



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD CIES**



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

SAN SALVADOR EL SALVADOR

**SISTEMATIZACION DEL PROGRAMA “DE FAMILIA A FAMILIA”
DE LA ASOCIACIÓN DE CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD MENTAL
(ACISAM) EN EL AREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR
EN EL PERIODO 2002 -2011**

AUTORA

MYRNA SOLEDAD ROJAS VALLE

ASESOR

Msc. MIGUEL OROZCO

SAN SALVADOR, 22 DE NOVIEMBRE DEL 2011

INDICE

I	Introducción	6
II	Antecedentes	8
III	Justificación	11
IV	Planteamiento del problema	13
V	Objetivos	14
VI	Marco Teórico	15
VII	Metodología	22
VIII	Descripción de Resultados	36
IX	Análisis de Resultados	40
X	Conclusiones	47
XI	Recomendaciones	48
XII	Bibliografía	49
XIII	Anexos	50

DEDICATORIA

A DIOS TODO PODEROSO: Por permitirme lograr una meta más en mi vida.

A MIS HIJOS: Myrna Ury, Manuel Horacio y Mirna Gabriela, por su amor y comprensión ante las horas de ausencia que tuve en el hogar y en sus vidas, para lograr alcanzar esta valiosa meta en mi vida.

A MI ESPOSO: Horacio Santos: por su amor y apoyo diario e incondicional ante tan arduo recorrido.

A MI AMIGA: Licda. Lorena de Bonilla: quien siempre ha creído en mi capacidad y me anima a seguir adelante a pesar de los obstáculos que he encontrado para poder continuar desarrollándome en el área de la salud mental.

A MIS AMIGOS: familias y personal de ACISAM: con quienes conté para el desarrollo de este valioso recorrido.

A SAMUEL VANS NICKELS: quien a pesar de no conocerme lo suficiente ha creído en mí y me ha animado a continuar este estudio.

AGRADECIMIENTO

A DIOS TODO PODEROSO: Por iluminarme, dirigirme y ayudarme a no desfallecer ante la meta que me había propuesto.

A MIS HIJOS: **Myrna Ury**, de quien espero continúe mis pasos dentro de la atención de quien más lo necesite, **Manuel Horacio**, quien además de apoyarme y ser mi hijo es mi asesor personal en los avances tecnológicos y **Mirna Gabriela**, por su paciencia y capacidad de comprensión y permitirme quitarle tiempo para lograr mis metas personales

A MI ESPOSO: Horacio Santos: por su dedicación y entrega al hogar mientras logro alcanzar mis victorias personales.

A MI AMGIGA Y ASESORA: Dra. Ana Guadalupe Martínez, por ayudarme y guiarme en el desarrollo de esta tesis.

A MI AMIGO: Licdo. Nelson Flamenco: por compartir sus conocimientos e información para el desarrollo y conclusión de este estudio.

A MIS AMIGOS: Dra. Gloria del Carmen Vásquez y Dr., José Aníbal Membreño: con quienes compartí cada día de esta maestría y de quienes recibía muestra de afecto y ánimo para lograr la meta final.

A CADA FAMILIAR DEL PROGRAMA DE FAMILIA A FAMILIA: que me permitió conocer parte de sus tan admirables vidas y que sin ellos no hubiera podido concluir mis anhelos de continuar desarrollándome como profesional de la salud mental.

RESUMEN

La finalidad de realizar este estudio, es para dar a conocer lo que la **ASOCIACIÓN DE CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD MENTAL (ACISAM)** está trabajando para el beneficio de aquellas familias que se ven afectadas por contar con un miembro que ha sido diagnosticado con un trastorno mental.

Objetivo General:

Sistematización del Programa de “Familia a Familia” impartido por ACISAM, desarrollado en el área metropolitana de San Salvador en el periodo 2002. 2011

Metodología:

La presente investigación se realiza desde una perspectiva cualitativa. Esta perspectiva nos permite profundizar y analizar las diferentes visiones y formas de dar sentido a los fenómenos de cualificación de este grupo en particular. Este enfoque posee características que posibilitan el conocimiento y sistematización de los procesos grupales. Esta investigación se enmarca dentro de un estudio cualitativo ya que pretende captar la experiencia y significados que se da en una situación de grupo singular. Se propone generar un soporte conceptual para definir al sujeto de estudio y sus condiciones, que tiene significado histórico enmarcado en un entorno cultural particular y una intersubjetividad diferenciadora en cada intervención.

Resultados:

Los resultados obtenidos son expresiones propias de todas aquellas personas que están participando dentro del programa de Familia a Familia.

- ✓ A partir del año 2004, facilitamos otro esfuerzo organizativo que se consolidó el año pasado (2010), dando vida a La Asociación de Familiares y Personas con Discapacidad Mental (AFAPDIM).
- ✓ Realizando incidencia política, tenemos representantes en diferentes espacios como son: En la Asociación de Familiares en La Mesa Permanente para la Defensa de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la PDDH
- ✓ Existen representantes ante el CONAIPD Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad.
- ✓ Un miembro del programa (familiar) representa la asociación en la Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Salud y Foro Nacional de la Salud.

I. INTRODUCCION

La presente investigación trata de sistematizar el Programa de “Familia a Familia” impartido por la Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental, (ACISAM) realizado a través del empoderamiento familiar, con un enfoque dirigido al paciente y la familia del mismo. Se pretende, realizar una caracterización de la familia y del paciente en estudio.

(ACISAM) es una organización no gubernamental, sin fines de lucro, que tiene como objetivo principal la salvaguarda de la salud mental principalmente a través de la Comunicación Participativa, ampliando la intervención hacia las áreas rurales, Con el fin primordial de contribuir al mejoramiento de la salud integral y en particular de la salud mental de los grupos comunitarios urbanos y rurales de El Salvador.

Actualmente forma redes y alianzas temáticas y establece coordinaciones para el impulso de estrategias y la ejecución de proyectos, se combina el trabajo psicosocial y el de comunicación participativa, con el objetivo fundamental de construir una práctica diferente de comunicación, en donde los comunicadores construyan desde su propia realidad comunitaria desarrollando proyectos de radio y televisión con participación de la comunidad. Además se concentra en la prevención, prestando capacitación y apoyo a voluntarios en comunidades para desarrollar tareas de promoción de la salud mental, utilizando para esto medios como la radio y video/televisión.

El programa de comunicación de ACISAM forma equipos de producción de medios de las comunidades, los cuales desarrollan dos tipos de proyectos de medios participativos: los Sonidos Locales (radio parlante) y los Videos Comunitarios (televisión comunitaria), que sirven como forma de mediación para visibilizar y dinamizar los procesos sociales de las comunidades y de la región.

La presente investigación trata de sistematizar el Programa de “Familia a Familia” impartido por la Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental, (ACISAM) realizado a través del empoderamiento familiar, con un enfoque dirigido al paciente y la familia del mismo. Se pretende, realizar una caracterización de la familia y del paciente en estudio.

Esta investigación está basada en los fundamentos teóricos de la manera de mejorar las vidas de la personas con trastornos mentales, a través del Programa Familia a Familia.

Las personas con trastornos mentales son, o pueden ser, particularmente, vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos, además el acceso a este tipo de atención en ocasiones suele ser ineficiente.

Actualmente en El Salvador no cuenta con establecimientos residenciales comunitarios, con ello se busca modificar la percepción de una atención psiquiátrica institucionalizada y promover la atención y rehabilitación comunitaria, considerando el ingreso únicamente en los casos que así lo ameriten. Por lo que es necesario empoderar y capacitar al familiar o cuidador en el abordaje comunitario de dichos patologías, disminuyendo de esta manera la sobrepoblación de los hospitales psiquiátricos, así como también el abandono de los pacientes en dichas instituciones constituyendo una carga más para el Estado. Para garantizar el derecho a la salud de la población salvadoreña a través del acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas fortaleciendo la organización comunitaria y la participación social.

II Antecedentes del problema

La crítica moderna al modelo manicomial de la atención psiquiátrica se definió de una manera más clara en el periodo posterior a la segunda guerra mundial, dentro del movimiento histórico de la reforma psiquiátrica se destacan la comunidad terapéutica de Maxwell Jones, el proceso de desinstitucionalización y la creación de los centros comunitarios de salud mental en los Estados Unidos de América, la psiquiatría del sector en Francia y la reforma italiana.

Se trata de un cambio total de paradigma por el cual un patrón curativo de atención al trastorno mental, de base manicomial, evoluciona a un modelo integral de base epidemiológica y orientación comunitaria. El modelo comunitario implica, en el campo de la salud mental, la implantación de políticas de Estado congruentes con la reestructuración de los servicios.

Las barreras encontradas para el cambio de la atención son:

1. El financiamiento de los servicios de salud mental es insuficiente.
2. La centralización de los recursos de salud mental en instituciones de gran tamaño, situadas en grandes ciudades o en sus cercanías.
3. La integración eficaz de la atención de la salud mental en los servicios de atención primaria es de naturaleza compleja.
4. El número de personal especializado en diferentes campos, debidamente capacitado y supervisado para brindar atención de salud mental, es insuficiente.
5. Las frecuentes deficiencias de los dirigentes en el área de la salud mental en cuanto a su experiencia y destreza en materia de salud pública.

El modelo comunitario se acoge al principio de integrar los servicios de salud mental en la atención general de salud y en otros servicios externos al ámbito de la salud (por ejemplo, los de educación, vivienda, empleo, justicia y bienestar social). El modelo comunitario, por consiguiente, requiere la participación y el compromiso activos, no solo del personal sanitario y de los servicios de salud mental, sino también de los interesados directos y los profesionales de otros sectores, incluidas las organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares, los asistentes sociales, la policía, los magistrados, jueces y demás interesados.

Con objeto de avanzar hacia una mejor combinación de los servicios, la OMS a propuesto siete recomendaciones:

1. Reducir el número de hospitales psiquiátricos.
2. Establecer servicios comunitarios de salud mental.
3. Crear servicios de salud mental en los hospitales generales.
4. Integrar los servicios de salud mental en la atención primaria de salud.
5. Colaborar con los servicios comunitarios de salud mental no formales.
6. Promover el autocuidado.
7. Favorecer la colaboración intrasectorial e intersectorial.

Beneficios de la orientación hacia un modelo comunitario:

La justificación principal para orientar los servicios hacia un modelo comunitario de atención de salud mental son los mejores resultados desde el punto de vista social y de salud que pueden lograrse para las personas con trastornos mentales tratadas en sus comunidades.

Las personas a las que se presta una adecuada atención comunitaria muestran mejores condiciones de salud mental y general y gozan de una mejor calidad de vida que las tratadas en instituciones. Ello puede atribuirse a una serie de factores relacionados con la atención comunitaria:

1. Accesibilidad.
2. Asequibilidad
3. Aceptabilidad.
4. Atención holística.

El éxito en la ejecución de programas dependerá en un último término del compromiso político al más alto nivel, y de la oportuna provisión de los recursos humanos y económicos necesarios. Para que la salud mental se financie de forma adecuada y se empleen correctamente los recursos, pueden adoptarse una serie de medidas. En primer

lugar, es preciso que en cada uno de los países exista una mayor comprensión de las prioridades que es necesario establecer para lograr la promoción de la salud mental y la prevención y tratamiento de los trastornos mentales. En segundo lugar, como se requieren evidencias concretas acerca de la rentabilidad de las diferentes intervenciones. En tercer término la atención de salud mental debe vincularse en mayor grado a la atención de salud general en especial en el ámbito de atención primaria. En cuarto lugar, deben incrementarse los recursos humanos y económicos destinados a la salud mental, cuyo empleo eficaz debe garantizarse de la mejor manera. En conclusión los gobiernos deben emprender con mayor determinación la inclusión de la salud mental en los programas; por otra parte los profesionales de salud mental, entre ellos los psiquiatras, debieran mostrarse más abierto y menos opuestos al cambio. Sin embargo, algunos psiquiatras a menudo perciben el desplazamiento de la atención de salud mental de los hospitales a la comunidad como un amenaza para la identidad de su especialidad y de las funciones que les competen. Corresponde a los psiquiatras comprometerse más en la salvaguarda de los derechos humanos en los establecimientos psiquiátricos y en la descentralización de los recursos humanos y económicos para promover la atención comunitaria de la salud mental, y el empoderamiento de los usuarios de los servicios.

Cuando haya mejorado la situación de la salud mental en el ámbito de la salud pública, se incremente de manera notable los recursos asignados a la salud mental, y estos se empleen más eficazmente para fortalecer la prestación de los servicios en general y de los servicios comunitarios en particular, la salud mental a escala mundial habrá evolucionado y avanzada hacia una nueva era.

III. JUSTIFICACION Y VIABILIDAD DE LA INVESTIGACION

En el Programa “De Familia a Familia” de la Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental (ACISAM) los beneficios obtenidos con la solución de este problema serán los diferentes logros que se han visualizado a lo largo del mismo:

1. Integración del paciente en el proceso psicoeducativo y de autoayuda
2. Cambio de percepción que tiene el cuidador ante su familiar afectado con una enfermedad mental.
3. El usuario adquirirá la capacidad de conocer sus derechos en la mejora de los servicios que reciben.

4. Participación de familiares y líderes en la Política Nacional de los derechos del paciente.
5. Protagonismo de familiares en la red regional de asociación de familiares de pacientes con problemas mentales

Con todo ello, se ayudara a la población de dicho centro, la investigación es viable por la apertura del centro al permitir realizarla y por los conocimientos que se tiene de dicha área, el acceso por parte de la investigadora, y la población seleccionada para la investigación, así como la accesibilidad a la información con respecto a la misma.

La sistematización del Programa en una experiencia valiosa, que puede generar conocimiento, vivencia y aportes en datos significativos. En general, es un esfuerzo de recoger lo que por varios años se ha practicado y formulado desde la institución, pero que no se había recogido. En cuanto a la pérdida que pueda generar la experiencia, pudiera considerarse pérdida sólo los espacios que no se han podido registrar.

Entre los factores facilitadores para la sistematización, se puede mencionar que el programa de Familia a Familia pretende convertirse en un proceso de recopilación de información valiosa y que ha quedado o puede quedar olvidada en el camino, útil para las nuevas generaciones de familias y usuarios que participarán en años siguientes; además, de punto de referencia que puede ir midiendo los alcances reales de dicha experiencia.

Los cambios que se prevé se puedan generar de la experiencia son variados, no son cambios estructurales ni institucionales, ni metodológicos sino más bien van en la línea de favorecer, para el futuro, el registro y el ordenamiento de la práctica de cada experiencia, pudiéndose convertir en una práctica ordinaria y provechosa de beneficio.

El Programa de Familia a Familia implementado por ACISAM data desde el 2002, y pretende:

- A. Recopilar y documentar la experiencia de aplicación del Programa desde el año 2002 a la presente fecha.

- B. Guardar memoria y testimonios personales y comunitarios del impacto de la experiencia en las familias y comunidades atendidas
- C. Favorecer la expresión libre y participativa de las personas que estuvieron presentes en la implementación del Programa y su experiencia a fin de recoger los aspectos positivos y negativos de su aplicación
- D. Posibilitar un archivo documental de la experiencia del Programa de Familia a Familia con la finalidad de poder dar seguimiento de ahora en adelante a la sistematización de las experiencias que se vayan realizando.

A pesar de haberse implementado, a la fecha no se conoce el impacto que este ha tenido en su implementación, por ello se vuelve necesario realizar la presente sistematización. Así como la gestión de más recursos financieros que permitan continuar con el proyecto y por lo tanto el beneficio a las familias y personas con trastornos mentales y favorecer la rehabilitación y reintegración social de personas afectadas por problemas de salud mental.

IV. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

¿Qué cambios ha desarrollado el Programa “De Familia a Familia”, en el tratamiento de sensaciones, percepciones, cognición y actividades y su entorno familiar a la población con enfermedad mental, del Municipio de San Salvador, a desarrollarse de 2002 a 2011.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente la población con enfermedades mentales que se ha atendido dentro del Programa “De Familia a Familia” que se desarrolla en el municipio de San Salvador no cuenta con un estudio que identifique los cambios que el programa ha causado en la dinámica familia. Es por ello que es necesaria una sistematización que permita medir los cambios y sus beneficios.

V. OBJETIVOS

General

Sistematización del Programa de “Familia a Familia” impartido por ACISAM, desarrollado en el área metropolitana de San Salvador en el periodo 2002. 2011

Específico

1. Describir las intervenciones que el Programa de Familia a Familia realiza en el cuidador y el paciente con trastornos mentales.
2. Conocer el grado de empoderamiento familiar a través de su contribución en la participación social de los pacientes con trastornos mentales adquirido a través del desarrollo del programa.
3. Caracterizar los cambios en la dinámica familia a través de la implementación del programa.

VI. MARCO TEORICO

A.- Antecedentes del problema.

La enfermedad mental es un término general utilizado para describir un trastorno caracterizado por déficit en la capacidad intelectual y funcional. Una persona con enfermedad mental demuestra capacidades intelectuales por debajo del promedio que se refleja en un lento aprendizaje y problemas en el componente del desempeño cognoscitivo. Debido a lo anterior, agregado al no apoyo de una familia y la falta de un programa que les ayude a mejorar los componentes sensoriales, perceptuales y cognoscitivos y por ende a optimizar la independencia en las actividades de la vida diaria, volviéndose un problema. Situación que no ha mejorado dado que por sí mismo no lo logran. Se necesita de un programa que les ayude y mejore las capacidades mencionadas anteriormente. Aunque no hay tratamiento curativo para este déficit un programa terapéutico podría tener grandes logros en esta población, debido a que por el tipo de enfermedad mental y la no presencia de otras discapacidades o enfermedades, podrían llegar a lograr su independencia en esos aspectos, así como mejorar sus sensaciones, percepciones y cognición en lo referente a la atención y memoria que de una u otra manera inciden en las actividades de la vida diaria.

Con ello se mejoraría la relación y el empoderamiento de la familia que está a la par del paciente con estas limitantes, se dará a conocer entre la población la problemática que viven las personas y familias afectadas para despertar la necesidad de solidarizarse con ellas, a fin de mejorar su calidad de vida y poder afrontar esta situación en mejores condiciones. Finalmente se espera incidir para que esta problemática se incluya en las prioridades del Estado.

B.- Fundamentación Teórica.

La investigación se desarrollará en el Programa “De Familia a Familia” impartida por ACISAM, a través del empoderamiento familiar, con un enfoque dirigido al paciente y la familia del mismo. La Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental (ACISAM) es una organización no gubernamental, sin fines de lucro, situada en Colonia Flor Blanca 12 calle poniente N° 651 de San Salvador. ACISAM, como respuesta a la falta de instancias y programas orientados al apoyo directo a familias afectadas, desarrolla el Programa “De Familia a Familia”, con el objetivo de brindar apoyo emocional y formación a través de la estrategia de los grupos psico educativos. Desarrollando dicha labor a través de la implementación de diferentes estrategias.

C. Objetivos y Contenidos del Grupo Psicoeducativo “De Familia a Familia”.

El grupo psicoeducativo es un proceso que implica la realización de 17 talleres para familiares de personas afectadas por alguna enfermedad mental. Estas se realizan por medio del Manual Psicoeducativo “De Familia a Familia” que contiene 17 cartas metodológicas (o manuales por cada taller) y 17 folletos de lectura que apoyan teóricamente cada tema.

Objetivos del proceso de los grupos psicoeducativos:

1. Que los y las familiares de personas afectadas enfermedades mentales, conozcan sobre los diagnósticos y tratamientos; comportamientos y manifestaciones de los mismos, a fin de, construir formas de sobrellevar esas situaciones sin culpa.
2. Facilitar un espacio de desahogo, apoyo, autoayuda y autocuidado, a fin de renovar fortalezas en su delicada labor de cuidador/a de un familiar afectado por alguna enfermedad mental.
3. Facilitar espacios de formación, relacionales y de convivencia entre los y las familiares cuidadoras, personas afectadas y otras personas o grupos.
4. Tomar conciencia y divulgar los derechos y necesidades de las personas afectadas por enfermedades mentales y los de las familias cuidadoras.

Los Trastornos Mentales son una importante causa de discapacidad de largo plazo y dependencia. Según datos de la OMS del 2005, 31.7% de todos los años vividos con discapacidad se atribuyen a condiciones neuropsiquiátricas: las cinco mayores contribuciones fueron: depresión unipolar (11.8%), trastornos relacionados con el uso de alcohol (3.3%), esquizofrenia (2.8%) depresión bipolar (2.4%) y demencia (1.6%) (1)

Según el Informe IESM-OMS, Informe sobre los sistemas de Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala 2006, El Salvador cuenta solo con 2 hospitales psiquiátricos, con un total de 426 camas (6.3 camas por 100,000 habitantes), ninguna de estas camas están asignadas para niños y adolescentes, el país carece de Establecimientos Comunitarios (2). La prevención, atención y rehabilitación de los trastornos mentales constituyen un problema cada vez mayor para la salud pública en América Latina y el Caribe. Las Naciones Unidas calcula que entre 2005 y 2025, la población total de América Latina y el Caribe aumentara 23%. Esas proyecciones indican que el crecimiento poblacional más rápido se registrara en las personas de edad avanzada: la población de 50 a 64 años aumentara 76% y la de 65 a mas, 100%. La población entre 15 y 49 años de edad que corre el mayor riesgo

de sufrir los trastornos mentales que aparecen en la edad adulta aumentara 19%. Para hacer frente a la creciente carga sanitaria que representan los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, es menester comprender tanto su prevalencia como las discapacidades asociadas con estos trastornos. Los estudios epidemiológicos de tipo comunitario sobre trastornos psiquiátricos publicados desde los años ochenta permiten apreciar la magnitud del problema (3).

Los estigmas, mitos y concepciones erróneas asociados con los trastornos mentales llevan a la descremación y a las limitaciones de los derechos humanos, y pueden representar obstáculos para la implementación efectiva de una legislación inspirada en los derechos humanos. Por lo tanto modificar las actitudes de la población constituye un importante componente de la implementación de la legislación de salud mental (3)

Las drogas psicotrópicas son esenciales para el tratamiento de algunos trastornos mentales y juegan un papel importante en la prevención secundaria. Sin embargo, en muchos países las drogas psicotrópicas más básicas ni siquiera se encuentra a la disposición. La acción legislativa puede mejorar la disponibilidad de las drogas en los niveles de atención primario y secundario.

La legislación tiene un papel crucial en la promoción de la atención comunitaria de los trastornos mentales y en la reducción de los ingresos involuntarios a las instituciones psiquiátricas (3).

D. En el Programa las Patologías más frecuentes que se observan en los usuarios son:

Esquizofrenia: También llamado "demencia precoz", en las que las personas afectada sufren graves deterioros cognitivos y comportamentales, en una edad juvenil, puede ser que algunos pacientes desarrollen distorsión de los pensamientos y sentimientos, afectando a la persona de una forma total, por lo que quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes las personas puede empezar a estar extrañas más aisladas, puede evitar salir con amigos, duerme poco o demasiado, habla solo o se ríe sin motivo aparente.

Trastorno Bipolar: Se llama trastorno bipolar o trastorno afectivo bipolar a un trastorno depresivo de larga evolución, en el que los episodios depresivos se ven interferidos por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado (euforia excesiva), expansivo (hiperactividad anómala) o irritable, las fases de exaltación, alegría desenfadada o irritabilidad y grosería, alternan con otros episodios en que la persona está con depresiones intensas, con bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en casos graves, ideas de suicidio.

Trastorno Obsesivo Compulsivo: El Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad por el cual una persona se encuentra inmersa en un sistema de ideas, pensamientos y conductas recurrentes, constituyendo una experiencia muy angustiante. Ese sistema, que carece de sentido para el resto, conforma una estructura mental poderosa, muy difícil de contrarrestar, pudiendo acompañar a la persona a través de toda la vida. En casos severos, la falta de tratamiento médico puede interferir gravemente con las actividades y relaciones personales tanto en el trabajo o la escuela, como en la familia.

Depresión: Es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, que puede tratarse de algo situacional o quedar fijado de forma estable y permanente, se configura por una serie de síntomas o un síndrome, que repercute y afecta los aspectos emocionales del sujeto. Como consecuencia pueden producirse síntomas como: tristeza patológica. Esto a su vez repercute en la vida cotidiana de la persona de forma negativa mediante el descenso del rendimiento profesional, pobre rendimiento escolar o académico y empobrecimiento de los vínculos sociales.

Dichas patologías son las que se verán reflejadas en el estudio, por la frecuencia con que se presentan

E. Características del Programa De Familia a familia impartido por ACISAM.

En términos generales la atención psiquiátrica y la atención psicológica a nivel clínico y comunitario ha venido progresando en los últimos años y junto al enfoque psicosocial han descubierto y enfatizado la importancia de la familia en el tratamiento de cualquier enfermedad. En El Salvador hay grandes esfuerzos para que la atención psiquiátrica se vea y se aborde desde una perspectiva integral donde la familia y la sociedad asuman mayor protagonismo; sin embargo, la atención a familias con miembros afectados por alguna enfermedad mental no ha sido prioridad en términos de programas psicoeducativos orientados al apoyo emocional y la educación de éstas.

La salud mental en su integralidad (biológica, psicológica y social), es esencial para una buena calidad de vida. Estos componentes son interdependientes e importantes tanto para las personas que sufren de alguna enfermedad como para las personas que componen el núcleo familiar y en particular, de los que asumen el rol de cuidadores, dado que hacen que se estructuren y funcionen en torno a la problemática de salud.

Asimismo, se ha comprobado que cualquier profesional o persona que brinde atención y apoyo, puede verse afectada en su salud mental. Las familias que dentro de su grupo tienen a un ser querido afectado, se enfrentan con la difícil y compleja situación de

cuidarlos cada día hasta el punto de llegar a descuidar su propia salud. Los y las cuidadores/as viven fases emocionales que van desde la negación hasta la aceptación. Las familias sufren del aislamiento social y les son vulnerados sus derechos. La labor de cuidadores y cuidadoras les exige nuevos aprendizajes especializados y les demanda enfrentar retos que regularmente provocan mucho dolor y culpa. Esa situación afectante viene a desencadenar el denominado síndrome del “cuidador quemado”.

ACISAM, sensible a la problemática descrita y como respuesta a la falta de instancias y programas orientados al apoyo directo a familias afectadas, desarrolla el Programa “De Familia a Familia”. Los objetivos que persigue son brindar apoyo emocional y formación a través de la estrategia de los grupos psico educativos. Dar a conocer entre la población la problemática que viven las personas y familias afectadas para despertar la necesidad de solidarizarse con ellas, a fin de mejorar su calidad de vida y poder afrontar esta situación en mejores condiciones. Finalmente se espera incidir para que esta problemática se incluya en los aspectos del Estado.

Además su enfoque es desde una perspectiva comunitaria con un empoderamiento propio de las familias afectadas.

Para alcanzar lo anterior se han venido implementando exitosamente tres estrategias: Educativa, comunicacional y organizativa.

La estrategia educativa es la base de todo el proyecto, porque es a través de ella que se busca dar a conocer entre la población en general las vivencias de las personas y familias que viven afectadas, procurando reducir los estigmas que las denigran y asimismo se pretende aumentar las formas de ayudarlas efectiva y socialmente. Mediante esta estrategia también se ha logrado desarrollar, a lo largo de estos años de ejecución, los grupos psico educativos de educación entre pares denominados “De familia a familia”. En estos grupos son los mismos familiares los que aprenden más acerca de los diagnósticos de enfermedad mental y sobre las maneras de hacer frente a estas situaciones; aprenden a darse apoyo mutuo, logran desmitificar estas enfermedades y luchar por elevar la calidad y estabilidad de vida de su familiar y sus familias en conjunto. Cabe mencionar que la experiencia propia de cada familia aumenta el conocimiento de los demás participantes Al finalizar el proceso psicoeducativo “De Familia a Familia” algunos familiares capacitados se convierten en facilitadores/instructores de nuevos procesos educativos para ayudar a otros familiares, así como a las nuevas generaciones que van incorporando.

La estrategia de comunicación consiste en la utilización de algunos medios masivos de comunicación, principalmente la radio, localizados en las diferentes poblaciones y

comunidades, para crear y mantener una campaña divulgativa que desarrolle aspectos formativos y de sensibilización dirigidos a los distintos sectores: Amas de casa, trabajadores en el campo de la salud, estudiantes, religiosos, profesionales, líderes y organizaciones sociales, a personas con diagnóstico y sus familias y público en general. La idea es que los medios de comunicación se conviertan en verdaderos instrumentos de solidaridad y de reflexión acerca de la problemática que viven las familias y personas afectadas por enfermedades mentales.

La estrategia organizativa del proyecto consiste en realizar diferentes niveles de coordinación entre instituciones, generando mayor información y sensibilización, creando conciencia acerca de la necesidad de poner esta problemática en sus agendas, involucrando a otros actores y fortaleciendo su participación. En las acciones de coordinación se han vinculado los principales actores sociales, tales como: MSPAS, medios de comunicación locales, alcaldías municipales, PNC, centros escolares, juntas directivas y los diferentes sectores clave de las comunidades, ONG's, etc. con la finalidad de formar redes para promover y activar alianzas de apoyo entre diferentes personas, grupos sociales y la población foco.

Una novedad del proyecto es que a partir de los últimos tres años se ha brindado atención directa a personas afectadas por alguna enfermedad mental. Generalmente estas personas son los hijos(as) de los familiares que asisten a los grupos psico educativos. Con ellos la estrategia de trabajo es el Arte Terapia orientada como nuevo aprendizaje, habilidad, ocupación del tiempo libre, un medio para expresar sentires y pensares, que para este grupo de personas les resulta una tarea difícil, y un medio de integración socio relacional. Estos se convierten, al igual que los grupos psico educativos, en grupos de auto apoyo y educación de cómo enfrentar su enfermedad, contribuyendo así al proceso de recuperación e integración social.

F. Objetivos y contenidos del grupo psicoeducativo “DE FAMÍLIA A FAMÍLIA”.

El grupo psicoeducativo es un proceso que implica la realización de 17 talleres para familiares de personas afectadas por alguna enfermedad mental. Estas se realizan por medio de la versión popular del Manual Psicoeducativo “De Familia a Familia” que contiene 17 cartas metodológicas (o manuales por cada taller) y 17 folletos de lectura que apoyan teóricamente cada tema.

Objetivos del proceso de los grupos psicoeducativos:

1. Que los y las familiares de personas afectadas enfermedades mentales, conozcan sobre los diagnósticos y tratamientos; comportamientos y manifestaciones de los mismos, a fin de, construir formas de sobrellevar esas situaciones sin culpa.
2. Facilitar un espacio de desahogo, apoyo, autoayuda y autocuidado, a fin de renovar fortalezas en su delicada labor de cuidador/a de un familiar afectado por alguna enfermedad mental.
3. Facilitar espacios de formación, relacionales y de convivencia entre los y las familiares cuidadoras, personas afectadas y otras personas o grupos.
4. Tomar conciencia y divulgar los derechos y necesidades de las personas afectadas por enfermedades mentales y los de las familias cuidadoras.
5. Que los y las familiares capacitados se involucren a participar, de acuerdo a sus posibilidades, en aquellas actividades que beneficien a otras personas afectadas y sus grupos familiares. Estas actividades pueden ser de divulgación y sensibilización; promoción y formación de nuevos grupos; ser instructores/as de grupos educativos; apoyo y fortalecimiento a la Red de Familiares, acompañamiento a otras familias y otras.
6. Empoderar a los y las familiares en el uso y contenido del Manual y la facilitación, para que sean ellas, quienes tomen el protagonismo en la continuidad de este esfuerzo.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Metodología Cualitativa

La presente investigación se realiza desde una perspectiva cualitativa. Esta perspectiva nos permite profundizar y analizar las diferentes visiones y formas de dar sentido a los fenómenos de cualificación de este grupo en particular. Este enfoque posee características que posibilitan el conocimiento y sistematización de los procesos grupales. Esta investigación se enmarca dentro de un estudio cualitativo ya que pretende captar la experiencia y significados que se da en una situación de grupo singular. Se propone generar un soporte conceptual para definir al sujeto de estudio y sus condiciones, que tiene significado histórico enmarcado en un entorno cultural particular y una intersubjetividad diferenciadora en cada intervención.

La presente investigación plantea como referente teórico lo que respecta a lo grupal; el carácter cualitativo se inserta en las formas colectivas, se involucra en las poblaciones implicadas y respeta la autonomía en la toma de decisiones de sus propias prácticas.

La definición de su objeto de estudio se refiere a la definición de la realidad presente en la investigación cualitativa y que comprende lo siguiente:

- La investigación se desarrolla en un contexto cotidiano, como un producto cambiante de la interacción social.
- Esa vida social, implica un componente objetivo que es el contexto natural y criterios que nos llevan a definir el sujeto de estudio. Y otro que es el que cobra más relevancia, el subjetivo.
- La vida humana es lenguaje, de modo que para desentrañar la realidad hay que comprender en profundidad los grupos humanos desde sus actores. La aceptación de la verdad como subjetiva y relativa, como también la vida humana como un proceso de transformación permanente.
- Enmarcada en la Sistematización

Toda esta comprensión compleja de las relaciones humanas, llevada al campo de esta investigación se desarrolla de manera gradual, a partir de un estudio de sistematización de un grupo en particular, que es el del Programa “de Familia a Familia” de la Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental (ACISAM) en el área metropolitana de San Salvador.

Sistematizar es:

“El procedimiento y conjunto de operaciones que ordena, describe, articula y recupera el desarrollo de una experiencia práctica.

El concepto alude a sistema, que es precisamente un conjunto interconectado de elementos tratados como una totalidad. No es un problema de acercamiento a una realidad, sino su recuperación desde el registro de una práctica”. (Kisnerman y Mustieles, 1997, p. 13. Sistematización y Sociedad)

El objeto de la sistematización es la práctica, su proceso total o parcial y/o determinadas temáticas que en ella se dan. La sistematización como proceso, es un recorrido por el interior de la práctica; recorrido que está construido por las acciones de los sujetos, grupos y la configuración que de ella se desprenda.

El ordenamiento que implica una sistematización se lleva a cabo de acuerdo con ciertas categorías o criterios por el o los sistematizadores. En el cual sus criterios son su limitación, porque siempre la práctica es más rica que lo que se sistematiza. Sin embargo, la recolección de datos sin un criterio de investigación, no apunta a lograr conocimientos acerca de un objeto. El criterio de investigación se lleva a cabo con preguntas de sistematización, aquellas que serán respondidas por la práctica. La sistematización es un medio indispensable para producir conocimientos a través del seguimiento y la reflexión sobre lo realizado en la práctica, avanzar y mejorar futuros proyectos de intervención”. (Kisnerman y Mustieles, 1997, p.16 Sistematización y Sociedad)

Para llevar a cabo el proceso de sistematización en esta investigación es crucial seguir algunos pasos, esto nos permite obtener ordenamiento y coherencia al trabajo grupal:

Primero nos encontramos con la descripción, que es el relato cronológico de la práctica que se elabora en función de la forma en que se va percibiendo el objeto y que se reproduce desde el registro. Este material se encontrará adjunto como anexos de la investigación; aquí nos encontramos con las cartografías diagnósticas de cada uno de los participantes, el registro de los plenarios de cada sesión, material gráfico y de apoyo aplicadas en distintas sesiones. Luego el ordenamiento, que es organizar la información de acuerdo con ciertas categorías establecidas previamente en función de la teoría asumida. Aquí nos encontramos con lo referente a lo grupal y con especial énfasis en autores como Kaës (1977) y Anzieu (1998). Todo esto nos lleva al análisis, que descompone el hecho en sus múltiples aspectos, buscando sus relaciones y sus conexiones internas y externas. Para que en una última etapa se lleve a cabo la conceptualización, que es el momento de abstracción, de generalización de los hechos y de elaboración de conceptos para integrarlos en un cuerpo teórico o informe.

Muestreo y criterios de selección:

El muestreo que identifica a esta investigación es la de casos homogéneos que busca describir algún subgrupo en profundidad, la idea es que “estos posean algún tipo de experiencia común en relación con el núcleo temático al que apunta investigación” (Sandoval, 2002, p. 123). En este caso estaríamos situados en la salud mental a través de la Comunicación Participativa, con una intervención hacia los grupos comunitarios urbanos y rurales de El Salvador, a través de las redes y alianzas temáticas, las coordinaciones para la ejecución de proyectos, el trabajo psicosocial y la comunicación participativa, como eje temático. Además posee un muestreo por criterio lógico que implica trabajar los casos que reúnan algún criterio predeterminado de importancia, haber finalizado el programa y perteneciente a los familiares líderes comunitarios.

Esta investigación refiere a un grupo de personas que son reunidas y convocadas por los integrantes del Equipo de salud mental de ACISAM, grupos pequeños con elementos psicoterapéuticos, con un máximo de hasta ocho o diez pacientes. Se realizara un proceso

de difusión al interior de ACISAM, con un afiche explicativo de la actividad e invitación a los distintos equipos de salud, con inscripciones en la oficina de voluntariado psicosocial. Esta inscripción será de carácter abierto y flexible, heterogéneo en lo que respecta a sexo y edad.

Recolección de datos:

El primer registro para esta investigación es el cuaderno de campo que ha sido el borrador, encargado de crear la crónica grupal (Véase anexo N° 1) que consta de encabezamiento, relato, interpretación, evaluación y plan de acción de sesión por sesión. Cada sesión se compone de un segmento de trabajo psicocorporal, otro de trabajo con material gráfico y por último el plenario.

Parte de este registro se encontrará en el apartado de Anexos N° 1, aquí encontraremos una descripción del desarrollo del proceso grupal las que contienen las actividades de cada sesión y las transcripciones de los plenarios. Al interior del método de recolección de datos, serán aquellas observables, para este caso la lectura grupal de los plenarios. Otra son los textos escritos, que son el material gráfico de cada sesión; y, las vivencias de cada sesión expresadas para ser transcritas y que es el uso de grabadora para registro de los plenarios. Este es parte del material complementario para la sistematización, que es el registro de audio con una grabadora que se utilizara en el momento de los plenarios de cada sesión, ayudando a capturar la memoria del grupo. Y por último, la medición fisiológica que es la toma de presión en tres distintos momentos del proceso (Ver anexo N° 4). Esta última corresponde a una cuantificación, y por tanto corresponde a un elemento externo a la investigación, como criterio referencial de lo verdadero y lo falso. Esta reducción cuantitativa de los fenómenos de la enfermedad y la salud responden a motivaciones profundamente enraizadas en nuestra cultura y, por cierto, empobrece nuestro acercamiento a la subjetividad de los grupos.

Encuadre:

Definición

Se entiende por encuadre como el conjunto de factores o constantes metodológicas que deben mantenerse constantes dentro del campo psicoterapéutico y que permiten la comprensión de un proceso (Bleger y Pasik, 1997, p.41). Y que entender por proceso es lo que “describe un sucesión organizada, regular y constante de fenómenos en movimiento”. (Kaës, 1999, p.79)

Lugar

Una de las constantes a tener en cuenta es el lugar físico en que se desarrollan las sesiones grupales. Esta se desarrollara en áreas de ACISAM

Coordinación

El coordinador, monitor, facilitador o profesional que trabaja con grupos puede, antes que nada, apoyar el establecimiento y sostenimiento del encuadre. Él es el organizador y responsable de mantener las condiciones mínimas del trabajo grupal, que son todos los acuerdos y contratos iniciales del encuadre. Pero es importante tomar en consideración a los coordinadores de grupo como sujetos. Donde el trabajo con la contratransferencia es crucial entre coordinadores y puede ser muy provechoso para elucidar de lo que está pasando en el grupo y su transferencia hacia el equipo. La definición del coordinador en este proceso está planteada desde la idea de que es él quien hace propicio un espacio de intensidad emocional, desde el dispositivo grupal. Esta situación vincularía brinda una actitud de calidez y en especial de contención de componentes emocionales, es quien da la cualidad del clima grupal.

Composición

El grupo se conformara heterogéneamente a lo que respecta al sexo y edades. Se descartaron diagnósticos a priori, salvo el elemento que unificaba institucionalmente al grupo y que lo hacía homogéneo, que es pertenecer al programa de Familia a Familia,

características específicas de ser familiares o cuidadores de pacientes con un diagnóstico psiquiátrico.

Cantidad

La cantidad de miembros favoreció en términos de espacio y compromiso con el proceso, ya que se dividirá en grupos donde el número de personas no pase de las doce, ya que excedido este límite comienzan a operar fenómenos grupales diferentes.

Es de reconocer que los múltiples talleres psicoeducativos que se han desarrollado a lo largo de una década han sido cambiantes.

Frecuencia

Las sesiones se realizarán con una frecuencia de cuatro veces por mes, con una duración de alrededor de tres, y cada sesión dura de tres a cuatro horas.

Duración

Este grupo contiene una duración limitada de diecisiete sesiones, en la que se trata de mantener constante el número de personas, una vez establecido el encuadre después de la segunda sesión los grupos quedan cerrados a la inclusión de más integrantes.

Es importante para el encuadre y el proceso grupal guiar el trabajo desde el comienzo con un sistema de reglas que propicie las condiciones mínimas a seguir. Estas tienen un carácter de mutuo acuerdo, es un contrato grupal que se adquiere en el compromiso inicial del proceso. Al interior de este sistema de reglas nos encontramos con un informativo que explicita las condiciones de un trabajo investigativo al inicio del proceso y un consentimiento informado para cada uno de los integrantes del taller (ver anexo N° 2). Por otra parte es importante dejar en claro lo que respecta al secreto profesional del coordinador del grupo, pero se invita a que los integrantes del grupo observen con discreción en lo que concierne a divulgar el contenido de las sesiones en ámbitos ajenos al encuadre.

Categorías para Pauta de Sistematización.

Esta pauta que es el esquema conceptual desde donde se realiza esta sistematización, nos permitirá comprender claramente algunos de los fenómenos del proceso grupal. Para el análisis del registro del proceso grupal he considerado los siguientes indicadores o categorías para la sistematización de este proceso terapéutico grupal:

Identificaciones

Ilusión grupal

Grupos internos

Transferencias y resistencias.

Identificaciones

El ser humano no existe como sujeto en tanto no tiene el sentimiento de su unidad. La situación de estar en grupo es regresiva tomando ciertas categorías del grupo interno (véase en anexo N° xx). Las primeras ansiedades ante la situación grupal están en relación a pérdida de identidad, esta es vivida como una amenaza imaginaria, y buscaran preservar el yo ideal individual. El objetivo en el proceso grupal apunta a la construcción de identificaciones simbólicas, que funcionan sobre la base de la diferenciación con el otro, en la que el deseo de cada uno se manifieste en su diferencia y en su comunidad en relación a los deseos de los otros.

Ilusión Grupal

La ilusión grupal es una respuesta al deseo de mantenerse seguros, de preservar su unidad yoica, la amenaza a nivel individual es desplazada a una grupal.

La ilusión grupal proviene de la situación del yo ideal de cada uno por yo ideal común.

Ilusión grupal es un estado particular cuyo antecedente fundante es la realidad imaginaria de los grupos. Ilustra el funcionamiento del Yo Ideal en los grupos, sustituirá el Yo Ideal de cada uno por un Yo Ideal común.

Grupos internos

Un grupo se define como una forma de organización de vínculos intersubjetivos, pero además, los distintos elementos constitutivos del psiquismo se organizan como un grupo interno, es esto lo que hemos dado en llamar el ámbito de lo intrasubjetivo grupal. Lo que cada sujeto pone en el grupo pertenece a configuraciones de grupos internos, recíprocamente el agrupamiento contribuye a la construcción de algunos grupos internos.

Transferencias y Resistencias

Transferencia, designa el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. (Laplanche y Pontalis, 1993)

En el grupo, la transferencia toma una forma distinta a la del proceso individual.

Las transferencias se encuentran repartidas sobre el conjunto de los miembros del grupo. La transferencia, entendida como resistencia, es a la vez obstáculo y motor de los procesos terapéuticos, “ya que hace posible conocer así las relaciones que el sujeto mantiene: con sus objetos inconscientes y entre ellos; con los objetos inconscientes de los otros y entre esos objetos” (Kaës, 1999, p.51). El hecho de que en situación de grupo sea objeto de transferencias simultáneas de varios sujetos y que no sea el único objeto de la transferencia, define condiciones particulares de la contratransferencia del coordinador del grupo. El dispositivo grupal nos permite comprender el aporte específico de las distintas conexiones de los objetos de transferencia, estas las podemos dividir en:

El coordinador o equipo de trabajo

Entre los compañeros del grupo

El grupo como un todo

Un objeto exterior, generalmente la institución en la que funciona.

Esta difracción de la transferencia enriquece y complejiza los procesos grupales, aquí las defensas que se ponen en marcha al estar en la situación de grupo serán proyectados en estos cuatro objetos transferenciales.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Intervención grupal.

El profesional que instrumenta un dispositivo de trabajo grupal busca propiciar una situación para la interacción de un pequeño grupo de personas que, sobre un asunto dado, llevan a cabo un intenso trabajo de pensamiento en común. Este trabajo puede ser más o menos de carácter “terapéutico” y estar por tanto relacionado íntimamente con elementos afectivos o emocionales de los participantes.

Cada dispositivo grupal toma un carácter particular, por las necesidades y objetivos de sus integrantes y la tarea a la que se abocan y se torna instrumental para el logro de los propios fines de los integrantes.

Recursos verbales y no verbales.

La implementación de esta investigación se divide en estos dos lineamientos teórico técnico, surge de la idea de incorporar nuevos recursos que faciliten la labor terapéutica y tienen como fin complementarse, posibilitando y enriqueciendo el arsenal técnico del que se dispone. Existen diversas técnicas no verbales, se introducen para comprender mecanismos de las personas en grupo, estas se tramitan en códigos que no incluyen la palabra, Por un lado están los recursos gráficos que posibilitan y amplían la proyección en el grupo, pone en la vivencia la opción de graficar situaciones de vida, emociones y conflictivas que en primera instancia puede resultar difícil de expresar.

Es primordial que estos recursos no verbales tengan un espacio donde al finalizar la técnica se verbalicen los sentimientos y emociones que se registraron durante el desarrollo de la misma. Es por esto que el recurso verbal sigue siendo vital para el análisis del proceso grupal. La verbalización de la experiencia o de la vivencia de alguna técnica propone un espacio donde el grupo es el que habla, para este dispositivo será el plenario por excelencia el recurso a analizar, lo que no implica que otras expresiones no cobren relevancia al proceso.

Técnicas de Acción.

El análisis grupal.

La utilización de esta técnica comprendida e implementada como favorecedora del espacio terapéutico grupal facilita la posibilidad de simbolizar la experiencia del taller investigativo.

Técnicas gráficas

Este otro conglomerado de técnicas busca métodos que aporten en la información y proyección de los miembros del grupo al proceso. Busca graficar a través del material escrito y dibujado, aspectos de sus historias de vida y sensación corporal de las emociones.

Busca la posibilidad de simbolizar que es única en cada integrante, donde expresa su aporte individual, mediante la simbolización particular en relación a su propia historia

Técnicas Verbales

Este recurso no consta de alguna técnica en específico en comparación con las otras, aquí solo es primordial la escucha de la instancia del plenario, que es lisa y llanamente la verbalización de la experiencia vivida, que se realiza en el apartado final de cada sesión. Lo importante es capturar el registro para llevarlo a análisis desde el marco referencial que es la lectura de los grupos. El coordinador deja que sea el grupo el que hable y de manera activa se apresta a intervenir sea con un señalamiento o aclaración.

Técnicas Grupales

Nos limitamos a designar a este apartado prescindiendo de lo que se conoce como dinámicas grupales. Nos referimos a la base operacional de todas las relaciones y en especial a la del grupo, como una trama transpersonal. Cuando cualquier cosa esta sucediendo en el grupo, siempre la consideramos como un proceso que se desarrolla en el grupo total. Designo como técnicas grupales como tal, a todas aquellas que imprimen una sensación de cuerpo de grupo.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Sobre la base de los objetivos se definieron las siguientes variables para cada objetivo:

OBJETIVO 1:

Describir las intervenciones que el Programa de Familia a Familia realiza en el cuidador y el paciente con trastornos mentales.

Variables:

Intervenciones en el cuidador

Intervenciones en el paciente con trastornos mentales.

OBJETIVO 2:

Conocer el grado de empoderamiento familiar a través de su contribución en la participación social de los pacientes con trastornos mentales adquirido a través del desarrollo del programa.

Variables

Conocimiento del familiar

Empoderamiento del familiar

Participación social del paciente con trastornos mentales

OBJETIVO 3:

Caracterizar los cambios en la dinámica familia a través de la implementación del programa

Variables

Cambios en el paciente con trastornos mentales

Cambios en la familia

UNIVERSO:

Participantes del Programa de Familia a Familia durante el Periodo Enero – Diciembre 2002 - 2011. Población de 100 recursos.

MUESTRA:

25 participantes activos, familiares y pacientes, de los diferentes grupos capacitados (en diferentes años)

Criterios de Exclusión:

- Familiares de pacientes con diagnósticos de deficiencia mental (Retraso Mental. Síndrome de Down, entre otras)
- Familiares que presentaron más de 3 inasistencia a los talleres.
- Familiares que no concluyeron el Curso de Derechos Humanos
- Familiares cuyos pacientes no participaron en la terapias comunitarias

Procedimiento

Se realizara una encuesta a cada familiar y paciente referente a las diferentes variables antes mencionadas, la cual constara de cuatro fases, la primera referente al previo conocimiento o situación inicial y consta de cinco preguntas, la segunda fase respecto a su participación durante la intervención y consta de nueve preguntas, la tercera reflejara la fase final al manejo actual que se le da con conocimiento adquirido respecto al manejo de las patologías psiquiátricas y consta de cuatro preguntas y la cuarta etapa será referente a lecciones aprendidas y comprende cinco preguntas.

Además se realizara una descripción de cada uno de los casos encuestados a manera de conocer la situación de cada una de las familias participantes (utilizando el conocimiento informado).

Es de mencionar que entre los 25 entrevistados, cada uno de ellos fueron capacitados en diferentes años, todos son miembros activos y cada uno de ellos desarrolla diferentes roles actualmente.

Además se contara con el relato del coordinador actual del programa.

Y por último se mencionaran los logros obtenidos durante estos años y específicamente durante el año 2011 como Organismo no gubernamental en el área de Salud Mental.

VIII. DESCRIPCION DE RESULTADOS

ACISAM inicia el trabajo de atención y apoyo a familias y personas con problemas de depresión, esquizofrenia y ansiedad, en el año 2001 con una sola estrategia: La educativa, la cual consistía en hacer grupos educativos para los y las familiares cuidadores(as) de “pacientes”. En aquel entonces nos basamos en el modelo educativo de NAMI (Alianza Nacional de Enfermedades Mentales en EEUU) y fortalecimos durante tres años a la primera asociación de familiares que se llama Asociación Salvadoreña de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (ASFAE) que actualmente trabaja formando grupos educativos y talleres de sensibilización.

Una de las finalidades de esta recopilación de datos es expresar el apoyo que como ONG se brinda a las familias afectadas por los trastornos mentales y describir todos aquellos avances que se han logrado dentro de las familias participantes.

Cabe recordar las 3 estrategias en la se puede enfocar toda la participación que como programa desarrolla y las incidencias de las misma.

Lo que a continuación se expone es la expresión de cada participante y la evaluación propia de quienes tenemos a cargo el desarrollo técnico de la estrategia.

Estrategia Educativa, con la que se busca dar a conocer entre la población las vivencias de las personas y familias que viven afectadas por las enfermedades mentales, procurando reducir los estigmas que las denigran y asimismo aumentar las formas de ayudarlas efectiva y socialmente.

- ✓ Al comienzo quizás por los años 2002 al 2005, esta estrategia estaba bajo el cargo de los técnicos quienes eran los encargados de cada uno de los temas que se desarrollaban con una metodología específica, teniendo en cuenta cartas didácticas para cada uno de los mismos, temas escogidos y preparados por cada uno de los responsables.
- ✓ La participación del familiar era únicamente participar en el desarrollo de los mismos y aprender.
- ✓ En cada uno de los talleres desarrollados, se realizaban espacios de catarsis y aprendizajes, donde se expresaba como hasta ese momento cada familia habían solventado su situación y habían logrado salir adelante ante los problemas de su familiar, evidenciándose la gran experiencia que como familiares poseen.

- ✓ Eran espacios donde el familiar que estaba siendo capacitado comprendían la necesidad de conocer cada vez más como afrontar la patología de cada uno de sus familiares.
- ✓ El técnico pasaba a ser un soporte no solo por su conocimiento sino también un soporte emocional.
- ✓ En esta estrategia se utilizaba mucho el trabajo grupal y espacios de exposición de cómo cada familiar había manejado hasta ese momento las situaciones de crisis por las cuales había pasado.
- ✓ Eran espacios de lectura y comprensión, donde se exponían temas propios de su interés.
- ✓ Los talleres de arte terapia eran desarrollados por profesionales de artes plásticas.

Con la Estrategia de Comunicación utiliza medios de comunicación, principalmente la radio, localizados en las diferentes poblaciones y comunidades, para crear y mantener una campaña divulgativa que desarrolle aspectos formativos y de sensibilización dirigidos a los distintos sectores.

- ✓ Al inicio se invitaban usuarios a participar dentro del programa radial y estaba a cargo de uno de los técnicos y coordinador del programa.
- ✓ Desde inicio de año realizan una planificación para el desarrollo de temas y la invitación oportuna del profesional a participar.

Estrategia Organizativa realiza diferentes niveles de coordinación entre instituciones, generando mayor información y sensibilización, creando conciencia acerca de la necesidad de trabajar activamente esta problemática, involucrando a otros actores y fortaleciendo su participación.

- ✓ Entre estos el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, medios de comunicación locales, alcaldías municipales, policía nacional, centros escolares, juntas directivas y los diferentes sectores clave de las comunidades, ONG's, etc. con la finalidad de formar redes para promover y activar alianzas de apoyo entre diferentes personas, grupos sociales y la población a quienes se ha brindado atención directa a personas afectadas por alguna enfermedad mental.
- ✓ El nivel organizativo era puramente regional (dentro del territorio Salvadoreño)

ACTUALMENTE QUE HEMOS LOGRADO COMO PROGRAMA:

Estrategia Educativa:

- ✓ Actualmente el desarrollo del área educativa la desempeñan familiares capacitados, quienes tienen a su cargo el proceso de exposición de cada uno de los temas, mediante la conformación de parejas.
- ✓ La participación de los técnicos es muy puntual en aquellos temas donde su contenido es puramente científico.
- ✓ Es una estrategia que lleva la combinación de conocimiento científico y experiencia, se logra percibir la capacidad que cada participante tiene para el desarrollo de los temas.
- ✓ Dentro de estos espacios se logra desarrollar el trabajo grupal de pares.
- ✓ Los talleres de arte terapia son desarrollados por familiares a quienes se le han identificado habilidades artísticas (taller de pintura, artesanías como la elaboración de hamacas, elaboración de bisutería, elaboración de velas aromáticas)
- ✓ Esta modalidad nos ha servido de mucho debido a que existe una mayor empatía y afinidad para los usuarios

Con la Estrategia de Comunicación:

- ✓ En la actualidad son familiares los que tienen a cargo la planificación, al inicio eran profesionales entrevistando a usuarios.
- ✓ Actualmente son familiares los que entrevistan a profesionales.
- ✓ Se ha logrado una mayor cobertura dentro de los medios de comunicación y muchos de las personas que nos solicitan ayuda nos han identificado a través de estos espacios.
- ✓ Existen actualmente muchas instituciones que solicitan nuestra participación, foros Universidades, entre otras.

Estrategia Organizativa:

- ✓ A partir del año 2004, facilitamos otro esfuerzo organizativo que se consolidó el año pasado (2010), dando vida a La asociación de Familiares y Personas con Discapacidad Mental (AFAPDIM). Actualmente este programa llamado cariñosamente “De Familia a Familia”, cuenta con 5 estrategias de trabajo.
- ✓ Para hacer incidencia política tenemos miembros en diferentes espacios: José Luis representa la Asociación de Familiares en La Mesa Permanente para la Defensa de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Procuraduría De la Defensa de Derechos Humanos.
- ✓ Doris Soto, Aleida Almendarez y Jose Luis representan a las asociaciones que trabajan en el tema de discapacidad mental a nivel nacional, (ACISAM, ASFAE Y AFAPDIM) ante el CONAIPD Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad.
- ✓ Cecilia Almendarez representa la Asociación en la Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Salud y Foro Nacional de la Salud.
- ✓ Tenemos un promedio de 200 familias a nivel nacional.
- ✓ Para hacer redes a nivel regional y mundial Aleida tiene la representación en España (se han hecho contactos y se mantiene comunicación), Doris Soto para Sur América, Cecilia para México y Centro América y Suiza .

IX. ANALISIS DE DATOS

La entrevista para haber sido procesada a través del programa EPI- INFO se le realizó modificaciones, para su mejor comprensión.

I. Opiniones vertidas por los beneficiarios del Programa de Familia a Familia que formaron parte de la muestra evaluada.

Antes de participar en el Programa de Familia a Familia, había participado en algún programa de salud mental	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
No	21	84.0%	84.0%	
Si	4	16.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

El poco porcentaje que si había participado en programas de salud mental fueron en dos lugares, en el Hospital de día del Hospital Nacional Psiquiátrico y ASFAE que es otra ONG que trabaja para la salud mental.

Quien lo invito al programa de Familia a Familia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Empleados de salud	9	36.0%	36.0%	
Familiares	10	40.0%	76.0%	
Medios comunicación	6	24.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

A medida que ha ido creciendo el programa se ha visto la modalidad, que los mismos participantes identifican otros familiares y son invitados al programa, además fue a partir del año 2005, cuando se empieza a formar redes con las diferentes Unidades de Salud del sector público, que contemplaban en su oferta de servicio el área de psicología y de esta manera fueron capacitados los recursos para la identificación de usuarios y ser derivados al programa.

Actualmente se reciben muchas llamadas a través del programa radial, el cual se ha extendido logrando mayor cobertura para el conocimiento de este tipo de instituciones que trabajan en el área de la salud mental.

Que conocía referente a las enfermedades mentales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Lo básico	10	40.0%	40.0%	
Mitos y creencias	7	28.0%	68.0%	
Nada	8	32.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

Entenderemos lo básico como que las enfermedades mentales tienen un manejo puramente hospitalario, muy pocos tenían el conocimiento una psiquiatría comunitaria, como la que pretende este programa beneficiando al usuario a continuar viviendo dentro del contexto familiar.

En cuanto a los mitos y creencias muchos de nuestros usuarios han sido llevados donde brujos, espiritistas para lograr solventar todas aquellas dudas y esperanzas que el familiar tiene para aliviar su situación de cuidador.

En un porcentaje se evidencia que a pesar de tener algunos de estos miembros años de ser cuidadores siguen sin conocimiento y algunos de ellos continúan con sus dudas y creencias.

Qué tipo de ayuda había recibido para el abordaje de las enfermedades mentales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Nada	1	4.0%	4.0%	
Psicológicas	1	4.0%	8.0%	
Psiquiátricas (ingresos hospitalarios)	23	92.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

En esta pregunta se puede analizar que las ayudas continúan siendo únicamente los ingresos hospitalarios, cayendo en el manejo puramente hospitalario e institucional.

Usualmente como ha manejado las crisis:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Ayuda de la Iglesia	3	12.0%	12.0%	
Ayuda de la Policía Nacional Civil (u otros organismos)	5	20.0%	32.0%	
Ingresos hospitalarios	17	68.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

Aquí queda más explícito que los familiares consideran que el manejo sigue siendo los ingresos hospitalarios. En alguno de los casos vemos que la iglesia constituye parte del apoyo emocional que este tipo de familia busca.

Miembros de organismos como la policía sirven en la mayoría de las veces para los traslados hacia el hospital.

Tiempo de ser cuidador	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
1 año	1	5.0%	5.0%	
12 años	1	5.0%	10.0%	
15 años	1	5.0%	15.0%	
17 años	1	5.0%	20.0%	
20 años	3	15.0%	35.0%	
22 años	1	5.0%	40.0%	
23 años	1	5.0%	45.0%	
3 años	1	5.0%	55.0%	
38 años	1	5.0%	60.0%	
4 años	2	10.0%	70.0%	
6 años	2	10.0%	80.0%	
7 años	1	5.0%	85.0%	
8 años	2	10.0%	95.0%	
9 años	1	5.0%	100.0%	
Total	20	100.0%	100.0%	

El mayor de los porcentajes lo vemos en los cuidadores que llevan 20 años en el desarrollo de este rol, sería conveniente pensar cuantas organizaciones trabajan con los cuidadores para mantener su salud mental y que hace el estado o cuales son los programas que desarrollan para aliviar este tipo de carga emocional.

Composición del núcleo familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
2	1	4.0%	4.0%	
3	12	48.0%	52.0%	
4	4	16.0%	68.0%	
5	4	16.0%	84.0%	
6	2	8.0%	92.0%	
9	2	8.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

Vemos que en la mayoría de los casos la composición del grupo familiar es de tres integrantes, es de recordar que parte de la estigmatización de esta patología, es que se margina no solo al que la padece sino también a la familia, y es frecuente encontrar casos donde como familia se encuentra los cuidadores y el usuario.

II Opiniones de los Usuarios Durante su Participación e Intervención del Programa de Familia a Familia

Desde cuando está participando en este programa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
De 1 a 2 Años	7	28.0%	28.0%	
De 3 a 4 Años	5	20.0%	48.0%	
De 5 a 6 Años	7	28.0%	76.0%	
De 7 a 8 Años	5	20.0%	96.0%	
De 9 a 10 Años	1	4.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

Así como este programa cuenta con gente que tiene años de estar trabajando con la institución se cuenta con gente nueva, lo cual es beneficioso en el aspecto de enriquecimiento de conocimiento, por un lado personas que ya fueron capacitadas así como las estrategias propias de cada familia.

Ante una situación de emergencia ha solicitado ayuda a ACISAM (económica, emocional, asistencial)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Si	25	100.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

Aquí es de aclarar que nos referimos ayuda referente al usuario, tenemos que el total de participantes afirmo haber recibido atención en su debido tiempo.

Considera que durante su participación en el programa ha adquirido conocimiento referente al manejo de las enfermedades mentales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Si	25	100.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

El total de la muestra refiere haber adquirido conocimiento para el abordaje de los trastornos mentales durante su participación en los talleres que desarrolla este programa.

Desde cuando está participando en este programa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
De 1 a 2 Años	7	28.0%	28.0%	
De 3 a 4 Años	5	20.0%	48.0%	
De 5 a 6 Años	7	28.0%	76.0%	
De 7 a 8 Años	5	20.0%	96.0%	
De 9 a 10 Años	1	4.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

Tenemos una prevaecía entre los 3 a 5 años de participación, lo que sirve para dar continuidad a los proyectos que se generan dentro del programa así como la creación de nuevas estrategias para el apoyo de este tipo de familias .

Qué tipo de participación tiene dentro del programa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Facilitador	11	44.0%	44.0%	
Participante de talleres	14	56.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

Muchos participantes luego de terminar los talleres psicoeducativos sobresalen por algunas habilidades (conocimientos, educativas, expresivas, artísticas) por lo que en la actualidad se quedan trabajando en la asociación, lo cual consideramos productivo por que mantiene la unión familiar, que es lo que estos programas buscan.

Conoce los objetivos y estrategias del programa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Si	25	100.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

El 100% de la muestra conoce tanto los objetivos como las estrategias del programa, lo que nos lleva a comprender que el conocimiento de la misma permite al familiar cual es la finalidad de este programa.

Qué estrategia le ha beneficiado más	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Arte terapia	11	34.0%	20.0%	
Psicoeducativo	14	66.0%	80.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

Muchos de nuestros cuidadores participan tanto en los talleres psicoeducativos como en los de arte terapia, lo que se considera adecuado para el involucramiento tanto del afectado como del cuidador y así comprender las habilidades y lo funcional que pueden ser los pacientes con trastornos mentales.

Además deja en evidencia que el trabajo grupal es beneficioso en este tipo de patologías.

III Opiniones de los usuarios en la actualidad dentro del Programa de Familia a Familia

Está Participando en la defensa de los derechos de pacientes con trastornos mentales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulada	
No	1	4.0%	4.0%	
Si	24	96.0%	100.0%	
Total	25	100.0%	100.0%	

En la actualidad se trabaja en mesas de defensorías sobre los derechos de los pacientes con trastornos mentales, se conformó la Asociación de Familiares, actualmente se está trabajando en la personería jurídica de la misma.

X. CONCLUSIONES

La sistematización es un proceso importante para evidenciar los avances que se han realizado en un determinado proyecto o la implementación de un programa.

Referente a la sistematización del Programa de Familia a Familia, podemos evaluar los avances que se han tenido en una década sobretodo en cada una de las estrategias que este programa desarrolla, es de hacer mención que las letras se quedan cortas y no expresan a cabalidad las palabras y oraciones que cada entrevistado expreso, recordando los momentos iniciales en los cuales manejaban mitos, creencias, dudas y en la mayoría de los casos hasta culpa y vergüenza, como por muchos años han sido aislados, relegados y hasta estigmatizados por nuestra propia sociedad.

Vemos como una Organización no Gubernamental sin fines de lucro ha logrado realizar grandes avances dentro de estas familias, las cuales como asociación de familiares tienen en sus manos un gran compromiso, no solo con sus familias sino con la sociedad entera.

Además podemos concluir que es muy difícil conocer lo que una organización realiza si no visualizamos y escribimos sus inicios y avance, es importante los estudios ya que con estos logramos socializar toda una década de trabajo.

Más que una satisfacción personal, estoy convencida, que la salud mental, debe ser vista desde una perspectiva de Salud Pública más que una visión Psiquiátrica manicomial, creo fervientemente que los fármacos son tan necesarios para mantener estable a este tipo de usuario, así como también la solidaridad y un empleo digno.

Que los avances que hemos logrados son muchos y pocos a la vez que el camino es largo, pero mientras la comunidad se empodere, podrá hacer más que una sociedad de profesionales.

Quedan expuestas las satisfacciones de estas familias estudiadas y que a través de la solidarización y de compartir vidas similares han logrado avances que harán historia en la Salud Mental de nuestro país.

Me atreví a escribir nombres propios de personas, pues es necesario, que así como se hacen libros referente a la historia de la psiquiatría en nuestro país, es necesario exaltar el que hacer de estos familiares y que en la mayoría de las veces no son tomados en cuenta.

Agradezco a cada familia que me permitió entrar en la intimidad de sus vidas y conocer sus alianzas y expreso estar muy orgullosa de formar parte de esta gran familia de "Familia a Familia".

De acuerdo a los objetivos:

Concluimos que las intervenciones que realiza este programa, en el paciente como en el familiar, se ven reflejados actualmente a través de la asociación de familiares que continua trabajando en pro de los derechos del usuario.

Que los familiares han logrado participar e incidir dentro de estancias propias del estado como son mesas de defensa de los derechos humanos, mesas de discapacidades, entre otras.

Que existen grandes cambios dentro de la dinámica familiar como lo son: participación de los usuarios en los talleres de arte terapia con cierto grado de responsabilidad.

Desmitificación de los familiares referente a las causas y manejo de los trastornos mentales.

Involucramiento del cuidador dentro de los talleres, así como también su afán por capacitar nuevos recursos.

Desempeño laboral por parte de usuarios en otras instituciones fuera del área de ACISAM.

XI. RECOMENDACIONES

AL ESTADO: Se recomienda proporcionar apoyo a este tipo de instituciones para lograr mayores avances nacionales.

AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: Permitir la colaboración de este tipo de instituciones para la conformación de redes y de esta manera aumentar la cobertura de atención.

Identificar personas idóneas dentro de estas instituciones para apoyarlas y fomentar estrategias de intervención y ser desarrolladas en la comunidad.

Desmitificar la psiquiatría y permitir desarrollar una psiquiatría comunitaria.

A LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES: Fomentar la cultura de investigación y realizar estudios de impactos que dejen en evidencia el que hacer de estas organizaciones.

A LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES: Formar redes, para que de esta manera se logre avanzar en la defensa de los derechos de los paciente.

Recomendación en la creación de Hospitales de día, donde hemos logrado observar el buen desarrollo que el usuario tiene ante el desempeño con responsabilidad que estos tienen ante un trabajo digno.

XII. BIBLIOGRAFIA

- Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos, guía operativa 2 y 3, JM Caldas de Almeida, Francisco Torres Gonzales, 2007
- Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala, OPS 2006
- Salud Mental en la Comunidad, Jorge J. Rodríguez, OPS 2009
- Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, Jorge J. Rodríguez, Roberto Kohn, Sergio Aguilar-Gaxiola, OPS 2009
- Salud Mental en el mundo, Roberto Desjarlais, León Eisenberg, Byron Good, Arthur Kleinman, OPS 2005

Anexos

ANEXO 1

GRUPO PSICOEDUCATIVO DE FAMILIA A FAMILIA

El contenido se divide en tres módulos y cada tema es un taller que dura de 2 horas con 30 minutos como mínimo a 3 horas como máximo. A continuación los temas de cada taller.

Taller 1. Introducción:

Información del curso

Delimitar expectativas y objetivos del proceso

Principio de relación del grupo

Compromisos como participantes.

Mitos e introducción a las enfermedades mentales

1er Modulo: Aspecto Biofisiológicos de las Enfermedades Mentales

Taller 2: La Esquizofrenia¹

Taller 3: La Depresión

Taller 4: Trastorno Bipolar y Manía

Taller 5: Ansiedad, Pánico y Obsesivo Compulsivo.

Taller 6: El Cerebro y Medicamentos²

Taller 7: Las Crisis y Formas de Afrontarlas.

2do Modulo: Aspectos Emocionales y Relacionales de las Enfermedades Mentales.

Taller 8: Etapas del Proceso de Aceptación de La enfermedad de nuestro ser querido.

Taller 9: Habilidades para Resolver Problemas

Taller 10: La Empatía.

Taller 11 Habilidades de la Comunicación

Taller 12: Manejo de Sentimientos

Taller 13: Responsabilidad en Familia y Autocuidado

3er Modulo: Aspectos Socioculturales de las Enfermedades Mentales

Taller 14: La recuperación y Rehabilitación.

Taller 15: El efecto del Estigma en Nuestras Vidas y Derechos de Pacientes y sus Familias

Taller 16: Realidad de las Enfermedades Mentales en El Salvador

Taller 17: Clausura y Cierre del Grupo

- Evaluación.
- Entrega de Diplomas.
- Nuevos Compromisos.
- Fiesta.

ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS DE TRABAJO.

Las estrategias que se implementarán en el presente esfuerzo, están encaminadas a:

- a) Dar a conocer entre la población la problemática que viven las personas afectadas por trastornos cerebrales y que ya han sido diagnosticadas.
- b) Despertar la necesidad de solidarizarse entre ellas y con ellas, a fin de mejorar su calidad de vida y poder afrontar esta situación en mejores condiciones.
- c) Incidir para que esta problemática se incluya en la agenda nacional.

Estrategia Educativa:

a) Educación en el Contexto.

La estrategia de educación es la base que fundamenta este proyecto; atraviesa a las otras estrategias. Dar a conocer entre la población en general las situaciones que viven las personas y sus familias afectadas por enfermedades mentales. De esta forma se busca reducir estigmas y aumentar las formas de ayudar y apoyar a la persona y su familia.

b) Estrategia Psicoeducativa “De Familia a Familia”

Es la formación de grupos de familiares donde son ellos mismos los que aprenden más acerca de los diagnósticos de enfermedad mental y sobre las maneras de hacer frente a estas situaciones; aprenden a darse apoyo mutuo, logran desmitificar estas enfermedades y luchar por elevar la calidad y estabilidad de vida de su familiar y sus familias en conjunto. Al finalizar el proceso de educación “De familia a familia” algunos familiares capacitados se convierten en facilitadores/instructores de nuevos procesos educativos para ayudar a otros familiares.

Estrategia Organizativa: La Coordinación y Formación de Redes.

Consiste en realizar diferentes niveles de coordinación entre diferentes instituciones, generando mayor información y sensibilización, creando conciencia acerca de la necesidad de poner esta problemática en sus agendas, involucrando a otros actores y fortaleciendo su participación. En las acciones de coordinación se han vinculado los principales actores sociales, tales como: medios de comunicación local, PNC, alcaldías municipales, centros escolares, juntas directivas y los diferentes sectores clave de las comunidades, ONG´s, etc. A fin de formar redes que promuevan y activen alianzas de apoyo entre diferentes personas, grupos sociales y la población foco; estimulen mayor participación dentro de ellas y se integren dentro de los espacios relacionales que existen entre ellos/as o creando otros conjuntamente.

Estrategia de Arte Terapia y Auto apoyo:

Implica la atención directa a personas afectadas por alguna enfermedad mental. Generalmente son los hijos(as) de los familiares que asisten a los grupos psico educativos. Es una estrategia de trabajo orientada como nuevo aprendizaje, habilidad, ocupación del tiempo libre, medio para expresar sentires y pensamientos, que para este grupo de personas les resulta una tarea difícil, y medio de integración socio relacional. Estos se convierten, al igual que los grupos psico educativos, en grupos de auto apoyo y educación de cómo enfrentar su enfermedad, contribuyendo así al proceso de recuperación e integración social.

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD CIES



Carta de Consentimiento Informado

Fecha: _____

“Sistematización del Programa de Familia a Familia impartido por la Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental”

Declaración: He leído o se me ha leído el contenido de este documento, me han brindado explicaciones en cuanto a mi participación en esta investigación y me han dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta los cuales han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Se me garantizo, que toda la información que brinde es privada y me reservo el derecho de abandonar la entrevista en cualquier momento, y me decisión de abandonarla o permanecer en ella, no afectara en ningún momento los otros servicios de atención que recibo en la Asociación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Firma o Huellas digitales

GRACIAS POR SU COLABORACION QUE ES MUY VALIOSA.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD CIES



Sistematización del Programa de Familia a Familia, impartido por la Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental, ACISAM.

Nombre del Entrevistador:

Nombre del Entrevistado:

Fecha de aplicación:

Edad: Sexo: Procedencia: Urbano___ Rural___

Escolaridad: Estado civil: Parentesco:

Composición del núcleo familiar:

Profesión u oficio:

Tiempo de ser cuidador:

Tiempo de haber sido Diagnosticado:

I Situación Inicial:

1. Antes de participar en el programa de Familia a Familia. ¿Había participado en algún programa de Salud Mental? Sí _____ No _____
¿Dónde y cuándo?
2. ¿Cómo o quién lo invito al programa y en qué año?
3. Previo a su participación en este programa. ¿Qué conocía usted referente a las enfermedades mentales?
4. ¿Qué tipo de ayuda había recibido para el abordaje y el tratamiento de las enfermedades mentales (para su familiar)?

5. ¿Usualmente cómo ha manejado las crisis?

II. Durante la Intervención:

6. ¿Desde cuándo está participando en este programa?

7. ¿Qué tipo de participación tienen dentro del programa?

8. ¿Conoce los objetivos del programa? Sí _____ No _____ ¿Podría enunciarlos?

9. ¿Conoce cuáles son las estrategias de intervención del programa? Sí _____
No _____ ¿Podría enunciarlas?

10. ¿Cuál de las estrategias que usted conoce considera que la ha beneficiado más?

11. ¿Por qué considera que dicha estrategia la ha beneficiado más?

12. ¿Qué tipo de ayuda ha recibido por parte de ACISAM?

13. ¿Durante su participación en el programa que ha aprendido referente a los trastornos mentales?

14. ¿Ha participado en algún evento en beneficio a la atención de los trastornos mentales como miembro de ACISAM? Sí _____ No _____
¿En cuáles?

III. Situación Final:

15. ¿Cuáles son los cambios que ha observado en la dinámica familiar?
16. ¿Podría mencionar algunos beneficios que le ha proporcionado ser miembro o participar en el programa de familia a familia?
17. ¿Ante una situación de emergencia, le ha solicitado ayuda a ACISAM? Si _____
No _____ qué tipo de ayuda?
Se le ha proporcionado en su debido tiempo? Si _____ No _____ por qué?
18. ¿Ha participado o está participando en la defensa de los derechos de pacientes con trastornos mentales?

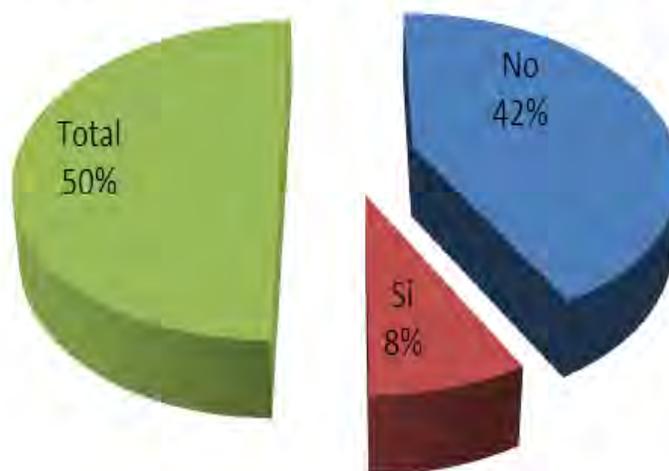
IV. Lecciones Aprendidas:

19. ¿Mencione alguna lección aprendida durante su participación en el programa?
20. ¿Qué opina de la asistencia técnica que ha recibido a través del programa?
21. ¿Qué cambiaría del programa?
22. ¿Qué sugerencias podría agregar para optimizar el programa?
23. ¿Desde el tiempo de su participación, que avances a observado en el programa?

ANEXO 3

Antes de participar en el Programa de Familia a Familia, había participado en algún programa de salud mental	Frecuencia	Porcentaje
No	21	84.0%
Si	4	16.0%
Total	25	100.0%

Antes de participar en el Programa de Familia A Familia, había participado en algún programa de salud mental



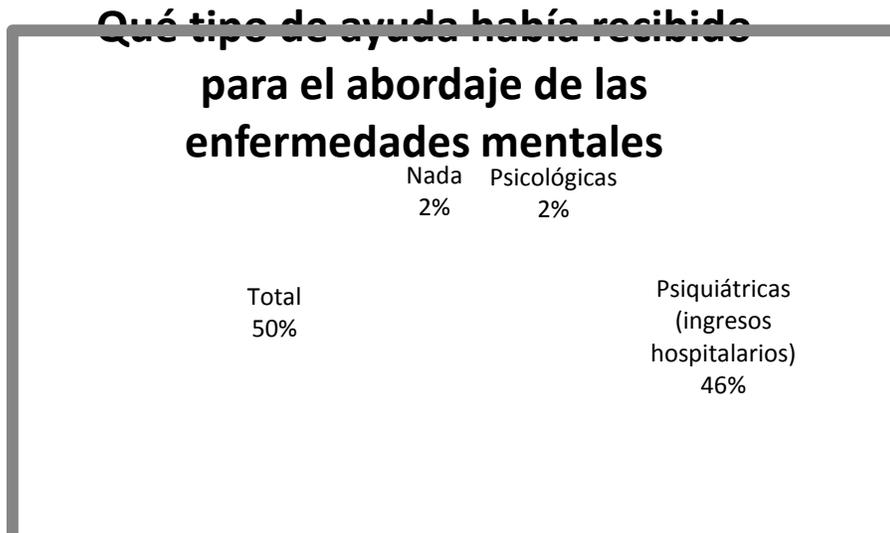
Quien lo invito al programa de Familia a Familia	Frecuencia	Porcentaje
Empleados de salud	9	36.0%
Familiares	10	40.0%
Medios comunicación	6	24.0%
Total	25	100.0%



Que conocía referente a las enfermedades mentales	Frecuencia	Porcentaje
Lo básico	10	40.0%
Mitos y creencias	7	28.0%
Nada	8	32.0%
Total	25	100.0%

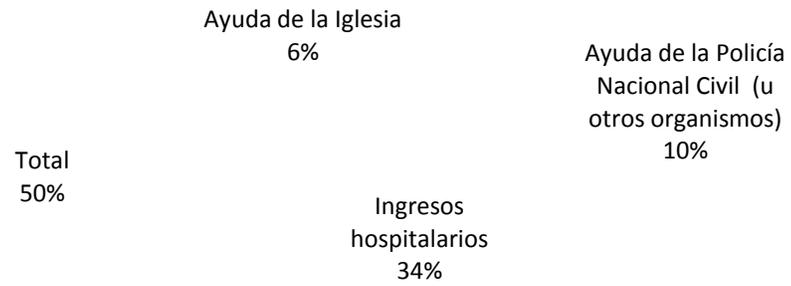


Qué tipo de ayuda había recibido para el abordaje de las enfermedades mentales	Frecuencia	Porcentaje
Nada	1	4.0%
Psicológicas	1	4.0%
Psiquiátricas (ingresos hospitalarios)	23	92.0%
Total	25	100.0%

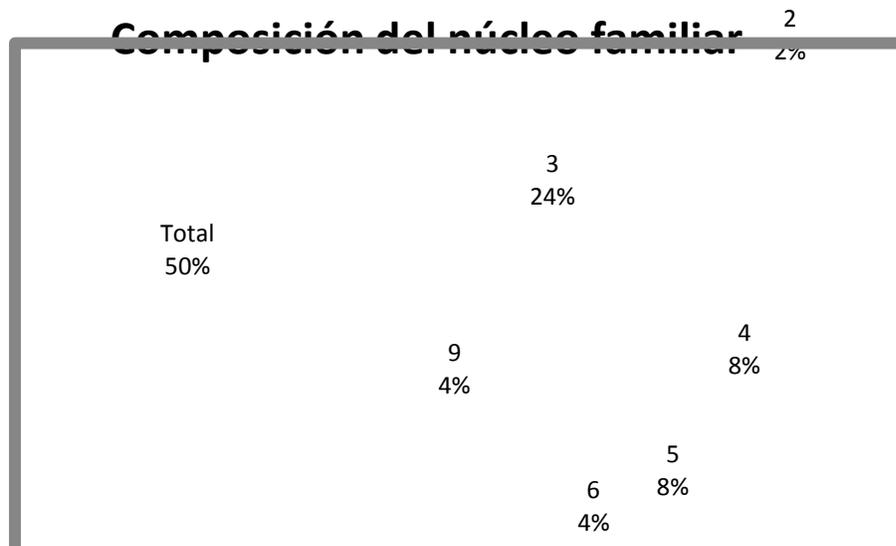


Usualmente como ha manejado las crisis	Frecuencia	Porcentaje
Ayuda de la Iglesia	3	12.0%
Ayuda de la Policía Nacional Civil (u otros organismos)	5	20.0%
Ingresos hospitalarios	17	68.0%
Total	25	100.0%

Usualmente como ha manejado las crisis



Composición del núcleo familiar	Frecuencia	Porcentaje
2	1	4.0%
3	12	48.0%
4	4	16.0%
5	4	16.0%
6	2	8.0%
9	2	8.0%
Total	25	100.0%



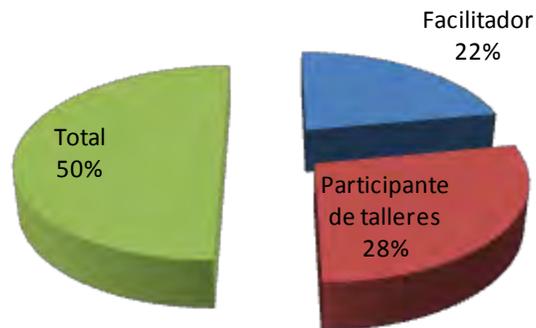
Desde cuando está participando en este programa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
De 1 a 2 Años	7	28.0%	28.0%
De 3 a 4 Años	5	20.0%	48.0%
De 5 a 6 Años	7	28.0%	76.0%
De 7 a 8 Años	5	20.0%	96.0%
De 9 a 10 Años	1	4.0%	100.0%
Total	25	100.0%	100.0%

Desde cuando está participando en este programa



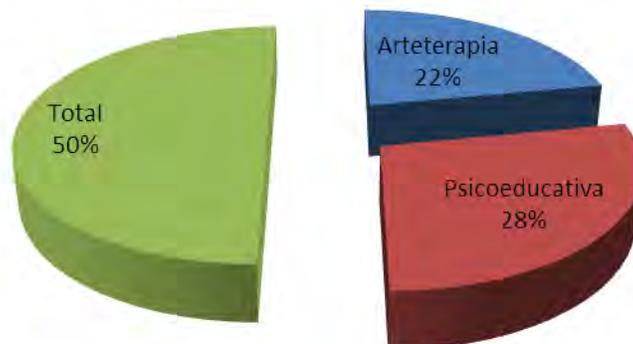
Qué tipo de participación tiene dentro del programa	Frecuencia	Porcentaje
Facilitador	11	44.0%
Participante de talleres	14	56.0%
Total	25	100.0%

Qué tipo de participación tiene dentro del program



Qué estrategia le ha beneficiado más	Frecuencia	Porcentaje
Arte terapia	11	34.0%
Psicoeducativa	14	66.0%
Total	25	100.0%

Qué estrategia le ha beneficiado más



Está Participando en la defensa de los derechos de pacientes con trastornos mentales	Frecuencia	Porcentaje
No	1	4.0%
Si	24	96.0%
Total	25	100.0%

