas esferas públicas, es libre de relacionarse con los demás y de llevar un estilo de vida que le produzca bienestar. Al dar la razón que la salud: “es un estado de balance incluyendo el propio ser, los otros y los ambientes, estaremos ayudando a que las comunidades e individuos entiendan como buscar su mejoramiento” (OMS, 2004, pág. 15).

Debido a la complejidad de lo que es la Salud Mental, no hay una sola definición para describirla en su totalidad, por lo que, a continuación, se detallan varios conceptos que nos permitirán tener una visión más clara del tópico en mención. Estas conceptualizaciones son, según (Houtman & Kompier, 2012, pág. 2) citados por (García & Rodríguez, 2017, pág. 12):

- ✓ *“Un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos;*
- ✓ *Un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía (ambos aspectos clave de la salud mental);*
- ✓ *El resultado de un proceso: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante”.*

A través de estas definiciones se puede entender que la salud mental está relacionada con aspectos de la vida cotidiana de los individuos, que van desde el estado de tranquilidad, de satisfacción, de felicidad que puede tener una persona la cual guardan relación con factores psicosociales, ambientales, comportamentales y afectivos. Por esto que hemos mencionado es importante tener presente que la salud mental va más allá de centrarse en que podría ser únicamente la ausencia de enfermedad mental, y que, al constituirse como un tema público, deben existir acciones direccionadas a su prevención, tratamiento y rehabilitación.

El problema de salud mental es:

(...) una alteración en la interacción entre el individuo, el grupo y el ambiente, originada en factores propios del individuo o provenientes de su entorno. Entre las primeras se puede citar el desorden mental o las insuficiencias de las habilidades para enfrentar exigencias del propio desarrollo. Los factores provenientes del entorno tienen relación con el contexto presente o experimentado durante la vida de un sujeto, influyendo y condicionando el desarrollo de sus capacidades personales. Pueden mencionarse aquí, a modo de ejemplo, conflictos persistentes al interior de la familia, pobreza, estructuras sociales injustas, excesiva presión social, servicios de salud insuficientes, entre otros. (Quintana, y otros, 2011, pág. 36)

Por último, y para enfatizar, la salud mental está íntimamente relacionada con las dimensiones propias del ser humano, sean estas sociales, afectivas, físicas, espiritual, entre otras., es decir con su carácter biopsicosocial, lo que lo convierte en un ser participativo, que se encuentra en constante participación con el otro a través de sus actividades, lo que también lo convierte en un ser único por medio de su esencia. Por aquello, un individuo con una enfermedad mental severa nivelada, que tiene el apoyo social, familiar y recursos económicos necesarios, podría disfrutar de una salud respectivamente aceptable. Al contrario de un individuo que a pesar de que tiene un leve trastorno y no tiene el apoyo necesario en la familia, estrés y ausencia de redes sociales.

2.2.4 Trastornos y enfermedades mentales

Todo sujeto social que no cuente con una salud mental óptima, está predispuesto a experimentar algún tipo de Trastorno mental, el cual es caracterizado el DSM V como:

Una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos, o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (...). (DSM V, 2014, pág. 20)

Ahora bien, tomando la percepción de otra autora, experta en el tema, los trastornos psicológicos se aproximan a las siguientes definiciones, según Clare (1997) citada por (Raheb, 2008, pág. 3):

- **“La ausencia de salud.** Esta aproximación desplaza el punto central del problema, pero no lo resuelve. La salud es, en efecto, una definición aún más compleja que la enfermedad. Por ejemplo, la OMS define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solamente como la ausencia de una enfermedad
- **La presencia de un sufrimiento.** Esta clasificación tiene un cierto valor porque identifica a un grupo de individuos susceptibles de consulta médica. Un inconveniente de esta definición es que no se puede aplicar a todas las personas que podrían ser consideradas como enfermas en el sentido común del término. Por ejemplo, los pacientes maníacos podrían sentirse particularmente bien y no sufrir, aunque la mayoría de gente los consideraría enfermos
- **Un proceso patológico.** Algunos teóricos radicales (Szasz, 1960) defienden la opinión según la cual una enfermedad no puede ser definida más que en términos de patología orgánica. Como la mayoría de los trastornos mentales no están ligados a una patología orgánica manifiesta, no pueden, desde esta perspectiva, ser definidos como enfermedades”.

Por aquello, a continuación, se detalla el avance que han tenido los trastornos mentales, con la finalidad de develar el origen sobre el impacto de esta problemática en la sociedad. Por ello, se puede mencionar que, la evolución del tópico, va de acuerdo con las coyunturas sociales de cada época. Dicha transformación o cambio de enfoque, lleva a comprender el estigma que hasta la actualidad sigue estando vigente, ya que los tratamientos utilizados para las personas con enfermedades mentales y la percepción que se tiene desde hace décadas, hacia esta población, están regidos por las concepciones histórico-culturales de la sociedad, es por ello que dentro del lenguaje utilizado por los sujetos sociales sigue existiendo ese impacto cultural al referirse sobre el tópico en mención.

En consonancia con lo mencionado, se puede enfatizar que, históricamente las enfermedades mentales, o los trastornos mentales, se declaraban a través de un principio sobrenatural, es decir, era una problemática de tipo “milagrosa” la cual se daba a través de dos factores: lo divino, y lo demoniaco. Es por ello que, a través de los avances sobre la enfermedad, a principios del siglo XVII se la consideró como un estado físico, que no tenía que ver con los principios religiosos, o con las conceptualizaciones de locura del credo.

Posteriormente, entre 1600 y 1700 hubo un alto índice de personas con estratos socioeconómicos bajos, que presentaban los comportamientos propios de la enfermedad, por lo que se dio origen al enfoque de reclusión y aislamiento, en vista de que, los derechos humanos de estas personas eran invisibilizados, por ende, no se los reconocía, al contrario, se trataba a esta población como seres inferiores, que no tenían cura, por lo cual no era necesaria la preocupación de su rehabilitación ni de su calidad vida, es por eso que, dentro de los Centros de reclusión se le trataba en condiciones precarias (Organización Mundial de la Salud, 2005).

En definitiva, el trastorno o enfermedad mental: “Afecta la homeostasis biosociológica de un individuo, determinando una limitación en su vida de relación. Se origina en factores múltiples, ya sea biológicos, del desarrollo y/o propiamente psicológicos o psicosociales” (Quintana, y otros, 2011, pág. 36). Esta puede ser diagnosticado y precisado a partir de la permanencia de sus revelaciones en el plano conductual, orgánico y subjetivo. Su curso es habitualmente previsible y puede ser reformado y modificado por medio de las intervenciones de tratamiento, prevención y rehabilitación.

2.2.5 Cuidado

Mediante el brote de la enfermedad mental, la familia debe ser considerada como una parte integral de la atención y al cuidado que debe recibir el paciente, sin dejar de lado, el cuidado de los demás miembros de la familia, en el cual, el cuidado es definido según Coliére como “(...) un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida en grupo” (Gimeno, Montse, & Yuleida, 2008, p. 61). Esta misma autora también otorga al concepto de cuidar dos acepciones: “ser cuidado (recibir los cuidados de otra persona) y cuidarse (ofrecerse cuidados a si mismo)” (p. 28). La cual involucra ayudarse a uno mismo o a otro ser humano, tomando medidas que están predestinadas a cuidar de su vida y salud, aumentando el bienestar y evitar un daño o sufrimiento de algún prejuicio.

Desde la perspectiva de estos autores como Báez y Medina, cuidar “es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad” (p. 129). En definitiva, los cuidados de manera general son acciones que cada persona facilita a sus familiares y/o allegados, también se cuida a si mismas, esta tiene como propósito la supervivencia. Tal y como lo expresa Watson, el cuidado “se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de

la persona” citado por (Báez Hernández, Ramos Cedeño, & Medina López, 2009, p. 129).

Por último, según McCane, expresa que es complicado alcanzar una significación concisa del concepto de cuidado, por lo que identifica 6 tipologías para definirlo, las cuales son (McCance & Mckenna, 1997, p. 242):

1. “Ser verdaderamente atenta.
2. Preocuparse por.
3. Proporcionar medios a, administrar cuidados a.
4. Respetar y tomar en consideración.
5. Tomar la cantidad de tiempo necesario.
6. Conseguir conocer al paciente”.

2.2.6 Estereotipos, prejuicios y discriminación.

Por otro parte, por las características innatas de la enfermedad mental, pueden impulsar conductas estigmatizantes en nuestra sociedad. En la que, manifiesta 3 aspectos del comportamiento social, los cuales serán definidos: Por un lado, los estereotipos que según Gartner (1973) es un: “*Conjunto comprimido de creencias consensuadas sobre las características de un grupo particular*” citado por (Montes Berges , 2008, pág. 1) . Desde otra autora Barberá (1998) “(...) son una construcción subjetiva que incluye creencias, expectativas y atribuciones causales, y como imágenes de alta elaboración cognitiva no suelen coincidir con la realidad, sino que son una simplificación deforma de aquella” citado por (Ramos , 2005, p. 42). Es entonces, que mediante las creencias de los estereotipos aparecen, las reacciones negativas, poniendo en camino, los prejuicios.

En el cual el prejuicio, se define “como una actitud negativa hacia un grupo social o hacia una persona percibida como miembro de ese grupo” (Suariá,

2011, pág. 1). Mientras tanto el autor Garrido y Azpilicueta (2016) lo define como un “Pensamiento y actitud, por lo general negativa, que una persona o un individuo tienen ante otra persona o grupo de personas a los que considera ajenos a su grupo de referencia (...) (pág. 4). Lo que, los prejuicios, en muchas ocasiones posibilita conductas de discriminación poniendo en situación de desventaja social a las personas con enfermedad mental, en la que se define a la discriminación como:

Una conducta, culturalmente fundada, y sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma relacionado con una desventaja inmerecida, y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales. (Rodríguez Zepeda, 2006, pág. 26)

En contundente, que, mediante los prejuicios, estereotipos y discriminación, hacia los pacientes con enfermedad mental, son o pueden ser privatizados de oportunidades que resultan fundamentales para el logro de sus objetivos vitales, primordialmente aquellas que tienen que ver con su independencia personal y económica, las cuales mejoran su calidad de vida, no solo para quien padece la enfermedad, sino para todos los miembros de la familia.

2.2.7 Sociedad

La enfermedad mental es una problemática de salud, del que la sociedad no está completamente concienciada, debido al desconocimiento de la enfermedad o la falta de información. Por lo que, según Carrigan (2000) dentro de la sociedad, se infiere que es un paciente con enfermedad mental, a partir de cuatro tipos de signos, los cuales los seres humanos, tienden a reaccionar de forma negativa, ante aquellos que padecen estas patologías, Citado por (Muñoz, Crespo, Pérez, & Gillén, 2009, pág. 14):

1. “Los síntomas psiquiátricos: comportamientos extraños, irregularidades en el lenguaje.
2. Los déficits de habilidades sociales: déficit en el contacto visual, lenguaje corporal, temas de discusión.
3. La apariencia física: higiene personal, forma de vestir.
4. Las etiquetas: aquellas personas de las que se sabe que tienen una enfermedad mental, son víctimas del estigma asociado a la enfermedad mental”.

El ser humano es un ser social, está sumergido en la sociedad desde que nace hasta que muere. Sin embargo, varios de los autores expresan que resulta difícil dar una definición concreta de la sociedad, a pesar de aquello presentan algunas definiciones de diversos autores, por un lado, según la R.A.E la define como una “Agrupación natural o pactada de personas, organizada para cooperar en la consecución de determinados fines” (R.A.E, 2017). Por otra parte, según el Diccionario enciclopédico ilustrado sociedad es una “Agrupación de individuos con el objetivo de cumplir, mediante la mutua cooperación, todos o algunos de los fines de la vida” (Diccionario enciclopédico ilustrado, 1997). Es además de lo antes mencionado según autora Durkheim (2002) la sociedad:

Es más que la suma de los individuos que la componen. La sociedad tiene una existencia propia que va más allá de la experiencia personal... porque existen, desde antes del nacimiento de cada individuo, formas reiteradas y consideradas correctas de comportamiento que se van transmitiendo de generación en generación. (Falicov & Lifszyc, 2002, p. 187)

En concreto, según estas definiciones se podría decir que la sociedad es la totalidad de sujetos, que tienen relaciones los unos con los otros. Así, las personas conllevan una serie de rasgos culturales, estos permiten alcanzar la afinidad del grupo, instaurándose metas y puntos de vistas comunes, Implicando así una convivencia organizada de todos sus miembros. Sin embargo, dentro de la sociedad, al paciente con enfermedad mental no siente esa afinidad de grupo por el estigma negativo con el que se los caracteriza.

2.2.8 Trabajo social en salud mental

Tras haber pasado por los conceptos de salud y salud mental y demás conceptos, en aquellos se considera el aspecto social que es muy determinante tanto para el bienestar de la persona y como una nueva forma de vincularse con otros, es decir todo ese bagaje de características como la calidad de relaciones familiares, amigos/as, situaciones personales, subjetividades y la formación de redes de apoyo, entre otras.

Es entonces donde el Trabajo Social se pone en marcha, y desde la salud mental, como ya antes se mencionó, tiene como obligación de disminuir los prejuicios, estereotipos y discriminación hacia las personas con enfermedad mental y sus familias, ya que a partir de la salud mental “el Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada” (Miranda & Garcés, 1998). Y “puede implicar intervenciones tanto en la situación social como en la situación de la persona” (Tellaeché, 1982, pág. 339). En los que el/la trabajadora Social realiza cambios es por medio:

- a) De la relación interpersonal.
- b) De la situación social.
- c) De cambios en las relaciones con sujetos específicas en el espacio vital de los individuos.

Por otro lado, en cuanto a la Profesión de trabajo social en salud mental, hacer referencia a la definición de A. Ituarte (1992):

Es una forma especializada de trabajo social. Desde el mismo se realiza un proceso de ayuda a personas, familias, grupos y comunidades; con el objeto de desarrollar capacidades psicosociales, de manera que puedan hacer frente a sus problemas actuales y a potenciales situaciones conflictivas en un futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social. (Castañera, L., Gómez, M.A., y Mangas, P. , 2014, p. 116)

Esto hace referencia a que el profesional en trabajador/a social se incluye en el campo de la salud mental con la finalidad de asistir a los pacientes en su proceso en el tratamiento psiquiátrico. Es el delegado de abordar particularmente las dificultades e inconvenientes calificados como “sociales” que dificultan el transcurso de recuperación de los pacientes con enfermedad mental. Lo social se despliega como un campo específico de intervención del Trabajo social. La representación del Trabajador Social emerge como el vector, lo que articula el adentro-afuera institucional.

Por consiguiente, es muy importante saber reconocer las funciones que tiene el trabajador/a social en su rol como profesional en el ámbito de la salud mental, lo cuales son diferentes de acuerdo a la institución o al centro Psiquiátrico, donde se encuentren trabajando según C. Baro (2012) estas funciones específicas son las siguientes citadas por (Castañera, L., Gómez, M.A., y Mangas, P. , 2014, p. 117):

1. “Asistencial-terapéutica: comprende acciones de esclarecimiento y apoyo a la demanda, encaminadas a garantizar una atención integral

al usuario y su familia. Si la intervención va dirigida al propio usuario, es una intervención directa. Si, por el contrario, la intervención va destinada a su entorno, se trata de una intervención indirecta.

2. Preventivas: con el objetivo de evitar potenciales situaciones de desamparo y exclusión social.
3. De coordinación o de enlace: el trabajo en red. La coordinación, es un espacio de encuentro, donde distintos profesionales deben construir un espacio horizontal de intercambio para poner en común los distintos saberes que parcialmente no pueden dar respuesta a los temas que tratan”.

Es fundamental saber que actualmente se deben realizar intervenciones profesionales con carácter multidisciplinario, especialmente en el ámbito de la salud, por sus diferentes determinantes, de esta manera el Trabajo Social en salud mental, pertenece a un equipo interdisciplinario que interviene de manera conjunta con otros/otras profesionales, mostrando la importancia de trabajar en equipo, así, estableciendo una mejor demanda dentro de nuestra sociedad.

2.3. Referente normativo

Frente a la revisión realizada sobre el tema de: “Las enfermedades mentales y la dinámica familiar” que permitió delimitar el problema, se procede a realizar la identificación del marco normativo. En este contexto, se identifica que, a nivel de la Constitución vigente, se declara a la salud como un Derecho, hecho que se menciona en aproximadamente 27 artículos, sólo en uno de ellos, se enfatiza a la salud mental, en el art. 203, numeral 2: “En los centros de rehabilitación social y en los de detención provisional se promoverán y ejecutarán planes educativos, de capacitación laboral, (...) o cualquier otra forma ocupacional, de *salud mental* y física, y de cultura y recreación” (Constitución de la República del Ecuador 2008, p. 72).

Es en el art. 32 que se establece que, la salud es un derecho universal, y se garantiza sin ningún tipo de discriminación, para toda la población, en el art. 3 numeral 1. Sin embargo, en sus diferentes acápite se hace especial referencia a los grupos de atención prioritaria, como son los niños y adolescentes, a quienes se impulsan el control de la salud en sus Arts. 35, 36, 39, 45,46, 41, Entre otros. (Constitución de la República del Ecuador 2008).

A nivel de los convenios internacionales, el Ecuador tiene como principales tratados ratificados, según el Modelo de Atención de Salud Mental (MAIS) a través del (Ministerio de Salud Pública, 2014):

- “Pacto Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)
- Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976)
- Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991)
- Tratado Interamericano para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Minusvalías (1999)”.

Estos cuatro Tratados Internacionales, hacen énfasis en reconocer el derecho que tienen las personas a la salud, además, se incluye a las personas que padecen de Trastornos Mentales, para que accedan a la atención en Salud Mental, también se puntualiza la mejora de esta atención y la eliminación de todas las formas de discriminación. Sin embargo, es importante señalar que estos Tratados han sido firmados desde hace décadas atrás (52 años), y que, en la actualidad, el país no ha avanzado en al ámbito de salud mental, aun teniendo estos tratados ratificados.

En definitiva, la constitución si bien establece a la salud como un derecho, no se visibiliza a la salud mental en todos los ámbitos, solo se menciona para las personas privadas de libertad, al contrario de los convenios y acuerdos

internacionales donde reconocen el derecho de la salud mental a todas las personas, incluyendo aquellos con trastorno mental.

A nivel de leyes, actualmente la normativa que regula al sector de la Salud, es la Ley Orgánica de Salud, vigente desde el 2012 la misma que en su art. 14 hace referencia que, quienes conforman el Sistema Nacional de Salud deben implementar y promover programas que coadyuven a la reinserción social de las personas que padecen de enfermedad mental, a través de un enfoque familiar y comunitario, beneficiando de esta manera a la persona portadora de la patología y a su familia (Asamblea Nacional, 2012).

Si bien, la ley orgánica de salud establece que se deben implementar programas, que coadyuven a la reinserción de personas con enfermedad mental, en el reglamento que operativiza la ley no se hace referencia a cómo realizar ese proceso de reinserción, ni como monitorearlo. En el reglamento de ésta misma Ley, solo se hace referencia en su art. 1 que se debe impulsar acciones que promuevan la salud y un entorno saludable para las y los ciudadanos. Además, dentro de este mismo artículo, se determina la corresponsabilidad que tiene que existir entre la población en general y las Instituciones de salud, con la finalidad de alcanzar una cultura por la salud y la vida (Reglamento a la Ley Orgánica de Salud, 2012).

No obstante, siendo las enfermedades mentales según la Organización Mundial de la Salud (2011) una de las causas primordiales de discapacidad en el mundo, en la Ley Orgánica de Discapacidades vigente, se hace énfasis en su art. 6, que las personas con discapacidad son:

“(...) todas aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, sicológica y asociativa para ejercer una o más

actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento”. (p. 8)

Lo cual, en concordancia con el Reglamento a la ley orgánica de discapacidades, se establece el mismo enunciado para aclarar, cuáles son las personas consideradas con discapacidad, además en su art. 1, se presenta la proporción de discapacidad que deben tener, estableciendo un cuarenta por ciento de discapacidad, y esta debe ser calificada por la autoridad sanitaria nacional.

Por otro lado, la Ley de Seguridad Social en su capítulo uno, dentro de las normas generales, establece en el art. 17, que una de las misiones fundamentales que tiene el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, es el de proteger a la población con discapacidad. No obstante, dentro de esta misma Ley, en el título VII del Seguro General de Riesgos del Trabajo, se afirma en el art. 155 que uno de los lineamientos de política que toda empresa debe tener, para proteger a la población antes mencionada, es el de promover acciones que permitan la reparación de los daños derivados por las enfermedades profesionales (Ley de Seguridad Social, 2001).

A este respecto, en el Reglamento del Seguro General de Riesgos del Trabajo de la Seguridad Social, aprobado el 4 de marzo del 2016, expedido a través de la Resolución N.º CD 513, en su art. 6, se reconocen a las enfermedades mentales como enfermedades profesionales, basándose en el instrumento internacional de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Serie Seguridad y Salud en el Trabajo N.º 74.

Estos dos últimos articulados, exponen un avance significativo, para los trabajadores al contar con una normativa en el ámbito de la reparación para aquellas enfermedades mentales que pueden ser originadas por stress laboral, entre otras causas. Sin embargo, como se mencionó anteriormente,

no se han establecido mecanismos de acción concretos que delimiten la ruta a seguir para realizar este tipo de calificación.

A más del sector salud, también se ha identificado que, a nivel de la atención judicial, se establece en el sistema de justicia, una atención preferencial para las personas con enfermedades mentales, tal es así que el Código Orgánico Integral Penal (COIP) del 2014 considera en el art. 36 el deterioro cognitivo y/o el trastorno mental que padece un individuo al cometer un delito. Por otra parte, en el Ecuador el 1 de febrero del 2016 el Consejo de la Judicatura mediante la Resolución N.º CJ-DG-2016-10 del 18 de enero del mismo año, aprueba la “Guía para el conocimiento de delitos cometidos por personas con Trastornos Mentales” (Consejo de la Judicatura, 2016).

En esta guía se hace referencia a la protección de los derechos de las personas con diversas patologías mentales, debido a que esta población pertenece a los grupos en condición de vulnerabilidad reconocidos por la Constitución del 2008. Al resguardar los derechos de estas personas, se está tomando en cuenta las diversas patologías que presentan, ya que al no tener una conciencia clara del hecho que están realizando, no pueden dirigir su conducta o comportamiento; y por este motivo, esta población según la Guía antes mencionada, es considerada como inimputable, lo cual se define como: “Condición jurídica de la persona, que al ejecutar la conducta típica no estaba en condiciones de conocer y comprender su ilicitud o de orientar su comportamiento de conformidad con dicha comprensión por inmadurez psicológica o trastorno mental” (Consejo de la Judicatura, 2016, pág. 1).

Cabe resaltar que, en esta misma guía se señala que luego de la sentencia o internamiento de la persona que ha sido declarada/o inimputable, el Centro psiquiátrico al que fue trasladado/a el sujeto social debe promover acciones de reinserción familiar, dando así continuidad al tratamiento psiquiátrico. Es importante mencionar que, dentro de esta guía, y del Código Orgánico Integral

Penal, y de las leyes antes mencionadas, no existe actualmente ningún artículo que respalde de manera específica los derechos de las familias de las personas con enfermedades mentales. En contraste, dentro del código antes mencionado en el art. 153 se sanciona al familiar que abandone a la persona con discapacidad, con una pena privativa de libertad de uno a tres años (Código Orgánico Integral Penal, 2014). Se puede mencionar entonces que, a la familia se la sanciona, pero no hay sistemas de apoyo que brinden una atención integral para las mismas.

Por aquello, se puede mencionar que, en la normativa vigente del país, no se identifican leyes o reglamentos orientados específicamente a atender a las personas con enfermedades mentales y menos aún a establecer mecanismo de apoyo a sus familias. En correspondencia con el marco estratégico que se presenta a continuación, es importante señalar que no se pudo identificar una política integral, para salud mental en donde se establezcan lineamientos de atención e inclusión de las personas con enfermedades mentales, que involucren de manera amplia al Estado a la familia y a la comunidad en general. En otras palabras, el Ecuador, no ha avanzado en cuanto a legislación que atienda a la población con enfermedad mental, es decir, que, la problemática en mención, es un tópico que en las normativas no ha sido desarrollado de manera específica e integral.

En síntesis, nuestra normativa reconoce el derecho a la atención en salud de todas las personas sin discriminación alguna, así como también, las acciones y los servicios que deben de existir para que se atiendan a las personas con enfermedad mental y a sus familias. Sin embargo, cuando se analiza la operatividad de quienes tienen la rectoría de esas políticas y servicios para la atención, como son el sistema de salud dado por el Ministerio rector de la política, y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, (principales instituciones que emiten normativas), se puede aseverar de que no hay muchos avances legislativos, para este grupo de habitantes mencionados en esta investigación, como lo son las personas con enfermedad mental y sus

familias; y por ende, esto afecta e incide en la limitada oferta de servicios públicos y privados.

2.4. Referente Estratégico

El 22 de septiembre del 2017 la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) aprobó el “Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una vida”. Por medio de este Plan o instrumento, tal como se lo menciona en el art. 280 de la Constitución del Ecuador del 2008, las políticas, los programas y proyectos deberán sujetarse a este, con carácter obligatorio.

El Plan mencionado, dispone de nueve Objetivos Nacionales de Desarrollo y tres ejes, los cuales se clasifican a continuación, según la (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017, pág. 9):

- “Eje 1: Derechos para todos durante toda la vida
- Eje 2: Economía al servicio de la sociedad
- Eje 3: Más sociedad, mejor Estado”.

Para efectos de nuestro análisis se tomará como referente el Eje 1: “Derechos para todos durante toda una vida”, debido a que es el eje que está orientado hacia los derechos para todas las personas durante su ciclo de vida, además, dicho eje consta de tres objetivos, sin embargo, se destaca que, de los tres, sólo uno responde a la problemática planteada, que es el que está orientado a: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”. Este objetivo, por lo tanto, hace hincapié en la atención preventiva de la salud mental, y pone énfasis en que todas las personas, sin importar su condición, problemática, o las limitaciones que presenten, tienen derecho a una vida digna, incluso las personas con enfermedades mentales y sus familias. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017).

Si bien el objetivo uno señala la importancia de generar procesos preventivos de salud mental, de las 17 políticas que tiene adscrito este objetivo, dos enfatizan el enfoque de atención integral hacia los grupos prioritarios sin ningún tipo de discriminación, en donde se integran a las personas con discapacidad, en vista de que, tal como se mencionó anteriormente por la OMS (2011) al cual el País está suscrito, se considera a todas aquellas personas que tienen deficiencias mentales como personas con discapacidad.

Estas políticas hacen referencia, según lo planteado por la (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017):

- ✓ “Política 1.5 Fortalecer el sistema de inclusión y equidad social (...) atención integral (...) con énfasis en los grupos de atención prioritaria (...)
- ✓ Política 1.10 puntualiza la erradicación de toda forma de discriminación por razones (...) de discapacidad”.

De lo expuesto, se puede mencionar que, en el Plan vigente ya mencionado, no hay una política pública orientada de manera específica a responder esta problemática, sin embargo, dentro del mismo Plan, se reitera la importancia y la prioridad de la salud desde una visión integral, que abarca no sólo la salud física, sino también la mental, con la finalidad de alcanzar una mejor calidad de vida para la población. De manera semejante, si retomamos los planes anteriores desarrollos en los tres períodos del gobierno de Rafael Correa, 2007-2010, 2009-2013 y del 2013-2017 se puede constatar, la diferencia en la priorización de los objetivos propuestos en dichos periodos, ya que en el periodo del plan 2007-2010 no se integra la diversidad, mientras que en el periodo del 2009-2013 se establece el reconocimiento de la diversidad desde varias visiones, una de ella, la desigualdad, por lo que las políticas giraron en torno a la promoción de la inclusión social, al igual que en el período del 2013-2017 en donde se pone énfasis en el reconocimiento igualitario de los

derechos, a través de políticas que promuevan la diversidad sin exclusión. (León, Ramón, & Mero, 2017).

De acuerdo con lo expuesto se puede acotar, que en los diferentes Planes de Desarrollo se promueve la diversidad y la protección social hacia los grupos de atención prioritaria que se encuentran en condición de vulnerabilidad. En consecuencia, para la Política Pública, el hacer hincapié en la diversidad, significa responder a la especificidad que presenta cada conjunto de individuos y al nuevo paradigma de Estado de Derechos y Justicia que señala la Constitución del 2008.

Por otro lado, se puede mencionar que el Ministerio de Salud Pública en el Modelo de Atención Integral de Salud Mental dentro del capítulo II correspondiente al marco conceptual proporciona los siguientes datos estadísticos:

El Ministerio de Salud cuenta con 3032 unidades operativas distribuidas entre 9 zonas (más una zona no delimitada), de las cuales 2717 son de primer nivel de atención: 1198 puestos de salud, 719 centros de salud urbana, 763 centros de salud rural y 37 centros de salud de 24 horas; 178 son de segundo nivel (hospitales generales y básicos) y 23 son de tercer nivel (hospitales de especialidades y especializados), así como existen unidades móviles de distinta modalidad y complejidad (móviles, salud escolar, fluvial, quirúrgicas). (Ministerio de Salud Pública, 2014, pág. 18).

En cuanto a las instituciones del sector público que trabajan en el tema de salud mental, por lo general están enfocadas en la atención psiquiátrica (...). Se cuenta con un hospital psiquiátrico dependiente del MSP y un centro ambulatorio especializado, y ambos se encuentran en la ciudad de Quito (Hospital Julio Endara y el Centro Ambulatorio Especializado de Salud Mental San Lázaro); en la misma ciudad dos

hospitales de especialidades ofrecen servicios de atención de psiquiatría ambulatoria, así como de psicología. En tres provincias (Esmeraldas, Pichincha y Azuay) existen servicios de salud mental comunitaria (Ministerio de Salud Pública, 2014, pág. 19).

Ya en el segundo y tercer nivel de atención, se ofrece atención de salud mental en hospitales en 7 provincias, en 7 hay atención psicológica y en 1 solamente psiquiátrica, es decir, en 15 provincias en el país se ofrece algún tipo de atención para temas relacionados a salud mental. En total, existen 1.484 camas en el sistema público (hospital público y hospitales privados de la Red Complementaria), lo cual significa 9.88 camas por cada 100.000 habitantes. Del total de camas disponibles el 0.2% están asignadas de manera exclusiva para niños y adolescentes. De las personas atendidas el 52% son hombres y 48% mujeres. El 3% son menores de 17 años. (Ministerio de Salud Pública, 2014, pág. 19).

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) mantiene servicios de Psiquiatría en cuatro hospitales del país, en los que también se presta atención ambulatoria. En la ciudad de Quito y Guayaquil en algunos dispensarios de consulta externa existen servicios de psiquiatría y psicología. Las Fuerzas Armadas a través de su sistema de aseguramiento (ISSFA), mantienen servicios de psiquiatría en los Hospitales de Quito, Guayaquil y Esmeraldas. Para el internamiento de usuarios mantiene un convenio entre las Fuerzas Armadas y un servicio privado de psiquiatría de la ciudad de Quito (Instituto Psiquiátrico Sagrados Corazones) (Ministerio de Salud Pública, 2014, pág. 19).

En las entidades del sector privado que poseen servicios de salud mental y que reciben financiamiento del Estado se encuentran: el Instituto de Neurociencias (antiguo Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce) que es el más grande del país y depende de la Junta de

Beneficencia de Guayaquil, junto a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), entidad dedicada a la atención especializada de cáncer, y que ofrece 20 servicio de psiquiatría para usuarios hospitalizados en las ciudades de Quito y Guayaquil (Ministerio de Salud Pública, 2014, págs. 19, 20).

Cabe mencionar que en el sector privado funcionan un número indeterminado de hospitales y clínicas; hogares o asilos para usuarios psiquiátricos crónicos, así como centros de rehabilitación para personas con adicciones y consultorios privados. Las actividades de estos establecimientos no se reportan al Ministerio de Salud Pública, ni al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (Ministerio de Salud Pública, 2014, pág. 20).

Entre las instituciones privadas sin fines de lucro se encuentran el Hospital San Juan de Dios regentado por una orden religiosa (Orden Hospitalaria San Juan de Dios) en Quito y Santo Domingo de los Tsáchilas, con atención psiquiátrica enfocada en adultos mayores, personas con usos y consumo problemático de alcohol y otras drogas, personas con trastornos mentales crónicos, mendigos; y el Centro de Reposo y Adicciones (CRA) en Cuenca que brinda atención de salud mental ambulatoria y de internación con énfasis en consumo problemático de alcohol y otras drogas (Ministerio de Salud Pública, 2014, pág. 20).

Es preciso indicar de manera general que, en las Instituciones privadas el promedio básico de costo del tratamiento farmacológico es de aproximadamente \$200.00 por paciente, \$100.00 el internamiento y \$20.00 la consulta médica, lo que significa un 85% cerca del salario básico actual. No obstante, se puede mencionar que, actualmente no existe una actualización de la oferta pública, en los servicios de salud mental. Sin embargo, se toma como referencia, el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental, en donde se plantea que en el 2006:

El presupuesto total del Ministerio de Salud Pública (...) fue de 647.000.000 dólares americanos de los cuales se asignaron para las distintas acciones de salud mental 7.795864 dólares (...) de lo asignado a las acciones de salud mental, a los hospitales psiquiátricos correspondió la cantidad de 4.595.864 dólares que representan el 58.95%. (p. 10)

De acuerdo a lo citado, se puede mencionar que, un promedio de atención mensual que se ofrece en los hospitales públicos, se identifica una oferta mínima para hospitalización de las personas con enfermedades mentales, a diferencia de la oferta privada, que, sí cuenta con una atención hospitalaria, pero cabe precisar que, es costosa y no todas las personas que presentan estas enfermedades y sus familias pueden acceder a ella, es decir, no sólo hay una limitación de oferta de servicio, sino también barreras para el acceso relacionadas principalmente con el costo.

Por consiguiente, en el mismo modelo de atención integral de salud mental, dentro del capítulo IV correspondiente a los componentes de organización del sistema nacional de salud, se presentan los servicios en sus tres niveles de atención según el Ministerio de Salud Pública:

Primer nivel de atención: Servicios de Salud Mental

Tabla # 1: Primer nivel de atención

Tipo de establecimiento	Población asignada	Caracterización y servicios que presta	horario
Consultorio psicológico	Menos de 2.000	Presta atenciones de diagnóstico y/o tratamiento de psicología. Puede ser público o privado	8 horas
Centros Tipo A (apoyo de psicología)	De 2.000 a 10.000	Se dan primeras contenciones psicológicas; y se identifican casos por parte de todo el personal de salud. Se derivan y/o refieren casos que requieran atención especializada. Se realizan acciones de promoción de la salud y prevención primaria (detección precoz)	8 horas
Centros Tipo B (atención psicológica)	De 10.000 a 50.000	Presta servicios de promoción, prevención, recuperación y psicorehabilitación. Promueve acciones de salud pública y participación social. Atiende referencia y contrarreferencias. El servicio de psicología de este centro, por su nivel de complejidad, podría formar parte de los servicios de salud en los Centros de Privación de Libertad (CPL).	12 horas
Centros Tipo C	De 50.000 a 200.000	Potencia acciones de promoción y prevención primaria con la población, en base a recursos presentes en la comunidad, con participación social y comunitaria (a través del arte, la cultura, el deporte), y trabajo interinstitucional e intersectorial. Además brinda atención en recuperación y psicorehabilitación, a través de los servicios de psicología Clínica, psicología infantil y psicorehabilitación, trabajadora social. Dispone de Servicios de psicorehabilitación. Atiende referencias y contrarreferencias El servicio de psicología de este centro, por su nivel de complejidad, podría formar parte de los servicios de salud en los Centros de Privación de Libertad (CPL). Servirá como apoyo técnico para los profesionales de APS en los servicios de SM en centros de salud tipo A y B, con la figura de supervisión para mejorar capacidad técnica y facilitar sistema de referencia y contrareferencia)	24 horas
Centro de Atención Psico Social – CAPS	50.000 – 200.000	Atención ambulatoria de trastornos crónicos y agudos. Servicios de salud abiertos y comunitarios; que ofrecen atención diaria en psiquiatría, psicología, enfermería, medicina general, trabajo social, terapia ocupacional. Servicio de emergencia en salud mental. Promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental a través de la psicoeducación intra y extramural.	8 horas – 24 horas
Unidad móvil (atención psicológica)		Tendrá servicios móviles de promoción de la salud mental y prevención, recuperación y rehabilitación, respondiendo a una programación periódica.	

Fuente: MAIS 2013

Elaborado por: equipo Salud Mental MSP 2013

De acuerdo con el MAIS (MSP, 2012) este nivel comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención; por lo que en salud mental se crean nuevos servicios que responden a los casos referidos de las unidades de este nivel. En este sentido se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, como son según el (Ministerio de Salud Pública, 2014, pp. 90-91):

Tabla # 2: Segundo nivel de atención.

Tipo de establecimiento	Población asignada	Caracterización y servicios que presta	Horario
Consultorio de especialidad (psiquiatría)		Atención ambulatoria de la especialidad de Psiquiatría. Podrán disponer de un stock de insumos básicos previamente aprobados de acuerdo a la especialidad. Puede ser público o privado	8 horas
Unidad de salud Mental en Hospital General y Básico	50.000 a 100.000	Evaluación médico-psicológica y social; Atención a personas con casos agudos de abusos de sustancias; episodios psicóticos; trastornos emocionales graves; derivados de CAPS, CR; referidos de unidades de primer nivel. Servicio de emergencia. Internación de corta estancia. Promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental a través de la psicoeducación intramural preferentemente	24 horas

Fuente: MAIS 2013

Elaborado por: equipo Salud Mental MSP 2013

Tercer nivel de atención: Servicios de Salud Mental

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados. Los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad (MSP, 2012). En salud mental, los hospitales especializados (psiquiátricos) y los hospitales de especialidades deberán cubrir la demanda en el tercer nivel, cuando no se haya podido resolverla en los niveles de menor complejidad. En el tercer nivel, el trabajo es de compensación de crisis agudas solamente, buscando evitar la cronificación de los usuarios psiquiátricos. Una vez alcanzada la estabilidad, deberán retornar a su núcleo familiar o social, donde se garantizará que los usuarios dados de alta de este nivel tengan su acompañamiento en el segundo o primer nivel, como su cuadro lo requiera; y se incluyen los siguientes según. (Ministerio de Salud Pública, 2014, pp. 92 - 93)

Tabla # 3: Tercer nivel de atención

Tipo de establecimiento	Población asignada	Caracterización y servicios que presta	Horario
Centro/Unidad especializada de Psiquiatría		Servicio de salud con o sin hospitalización, bajo la responsabilidad de un médico especialista o sub-especialista, Presta servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, recuperación o rehabilitación en psiquiatría; presta servicios también de psicología, terapia ocupacional. Cuenta con un stock de medicamentos e insumos de acuerdo a su especialidad. Realiza actividades de promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental a través de la psicoeducación intramural preferentemente.	24 horas
Hospital Psiquiátrico	Hasta 150.000	Establecimiento de salud de la más alta complejidad. Provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalización en especialidades y subespecialidades como: Psiquiatría, Psiquiatría pediátrica, neuropsiquiatría. Destinado a brindar atención clínico – quirúrgica en las diferentes patologías y servicios. Atiende a la población mediante el sistema de referencia y contrarreferencias. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos tecnológicos especializados Farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado	24 horas

Fuente: MAIS 2013

Elaborado por: Equipo técnico de la Comisión de Salud Mental - MSP 2013

Según el Ministerio de Salud Pública:

La distribución de la población no es homogénea y se encuentra concentrada en los polos de desarrollo de las principales provincias: Guayas 26% y Pichincha 15%, y en especial en las ciudades de Quito 12% y Guayaquil 17%. (pág. 3)

De acuerdo con el contexto expuesto, y según el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en el Ecuador, la Ciudad de Guayaquil, al ser una de las ciudades más pobladas en el País, y debido a que a nivel Nacional no hay una distribución equitativa de los servicios en Salud Mental, precisamente por la concentración de la población en las zonas ya mencionadas, dispone del Hospital Psiquiátrico más grande del Ecuador.

En síntesis, el hospital de referencia que se plantea en esta investigación, por ser uno de los lugares de prácticas pre profesionales de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, es el Hospital psiquiátrico del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, el cual tiene más de un siglo de trayectoria. Cabe señalar que, al ser este un hospital de referencia nacional, es importante considerar la evolución del enfoque con el que se ha abordado las problemáticas relacionadas con la salud mental. Este hospital especializado, tiene referencia de cobertura a nivel nacional, de allí la pertinencia de exponer la evolución del enfoque con el que se ha abordado las problemáticas relacionadas con la salud mental en dicha institución.

Hace una década el Hospital manejaba como una de sus principales premisas de tratamiento, la reclusión de los enfermos, lo que conllevaba alejamiento de las familias de los pacientes. Es así que, en sus orígenes, tomando como sustento la complejidad de los trastornos mentales y del comportamiento, se lo fundó como Manicomio Vélez en 1881 y luego fue rebautizado en 1910 como Manicomio Lorenzo Ponce.

Luego, debido a los avances de la Psiquiatría, dicho hospital logró una transformación ya que se basó principalmente en el estudio de las patologías mentales, con la finalidad de ofrecer una atención de calidad a la población. Actualmente, desde mayo del 2011, el Centro Psiquiátrico es conocido como Instituto de Neurociencias, en vista de que supone un compromiso en el

estudio de las enfermedades mentales, considerando que dispone de un área de docencia en el cual se realizan todo tipo de investigaciones sobre los trastornos mentales y del comportamiento. Esta transición significó para el Instituto cambios y modernización del modelo de gestión y plan estratégico, orientado a satisfacer las demandas presentadas por el grupo de población mencionado y sus familias.

Para finalizar, se puede mencionar que, de acuerdo con la revisión y análisis realizado a la normativa vigente y a las políticas públicas, se concluye que desde el ente rector, del sector salud, no se amplía la oferta de servicios en salud mental, el modelo de gestión en su accionar involucra a un mismo personal médico, para que atienda diversos problemas relacionado con trastornos mentales, drogodependencia, depresión, problemas emocionales, víctimas de violencia, por lo que se encuentran desbordados, por la alta demanda de usuarios y no responde de forma integral, a la necesidades de las personas con problemas mentales y menos involucra a las familias, incumpliendo lo señalado en las normativas vigentes que hable de ofertar respuestas y servicios de atención integral.

Capítulo III: Metodología de la investigación

La metodología de la investigación es “aquella ciencia que provee al investigador de una serie de conceptos, principios y leyes que le permiten encauzar de un modo eficiente y tendiente a la excelencia el proceso de la investigación científica” (Cortés & Iglesias , 2004, p. 8). Por lo tanto, el uso de la metodología sirve para darle una mirada a la investigación desde un enfoque y un nivel, además sirve para saber sobre las técnicas e instrumentos que son aplicados en una investigación.

3.1. Enfoque metodológico

Esta es una investigación que tiene un enfoque cualitativo, donde según Strauss:

Se entiende como cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimiento estadístico u otros medios de cuantificación. Puede tratarse de investigaciones sobre la vida de la gente, las expresiones vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como el funcionamiento organizacional los movimientos sociales y los fenómenos culturales. (Strauss & Corbin, 2002, págs. 12-13)

La metodología cualitativa, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. Se trata de, descubrir tantas cualidades como sea posible (Mendoza Palacios, 2006). Este enfoque también es llamado holístico puesto que a su forma de ver las cosas es evaluado en su totalidad, es decir sin reducir a sus partes integrantes. “(...) EL proceso es más dinámico mediante la interpretación de los hechos, su alcance es más bien el de entender las variables que intervienen en el proceso más que medirlas y acotarlas” (Cortés & Iglesias , 2004, p. 10).

3.2. Nivel de investigación

El nivel escogido para esta dicha investigación es el nivel descriptivo ya que tiene como "propósito la descripción de eventos, situaciones representativas de un fenómeno o unidad de análisis específica" (Ávila Baray, 2000, pág. 48). Se escogió este nivel ya que la investigación consiste en llegar a conocer las percepciones de las diversas situaciones y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos que llevan las familias de personas con enfermedad mental, para luego extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

3.3. Universo, muestra y muestreo

A continuación, se detalla el universo, la muestra y el tipo de muestreo que se utilizó para realizar el trabajo de titulación:

3.3.1 Universo

El universo "comprende la población específica a donde se llevará la inferencia o la generalización de los resultados del estudio" (Suárez & Pérez , 2004, p. 27). En la cual, en esta investigación, son familiares de pacientes con enfermedad mental de un centro psiquiátrico de la ciudad de Guayaquil, que son atendidos en el área de hospitalización en el que brindan sus servicios a las personas adultas en este se encuentra el centro de emergencias, urgencias y hospitalización temporal. Este tiene como finalidad tener una atención integral a todos los pacientes que parecen de enfermedad mental ya sea este en las fases de recuperación, aguda, rehabilitación o seguimiento.

Ofreciendo un alojamiento con seguridad, en caso de que estos sujetos sufran de algún episodio por estas enfermedades mentales nombradas a continuación según la (Junta de Beneficencia de Guayaquil., 2015):

- “Esquizofrenia y otras psicosis
- Trastornos afectivos
- Intentos suicidas
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
- Demencia tipo Alzheimer con síntomas psicóticos
- Epilepsias con síntomas psicóticos
- Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de drogas
- Estrés post-traumático a situaciones estresantes
- Asperger”.

Cuentan con 7 áreas:

✓ **Emergencias.**

Cuentan con servicio de farmacia, ambulancia y acceso a instalaciones pertenecientes a la Junta de Beneficencia como lo son el Hospital de Niños Roberto Gilbert, Hospital Luis Vernaza y Maternidad, atendiendo las 24 horas.

✓ **Hospitalización transitoria**

En esta área atiendes a los pacientes críticos, luego de su estabilización y evaluación regresa a su hogar con su seguimiento del tratamiento desde consulta externa.

✓ **Hospitalización general**

Cuentan con servicio a pacientes crónicos y agudos, con secciones divididas para mujeres y hombres, su estancia es breve para su debido tratamiento, rehabilitación y sobre todo el diagnóstico.

✓ **Hospitalización privada**

Cuentan con instalaciones adecuadas para el confort y seguridad para el paciente privado durante su demanda e instancia.

✓ **Área vida**

Es un espacio privado en cual son habitaciones en la que hay la seguridad debida mediante el monitoreo de cámaras las 24 horas, también reciben tratamientos dependiendo del usuario como farmacológico, psicoterapias o ambas.

✓ **Centros de integración**

Aquí los pacientes de hospitalizados son participes en diversos talleres como pintura, ocupacionales, taichí, manualidades ayudando así a su ágil recuperación.

✓ **Video monitoreo**

Se cuenta con este servicio de video para los pacientes que se encuentran en crisis epilépticas llamado electroencefalograma, cuyo fin es sugestionar las convulsiones.

3.3.2. Muestra y muestreo

(La muestra de este estudio es no probabilística). La muestra se caracteriza por ser: “Un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación” (López P., 2004, p. 69). Por aquello, los sujetos de la muestra fueron seis familias de pacientes con enfermedad mental del centro psiquiátrico de la ciudad de Guayaquil, pertenecientes al área de hospitalización.

Por otro lado, el tipo de muestreo que se eligió, es el de conveniencia, el cual:

Consiste en la decisión que toma el investigador, según los objetivos y propósitos de estudio, sobre los elementos que a su juicio sean pertinentes o representantes apropiados de la población para integral de la muestra. En este caso, el investigador conoce la población para seleccionar la muestra. (Borda, Tuesca, & Navarro, 2014, pág. 125) Citado por (García & Rodríguez, 2017, págs. 23, 24).

Tomando en consideración, los siguientes criterios de la muestra, para efectos de la realización de esta investigación, se necesitaron varios diagnósticos psiquiátricos, que respondan a diferentes patologías mentales, con la finalidad de visibilizar la experiencia vivida por las familias de estos pacientes, y sus reacciones y/o formas de enfrentamiento frente a las mismas. Las características de las familiares de pacientes con enfermedad mental que aportaron a esta investigación son 8 mujeres y 2 hombres aproximadamente de 18 a 69 años de edad, de diversas tipologías familiares.

3.4. Formas de recolección de la información (técnicas)

La técnica para el levantamiento de datos que se utilizó en el presente estudio investigativo, es la entrevista la cual, es una técnica que se conceptualiza como: “una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar” (Díaz, Martínez, & Varela, 2013, pág. 163) citado por (García & Rodríguez, 2017, pág. 23). El tipo de entrevistas que se seleccionó es la técnica de la entrevista a profundidad en la cual según Taylor y Bogda (1992) se entiende por: “(...) reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respectos” (pág. 1).

Técnicamente es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger información en relación con una determinada finalidad, además porque es una técnica que permite al sujeto expresarse sin sentir presión de que tenga que escoger respuestas obligatorias, para aquello estas personas se les pido encarecidamente que se nos permita grabar ya que es una mejor manera de poner textualmente lo que la gente entrevistada piensa.

La finalidad que se tuvo para emplear la técnica antes mencionada, consistió en adquirir los puntos de vista, o las diferentes percepciones que tienen las familias sobre las enfermedades mentales y la dinámica familiar, esto a su vez coadyuvó a dar respuesta a objetivos de la investigación. Es importante resaltar que, esta técnica constó de su propia guía de entrevista, la misma que estuvo diseñada a partir de preguntas abiertas. Además, con esta técnica se permitió sostener las variables propuestas en la matriz de operacionalización.

3.5. Formas de análisis de la información

Para ejecutar el análisis de la información, y dar respuesta al presente trabajo de titulación, es necesario ubicarse y tener presente los objetivos de la investigación y el cuestionario de preguntas, los mismos que se plasmaron mediante las entrevistas a profundidad, realizadas a las 6 familias de los pacientes con enfermedad mental, como muestra de esta investigación.

Una vez recolectada la información, se procedió a codificar las entrevistas, desde un tipo de codificación axial, en donde, según Rafael Hernández (2014):

La información se reorganiza creando nuevas relaciones entre los conceptos. De entre todas las categorías que surgieron en la primera fase de codificación abierta se seleccionan aquellas que parecen más interesantes para abundar más profundamente en su explicación, enriqueciéndolas con más citas y pasajes del texto. Se les somete a las preguntas que tratamos anteriormente y se elaboran subcategorías estableciendo relaciones entre estas y sus categorías matrices. (Hernández, 2014, p. 200).

Con la cita planteada, se puntualiza, que la codificación establecida en este estudio, parte desde las categorías establecidos en la matriz de operacionalización de variables, en donde se analiza y se comprende

objetivamente las respuestas a las preguntas formuladas en las entrevistas realizadas.

Por otra, parte también se utilizó la triangulación, ya que según Rodríguez Ruiz: “Como estrategia de investigación en ciencias sociales, es algo más que un proceso de validación convergente. Supone un continuum que recoge una visión holística del objeto de estudio (...)” (Arias Alpízar, 2009, p. 129). Desde otro autor Betancourt la triangulación no sólo “valida” sino que además “da una visión de totalidad, una visión integral del fenómeno” (Arias Alpízar, 2009, p. 129). Esta se realizó mediante la información recolectada por las entrevistas, y por los aportes de autores que fundamentan las categorías seleccionadas, lo que permitió describir lo que expresa la familia, y contrastar sus respuestas con las teorías relacionadas, efectuando así una interpretación crítica sobre el tema en mención.

Capítulo IV: Resultados de investigación

A través de los resultados de esta investigación con carácter descriptivo, y por medio del instrumento de recopilación de información, se pretende conocer y describir la realidad que viven las familias de pacientes diagnosticados con enfermedad mental, por medio de su experiencia, a partir del diagnóstico psiquiátrico de sus familiares, y los cambios que presentó su dinámica desde ese momento, así como también establecer, aquella experiencia en torno a las redes de apoyo y relaciones sociales con las que cuentan los miembros de estas unidades sistémicas. Por ello, se puntualizará en las percepciones de estas familias.

4.1 Percepción de las familias con relación a la enfermedad mental

La enfermedad mental, tal como se lo había planteado anteriormente, representa un tipo de crisis circunstancial, la cual provoca en las personas que la experimentan, sentimientos de incertidumbre, miedo y preocupación. Al vivir este tipo de crisis, en primera instancia, surgen en las personas múltiples conceptos, los cuales: “No son entidades “congeladas”, sino instrumentos de una producción intelectual que toman significados diferentes en sistemas diferentes de significación” (González F. , 2008, pág. 227). Es por ello que, estos conceptos objetivos sobre lo que es la enfermedad, también se convierten en interrogantes acerca del ¿cómo actuar? ¿Qué hacer? ¿Cómo reaccionar? ¿Qué es? Esta serie de cuestionamientos facilita el desarrollo de construcciones sociales sobre la enfermedad mental, tal es así que las familias, plantearon su percepción frente a la misma, indicando que conciben a esta problemática, como:

“Mmmm... Desajuste del comportamiento; he... problemas emocionales, (...) Una persona con trastornos mentales” (Familia 1, 2018).

“Es una enfermedad mental grave, que no tiene una cura, y se trata sólo con medicamentos, también aconsejándole el psicólogo, nosotros conocemos un poco de aquello” (Familia 5, 2018).

“Pienso que son problemas que vienen de herencia o de pronto de la niñez, algo afectó o quizás también al nacer hubo alguna mala práctica que le llaman y eso puede afectar al cerebro del niño en el momento del parto, de pronto no fue el procedimiento adecuado y eso puede afectar” (Familia 4, 2018).

A partir de lo citado por estas familias, se puede constatar la diferencia de percepciones en cuanto a la problemática, ya que la primera familia, lo analiza desde un punto objetivo, la segunda; a través de su experiencia, y la tercera; por medio del imaginario del tópico en mención. Se puede decir entonces, que las construcciones sociales se dan a partir de dos perspectivas. La primera, mediante el supuesto previo de lo que se cree que es la problemática, dado también a través del conocimiento propio y la distinción entre salud y enfermedad. Segundo, por medio de la realidad subjetiva, la cual se encuentra envuelta en símbolos y significados que se le atribuyen a la enfermedad, como lo menciona la familia

“A sí es que, a mí se me paso el parto, y desde allí ya quedo así, nació y no lloro, ya es de nacimiento” (Familia 5, 2018).

Por otra parte, las construcciones entorno a la enfermedad mental, también, se representan de manera sutil, es decir, no se les da el verdadero valor que simbolizan, sino que más bien, estas percepciones se adecuan al lenguaje institucionalizado por la sociedad, de lo que son las enfermedades mentales, “En este espacio puede verse cómo aquello que pareciera sólo una afección individual y explicable desde causas meramente fisiológicas, también se construye socialmente” (Sabido, 2011, pág. 313). Sin embargo, se puede destacar, que no se considera, un mayor conocimiento exacto del mismo, lo cual se puede constatar a través de las siguientes afirmaciones:

“Es una enfermedad como todas, y hay que ponerle atención desde sus inicios” (Familia 1, 2018).

“Son como una enfermedad cualquiera, porque todas las enfermedades le afectan a uno” (Familia 2, 2018).

“Una enfermedad mental como cualquier otra, como la diabetes, o la artrosis” (Familia 3, 2018).

De acuerdo con estas aseveraciones, se puede mencionar que, el significado entorNo a la problemática planteada, varía según las ideologías con las que se asuma la incidencia del trastorno mental, en la vida de cada una de las personas. En efecto, las alteraciones que generan las enfermedades mentales en la calidad de vida en cada uno de los miembros de las familias, van a depender en la forma de asimilación de la patología, es por ello que a continuación, las mismas familias que antes expresaron la generalidad de la enfermedad, ahora lo explican a través de su complejidad, estas mencionaron:

“Es mucho más difícil esta enfermedad que otras enfermedades (...) uno tiene que aprender a convivir, uno tiene que aprender a asimilarla, similar ver a su, a su familiar con esta enfermedad y cosa que no es nada fácil” (Familia 2, 2018).

“Esta enfermedad suele ser para mí, la más complicada de todas, es la más complicada de todas porque al fin y al cabo cualquier otra enfermedad física tú la puedes hasta controlar, pero esta de aquí no, tu no la controlas (no tiene una mejora) (Hija)” (Familia 3, 2018).

Al comparar las percepciones que tienen ambas familias, se puede establecer una similitud en cuanto a las opiniones sobre la complejidad de la enfermedad. En efecto, son múltiples las realidades que determinan la forma de pensar y manejar este tópico. Sin embargo, uno de los aspectos con mayor relevancia dentro de las percepciones ya mencionadas, es el significado que tiene para el propio familiar estas enfermedades, lo cual se diferencia con el planteamiento general que estos mismos familiares mencionaron, así como lo asevera González (2008) al indicar que: “En la subjetividad social toman forma subjetiva una multiplicidad de efectos y de contradicciones de todas las esferas de la vida social, que resultan inaccesibles en su apariencia social”

(pág. 235). Esto se debe a la posición que mantiene la persona, al analizar dicha realidad, tal como lo manifiesta una familia, al señalar que:

“Antes de esto, yo pensaba que él era completamente normal, ni sabía que era lo que le pasaba” (Familia 2, 2018).

Como ya se mencionó, esta posición varía, de acuerdo a la experiencia que han vivido todos los integrantes que componen el sistema familiar, con su pariente diagnosticado con enfermedad mental. Tales experiencias, están ligadas con los síntomas propios de las patologías, desarrollados en la persona. De ahí que surjan percepciones, sobre la peligrosidad y la conducta manifestada por el/la paciente, en momentos de crisis. Para esto, se detallan las siguientes expresiones:

“Que es una enfermedad grave (...) le da como furia, alucina cosas y se pone agresivo” (Familia 5, 2018).

“¡Es una enfermedad realmente desesperante! ¡Fea!” (Familia 2, 2018).

“Viven una irrealidad, una contra realidad, ello sí mata, matan y se acabó” (Familia 6, 2018).

De acuerdo con las expresiones citadas, se evidencia que hay distintas percepciones en cuanto a las reacciones que genera la propia enfermedad, en la persona que la padece y en la familia, causando en ellas sentimientos de desesperación y angustia. En efecto, estas reacciones, están mediadas por los significados que representan para las familias el desarrollo de esta enfermedad, las mismas que visibilizan los sentimientos de los integrantes al interior del sistema, tal como lo menciona Olga Ramos (2011) al indicar que los trastornos mentales: “Se le han atribuido diversos significados en el marco de configuraciones históricas concretas y cada época ha dado a esta afección uno o varios sentidos” (Sabido, 2011, pág. 313).

A su vez, cabe indicar que estas reacciones también propician una serie de estereotipos, los mismos que: “Corresponden a una elaboración cognitiva

marcada por dos aspectos interdependientes: contenidos de información simplificados y procesos de estereotipación que consisten en desarrollar explicaciones que fundan esas ideas sumarias” (Prevert, Navarro, & Ewa, 2012, pág. 11). Ante esta afirmación, se pudo rescatar lo siguiente:

“Ella si escucha los asuntos relacionados con la casa, pero obviamente no le podemos aceptar sus comentarios porque no es algo coherente lo que dice (...) mi mamá no puede aportar con una buena decisión” (Familia 3, 2018).

“Cuando ellos comulgaron, me pude dar cuenta de que son seres, de que ya están con Dios, ellos están ya limpios, ellos solamente están viviendo hasta que Dios quiera, o sea... esos pacientitos... ya están sólo con Dios, o sea... ellos son seres que ya se perdieron el sentido de la vida” (Familia 2, 2018).

Estas versiones resaltan las creencias culturales que existen sobre la base de los trastornos mentales, las costumbres, el comportamiento que adoptan las personas que padecen de estas enfermedades y sus familias. Así mismo, se hace referencia, a que los sujetos con estas patologías ya no pueden brindar un apoyo dentro del entorno familiar. Comúnmente se piensa que aquellos que padecen de ciertas patologías mentales, ya no pueden ni tienen la misma habilidad cognoscitiva para interrelacionarse adecuadamente con los demás tal como lo expresó la familia 2 la cual hace mención de que estas personas ya no tienen una mente de pensamientos negativos.

Luego de haber conocido las percepciones de las familias en relación a la enfermedad mental, a continuación, se procede a dar respuesta a uno de los objetivos de la investigación planteada, que tiene que ver con la reconstrucción de las experiencias vividas por los familiares de estos pacientes.

4.2 Experiencia al interior del sistema familiar, en relación con la enfermedad mental

4.2.1 Inicio de la enfermedad

Para efectos, de la reconstrucción de esta experiencia, resulta oportuno indicar que se contó con la participación de seis familias, las cuales han experimentado una nueva etapa en su vida, al enfrentarse a esta realidad. Dichas experiencias se las da a conocer, de acuerdo con las expresiones que se obtuvieron por medio de las entrevistas realizadas a los/as cuidadores, al manifestar sobre sus pensamientos, perspectivas y actitudes, desde el momento de ser diagnosticada la patología de su familiar.

Para dar comienzo, es preciso conocer la temporalidad de la enfermedad mental en el/la paciente, con la finalidad, de develar el inicio de esta experiencia, de esta realidad que viven las familias a partir del diagnóstico psiquiátrico para luego poder establecer una comparación con los cambios que se produjeron en la dinámica familiar. A este respecto, se puede mencionar que las familias afrontaron diversas situaciones que responden a este inicio, para ello argumentaron lo siguiente:

“Yo no sabía que él se sentía mal, porque solo pasaba en su habitación, supuestamente yo era propio de su edad, pero cuando ya veía que comenzó a llorar muy desesperadamente fue cuando me di cuenta de que algo pasaba con él” (Familia 1, 2018).

“La primera vez (...) me hacía llorar este muchacho, por su comportamiento porque a veces actúa, este... he... como descontrolado” (Familia 2, 2018).

Nos dimos cuenta cuando quiso golpear varias veces a la mujer y se portaba, muy agresivo en mi casa peor cuando esta borracha empezó con su actitud muy violenta la cual si nos dio mucho que pensar porque no sabíamos bien que era lo que sucedía hasta, que acudimos acá y

nos dieron el diagnostico pero en buena hora se podría decir que si está poniendo de su parte” (Familia 4, 2018).

De acuerdo con lo expresado por las familias, se puede mencionar que, al inicio de estas enfermedades, existe un desconcierto en los integrantes de las familias por los comportamientos que los/as pacientes presentaban. El desconocer los síntomas de la patología coadyuvó al desarrollo de la misma, y por ende a los comportamientos alterados en la persona. Cabe destacar que, a través de estas actitudes, al inicio de esta vivencia, surgen en las familias, sentimientos de negación frente a la enfermedad diagnosticada en el familiar, tal como se lo puede evidenciar a través de las siguientes afirmaciones:

“El (padre) no acepta que mi hijo tenga eso” (Familia 4, 2018).

“La verdad no creo que la depresión sea una enfermedad mental, para mí eso está más ligado con los sentimientos, con la fortaleza que tiene una persona para enfrentar sus problemas o todo lo que le aqueje” (Familia 2, 2018).

El sentimiento de no aceptación/negación de la realidad proviene de las creencias estereotipadas entorno al campo de la salud mental, específicamente en los trastornos mentales. Esto, debido a las concepciones culturales, de los comportamientos de una persona con estas enfermedades. Por consiguiente, la negación a la enfermedad se caracteriza según Rodríguez & Peláez (2013) por:

(...) El temor al carácter crónico del trastorno o a su propia implicación en el mismo, la familia también puede negar la enfermedad y actuar “como si” no pasase nada, intentando llevar una vida normalizada; sin tener en cuenta que el paciente no puede hacerlo. (pág. 79)

De acuerdo a lo citado por los autores, se puede aseverar que las familias mantienen, al principio de la enfermedad una actitud reacia, debido al no querer aceptar y afrontar esta nueva realidad. Esto se lo comprueba a través de las siguientes afirmaciones:

“Cuando la Doctora me dijo: “hay que internarlo” yo dije: “no Doctora no” yo pasé dos semanas en casa, dándole la medicina junto a él, deje de trabajar, sólo cuidándolo (...)tuve que guardar cuchillos, floreros, pastillas, detergentes, tenedores, ¡qué sé yo! Todo lo que le podía causar daño” (Familia 2, 2018).

“Me afectó la idea de venir y tener que tomar la decisión de guárdalo aquí en el Neurociencias, porque es obviamente, que el Neurociencias es para... este... locos” (Familia 2, 2018).

De acuerdo con la opinión expresada por esta madre, quien lleva experimentando esta realidad desde hace aproximadamente un mes y medio, se puede comprobar, la carga de la connotación cultural, que existen acerca de las Instituciones Psiquiátricas, las mismas que son vistas a través del antiguo enfoque de reclusión y de internamiento. Se precisa también, el desconocimiento acerca de las atenciones brindadas por dichos Centros.

Ahora bien, retomando los comportamientos estereotipados, se puede hacer hincapié que esto de una u otra manera resultaron positivos, para que, las familias pudieran comprender el síntoma que se estaba desarrollando al interior del sistema. Otras respuestas que muestran el inicio de la enfermedad mental del/la paciente son las siguientes:

“Ella nació ya con eso creo, con esa enfermedad porque “de chiquita era irritable” una vez lo cogió al hermano chiquito y lo arresto por el piso del pelo” (Familia 3, 2018).

“A si es que, a mí se me paso el parto, y desde allí ya quedo así, nació y no lloro, ya es de nacimiento esto, un día enterito me tenían allí y no me hacían la cesárea (...) ya fue al año que nos dijeron sobre esto, porque se quedaba, así como anonado” (Familia 5, 2018).

“Cuando él tenía 12 años cogió un gato y quería matarlo, quería... Quería... el problema radica que ellos desconocían que el chico ya estaba enfermo, vienen a descubrir a los 12 años recién, porque el chico nació con el problema” (Familia 6, 2018).

De acuerdo con estas declaraciones, se puede establecer la diferencia, que de seis familias sólo dos reaccionaron y se dieron cuenta de los comportamientos y el periodo de duración de las crisis que se generan a través de la enfermedad, las cuales presentaban los/las pacientes en su etapa de niñez. Al reconocer esta enfermedad, los sujetos sociales inconscientemente adaptan sus conductas frente a ella, lo cual interviene en la transformación de su propia subjetividad **Fuente especificada no válida.**, ya que comienzan a aparecer sentimientos, sean estos positivos o negativos, alrededor de los múltiples estresores que engloban la enfermedad del/la paciente.

Sin embargo, se puede destacar que, aunque la familia se reajusta a los nuevos acontecimientos sobre su realidad, persisten en ellas, sentimientos de tristeza al recordar, lo que significa para ellos tener a un/a integrante con una patología mental, esto se lo puede constatar a través de las siguientes afirmaciones:

“¡Nunca me imaginé que me podía pasar o que le podría pasar a uno de mis hijos! ¡Es muy duro!” (Familia 1, 2018).

“Nosotros nos sentimos bien mal, mi familia se sintió bien mal de saber que ya no, o sea que ya no iban a poder tratarlo como una persona normal” (Familia 2, 2018).

Frente a lo mencionado, se puede referir que, las experiencias y las concepciones que se encuentran implícitas en estas, van a depender de la edad de la persona o cuidador/a primario y el parentesco con el/la paciente con la enfermedad mental, en vista de que estos factores se consideran imprescindibles ante la atribución de significados, tal es el caso de una adolescente de 18 años quien, según mencionó en las entrevistas:

“Desde chiquita vi a mi mamá insultarme, alterada, insultar a mi abuela, verla con coraje todo el tiempo, cambiando de parecer tan rápido, o sea creo que sí me he adaptado, o bueno enseñado, porque yo creo que ya no me afecta tanto como cuando era chiquita” (Familia 3, 2018).

La experiencia de vida que esta joven detalla, frente a la enfermedad mental de su madre, comprueba la teoría de que, a través del tiempo, las conductas propias de la enfermedad que desarrolla una persona, se van naturalizando en la subjetividad de los familiares con quienes convive. Sin embargo, esto no quiere decir que no les afecte su comportamiento, las relaciones que mantienen entre sí, las mismas que por el brote de la patología en algunas ocasiones se suelen quebrantar, tal como lo manifiesta una madre de familia:

“Nosotros salíamos, íbamos a las reuniones en familia, pero ya cuando ella se puso así, toda malcriada, ya no íbamos, porque no hacía caso, ya comenzó a ponerse alterada (Mamá)” (Familia 3, 2018).

Por consiguiente, se puede destacar que, todo proceso de reconstrucción subjetivo, se encuentra mediado a través de varios elementos que tienen que ver con lo ya planteado, en el inicio de la enfermedad, estos se destacan como: la incertidumbre de la enfermedad, los miedos que está genera, los estereotipos y la no aceptación de la enfermedad debido estos. Cabe indicar que, con el paso del tiempo, estos procesos se reajustan y por ende existe una nueva visión de la realidad, la cual consiste en la adaptación y aceptación de la patología. Para ello se puede destacar, lo siguiente:

“Nos tocó como que adaptarnos o acostumbrarnos a esta nueva vida, no, porque para nosotros lo más importante es la salud de nuestros hijos, y bueno no lo íbamos a dejar sólo” (Familia 2, 2018).

“Tratar de tomarlo de la mejor manera, pero sin embargo aún sigue siendo difícil para nosotros adaptarnos al comportamiento de Danny, no es fácil la verdad porque hay veces que se pone muy violento, hay otras ocasiones en donde sus síntomas son leves” (Familia 6, 2018).

Con las citas planteadas, se puede destacar la influencia y el valor de las relaciones entre los miembros de la familia, las mismas que coadyuvan la adaptación a la enfermedad, la cual: “Se verá facilitada si se establece una comunicación abierta y sincera, y en los casos en los que el sistema familiar sea más flexible ante los cambios y exista una mayor cohesión entre los miembros” (Ovelar Zubiaga, 2016, p. 20).

El desarrollo de este tipo de comunicación no permitirá tan sólo la adaptación al cambio, sino también su aceptación incondicional, lo cual repercutirá de manera vital en el tratamiento del/a paciente con la enfermedad. Las familias que atraviesan por este proceso, se ponen en la lucha en contra de la exclusión y discriminación, considerando que, a pesar de las crisis que presentan los/as pacientes, éstos se vuelven su espacio de pertenencia y por lo tanto su red de apoyo más importante, con esto se demuestra que el vínculo consanguíneo puede más que el sentimiento de miedo que la enfermedad crea, esto se lo confirma a continuación:

Sí es un poco duro que le hayan diagnosticado eso, pero así es hay que saber enfrentarlo como toda enfermedad” (Familia 4, 2018).

“Ellas (hermanas) sí aceptan ellas porque como digo que ellas han investigado en el teléfono, que, qué es esa enfermedad” (Familia 5, 2018).

“Es mi nieto así que como sea, aunque me dé miedo yo lo ayudo, yo no lo pienso dejar solo” (Familia 6, 2018).

Por otra parte, se puede destacar que, el sistema familiar, emplea otra estrategia de aceptación en relación a la enfermedad mental del/la paciente, la cual consiste en el afrontamiento, visto este, a manera de: “Un proceso dinámico, que se define como el conjunto de recursos, que un sujeto utiliza para resolver o mejorar situaciones problemáticas, y reducir las tensiones que esas situaciones generan” (Martínez, Amador, & Guerra, 2017, pág. 577). Estos recursos que utiliza la familia son expresados en las siguientes citas:

“Mejorar mi trabajo como madre, en darme cuenta de las cosas que les puede afectar a mis otros hijos, en no darles todo lo que me pidan” (Familia 1, 2018).

“Allí tratando de sobrellevar, tratando de asimilar de buena manera” (Familia 5, 2018).

“Ser fuertes a pesar de las circunstancias que se presentan con Danny”. (Familia 6, 2018).

Desde lo expresado por las familias estas estrategias desempeñan una serie de funciones, donde la familia busca conservar las circunstancias internas satisfactorias para la organización familiar y la comunicación, promoviendo la autoestima e independencia de sus miembros, proteger los vínculos de unidad en la familia, también busca así “controlar el impacto de las situaciones y el cambio en el sistema familia” (Martínez, Amador, & Guerra, 2017, pág. 576).

Por otro lado, es necesario precisar que, al enfrentarse por décadas a los efectos que estas patologías generan, posibilita el desarrollo de una percepción subjetiva de la misma, en la cual intervienen de gran manera los sentimientos de frustración, temor, hasta soledad, tal como lo mencionan varias familias al decir que:

“¡Yo no sé por qué Dios les posterga la vida tanto a esos seres así, Dios mío Santo! Yo a veces sí clamaba: ¡Dios mío o llévate a mi hija o darme fuerzas para soportar, porque yo no puedo sobrevivir así!” (Familia 3, 2018).

“Yo mal como le dije, con mucho temor, para mí era algo nuevo. Pero ya esto tiene tiempo y ya me eh enseñado, no ve que yo siempre soy el que cuida a mi hijito” (Familia 5, 2018).

“Me siento muy pero muy mal porque si ha llegado en ocasiones a sentirme muy sola, a pesar que este mi esposo aquí, por esa razón le pido fuerzas a Dios y dejo en manos de Dios que sea su voluntad, muchas veces deseo que nada de esto esté sucediendo la verdad” (Familia 6, 2018).

De acuerdo a estas respuestas, se puede sostener la sobrecarga emocional que padecen muchas familias que viven con estos pacientes, en específico, quienes toman el rol de cuidador primario, siendo estos: “familiares o personas cercanas al paciente (...) realizando la tarea de cuidar, ya sea en la casa del paciente o del cuidador” (Camacho, Hinostrosa, & Jiménez, 2010)

Cabe mencionar que, los efectos de esta sobrecarga se vinculan a sentimientos negativos, tal como lo plantearon las familias antes mencionadas; de manera simultánea, se puede expresar que al igual que se generan una serie de sentimientos, así mismo, se ve perjudicado su estado de salud, lo cual se puede comprobar a través de la siguiente afirmación:

“Mal, sumamente mal, se me sube la presión, me da, vómito de todo, mire que ya, ya... yo resulté también mal, con mi Insuficiencia Renal” (Familia 3, 2018).

De acuerdo con lo indicado, se puede mencionar que, “los cuidadores informales” no cuentan con un adecuado asesoramiento de cómo cuidar su bienestar personal, de ahí el conflicto interno que existe en la individualidad del familiar, entre cuidarse así mismo, y cuidar del/a otro-a. Esto se relaciona con el compromiso moral y el sentimiento de apego hacia el/la paciente, en vista de que la función primordial de todo padre-madre, está relacionada según como lo mencionan Nidia Aylwin y Olga Solar (2002) con: “Su capacidad de dar y de un ambiente protector que proporcione apoyo y ayuda en el cuidado” (Aylwin & Solar, 2002, pág. 124).

4.2.2 Dinámica familiar

La enfermedad mental no sólo genera repercusiones significativas en el estado de salud de los/as cuidadores primarios, sino también, en su dinámica familiar, la cual se caracteriza por comprender:

Según Alviar (2006), Garrido y Reyes (2007) desde estos autores, la dinámica familiar es explicada como una “interacción que se presentan al interior de la vida doméstica a partir de relaciones de parentesco y afinidad. (...) en los que se desenvuelve cada uno de los integrantes de la familia” citado por (Sánchez, Aguirre, Solano, & Viveros , 2015, p. 126)

De acuerdo con la cita planteada, y retomando los aportes del enfoque sistémico antes mencionado, se puede indicar que una conducta, un síntoma, va a influir de manera notable, en todos los demás subsistemas que componen la estructura familiar. Es decir, la problemática de la enfermedad mental va influir de manera positiva o negativa en la intimidad de la familia, ya que esta adoptará una posición de reajuste y re-organización, lo cual, al comienzo de esta experiencia, de tener a un integrante de la familia con enfermedad mental, resultará un tanto desequilibrante en cuanto a las relaciones e interacciones que como familia mantienen. Tal y como lo expresan las siguientes familias:

“Son cosas que han cambiado, yo me siento triste por eso, porque antes... salir con la familia es algo muy bonito, compartir con mis nietos, y ver qué con mi hijo ya no lo puedo hacer por la enfermedad que él tiene si me siento triste, si me hace sentir mal porque ya no puede disfrutar como antes” (Familia 2, 2018).

“Esto nos afecta a todos como familia, porque tenemos que organizarnos, hacer sacrificios, andar rápido de un lado para otro” (Familia 1, 2018).

“Mi esposo igualmente asume la misma responsabilidad conmigo y mis hijos, pero también (...) de cuidar que el hogar no se desmorone, de que todo este como debe estar en su orden, mis hijos tienen la responsabilidad de cuidarnos a nosotros también como mi esposo y yo cuidamos de ellos, tienen la responsabilidad de ayudar en casa, de estudiar, y tienen la responsabilidad de sus actos” (Familia 4, 2018).

Según lo expresado por las familias se puede destacar la influencia de la enfermedad mental en la dinámica familiar y en el sentir de los/as integrantes que forman parte de la misma, debido a los acontecimientos que han tenido que cambiar y que limitan sus procesos de interacción como familia, es decir, la red familiar se reorganiza ante esta crisis, y por ende todo el sistema de relaciones familiares se redefinen. Ante esto surge la necesidad de compartir aquellas funciones que realizaba sólo el cuidador, con la finalidad de evitar tensiones y equiparar el bienestar familiar.

Por otra parte, de acuerdo con el enfoque sistémico, se puede mencionar que, todo sistema responde a una estructura relativa, en donde se establece la existencia de una jerarquía dentro del núcleo familiar, a partir de las concepciones de una relación paralela entre la ama de casa y el jefe del hogar. No obstante, a través del enfoque de género se puede puntualizar que culturalmente se ha naturalizado el rol de ser mujer, ligado con las funciones de protectora y cuidadora, tal como lo manifiestan García, Mateo y Gracia

(2004), al indicar que: “(...) El perfil típico de la persona cuidadora principal es el de una mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (por lo general, madre, hija, esposa) y que convive con la persona a la que cuida (...)” (García, Rodríguez, & Gracia, 2004, pág. 84). Este planteamiento se lo puede corroborar con la siguiente mención:

“Yo trabajaba y él me sacó del trabajo... sólo para que yo pueda estar con mis hijos” (Familia 2, 2018).

“Mi esposo (...) es la cabeza del hogar entonces tiene que estar más que todo atento a todo tipo de situaciones mucho más, dentro del hogar, procurar que todo esté bien y mantener la economía de la casa, yo no trabajo, pero ayudo bastante en el hogar hago todo lo que tenga que ver con el hogar en cuidar y atender a mi familia ser una excelente madre y esposa” (Familia 4, 2018).

“Mi esposo él asume las riendas del hogar, pero la que le ayuda a tomar las decisiones obviamente soy yo jajaja el me consulta, analizamos y ahí actuamos a la situación que esté en su momento, pero en si el que manda así en mi casa somos los dos ante mis hijos, pero más es mi esposo” (Familia 4, 2018).

De acuerdo a lo mencionado por estas familias, se puede destacar la simbología del cuidado, a través de dos perspectivas, la primera; hace referencia al hecho de que las mujeres hagan a un lado su independización laboral y profesional, por el estar al cuidado del hogar y de los hijos. La segunda; puntualiza en el significado del cabeza del hogar, el mismo que debe de proveer los recursos necesarios para la subsistencia de todos los integrantes que componen el sistema. Esta situación jerárquica, de quién tiene más tutela dentro del hogar, y de quién pasa mayormente ejerciendo los roles y responsabilidades sobre el cuidado, dentro de la convivencia familiar, estará reflejado en la continuidad del presente análisis.

Otro aspecto importante a considerar, es el apoyo familiar que existe para la reorganización de tales funciones, tal como lo manifiesta Sara Ardila (2009) al indicar que este se define como: “Proceso psicosocial implica considerar que las formas en las que éste se dé y los significados y valores que se le atribuyan, sólo podrán ser comprendidos a la luz de un contexto sociohistórico específico (...)” (Gómez, 2009, pág. 116). El apoyo interpersonal que se efectúa dentro de los integrantes de las familias, presentan una connotación cargada de significado, lo cual se constituye como parte fundamental para el afrontamiento de esta experiencia en torno a la enfermedad mental de su pariente y lo que a su vez permite la mejora del bienestar personal, tal como lo afirman las siguientes familias:

“No quisiera tampoco que mi relación con mi esposo cambie, porque es tan maravilloso contar con su apoyo” (Familia 2, 2018).

Se siente bonito saber que uno también le puede contar sus problemas a sus hijos y que más que todos ellos escuchen es algo muy bonito” (Familia 2, 2018).

Como se puede notar, la comunicación es un elemento principal dentro del apoyo y la dinámica familiar, ya que, a través de esta, los integrantes de las familias pueden desahogarse y entrar en un proceso de catarsis, lo cual les beneficia en gran manera al cuidado de su psiquis. El proceso de la comunicación, es un acto que permite establecer el funcionamiento de las relaciones de todos los subsistemas que componen la unidad familiar. No obstante, este intercambio de información en algunas ocasiones se da por medio de un carácter o factor protectorio, tal como lo asevera una madre al indicar que:

“No salimos mucho, tampoco conversamos como antes, ya las conversaciones que tenemos, lo hacemos pero cuando él no esté presente, porque él se altera mucho cuando son conversaciones, sobre... este, sobre problemas y cosas así entonces tenemos que ver bien qué es lo que vamos a conversar o conversar cuando él no está presente” (Familia 2, 2018).

De acuerdo con este planteamiento, se puede hacer alusión al primer axioma que planteó Watzlawick (1981) en donde se hace referencia a que todo comunica, es decir, es imposible no comunicarse, y ante ello, las familias suelen utilizar diversas estrategias comunicacionales en donde buscan formas de responder ante esta necesidad. Tomando en consideración este tópico de la comunicación, es importante recalcar la articulación de este proceso con el apoyo familiar, ya que, al no efectuarse una comunicación abierta, muchos factores del desarrollo personal, se verán limitados así como también las actividades que realice cada sujeto social, a partir de su mismidad, tal como lo afirma, una madre y abuela, al mencionar que:

“Pues no... tengo que estar aquí cuidando a mi hija y a mi nieto Danny, los dos cargos pesados en eso me baso no puedo realizar otra actividad más que sea esa, por estos problemas que tengo que estar ahí, ahí viendo todo” (Familia 6, 2018).

Por medio de este comentario, se puede hacer hincapié en las estructuras familiares, las cuales van, desde las rígidas, desligadas hasta las aglutinadas. La noción de las estructuras antes mencionadas se establece a partir del análisis del parentesco con la finalidad de establecer lo natural, impuesto por la sociedad, tal como lo afirma Malinowski (2005) al mencionar que: “Las estructuras familiares se organizaban (...) desde lo que es considerado como “normal” siendo la organización de la relación entre madre e hijo como elemento primario de organización afectiva y psicosocial al interior del grupo familiar (...)” (Bezanilla & Miranda, 2013, pág. 62).

Desde esta perspectiva, lo “normal” sería que la hija, se responsabilizará del cuidado de su madre, quien se encuentra en la etapa de adulta mayor y de su hijo. Sin embargo, dadas las circunstancias que tienen que ver con el brote de la enfermedad mental, tanto en la hija como en el nieto, es la madre quien

asume el rol de cuidadora primaria, cumpliendo a su vez con las funciones de protectora. A partir de esto, se puede destacar que la asunción de roles que muchos de los integrantes de las familias, han tenido que asumir por diferentes situaciones que no tienen que ver únicamente con el cuidado de los pacientes con enfermedades mentales, sino con sucesos ajustados o problemáticas propias de la vida del ser humano, tal como lo menciona una madre de familia al indicar que:

Un hijo mío, la esposa lo dejó y lo dejó con mis dos nietecitos y ahora yo también soy como la mamá de ellos” (Familia 2, 2018).

Por otro lado, también se puede acotar, que la asunción de estos roles, se da por diversos factores, uno de ellos se encuentra íntimamente relacionado con la ausencia en el sistema de quienes ejercen esos roles naturales, otro, tiene que ver con la incapacidad que presentan otras personas, quienes también forman parte del núcleo familiar, para poder aportar de manera adecuada al cuidado de estos-as pacientes, tal como se lo expresa a continuación:

“Yo trabajo para ayudar en la casa, cuido de mi abuela y de mi mamá, o sea soy yo la que me hago responsable de ellas dos dentro de la casa” (Familia 3, 2018).

“Yo, cocino, me encargo de mi nieto e hija que tiene también problemas, limpio la casa, me encargo de darle los medicamentos” (Familia 6, 2018).

Como ya se había planteado anteriormente, las familias se reajustan a las necesidades cotidianas de su diario vivir. En efecto, los sistemas que responden de una manera apropiada a este ajuste, se caracterizan a través de una dimensión descriptiva, la cual corresponde a una estructura familiar, que hace referencia a la flexibilidad, entendiéndose ésta como: “La capacidad de generar cambios inherentes a los requerimientos adaptativos del sistema familiar en los aspectos estructurales de liderazgo, relaciones de rol y reglas”

(Rees & Valenzuela, 2003, pág. 174). Este planteamiento de los autores coincide con la siguiente expresión:

“Mi esposo (...) madruga, hace el desayuno, lleva al bebe a la escuela, lo hace desayunar, viene de mañanita por aquí y me trae un desayuno, una agüita aromática, una agüita de hierbaluisa, un café, un pan, hace un arrocito, el fin de semana, los sábados él lava la ropa” (Familia 2, 2018).

En referencia a lo citado, se identifica que los cambios o las modificaciones que se ejercen al interior del sistema se encuentran íntimamente relacionados con las funciones y los roles que puede asumir otro integrante de la familia, dando cuenta de esta manera, las formas de apoyo que existen. No obstante, otra característica dentro de la estructura familiar que también permite determinar la armonía dentro de hogar, son las reglas, las cuales son:

Un punto de trabajo de las familias porque muchas de ellas se establecen de manera no consciente, implícita y sus miembros no se dan cuenta, como consecuencia aparecen conflictos. Es así que las reglas en la familia se pueden inferir a partir de patrones redundantes de comportamiento que se observan en la interacción de los miembros (Puello, Silva, & Silva, 2014, pág. 230).

La cita mencionada, permite establecer que, las reglas sirven para la definición de límites, lo que también coadyuva a la diferenciación de jerarquías dentro del sistema, Cabe destacar que esto también se realiza de esta manera, debido a la función de protección que ejerce quien establece estos límites, lo cual se realiza con la finalidad de anticipar cualquier comportamiento que logre desestabilizar el sistema, tal como se lo puede aseverar a través de la siguiente afirmación:

“Cuando nos enojamos, (...) establecemos reglas, porque con eso ponemos límites, o sea ¡estás en mi casa, y por tanto debes de obedecer!, porque al final es para su propio bien” (Familia 1, 2018).

Desde esta perspectiva se resalta, la forma de relacionarse que utilizan muchas de estas familias, quienes, como ya se lo había mencionado anteriormente, adoptan medidas o estrategias con el objetivo de asegurar la estabilidad sistémica.

4.3 Experiencia de la familia frente a la enfermedad mental en sus relaciones externas

En cuanto a las relaciones externas que tienden a experimentar los círculos sociales que se relacionan o tienen contacto con las personas que poseen enfermedades mentales, muchas de las veces experimentan sensaciones o sentimientos que en ocasiones pueden ser de apoyo o en otras pueden ser todo lo contrario llegando ser destructivas. Así como también existen grupos sociales, al que las familias pertenecen, existen otros grupos que, también forman parte de la estructura de la sociedad e influyen en las percepciones y conocimientos que se tiene sobre una determinada problemática, así también, se entiende a la religión, a través de una corriente filosófica que: “Para otros puede ser como un juego de principios filosóficos o de experiencias significativas” (Espíndula, Valle, & Bello, 2010, pág. 1231), y para otros puede tener representaciones de un apoyo social y divino, tal como lo expresan las siguientes familias:

“La iglesia a mí me ha ayudado full en otras cosas, en mi tema escolar ellos me han ayudado bastante, este... o sea, hay hermanos que para qué, o sea yo los quiero y me quieren bastante, si yo necesito algo, ellos me han ayudado, me han dado cosas, pero conmigo, pero con el tema de mi mamá mmm... no, no, no mucho” (Familia 3, 2018).

“Nos dicen que oremos mucho por la salud de ellos, porque Dios es el único que los puede ayudar, es como una fortaleza que te dan ante todo esto” (Familia 1, 2018).

“Como una enfermedad mental, los pastorcitos dicen que hay que orar mucho, poner el alma en las manos de Dios, pero también con nuestro apoyo, también con nuestra ayuda, no dejándolos solos” (Familia 2, 2018).

De acuerdo con lo indicado, se puede comprender que, en la parte afectiva y emocional, ligado esto a la espiritualidad, las personas sienten que cuando se encuentran atravesando ante una crisis, independientemente de su tipo, pueden recurrir a la protección de Dios, visto esto a través de una cosmovisión, que se efectúa por medio de las personas que participan en ese mismo entorno. El soporte social, que las personas del grupo, que pertenecen a la religión, otorgan a las familias de estos pacientes, es considerado de manera significativa, ya que este apoyo es percibido para fortalecerse individual y emocionalmente. Tal como lo expresa el autor Medellín, Rivera y otros autores (2012) el “Apoyo a través de la religión: hace referencia al soporte y fuerza que brindan la fe y las prácticas religiosas para superar los problemas” (p. 149).

Por otra parte, retomando el lenguaje estigmatizado, del que anteriormente se hacía hincapié y el cual emplea la sociedad, se puede mencionar que este lenguaje, genera un condicionamiento en la individualidad de cada sujeto, lo que se origina a partir de las percepciones, las mismas que son definidas por Gilberto Oviedo (2004) como: “El proceso fundamental de la actividad mental, y suponen que las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual” (pág. 89).

Según lo antes citado, se puede mencionar que, las experiencias que viven muchas familias de personas diagnosticadas con enfermedad mental están dadas a través de las percepciones que tienen los otros sobre ellas, los mismos que también pueden configurar su entramado social. Es importante precisar, que, para que se origine una experiencia debe de haber una historia, un suceso, hechos y procesos sociales en torno a una problemática. Es por ello por lo que, la interpretación que las familias perciben, de los otros, sobre la enfermedad mental, se da por medio de un proceso que propicia, tal como lo plantea la teoría de redes, un intercambio de opiniones, lo cual se puede aseverar a través de la siguiente información:

“A mi si me decía una amiga oiga, ¡Enciérrela, enciérrela a la Lupita oiga porque ella está mal, está mal! entonces yo le digo... y cómo a mí me decían que ese hospital era carísimo, pero ¿cómo la voy a llevar si no tengo plata?” (Familia 3, 2018).

De acuerdo con la cita planteada, se constata que: “Toda la conducta humana social, es decir, toda aquella que se da entre dos personas que interactúan espontáneamente, es un intercambio: una relación entre dos personas” (Morales, 1978, págs. 130-131). Los sujetos sociales actúan, según la Teoría del Interaccionismo Simbólico, a partir de los símbolos e interacciones con los otros, a través del significado que se le otorga a dicho objeto, en este caso, a “las enfermedades mentales”.

Si bien es cierto, del dicho: “Toda acción genera una reacción igual y opuesta”, se puede destacar, que en todas las reacciones, o en el comportamiento de los demás, se lleva implícito un carácter tanto positivo como negativo, de ahí que el resultado de la representación perceptual que la familia tenga sobre la temática mencionada, tendrá una relevancia y un contenido intencional, el cual Francisco Pereira (2011) lo conceptualiza como: “El contenido o la información que es representada y articulada en un nivel de la experiencia consciente” (Pereira, 2011, pág. 168). Así pues, se debe entender, de que

toda percepción tendrá inmerso dentro de su contenido varios significados, lo cual se puede confirmar con la siguiente expresión:

“Yo me sentiría demasiado mal, si escucho que lo empiezan a catalogar a mi hijo con algunas de esas expresiones, es muy doloroso, muy doloroso que vengan otras personas y le comiencen a decir... qué sé yo... como débil, como que sí, o sea hacerlo sentir más mal de lo que él ya se siente” (Familia 1, 2018).

Tal como se puede observar, las familias experimentan una serie de prejuicios sociales, los cuales se dan a través de reacciones emocionales negativas, de ahí los sentimientos de pena, compasión y sobrevalorización que los demás tienen sobre ellas. Cabe destacar que, también son expuestas a comportamientos o actitudes discriminatorias y excluyentes, tal como lo señaló la hija de una de las pacientes, al mencionar que las personas tienen la creencia de que las familias:

“No encajan dentro de la sociedad porque padecen por seres que ya no tienen esperanzas” (Familia 3, 2018).

A partir de lo mencionado, estas conductas, también se pueden considerar como conductas violentas, de los otros, hacia las familias, lo cual según Skinner (1996), citado por Pellón y otros autores (2013): “Se encuentra en la historia del organismo y no en los acontecimientos futuros” (Pellón, Vázquez, Orgaz, Ortega, & Pérez, 2015, pág. 393). Es decir, las construcciones sociales que por décadas han girado alrededor de la enfermedad mental, permeabilizan una serie de interpretaciones alternativas de la realidad, lo que da por resultado los comportamientos antes mencionados.

Ante la situación planteada, son los otros, quienes etiquetan a las familias de estos pacientes a través de su propio conocimiento, de su imaginario de lo que es para ellos la enfermedad mental. No obstante, estas actitudes también provocan una reacción por parte de los miembros de las familias, más que

todo, de quienes pasan mayor tiempo con su familiar, quien conoce de su estado y sabe muy bien lo que están viviendo, no sólo contempla su situación como un sujeto, como una unidad (pariente de la persona diagnosticada con la patología mental), sino también, la realidad que experimenta todo su sistema. Por lo tanto, tal como se lo mencionó anteriormente, al sentir las familias los prejuicios de la sociedad, y al conocer las creencias de ellos sobre la temática, se plantean las siguientes afirmaciones:

“Yo creo que las personas piensan que nosotros somos los culpables de la enfermedad de nuestro hijo, debido a cómo vivimos, o por cómo lo tratamos” (Familia 5, 2018).

“La sociedad piensa siempre lo peor, frente a una persona en estas circunstancias, echan culpa a los padres por no haberles inculcado una buena educación de niños la cual es erróneo lo que piensan por qué no siempre es por ese tipo de situaciones” (Familia 4, 2018).

“Ellos no investigan sobre lo que tiene mi hijo” (Familia 4, 2018).

Por un lado, de acuerdo con las expresiones planteadas, se culpabiliza a los padres y madres de familias, del padecimiento de la enfermedad mental de sus hijos, debido a lo que se pudo haber previsto con responsabilidad, a propósito de que esta patología no se desarrollara. Existen varios elementos o factores, que las personas toman en cuenta al hacer esta clase de acusaciones, cómo lo son: la falta de tiempo que le brindan a sus hijos en la niñez, la crianza, las formas de disciplina, el estrato socioeconómico, los problemas al interior de la familia, entre otros.

Por otro lado, las creencias y estereotipos que la sociedad mantiene acerca de los padres y madres de familia, también se puede aludir, a un mecanismo de defensa que utilizan estas personas, para atribuir sus propias virtudes o defectos en los demás, este mecanismo es denominado como “Proyección” el cual: “Mantiene los rasgos no deseados y percibidos subjetivamente como

negativos fuera de la consciencia, los cuales son luego atribuidos a objetos externos” (Galor & Hentschel, 2013, pág. 169).

De lo antes señalado y tal como lo menciona la teoría de las redes, las personas están envueltas en pequeños sistemas dinámicos, que a su vez configuran su entramado social. Sin embargo, ante la presencia de una enfermedad mental, en ocasiones las familias se enfrentan a múltiples estresores que surgen a partir del diagnóstico de la enfermedad mental de su familiar, uno de ellos, tiene que ver con la actitud de distanciamiento que han tomado muchas personas, que forman parte de su círculo social. Cabe resaltar que de las seis familias entrevistadas y de los diez integrantes de las familias que participaron en este estudio investigativo, cuatro personas tuvieron estas experiencias, de las cuales, las dos primeras pudieron expresar que:

“Bueno lastimosamente mis primos, tíos y así se han alejado desde que se enteraron lo de mi hermano” (Familia 4, 2018).

“Mis amigos muchas veces no se me acercan y ya, sólo los saludo de lejos, y eso sí es feo, créemelo, de que no te quieran cerca por el comportamiento de tu mamá, o por miedo o temor a cómo ella pueda reaccionar” (Familia 6, 2018).

“Si he sentido de cierta manera que a veces las personas no vienen por eso, o sea, no un rechazo tal como de la familia, pero a veces es como que no cuentan con nosotros tanto por... por, por el problema de mi mamá” (Familia 3, 2018).

El efecto de distanciamiento que se genera a partir de la enfermedad mental provoca la adopción de una postura crítica en algunos sujetos sociales, los cuales no dan la posibilidad a la construcción de un espacio de catarsis, por lo que tampoco se los podría considerar como un soporte social, ya que no se manifiestan como una ayuda para afrontar este acontecimiento, aun teniendo

un vínculo de consanguinidad. Por otra parte, también se puede mencionar que, en algunas ocasiones las personas de manera inconsciente, emplean mecanismos que ponen en aislamiento a la unidad sistémica considerando los desafíos que la enfermedad genera, este mecanismo se denomina: Regresión, el cual se establece: “Cuando una situación vital es demasiado angustiosa y demanda esfuerzos fuera de lo habitual, se puede adoptar actitudes regresivas que evitan el confrontamiento con la realidad” (Hinojosa, 1968, pág. 80).

De manera simultánea, se puede indicar que, los parientes de las familias de pacientes con enfermedades mentales no son los únicos en tomar una postura de distanciamiento, también lo hacen quienes configuran su microsistema, como lo son los vecinos/as y los amigos/as, tal como lo manifestaron, dos integrantes:

“Sí, hay personas que tienen miedo de venir a visitarme, una amiga yo tengo que tiene miedo (...) se asustó, y me dice: ¡Uy no, yo aquí yo no vuelvo, porque me da miedo tu hija! Y nunca más volvió, ni me llama siquiera (Mamá)” (Familia 6, 2018).

“Unos vecinos desde que se enteraron como que ni saludan” (Familia 5, 2018).

Las reacciones percibidas por las familias que anteriormente se mencionaron, permiten constatar la premisa básica de la Teoría del Interaccionismo Simbólico, la cual asevera, tal como se mencionó antes, pero sin embargo es fundamental puntualizar, de que toda relación se rige por un significado. Con lo propuesto, se visibiliza el estigma que aún persiste dentro de la sociedad, generando sentimientos de miedo, y de distanciamiento, provocando con esto, quebrantos en las relaciones sociales y familiares. No obstante, es importante hacer hincapié, en la diferencia o en las formas de alejamiento, que presentan, los amigos, y la familia secundaria. Los primeros, según lo expuesto por las

familias, dan indicios de su separación; mientras que los segundos, lo hacen a través del silencio, sin ofrecer comentarios o explicaciones.

4.4 Identificación de las Redes de Apoyo y/o Relaciones Sociales

Para la salud mental, esta es concebida como un estado de equilibrio, que puede obtener el sujeto social a través de su entorno sociocultural, por ello, es fundamental en la calidad de vida de todo ser humano. Es decir, el contexto histórico, social, y cultural en el que la persona se sitúa, repercute de manera significativa en su estilo de vida, y en las características personales de cada individuo, así como también, en las relaciones que éste mantiene con los otros. A este propósito, las relaciones sociales son condicionadas a través de varios aspectos, los cuales componen: su significado, su valoración y su aporte dentro de la sociedad.

Cumpliendo con el objetivo específico número 3 indica que se debe resaltar que, son las relaciones sociales y las redes de apoyo las que explican, la integración social de un individuo con su entorno. Además se debe destacar que dicho aporte, se rige, según la teoría del construccionismo social (Gergen, 2007), mediante construcciones intelectuales que se establecen y se desarrollan en los contextos antes mencionados, estas construcciones, dan lugar a un discurso estigmatizante que la sociedad por décadas ha institucionalizado de manera simbólica, sobre una problemática tan compleja como lo son las enfermedades mentales, y principalmente a las familias de estas personas.

El ser humano, de acuerdo con la teoría ecológica, pertenece a otros contextos, con los que mantiene una dinámica y múltiples interacciones, las cuales le permiten desenvolverse de manera adecuada en el mundo que le rodea. Esto se asemeja a la concepción ontológica del ser, planteada por Heidegger, la misma que responde a la esencia del individuo, quien a su vez

se deja influenciar por las características propias de la socialización **Fuente especificada no válida**.. Es así como, las relaciones sociales, le permiten a un sujeto social, alivianar aquellas preocupaciones en torno a la problemática de la enfermedad mental, es por ello que una adolescente, familiar de un paciente afectado con enfermedad mental indicó:

“Mis amigas me ayudan hasta a salir del mundo y a empezar a conversar” (Familia 3, 2018).

Lo planteado por esta joven, es un hecho que se refleja a través de los aportes de John Bowlby, al mencionar que, toda relación e interacción que se efectúa con los otros, se da a través de una necesidad humana universal, en la cual se considera la base emocional de las mismas, tomando como referencia la calidad del vínculo afectivo, que se construye con el vivir. El autor mencionado, hacía hincapié en la importancia de la separación de los niños con sus madres, en vista de que, esto les permitiría tener un adecuado desarrollo personal (Fernández R. , 2005).

De manera análoga, resulta significativo evidenciar las diversas formas de influencia, por parte de las relaciones sociales que mantienen los integrantes de las familias de pacientes con enfermedades mentales, ya que esto, permitirá establecer el significado y la importancia que le otorgan, estas familias a su soporte social, el cual se caracteriza por estar: “Relacionado con informaciones que hacen que la persona se sienta amada, apreciada, valorizada, y perteneciente a una red social de comunicación” (Nunes , Rigotto, Ferrari, & Marín, 2012, pág. 3). En primer lugar, se detalla la influencia de las redes de apoyo a través de las siguientes expresiones:

“Creo que el apoyo más importante que recibimos de parte de ellos, son sus oraciones, porque con las oraciones se llega a Dios y mediante ellas él nos ayuda” (Familia 1, 2018).

“Me dicen que (...) ore de corazón, que si yo oro de corazón todo o sea la oración va a llegar a Dios al señor y él me podrá escuchar, que no me angustie que deje todas mis preocupaciones todas mis dudas, mis lamentos, que deje todo en manos de Dios” (Familia 2, 2018).

Como se puede evidenciar, hay una cierta similitud en cuanto a las percepciones sobre la influencia de las amistades en la vida de las familias, la cual se relaciona con las creencias y la fe religiosa, lo que a su vez se utiliza para: “Esperar recompensas materiales en la otra vida en vez de en la presente y a mostrarse agradecidos por los pequeños favores recibidos de los superiores” (Harris, 1997, pág. 297). El tomar como referencia tales expresiones, permiten develar el significado que tienen para estas familias sus relaciones sociales, ya que los consideran como un aspecto importante en su vida, destacando de manera esencial su apoyo a través de las comunicaciones con Dios, el ser supremo.

Las relaciones sociales y las redes de apoyo que las personas utilizan para su proceso de interacción demuestran la existencia o la disponibilidad de los otros como un soporte social, y es por medio de este, en donde se establece la diferencia en cuanto a la confianza que se mantiene con los otros, seres externos al núcleo familiar, que con la familia primaria. Confianza que se ve reflejada a partir del desencadenamiento, de los sentimientos que tienen que ver con las preocupaciones, los temores, las alegrías, entre otros, es por esto que las familias afirmaron que:

“Los amigos son importantes en la vida de uno, por ejemplo hay algunos amigos míos que sí lo saben, yo se los he comentado a ellos, a mis amigos, que son gente que me tienen mucho cariño, que les tienen mucho cariño a mis hijos, que los conocen desde pequeñitos, (...) ellos si lo saben, pero porque yo sé qué calidad de personas son, entonces ellos sí porque yo les tengo confianza” (Familia 1, 2018).

“Mis amiguitas son muy lindas (...) para mí ellas significan mucho porque con ellas puedo conversar de otro tema, me hacen reír mucho” (Familia 2, 2018).

Según lo expresado, las personas determinan factores individuales que debe de poseer cada sujeto para convertirse en alguien virtuoso de su amistad. Al destacar la calidad de persona y la razón del por qué, del significado de la amistad, se reconoce el valor instrumental que tienen estas relaciones interpersonales, para la vida de las familias planteadas en este estudio, las cuales aportan en el bienestar propio de cada individuo. Bienestar que se ve mediado por las formas de cuidado de la psiquis, por las actividades que los seres humanos realizan, para salir de la rutina y de los procesos que en especial, condicionan a la salud mental. Ante esto, las familias nos respondieron que, para el cuidado de su estabilidad física, mental y emocional, realizan las siguientes actividades:

“Yo me pongo a ver mis novelas (...) me pongo a ver la televisión, a mí me gustan las novelas del 2 con eso yo me distraigo, o si no me pongo a veces a descansar un rato” (Familia 2, 2018).

“Tengo dos amigas que por acá tienen a un bebé, entonces siempre salimos, son con las que más me reúno, salimos a... con los bebés, con sus hijos, a un parque o voy con mis amigas a un cine, o voy a una de sus casas a comer” (Familia 3, 2018).

“Creo que salir a caminar todos los días eso me hace bien jaja con lo que yo me voy a diario en bus a ver a mi hermano hasta Durán, caminar y todo eso creo que si me hace bien porque ya no me canso.” (Familia 4, 2018).

A pesar de los significados que las familias les otorgaron a quienes conforman sus relaciones sociales, como los vecinos y amigos, con estas citas

planteadas se puede determinar que, los lazos de amistad se encuentran enmarcados dentro de un contexto situacional, es decir, a pesar de que las familias expresen tener buena relación con los otros, no comparten del todo las actividades a realizar, con lo cual, además establecen límites dentro de sus relaciones. Ahora bien, ante el apoyo social que las familias perciben de sus relaciones sociales y de sus propias familias, muchas de estas sienten un soporte mucho más estructurado, por las primeras que, por las segundas, esto se constata a través de las siguientes afirmaciones:

“Mi familia, al menos en mi caso, mi familia tiene cada uno sus propios problemas, entonces no podrían darme la mano, es por eso que no he recurrido a ellos ante esta situación con mi hijo, porque sé que no harán o no terminarán haciendo nada, sólo al principio, no sé, pero prefiero hasta por el momento dejarlo así como lo hemos estado llevando con mi familia, con mi esposo, con mi hija” (Familia 1, 2018).

“Yo me llevo bien con todos, pero sólo no le he dicho de esto que estamos viviendo” (Familia 1, 2018).

Consecuentemente de lo mencionado, se puede destacar que, de las relaciones más cercanas a la unidad familiar existe un inadecuado soporte social, propio de la familia de los/as pacientes, entorno a la enfermedad, lo cual permite establecer una comparación, desde la familia cercana, a las redes de apoyo, ya que esta última, desde una perspectiva simbólica tiene más significado que con quienes se mantiene una relación consanguínea. Tal inquietud, se la responde a través de la siguiente información:

“A mi familia la quiero, pero no he sentido la colaboración palpable, sólo opiniones, que honestamente molestan, ¡no!, no ayudan al fin y al cabo” (Familia 4, 2018).

Con la aseveración planteada se puede mencionar, la responsabilidad del cuidador primario de la persona con enfermedad mental, la carga subjetiva que ésta tarea le demanda, por la cual ve necesario el apoyo incondicional de los otros, a través de acciones y no manifestaciones propias del acto comunicativo. En las familias con personas diagnosticadas con enfermedades mentales, el apoyo social se considera como un elemento imprescindible para el cuidado y bienestar propio del cuidador, es por esta razón, que la necesidad de un soporte social, lo lleva a sus redes de amigos/as o pares, debido a que dentro de su espacio de pertenencia vital no adecua aquellos lazos de apoyo. Es necesario precisar que, otra fuente de apoyo social, son los grupos que apoyan a las familias responsables de sus pacientes, las cuales suelen pertenecer, tal como lo manifiesta una familia al indicar que:

“Ayudo a coordinar los bingos que se hacen una vez cada mes e incluso de los mismos bailes que hacen presentaciones de cada tipo de música desde los niños hasta los mayores sin ningún problema y es divertido después de todo se la pasa muy bien con todos es que también todos nosotros nos conocemos desde pequeñitos, nadie del barrio ha cambiado para nada” (Familia 4, 2018).

Estos significados, surgen del conocimiento relativo sobre un determinado fenómeno social, de ahí que las familias de las personas con enfermedades mentales perciban dentro de sus relaciones sociales, que:

“Toman a la enfermedad mental como el fin de una persona, porque es como que dicen que con estas enfermedades termina su vida, o sea no se pueden ya relacionar como antes y hacer las cosas que hacían antes (Hija)” (Familia 3, 2018).

Según las citas expuestas, se puede establecer una diferencia, entre el significado a través del contenido real, que experimenta una madre de un hijo diagnosticado con una depresión psicótica, de acuerdo con el Manual de

codificación -CIE-10- F32.3 Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos y, por otro lado, lo que percibe una hija adolescente, de una madre diagnosticada con Esquizofrenia F20, la cual:

Se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, así como manifestaciones afectivas inapropiadas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

En efecto, a través de esta comparación, se puede aseverar que, la experiencia que viven las familias de estos pacientes a nivel de lo social, está mediado por su proceso interpretativo, sobre las creencias de lo que es para los otros la enfermedad mental, es decir, se trata de una percepción objetiva sobre la problemática, lo cual posibilita el proceso de descripción y por ende facilita su expresión, en torno a la misma, lo mismo que coadyuva la resignificación de los seres humanos, como seres racionales. Sin embargo, cuando la sociedad, específicamente las personas cercanas a las familias, o los enlaces sociales que, estas mantengan con otras redes, emplean términos estigmatizadores, en cuanto a la situación que vive cada miembro del sistema familiar en relación con la enfermedad mental, provocan una serie de pensamientos en las familias de estas personas, los mismos que se detallan a continuación:

“Creo que, esté... a veces es como que lo miran a uno con pena, como que, ¡ahí va el papá de Adrián! o ¡qué pena esa gente como tiene que sufrir por, por estar al cuidado de su hijo!” (Familia 2, 2018).

“Pueden decir como que pobrecito, cómo tiene que sufrir tanto por su hijo” (Familia 1, 2018).

“Pobre los padres que viven con un enfermo así” (Familia 3, 2018).

La enfermedad mental, al ser una problemática duramente estigmatizada, provoca distintas reacciones dentro de las sociedades, es por eso que, así como hay personas que adoptan una actitud de alejamiento, ante todo lo que engloba esta problemática, debido al conocimiento previo de la misma; sin embargo, también existen otras clases de sujetos sociales quienes no reaccionan de una manera negativa ante esta realidad, sino que más sirven de soporte y apoyo, esto se puede rescatar a través de la siguiente afirmación:

“Tengo una comadre adventista (...) ella no le tiene miedo a mi hijo, ella no, no, no tuvo problemas” (Familia 2, 2018).

“Una amiguita si se sorprendió eso sí, por eso me llegó a preguntar qué, cómo estaba” (Familia 3, 2018).

El apoyo social percibido por las familias se lo denomina como: “Una evaluación cognitiva al ser conectado con otros y se caracteriza por dos vertientes que perciben disponibilidad y adecuación de lazos de apoyo” (Castañera, Gómez, & Mangas, 2014, pág. 444). Con esto se puede mencionar que, la conexión que mantiene el familiar con sus redes, se da a través de esa búsqueda innata de apoyo, lo que también repercute en el interés que demuestran las personas cercanas o de quienes conforman las redes. Es un pilar primordial en la estabilidad emocional de las familias, puesto que constituye una parte significativa dentro del tratamiento de su familiar.

Otra red con mayor importancia dentro de la enfermedad mental, son las Instituciones, o las redes interinstitucionales que dispone una familia para la búsqueda y resolución de problemas dados, tanto con el paciente que presenta la enfermedad mental como para sí misma. El apoyo y el acompañamiento de los profesionales en el área de salud, deben efectuarse de una manera que genere confianza, con la finalidad de que se ofrezca un abordaje y tratamiento integral con el objetivo de transformar las percepciones de las familias en cuanto a las Instituciones Psiquiátricas, tal como lo exponen dos familias, al mencionar que:

“Desde que fuimos a pedir información para saber cómo internar por decirlo así a mi hermano, nos dieron la información necesaria, tuvieron paciencia, dan explicaciones claras de cada situación” (Familia 4, 2018).

“Me explicó el médico, lo que él tenía y recuerdo que me comentó un poco sobre la enfermedad y la importancia de la familia” (Familia 1, 2018).

De acuerdo con lo citado se reconoce la implementación del primer contacto psicológico con una persona en crisis, esto debido, a la empatía del profesional y de su trato con los/as pacientes. La primera impresión es la que genera confianza y eso lo comprueban las afirmaciones planteadas anteriormente, ya que algunos con el paso del tiempo, aún siguen recordando favorablemente, sus inicios dentro de esta etapa y de esta enfermedad.

Al conocer las percepciones de las familias sobre la enfermedad mental y su dinámica familiar, también se vio necesario identificar el trato que reciben ellas dentro de la Institución Psiquiátrica y sus perspectivas frente a ella, para lo cual pudieron mencionar lo siguiente:

“Aquí son muy buenos, nos tratan con respeto, los doctores son amables y nos tratan bien” (Familia 2, 2018).

“Nunca falta el doctor que, o la enfermera o la ayudante que tienen su carácter complicado es, disculpa aquí hablando a lo criollo “idiota” pero ¡bien! Hacen su trabajo bien y eso es lo que importa” (Familia 1, 2018).

“Me siento muy bien con todas las aéreas de atención, no me quejo de ninguna, porque desde que entre para averiguar de cómo ingresar a mi

hermano, la atención e información que brindaron fue muy certera” (Familia 4, 2018).

Según lo planteado por las familias se puede mencionar, que el enfoque de calidad que brinda la Institución Psiquiátrica está teniendo buenos resultados, debido a que las percepciones que manifestaron los/as entrevistados/as fueron positivos. Sin embargo, existe otra realidad, que acontece en otro enfoque de atención, la misma que de manera similar fue percibida por los integrantes de las familias, en la cual ellos indicaron lo siguiente:

“Sería bonito que a nosotros nos pregunten cómo estamos, porque estas enfermedades no sólo le afectan a mi hijo, sino también a nosotros como sus papás, también sufrimos por esto, también nos vemos afectados” (Familia 1, 2018).

“Aquí al paciente, a los familiares no le ofrecen nada, no sé, el otro día yo le dije a una Doctora créame que estoy a punto de volverme yo paciente de aquí, porque estoy afectada, y obviamente afecta a la familia” (Familia 1, 2018).

El paciente, es el paciente, está en un estado y recibe tratamiento, pero y a nosotros ¿quién nos ayuda? ¿Quién nos guía? ¿Quién nos enseña a cómo comportarnos con ellos? Porque uno no sabe (...) no sabemos si nosotros debemos tratarlo con rectitud o ser totalmente benevolentes (...) no sabemos cómo... como podemos actuar emocionalmente, no lo sabemos” (Familia 1, 2018).

“A nosotros como familia, nadie nos visita, nadie toma interés por nosotros...o sea, sólo dedican, cuando la llevamos a mi mamá al hospital, sólo es a ella, o sea a nosotras los médicos no nos dicen nada” (Familia 6, 2018).

Las percepciones proporcionadas por las familias en cuanto a una atención integral, reflejan la inexistencia de dicha atención, de ahí que se genera en estas unidades sistémicas, sentimientos de exclusión, además de mostrarse preocupados/as y angustiados/as por la situación, del ser, saber y actuar, de allí su requerimiento para una atención integral y multidisciplinaria, puntualizando también su estabilidad emocional y social, de acuerdo a esto, se plantea que: “Las familias hacen parte central en el tratamiento psiquiátrico de pacientes hospitalizados” (Cardona, Zuleta, Londoño, & Ramírez, 2012, pág. 246).

El apoyo institucional y profesional coadyuva a una transformación de la psiquis, la cual se ve afectada, según los comentarios de las familias, por las diversas situaciones que engloban la experiencia que les ha tocado vivir con sus familiares con enfermedades mentales. Todos los seres humanos, están expuestos a diversas situaciones que generan sentimientos de estrés, culpabilidad, desconcierto, entre otros. Estos sentimientos y según la temporalidad de la experiencia vivida constituyen una serie de conflictos relacionales, que generan una ruptura interna en cada individuo. Ante este planteamiento, los integrantes de las diversas familias mencionaron que:

“No, sólo cuando lo trajimos a mi hijo aquí, de ahí no hemos buscado ningún tipo de apoyo profesional” (Familia 1, 2018).

Yo he asistido a esas charlas que dan, que ofrecen para las familias de los pacientes, de los que están internados aquí, y ahí yo he escuchado, que mi hijo puede llevar una vida normal” (Familia 2, 2018).

Yo creo, que de pequeña yo sí debí haber estado con un psicólogo, pero no, nunca he visto” (Familia 6, 2018).

“Aquí en el neurociencias tratando el problema de la esquizofrenia la cual espero que sea lo más pronto posible para que se recupere del problema de la esquizofrenia” (Familia 4, 2018).

Desde estas perspectivas, el apoyo fundamental que han tenido las familias de estos pacientes ha sido brindado por el mismo Instituto de Neurociencias el encargado de llevar casos de todo tipo en lo relacionado con las enfermedades mentales, esta institución como se vio en lo antes citado se pudo notar que el apoyo psicológico para los familiares de los pacientes es fundamental para que estos puedan responder de una manera positiva y confrontar el tener a su cuidado o mando un caso de trastorno psicológico.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- A partir de la reconstrucción de la experiencia planteada, en cuanto al tener a un miembro del sistema familiar con una patología mental, se pudo constatar por medio de esta investigación, los cambios significativos que la problemática mencionada, genera en la dinámica familiar, en vista de que el síntoma, a través de su función, aporta información sobre el funcionamiento del sistema. De ahí que se analice la repercusión de este, en cada una de las partes que componen la estructura del sistema.
- Por ello se puede determinar que los cambios que influyen en la dinámica familiar, se asocian a varios factores, como: el distanciamiento entre los propios familiares ya que se ve dificultada la comunicación intrafamiliar; los roles naturales se modifican en vista de que algunos/as integrantes del sistema asumen roles idiosincráticos, tales como: protectores, cuidadores, proveedores de la economía familiar. No obstante, las enfermedades mentales, no sólo influyen en la dinámica familiar y en su estructura, sino también en la parte psíquica, social, y emocional del núcleo familiar.
- Resulta imprescindible las formas y expresiones de apoyo dentro de las interacciones entre todos los integrantes de las familias, considerando de que, a través de estas, se logra mantener el equilibrio, en la dinámica familiar. Cabe destacar que, ante el enfrentamiento de una problemática como las enfermedades mentales, las familias esperan, que todos los subsistemas, aporten de manera significativa al cuidado del/a paciente, ya que esto, permite afianzar los lazos de parentesco y reducir la sobrecarga emocional que algunos cuidadores experimentan.

- Las experiencias vividas por los familiares y seres cercanos a personas con problemas psicológicos, resultan ser variables, ya que dependiendo de los escenarios y factores muchas veces pueden ser positivas o negativas para el círculo, afectando así la manera de cómo se relacionan con el mundo exterior o con su círculo social interno y esto a su vez también de manera indirecta afecta a la persona que padece la enfermedad.
- Las familias que atraviesan por esta problemática, por lo general, gracias a las vivencias que experimentan en el día a día, logran sobrellevar la estigmatización que sufren sus parientes con patologías mentales, las cuales se han logrado naturalizar por la sociedad, estableciendo además tratos discriminatorios, para el/la paciente y sus familias.
- Se lograron identificar las diferentes redes de apoyo que brindan ayuda tanto social como profesional a las diferentes familias que poseen pacientes con enfermedades mentales, estas en su gran parte son personas allegadas a los familiares de los mismos.
- Por otro lado, las redes de apoyo profesionales en el país son muy escasas sino decir nula, pero todas cumplen con su función primordial la cual es brindarles una ayuda al afectado y a su familia.
- Por otra parte, las familias de las personas con enfermedades mentales indicaron que desearían estar más inmersos en el proceso de tratamiento de sus pacientes, relacionándose más con el personal que lleve su caso para así de esta manera estar más informados y tener noción del proceso llevado a cabo y así sentirse preparados para cualquier toma de decisión.
- El apoyo dentro del núcleo familiar es importante ya que sin el debido soporte principal se evidenció que muchas personas al no contar con

este apoyo recurren a refugiarse en terceras personas siendo estas amistades y las redes institucionales de apoyo.

- Las familias están conscientes de que forman parte de la realidad que está viviendo el/la paciente con enfermedad mental, por ello reconocen la importancia de su rol, dentro del tratamiento de su familiar
- La subjetividad social interviene de manera intrínseca en las construcciones que la familia se forma sobre la enfermedad mental, esto posibilita el desarrollo de múltiples significados entorno a la problemática.
- Las relaciones sociales que tienen las familias de pacientes con enfermedades mentales son un aporte clave para lograr un estado de equilibrio interno, en su calidad de vida.
- Por último, el Instituto de neurociencia posee un prestigio muy bueno en el ámbito profesional con colaboradores de primera, sin embargo, no se han preocupado por disminuir la percepción que la gente posee acerca de la razón de la misma.

5.2 Recomendaciones

- Para mejorar las experiencias de las personas con familiares que padecen de enfermedades mentales, y que estas puedan interactuar sin ningún problema, se debe mejorar las interrelaciones con las mismas, brindando escenarios con caracteres inclusivos, con la finalidad de que sirvan como un soporte social al que las familias puedan acceder y por ende sentir apoyo y reconocimiento por parte de la sociedad.
- Por otro lado, también, se recomienda disminuir el estigma, los prejuicios, y la discriminación que sufren las personas que padecen enfermedades mentales, a través de programas preventivos, en los cuales se brinde información empírica, acerca de la afectación que estas actitudes sociales, generan en la aceptación de la enfermedad.
- Al enfatizar la importancia de las redes de apoyo familiares, se considera importante el aumento del soporte familiar, con la finalidad de aminorar las actitudes y los comportamientos de rechazo, que en muchas situaciones se dan a partir de los propios familiares, aun siendo estos considerados como un pilar fundamental para el tratamiento de estos pacientes.
- A través de las redes de apoyo interinstitucionales, que brindan servicios psiquiátricos, se debería establecer programas de atención integral que, involucren a todos los integrantes de las familias, con la finalidad de responder a sus necesidades individuales, ligadas estas, a los sentimientos que generan, los comportamientos de quien padece de la enfermedad, ya que según los resultados obtenidos a través de las entrevistas, muchas familias, sienten miedo y no saben cómo actuar ante tales conductas, por lo que necesitan sentirse escuchadas por parte de un equipo multidisciplinario que analice la perspectiva y los

sentimientos que estas patologías, generan en la vida de cada uno de sus familiares.

- Por otra parte, también, se recomienda la creación de espacios de escucha activa (grupos de apoyo terapéuticos) para las familias, con la finalidad de que estas puedan sentir que también son tomadas en cuenta en el tratamiento de la enfermedad de sus familiares y de su misma. Cabe resaltar que, estos no son los únicos que presentan alteraciones en su conducta, sino también su familia, debido a los múltiples estresores a los que se enfrentan ante esta realidad, su vida cambia, sus percepciones cambian, se empiezan a cuestionar acerca de sus funciones y de su rol ante la enfermedad de su familiar, por lo que comienzan a determinar su culpabilidad ante el brote de la misma.
- La profesión de Trabajo Social en el campo de la salud mental debería fomentar su participación en el tratamiento de estas enfermedades a través de su pertenencia en el equipo multidisciplinario, en vista de que, son estos profesionales los encargados de visibilizar los aspectos psicosociales de las familias, reconocer sus necesidades a través de una visión holística.
- Se recomienda para una mejor experiencia de las familias que posean familiares con trastornos mentales, se haya necesaria la inclusión de más personas (Trabajadores Sociales) las cuales llevarán por el lado profesional el problema orientando y guiando a la familia de la misma.
- Se recomienda al Instituto de Neurociencias de Guayaquil la creación de una campaña de 0 estigmatización con la intervención de trabajadores sociales que influyan en bajar el impacto de la discriminación por parte del círculo familiar y/o sociedad en general.
- Dentro de los centros de atención psiquiátrica existan programas preventivos sobre la salud mental, con la finalidad de que las familias

estén capacitadas en cuanto a lo que son estas enfermedades, a los síntomas, a la realidad a la que se pueden enfrentar. En este aspecto, es de vital importancia la presencia de un profesional en trabajo social, ya que el mismo, puede ser el encargado de ejecutar dichos programas, puesto que de esta manera también tomaría un rol protagónico, dentro del ámbito de la salud mental.

- Mediante lo planteado por las familias, se puede resaltar la urgencia de un cambio de atención en la salud, desde un enfoque integral que analice no sólo al individuo que presenta la patología, sino también a su familia.
- El trabajo Social debe ganar mayor protagonismo en el área de la salud mental. Por aquello se recomienda que, en la carrera de trabajo social, el tópico en mención sea abordado, ya que el ámbito de la salud mental para los trabajadores sociales es un campo de acción desconocido.

Bibliografía

- Agudelo Bedoya, M. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias Monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. . *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1-20.
- Alberdi, I. (1982). Un nuevo modelo de familia. *Papers*, 87-113.
- Alcalá, D., De Carvalho, A., Morgado, A., Da Graça, M., & Aparecida, S. (2016). Estrategias de enfrentamiento de familiares de pacientes con trastornos mentales. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 1-8.
- Arias Alpízar, L. (2009). Interdisciplinariedad y triangulación en Ciencias Social. *Revista Electrónica de Historia*, 117-136.
- Arias, C. (2006). Enfoques teóricos sobre la, percepción que tienen las personas. *Horiz. Pedagóg.*, 9-22.
- Ariza, & Oliveira. (1999). *Formación y dinámica familiar en México, Centroamérica y el Caribe*. México: Serie Investigación Demográfica .
- Arnold, M., & Osorio, F. (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 2-12. Recuperado el 04 de Diciembre de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/101/10100306.pdf>
- Asamblea Nacional. (2012). *Ley Orgánica de Salud*. Recuperado el 30 de Diciembre de 2017, de Ministerio del Ambiente: http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
- Asamblea Nacional: República del Ecuador. (25 de Septiembre de 2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Obtenido de consejo discapacidades: http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
- Ávila Baray, H. (2000). *Introducción a la metodología de la investigación*. Eumed Net.
- Ávila, C., Cáceres, C., Camara, B., Sierra, M., & Viquez, A. (Octubre de 1998). Una visión de conjunto. En J. Izazola, & J. Huerdo, *Situación epidemiológica y económica del sida en América Latina y el Caribe* (págs. 25 - 47). México: Fundación Mexicana para la Salud. Obtenido de Fundación Mexicana para la Salud: http://www.who.int/hiv/strategic/en/amr_lat_98.pdf

- Aylwin Acuña, N., & Olga Solar, M. (2002). *Trabajo social familiar*. Chile: Universidad Católica de Chile.
- Báez Hernández, F. J., Ramos Cedeño, L., & Medina López, O. M. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *scielo*, 128 - 134.
- Báez, J., & Tudela, P. d. (2007). *Investigación cualitativa*. Madrid: ESIC.
- Barrero, Á. (2017). Concepciones de salud mental a partir de la visión dominante de salud-enfermedad. *Revista Poiésis*, 127-134.
- Barrón, A., & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 17-23.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de cultura económica.
- Bezanilla, J., & Miranda, M. (2013). La familia como grupo social: una re-conceptualización. . *Alternativas en Psicología*, 17(29), 58-73.
- Borda, M., Tuesca, R., & Navarro, E. (2014). *Metodos Cuantativos. Herramientas para la investigación en salud*. Colombia: Universidad del Norte.
- Bowlby, J. (1990). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Camacho, L., Hinostroza, G., & Jiménez, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro Cognitivo y su relación con el tiempo de Cuidado . *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Vol 7*, 35-41.
- Carballeda, A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Portal Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 1-13.
- Cardona, D., Zuleta, V., Londoño, L., & Ramírez, L. (2012). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico e enfermedad mental . *Revista Colombiana de Ciencias Sociales |Vol. 3*, 243-258.
- Castañera, L., Gómez, A., & Mangas, P. (2014). DE LO GENERAL A LO ESPECÍFICO EN TRABAJO SOCIAL: PROPUESTA DE ESPECIALIZACIÓN EN SALUD MENTAL. *TRABAJO SOCIAL HOY*, 72, 109-126.
- Castaño, Y., & Canaval, G. (2015). Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 274-283.
- Cisneros Sosa, A. (Diciembre de 1999). *Interaccionismo simbólico, un pragmatismo acrítico en el terreno de los movimientos sociales*. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/506-997-1-SM.pdf

- Código Orgánico Integral Penal*. (2014). Recuperado el 04 de Enero de 2018, de Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. Subsecretaría de Desarrollo Normativo: http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%C3%B3digo_org%C3%A1nico_integral_penal_-_coip_ed._sdn-mjdhc.pdf
- Coliére, M. F. (1999). Encontrar el sentido original a los cuidados enfermeros. *Rev ROL Enfermería*, 27-31.
- Consejo de la Judicatura. (1 de Febrero de 2016). *Guía para el conocimiento de delitos cometidos por personas con trastornos mentales*. Recuperado el 04 de Enero de 2018, de Biblioteca Digital de la Defensoría Pública: <http://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/1548/1/Resoluci%C3%B3n%20CJ-DG-2016-10.pdf>
- Constitución de la República del Ecuador 2008. (s.f.). *Asamblea Constituyente*. . Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Cortés , M., & Iglesias , M. (2004). *Generalidades sobre Metodología*. México : Universidad Autónoma del Carmen .
- Díaz, L., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *ELSEVIER*, 162 - 167.
- Diccionario enciclopédico ilustrado. (1997). *Sociedad*. Buenos Aires: Clarín.
- DSM V. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Escartín, M. (1992). El sistema familiar y el trabajo social. *Revistas - Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 55-75.
- Espíndula, J., Valle, E., & Bello, A. (2010). Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1229-1236.
- Estrada, L. (1993). *El ciclo vital de la familia*. . México: Posada.
- Falicov, E., & Lifszyc. (2002). *Sociología*. Aique: Buenos Aires.
- Familia 1. (2018). *Percepciones de las familias en relación a la enfermedad mental y dinámica familiar*. Guayaquil.
- Familia 2. (2018). *Percepciones de las familias en relación a la enfermedad mental y dinámica familiar*. Guayaquil.
- Familia 3. (2018). *Percepciones de las familias en relación a la enfermedad mental y dinámica familiar*. Guayaquil.

- Familia 4. (2018). *Percepciones de las familias en relación a la enfermedad mental y dinámica familiar*. Guayaquil.
- Familia 5. (2018). *Percepciones de las familias en relación a la enfermedad mental y dinámica familiar*. Guayaquil.
- Familia 6. (2018). *Percepciones de las familias en relación a la enfermedad mental y dinámica familiar*. Guayaquil.
- Fernández Márquez, L. (Junio de 2010). *MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS*. Obtenido de <https://orientacascascales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>
- Fernández, C. (2012). Enfermedad mental y salud mental. Reflexiones en torno a la posibilidad del deslizamiento de un discurso que mostraría un otro que no existe. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 82-91.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista de recerca i investigacion en antropología*, 1-16.
- Flaquer, L. (1998). *El destino de la familia*. Barcelona: Ariel.
- Galor, S., & Hentschel, U. (2013). El uso de los mecanismos de defensa como herramientas de afrontamiento por veteranos israelíes deprimidos y con TEPT. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 17(1), 159-174.
- Garcés, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 333-352.
- García, F. (30 de Noviembre de 2001). *Mesa Redonda: Conceptualización del desarrollo y la atención temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. Recuperado el 05 de Diciembre de 2017, de Infomed, Portal de la Red de Salud de Cuba: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf
- García, M. d., Berodia, N., Jenaro, C., & Flores, N. (2014). Apoyo psicosocial a familias de personas con enfermedad mental grave y prolongada. *INFAD. Revista de Psicología*, 29-38.
- García, M., Rodríguez, M., & Gracia, M. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 2), 83-92.
- García, S., & Rodríguez, R. (10 de Marzo de 2017). Concepciones de las familias de las y los pacientes del Instituto de Neurociencias y de las/os estudiantes de Trabajo Social sobre los trastornos mentales. *Sistematización*. Guayaquil, Guayas, Ecuador: Universidad Católica Santiago de Guayaquil.
- Garrido Monge, J. L., & Azpilicueta Olagüe, M. J. (2016). *UNIDAD DIDÁCTICA DE EDUCACIÓN PARA LA CIUDADANÍA*. Obtenido de [conocemos los estereotipos y los prejuicios para](#)

evitar la discriminación: <http://www.educatolerancia.com/wp-content/uploads/2016/12/conocemos-los-prejuicios-y-estereotipos-para-evitar-la-discriminacion.pdf>

- Gergen, K. (2007). *Construccionismo Social: aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Gimeno, J., Montse, M., & Yuleida, M. (Julio de 2008). *Diversidad cultural, nuevo reto para los cuidados de enfermería*. Obtenido de Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona: <http://hdl.handle.net/2445/21688>
- Gómez, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 38(1)*, 114-125.
- González, F. (2007). Salud mental a nivel familiar desde la perspectiva de alteridad. *Psicología desde el Caribe. Revista del programa de psicología Universidad del Norte*, 1-27.
- González, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 225-243.
- González, I. (2000). Las crisis familiares. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 280-286.
- Harris, M. (1997). *Antropología Cultural*. España : Antropología Alianza Editorial.
- Hernández, R. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas, 23*, 187-210.
- Hernández, B. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, 314-325.
- Hinojosa, A. (1968). Mecanismos psicológicos de adaptación y defensa. En A. Aramoni, *Humanismo y pediatría. Las bases psicosociales para la práctica pediátrica* (págs. 71-82). México : Fondo Editorial Nestlé de la Academia Mexicana de Pediatría.
- Houtman, I., & Kompier, M. (20 de Febrero de 2012). *Salud Mental*. Obtenido de ENCICLOPEDIA DE SALUD Y SEGURIDAD EN ELTRABAJO: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/5.pdf>
- Ibañez, T., Botella, M., Martínez, L., & el, e. (2004). *Introducción a la psicología social*. Barcelona: UOC.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2009). *Salud mental en el Ecuador*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2017, de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/SaludMental.pdf>

- Junta de Beneficencia de Guayaquil. (2015). Obtenido de Instituto de Neurociencias: <https://www.institutoneurociencias.med.ec/>
- Kadushin, C. (2013). *Comprender las redes sociales: teorías, conceptos y hallazgos*. España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- León, J., Ramón, G., & Mero, M. (2017). Análisis de los Planes Nacionales de Desarrollo para el Buen Vivir «Hacia Nuevos Derechos y Nuevas Respuestas». *Espacios*.
- Ley de Seguridad Social. (30 de Noviembre de 2001). *Ley de Seguridad Social*. Recuperado el 20 de Enero de 2018, de Organización de los Estados Americanos: http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_segu.pdf
- López, P. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero*, 69-74.
- López, P. (2013). Realidades, Construcciones y Dilemas. Una revisión filosófica al construccionismo social. *Cinta moebio* 46., : 9-25. Recuperado el 06 de Diciembre de 2017, de Biblioteca Científica Electrónica en Línea: <http://www.scielo.cl/pdf/cmoebio/n46/art02.pdf>
- Lozares, C. (1996). La Teoría de Redes Sociales. *Papers*, 103-126.
- Marqués, et al. (2013). La sostenibilidad del sistema sanitario desde una perspectiva de redes sociales: una propuesta para la promoción de hábitos saludables y apoyo social. *Revista Española de Salud Pública*, 307-315.
- Martínez, J., Amador, B., & Guerra, M. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 16(47), 576-604.
- Martins, P. (2009). Rede Sociales: un nuevo paradigma en el horizonte sociológico. *Cinta Moebio* 35., 88-109. Recuperado el 14 de Enero de 2018, de <http://www.scielo.cl/pdf/cmoebio/n35/art02.pdf>
- McCance, & Mckenna, Y. B. (1997). Caring: dealing with a difficult. *Int. J Nurs* 34, 241 - 248.
- Medellín, M., Rivera, M., Kanán, J., & Rodríguez, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia. *Salud Mental*, vol. 35, núm. 2, 147-154.
- Medina, Comellas, & Chico. (1990). *Tratado de Educación Personalizada: la educación Personalizada en la Familia*. Ediciones Rialp.
- Mendoza Palacios, R. (2006). *Investigación cualitativa y cuantitativa - Diferencias y limitaciones*. Obtenido de LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: http://oportunidades.gob.mx/Portal/work/sites/Web/resources/ArchivoContent/1351/Investigacion_cualitativa_y_cuantitativa.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Modelo de Atención de Salud Mental (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. Obtenido de

<http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/4846/4/Anexo%207.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Manual de codificación - CIE-10- Es diagnósticos*. Obtenido de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf

Miranda, & Garcés. (1998). *Trabajo Social en Salud Mental*. . Zaragoza: Mira.

Montalvo, J., Espinosa, M., & Pérez, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*, 17(28), 73-91. Recuperado el 05 de Diciembre de 2017, de Biblioteca Científica Electrónica en Línea: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000100007&lng=pt&tlng=es.

Montes Berges , B. (2008). Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. *Iniciación a la investigación*, 1-16.

Morales, J. (1978). La teoría del intercambio social desde la perspectiva de Blau. *Reis*, 129-146. Obtenido de Reis: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_004_08.pdf

Muñoz, M., Crespo, M., Pérez, E., & Gillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense, S. A. Obtenido de <http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>

Nunes , M., Rigotto, D., Ferrari, H., & Marín, F. (2012). Soporte social, familiar y autoconcepto: relación entre los constructos. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. Vol. 29 (1)*, 1-18.

OMS. (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencias, practica*. Ginebra: Departamento de salud mental y abuso de sustancias.

OMS. (Diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Orcasita, L., & Uribe, A. (24 de Agosto de 2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: avances de la disciplina. Vol. 4*, 69-82. Recuperado el 08 de Diciembre de 2017, de Biblioteca Científica Electrónica en Línea: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a07.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Recuperado el 09 de Noviembre de 2017, de ¿Qué es la Salud Mental?: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2017, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *El contexto de la salud Mental*. Obtenido de Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental: http://www.who.int/mental_health/policy/Maqueta_OMS_Contexto_Ind.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2008). *IESM- OMS. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador. Informe de la evaluación del Sistema de Salud Mental en el Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Dinámica Familiar y Comunitaria*. Obtenido de Biblioteca Virtual en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental: <http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/fulltext/hogar/tema7.pdf>
- Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, 89-96.
- Ovelar Zubiaga, I. (2016). *El impacto del cáncer en la familia*. Obtenido de Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar: <http://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Ovelar-Irene-Trab.-3%C2%BA-online-14.pdf>
- Pellón, R., Vázquez, M., Orgaz, S., Ortega, N., & Pérez, V. (2015). *Psicología del aprendizaje*. Madrid: Editorial UNED.
- Pereira, F. (2011). Contenido perceptual, conceptos y conciencia fenoménica. *Análisis filosófico*, 31(2), 165-192.
- Pérez Urquía, R. (2014). *Desarrollo de habilidades personales y sociales de las personas con discapacidad*. Logroño-La Rioja: Editorial Tutor Formación.
- Prevert, A., Navarro, O., & Ewa, B. (2012). La discriminación social desde una perspectiva psicosociológica. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 4(1), 7-20.
- Puello, M., Silva, M., & Silva, A. (1 de Abril de 2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. La familia desde la perspectiva sistémica. *Diversas: Perspectivas Psicológicas*, 225-246. Recuperado el 04 de Diciembre de 2017, de Biblioteca Científica Electrónica en Línea: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n2/v10n2a04.pdf>
- Quevedo, A. (2016). *PROPUESTA DE CLASES-PRÁCTICAS DE TRABAJO SOCIAL EN EL CONTEXTO DE SALUD MENTAL*. Guayaquil: Universidad Católica Sabtiago de Guayaquil.

- Quintana, T., Heresi, M., Inés, M., Macurán, G., Quiroga, F., & Navarro, C. (2011). *Investigaciones en Psicología Clínica Infanto Juvenil. Primer compendio de Tesis del Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil*. Chile: mínima ediciones. Obtenido de Colección Praxis Psicológica: http://www.psicoinjuv.uchile.cl/docs/publicaciones/varios_investigaciones_psicologia_clinica_ij_primer_compendio.pdf
- Quintero, A. (2001). Los aportes del Trabajo Social al tema de familia. *Revista de Trabajo Social*, 104-123.
- Raheb, C. (2008). *Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques. sistemas clasificacion: DSM-IV, ICD-10*. Obtenido de Master en paidopsiquiatría: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/sistemas_clasificacion_dsm-iv_cie-10.pdf
- Ramos, A. (2005). *Mujeres y liderazgo: Una nueva forma de dirigir*. España: Universitat de València.
- Rees, R., & Valenzuela, A. (2003). Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(3), 173-186.
- Reglamento a la Ley Orgánica de Salud*. (08 de Mayo de 2012). Recuperado el 04 de Enero de 2018, de Ministerio de Salud Pública: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-a-la-Ley-Org%C3%A1nica-de-Salud.pdf>
- Ribé, J., Valero, M., & Pérez, C. (2011). Grupo de familiares de pacientes con trastorno mental severo: aspectos dinámicos técnicos y reflexivos a partir de una experiencia terapéutica grupal. *Avances en Salud Mental Relacional. Revista Internacional*, 1-26.
- Rizo, M. (2015). Construcción de la realidad, comunicación y vida cotidiana. Una aproximación a la obra de Thomas Luckmann. *Biblioteca Científica Electrónica en Línea*, 19-38.
- Rodríguez Zepeda, J. (2006). *Un marco teórico para la discriminación*. México: Consejo Nacional para Prevenir. Obtenido de http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E0002%281%29.pdf
- Rodríguez, L., & Peláez, J. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 75-84.
- Rosselot, & Carrasco. (1997). Recuperando una historia. En N. Aylwin, & M. Solar, *Trabajo Social Familiar* (págs. 1-266). Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Sabido, O. (2011). Institución, familia y enfermedad mental. Reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico. *Sociológica (México)*, 26(74), 311-318.
- Sánchez, G., Aguirre, M., Solano, N., & Viveros, E. (2015). Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. *Cultura Educación y Sociedad* 6(2), 117-138.

- Sandoval Moya, J. (2004). *Representación, discursividad y acción situada*. Obtenido de Introducción crítica a la psicología social del conocimiento: http://psicologiapolitica.cl/wp-content/uploads/2016/07/32-Libro_discursividad_representacion_accion_situada.pdf
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una vida*. Quito: Consejo Nacional de planificación.
- Sennett, R. (1982). *La autoridad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Solano, M., & Vásquez, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad... mental. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 194-202.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Suárez, E., & Pérez, C. (2004). *Desarrollo de propuestas de investigación en las ciencias de la salud*. San Juan: La Editorial UPR.
- Suariá, R. (2011). *PSICOLOGÍA SOCIAL*. Obtenido de Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14289/1/TEMA%205.%20ESTEREOTIPOS%20Y%20PREJUICIOS..pdf>
- Taylor, & Bogda. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Madrid: Paidós.
- Tellaeche, I. (1982). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., & Salazar, J. (2015). Concepciones culturales sobre la salud mental de personas que asisten a procesos terapéuticos psicológicos. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 35-46.
- Torrice, E., Santín, C., Villas, M., Menéndez, S., & López, M. (1 de Junio de 2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. Análisis del Modelo Ecológico de Bronfenbrenner y su aplicación a la Psicooncología. *anales de psicología*, 45-59 . Recuperado el 05 de Diciembre de 2017, de Universidad de Murcia: http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf
- Tylor, S. J., & Bodgan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. España: Paidós Ibérica.
- UCSG. (1 de Noviembre de 2007). *Reglamento de Estudiantes* . Recuperado el 16 de Julio de 2014, de Universidad Católica Santiago de Guayaquil: http://www2.ucsg.edu.ec/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=257&limitstart=45
- UCSG. (2014). *Dominios y líneas de investigación*. Obtenido de Investigación y Desarrollo: <http://www.ucsg.edu.ec/sinde/lineas-de-investigacion.html>

Valdivia, B. (2002). *La Teoría Social del Interaccionismo Simbólico*. Recuperado el 20 de Julio de 2014, de Universidad Veracruzana: <http://www.uv.mx/personal/bvaldivia/files/2012/05/Interaccionismo-PRINCIPIOS-b-.pdf>

Vidal, M., Vialart, M., & Hernández, L. (2013). Redes Sociales. *Educación Médica Superior*, 146-157.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **García Baquerizo, Shirley Cecilia** con C.C: # 0924874142 y Yo, **Rodríguez Luna, Rosemary Judith**, con C.C: # 0930597703 autor/a del trabajo de titulación: **“Percepciones de las familias en relación a la enfermedad mental y dinámica familiar. Casos de pacientes de un centro psiquiátrico de la ciudad de Guayaquil”** previo a la obtención del título de **Licenciada en Trabajo social** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de marzo de 2018

f. _____
García Baquerizo, Shirley Cecilia
C.C: 0924874142

f. _____
Rodríguez Luna, Rosemary Judith
C.C: 0930597703



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"Percepciones de las familias en relación a la enfermedad mental y dinámica familiar. Casos de pacientes de un centro psiquiátrico de la ciudad de Guayaquil"		
AUTOR(ES)	García Baquerizo, Shirley Cecilia; Rodríguez Luna, Rosemary Judith		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Salazar Jaramillo, José Gregorio, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad De Jurisprudencia y Ciencias Sociales y Políticas		
CARRERA:	Trabajo Social y Desarrollo Humano		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Trabajo Social		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de marzo del 2018	No. DE PÁGINAS:	150
ÁREAS TEMÁTICAS:	trabajo social, intervención familiar y Salud mental		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Percepciones, enfermedad mental, familia, experiencia, redes de apoyo, relaciones sociales		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El presente trabajo, es un estudio cualitativo sobre "<i>Las percepciones de las familias frente a las enfermedades mentales y la dinámica familiar. Casos de pacientes de un Centro Psiquiátrico de la Ciudad de Guayaquil</i>". El muestreo realizado en dicho trabajo fue de tipo "<i>no probabilístico por conveniencia</i>" debido a que no toda la población tuvo la misma probabilidad de ser escogida, en vista de que, para efectos de la realización de esta investigación, se necesitaron varios diagnósticos psiquiátricos, que respondan a diferentes patologías mentales, con la finalidad de visibilizar la experiencia vivida por las familias de estos pacientes, y sus reacciones y/o formas de enfrentamiento frente a las mismas. Para el levantamiento de información se utilizó la técnica de entrevista a profundidad, aplicada a seis familias, con el propósito de develar sus experiencias entorno a su vivir, tanto al interior del sistema, como al exterior.</p> <p>Cabe indicar que, se aplicó una técnica de recolección de datos, primero, por el enfoque del estudio; segundo, debida a la complejidad de la problemática y tercero, por el contexto en el que esta se sitúa. Con esta investigación se conoció el sentir de la familia, el significado que esta le otorga a su vida, y al tener a un miembro de su núcleo familiar con una enfermedad mental, así mismo, de manera análoga, se identificó la presencia e inexistencia (en algunas familias) de las redes de apoyo.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593996579118- Shirley Garcia B. Teléfono: +593982922835- Rosemary Rodríguez.	E-mail: shirleyceci_1994@hotmail.com E-mail: rosemaryrodri@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Quevedo Terán, Ana Maritza Teléfono: +593-4-3804600 Ext: 2212 E-mail: ana.quevedo@cu.ucsg.edu.ec		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	