

**CORRESPONSABILIDAD FAMILIAR CON PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS E INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOSPITAL MENTAL DE
ANTIOQUIA DURANTE EL PERIODO 2015-2016**

KATHERINE GALEANO GARCIA

CÉSAR AUGUSTO MESA ARANGO

Estudiantes

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

TRABAJADORES SOCIALES

YUNIA MARÍA MANCO LÓPEZ

Magister en terapia de familia y de pareja

LUZ EDILMA AGUIRRE OSORIO

Trabajadora Social

Asesoras

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
MEDELLÍN-ANTIOQUIA**

2016

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y fortalecido durante este trabajo de grado y a lo largo de la carrera por iluminarme en los momentos donde todo parecía oscuro y sin esperanzas.

Les agradezco a mi familia, mi madre Olga Arango y mis hermanos Alex, Víctor y Mateo, a mi querida esposa Laura Vallejo por ese apoyo incondicional y por darme ánimos para seguir adelante y por enseñarme a no desfallecer.

A mi padre quien desde el cielo celebrara como suyo este triunfo del cual indiscutiblemente hizo parte fundamental, por enseñarme a ser disciplinado y honesto.

A la docente Yunia Manco y Luz Edilma Aguirre quien con su conocimiento me ayudo a enamorarme cada día más de esta bella profesión de Trabajo Social y a afrontar las diferentes situaciones como un profesional que a través del conocimiento da aportes y soluciones para ayudar a las personas sin esperar nada a cambio.

A mi coequipera Katherine Galeano Garcia quien fue el complemento perfecto para que este trabajo llegara a buen término.

Agradezco a las familias y los pacientes que hicieron parte de este trabajo de grado, por su ayuda y por abrir las puertas de sus hogares y de sus corazones para que el conocimiento hiciera aportes a las problemáticas que se identificaron en su proceso de institucionalización.

César Augusto Mesa Arango

Gracias a Dios por haber culminado este trabajo con éxito, por darme la paciencia, Fortaleza y ayudarme a salir adelante y guiar mis pasos.

A mi familia por darme esa voz de aliento en los momentos que creía desfallecer, por apoyarme, acompañarme y comprenderme en todo momento.

A las docentes Yunia y Luz Edilma por hacer de este trabajo un excelente insumo, por ser tan dedicadas, pacientes, por día a día tendernos la mano y enseñarnos lo bonito que es el Trabajo Social.

A César por ser una persona que aportó en este proceso conocimientos y a partir de allí podernos enriquecer para este trabajo.

A las compañeras por estar presentes en todo momento.

Al hospital, las familias y los pacientes por habernos abierto las puertas y creer en nosotros. A todos y cada uno de ellos mil gracias

Katherine Galeano García

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.1.CONTEXTUALIZACIÓN.....	8
1.2.ANTECEDENTES.....	13
1.3.JUSTIFICACIÓN.....	16
1.4.PREGUNTA.....	22
1.5.OBJETIVOS.....	22
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	22
1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22
1.6. PERTINENCIA PARA EL TRABAJO SOCIAL.....	23
2. REFERENTE TEÓRICO.....	26
2.1.FAMILIA.....	26
2.1.1. RELACIONES FAMILIARES.....	27
2.2.ENFERMEDAD MENTAL.....	28
2.3.CORRESPONSABILIDAD FAMILIAR.....	30
2.3.1. INSTITUCIONALIZACIÓN.....	32
2.3.2. HOSPITALIZACIÓN.....	32
3. MEMORIA METODOLÓGICA.....	34
4. HALLAZGOS DE LAS FAMILIAS.....	39
4.1.FAMILIA RIONEGRO.....	39
4.2.FAMILIA MEDELLÍN.....	46
4.3.FAMILIA MARINILLA.....	52

4.4.FAMILIA GUARNE.....	57
4.5.FAMILIA ENVIGADO.....	61
4.6.FAMILIA BELLO.....	64
5. DISCUSIÓN.....	68
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	76
BIBLIOGRAFÍA	
CIBERGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La presente investigación para optar por el título como profesional de Trabajo Social hace referencia a los cambios que surgen en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad de 6 familias con pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados del Hospital Mental de Antioquia ubicado en el municipio de Bello durante el periodo 2015 – 2016.

Teniendo como objetivos la Caracterización de las 6 familias de los pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados del Homo, así como el reconocimiento de los diferentes roles y compromisos asumidos por las familias de los 6 pacientes y la interpretación de las vivencias que se dan al interior de las familias.

Con esta investigación se pretende identificar las diferentes formas de corresponsabilidad que cada uno de los integrantes de las familias poseen y las interrelaciones a partir del compromiso con los pacientes, así como el rol que cada uno desempeña con respecto a la enfermedad mental con la cual se diagnosticó al familiar que se encuentra hospitalizado en el HOMO.

En la presente investigación se utilizaron técnicas como la entrevista semi estructurada, el famiograma y la visita domiciliaria teniendo en cuenta a las familias como los principales actores en el proceso, estas técnicas se realizaron para la obtención de los datos que arrojaron hallazgos que develan las diferentes formas de relacionamiento, los roles, las normas, límites y la corresponsabilidad que existe entre los familiares y los pacientes institucionalizados, los cuales serán un insumo importante para el proceso que llevan a cabo los profesionales de trabajo social que están a cargo de los pacientes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es uno de los grupos más importantes para el ser humano y el primer medio en el que las personas se desenvuelven y comienzan a desarrollar sus habilidades sociales. Según (Palacios y Rodrigo (2001) “la familia es concebida como la asociación de personas que comparten propósitos de vida y que desean mantenerse unidos en el tiempo” (p.6). Pero con el pasar de los años esto ha cambiado ya que fenómenos como la globalización en la que ha reinado el libre comercio, el crecimiento acelerado de las multinacionales y la expansión acelerada de la tecnología, las cuales marcan las transformaciones de la familia: el intercambio de roles, cambios en la dinámica familiar, en las relaciones, etc. Generando situaciones como: pérdida de la afectividad, degradación en la comunicación e inclusive daños en la salud mental del individuo provocando alteraciones emocionales, cognitivas o comportamentales.

Los daños en la salud mental se caracterizan por el cambio en la emoción, motivación, cognición, conciencia, conducta, percepción, aprendizaje y el lenguaje del individuo, los cuales se pueden dar a lo largo de la vida de la persona debido al entorno o los estímulos contextuales que lo rodean, estos daños tienen repercusiones sobre la vida diaria del individuo, dificultando su adaptación al entorno cultural y social en que vive y creando alguna forma de malestar tanto en él como en su familia.

Un individuo con una buena salud mental es alguien que se siente bien con él y con la sociedad en general, es alguien consiente de sus capacidades, habilidades y destrezas, es una persona que puede afrontar las tensiones que hallan a lo largo de la vida sin que tenga mayores problemas, y además de esto es una persona que puede trabajar de forma tranquila, productiva y responsable, siendo consiente de todo lo que puede contribuir y colaborar en su comunidad y principalmente en su familia.

Cuando existe una persona con daños en la salud mental lo primero que debe hacerse es brindarle aceptación, apoyo y transmitirle amor incondicional, pues toda persona vale y tiene una dignidad, no importa la enfermedad por la que tenga que pasar, se debe orientar de la mejor forma para atender a estos pacientes, comprender los procesos de la enfermedad y los efectos secundarios de la medicación, pero desafortunadamente las familias no optan por seguir estas indicaciones, al contrario, muchas de ellas no comprenden el estado en el que se encuentra esta persona pues se ha observado como en muchas ocasiones el enfermo mental carece de acompañamiento familiar ya que su familia se ha alejado completamente de él debido a su enfermedad, o en otros casos se observa un quebranto en las relaciones familiares de la familia del individuo porque nadie quiere estar a cargo de este ni acompañarlo en su proceso.

Este ha sido el caso de 6 pacientes del Hospital Mental de Antioquia, los cuales son denominados pacientes institucionalizados, ya que han permanecido allí más de tres años en el transcurso de los cuales han perdido relaciones con varios miembros de su familia, presentándose falta de corresponsabilidad de las familias con las visitas, el cuidado y el interés por el paciente, debido a esto el paciente atraviesa por largos periodos en donde no tiene contacto con sus familiares ya sea telefónico o personal, lo que puede ocasionar una sensación de abandono por parte de su misma familia.

1.1 Contextualización

La enfermedad mental en los últimos años ha estado marcada por el crecimiento económico, el desarrollo de las nuevas tecnologías y los cambios en la sociedad, el informe Programa Mundial de Acción en Salud Mental realizado por la OMS (2001) afirma que:

Una de cada cuatro personas, es decir el 25% de la población, sufre un trastorno mental en algún momento de su vida. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como subdesarrollados. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial (p. 3).

El problema de la salud mental:

Se encuentra relacionado con los aspectos sociales, económicos y culturales en los que están inmersas las personas. Es así como, los grupos poblacionales más vulnerables a sufrir este problema son: personas viviendo en pobreza extrema, niños y adolescentes que sufren interrupciones en el proceso educativo, personas traumatizadas por violencia, emigrantes, desplazados y refugiados y población indígena. Esta población se encuentra en mayor riesgo ya que está expuesta fácilmente a sufrir: desempleo y desintegración social, estigmatización frecuente, exposición a violación de derechos humanos, deficiencia en la respuesta a la necesidad de apoyo social, e intervención, local, flexible y comprensiva. (Prieto, 2002, p.3)

Es necesario mencionar que, aunque hay poblaciones más vulnerables a sufrir los problemas de salud mental estos son universales ya que afectan a personas de todos los países, estratos socioeconómicos, raza y género.

En el caso de Colombia se encontró que el Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, mediante convenios de cooperación con la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Fundación FES –Social, durante el año 2003 desarrolló el estudio nacional de salud mental, Colombia 2003. En el cual el instrumento utilizado fue la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, la cual muestra que alrededor de ocho de cada 20 colombianos, y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos,

los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%). Por regiones se encontró además que la prevalencia de cualquier trastorno “alguna vez en la vida”, la región Bogotá, D.C es la que presenta la prevalencia más elevada: 46.7% en contraste con 40.1% que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el país. Además, sólo una de cada 10 personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica. El grupo clasificado como Otros trastornos son los diagnósticos que generaron más uso de servicios psiquiátricos (4.2%). La prevalencia de vida de trastornos por uso de sustancias es de 10.6% en el país. El abuso de alcohol es el principal problema. La prevalencia de vida para abuso de esta sustancia es de 6.7%, lo que nos indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. La diferencia por sexo es marcada, si tenemos en cuenta que uno de cada 10 hombres abusa del alcohol comparado con una de cada 80 mujeres (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2003, p.9).

Por su parte en el departamento de Antioquia:

Las enfermedades mentales que más se presentan son la depresión, el intento de suicidio, el trastorno bipolar (euforia y depresión), la esquizofrenia y la anorexia. A éstas se suman la farmacodependencia y el alcoholismo, que son catalogadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como trastornos de la salud mental. El aumento en las consultas se debe tanto a patologías heredadas, como a la problemática social del departamento señala Mario Alberto Zapata, gerente del Centro de Atención y Rehabilitación Integral en Salud Mental de Antioquia (Carisma), y además agrega que la violencia, el desempleo, la pérdida de familiares, la pobreza y el conflicto armado son los causantes de que el 30% de la población antioqueña sufra enfermedades de salud mental (Mesa, 2003, párr. 1,2,3).

Seguidamente

Un estudio sobre salud mental en Medellín llevado a cabo entre los años 2011-2012 en la que se tomó la población general no institucionalizada, entre los 13 y 65 años, de los diferentes estratos

socioeconómicos de las 16 comunas y los cinco corregimientos de Medellín y liderado por la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad CES, 12 de cada 100 medellinenses es decir el 31% de la población ha sufrido algún problema de salud mental. Según Gabriel Jaime Guarín, secretario de Salud de Medellín, entre los temas más preocupantes que arrojó el Primer Estudio, están el abuso de alcohol donde se encontró que 12 de cada 100 personas están abusando de este, además se observó que de cada 4 hombres 1 cumple con los criterios diagnosticados de este problema, también se encontró el tema de las drogas donde 6 de cada 100 personas han abusado de estas al menos una vez en su vida, Por su parte, el trastorno de depresión mayor se presenta en 9.95% de los medellinenses una vez en la vida, y le da a dos mujeres por cada hombre. En contraste con el trastorno bipolar, que es más frecuente en hombres, también encontraron que otro problema como lo es el estrés postraumático tiene prevalencia en las comunas de estratos uno y dos, posiblemente a consecuencia de la violencia (López, 2012, p.).

Para atender todos estos casos de enfermedad mental en la ciudad de Medellín y todos los municipios del departamento de Antioquia se encuentra entonces el Hospital Mental situado en el municipio de Bello donde actualmente se atienden diversidad de pacientes con enfermedades mentales, 93 de ellos se encuentran hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados y padecen enfermedades entre las que se resaltan los trastornos como el afectivo bipolar, trastorno de la conducta, trastornos alimenticios, manías, depresión, demencias, esquizofrenia, paranoide.

Por otro lado y haciendo énfasis en el tema principal de la investigación mencionamos el tema de corresponsabilidad familiar, esta ha tenido distintas concepciones que no han sido consensuadas en una definición única. Usualmente, se lo considera como un trabajo no remunerado, entendido como la energía, tiempo y desarrollo de habilidades que resultan determinantes en una familia para llevar a cabo las tareas del hogar y el cuidado de los hijos. El término se ha derivado desde una

conceptualización de roles y tareas enmarcado dentro de la sensibilización social que tiene como principal objetivo el lograr la igualdad entre géneros, fomentando de esta forma la conciliación de la vida laboral y familiar (Maganto, Etxeberria & Porcel, 2010; Rodríguez, Peña, & Torío, 2010, párr. 9).

Vosler (1996, citado en Maganto, Bartau y Etxeberria, 2003, párr. 4). “ha sido más específico en la distinción de roles dentro del trabajo familiar, señalando roles o tareas básicas en la dinámica de la corresponsabilidad familiar o trabajo familiar, de los cuales se pueden definir”:

a. Rol del proveedor: Las tareas de este rol se orientan a la provisión de recursos básicos para la supervivencia de la familia, como es el caso de elementos de higiene, alimentación, salud, vestimenta, entre otras.

b. Rol de liderazgo familiar y de toma de decisiones: Considerando a la unidad familiar como un grupo, se espera de quien ejerce este rol, mantener una función de desarrollar patrones comunicacionales entre los miembros de la familia y también con personas ajenas a esta unidad, relacionado también con aspectos como el poder compartido y el control de comportamientos.

c. Rol de mantenimiento y organización del hogar: las tareas de este rol se orientan en una gran variedad de ejercicios, tal es el caso de realizar las compras del hogar, preparar las comidas del día, la limpieza y un sinnúmero de actividades repetitivas que suelen estar acompañadas de mucho tiempo y energía.

d. Rol del cuidador de los miembros dependientes: la persona que cumple con este rol debe asumir el cuidado de las personas en la familia que requieren de cierta dependencia, tal es el caso de los niños, ancianos o miembros con algún tipo de discapacidad, brindando el cuidado y la atención necesaria a éstos.

e. Rol del educador y supervisor: el rol de esta persona se orienta a la supervisión de niños y adolescentes tanto en temas educativos, de crianza y socialización, por medio de asignación de tareas que incluyen estimulación afectiva y cognitiva.

Este trabajo de investigación se centró en la corresponsabilidad de cada una de las familias de los pacientes hospitalizados en el Homo; tal y como se expresó anteriormente en la descripción de roles en la corresponsabilidad familiar.

1.2. Antecedentes

Los primeros informes en occidente sobre problemas de salud mental los encontramos en la literatura sagrada. En el libro de Daniel del antiguo testamento se relata la locura de Nabucodonosor, castigado por su soberbia con la locura, la pérdida de la razón; la que, por cierto, es interpretada como vivir y comer como los animales. Durante siete años Nabucodonosor permanece en ese estado hasta que por decisión divina se recupera (Salaverry, 2012, p. 144).

La interpretación naturalista de las enfermedades mentales se inicia en Grecia hacia el siglo V a.C. al extenderse la teoría humoralista de la enfermedad a los problemas o manifestaciones mentales. El humoralismo como doctrina interpretaba la salud como el equilibrio de los cuatro fluidos o “humores” que conformaban el cuerpo humano, Así, una fiebre o un problema digestivo se interpretaba como resultado de un particular desequilibrio en la composición humoral de los órganos afectados, ante el cual la labor del médico era restablecer el balance perdido. Una característica de la teoría humoral es que situaba topográficamente el desequilibrio, por lo tanto, en el caso de las enfermedades mentales debía ubicar el lugar preciso del desequilibrio que las causaba, y ese lugar era claramente el cerebro. Esta interpretación somatista de la enfermedad debió luchar

contra la ampliamente difundida y hegemónica interpretación de la posesión demoníaca, la cual por cierto había tomado también en la cultura griega la forma más sofisticada de “entusiasmo”, una posesión por los dioses o “inspiración” que llevaba a profetizar, hablar en lenguas o hacer extrañas contorsiones a quienes eran así poseídos (Salaverry, 2012, p. 144).

Años más tarde en la Edad media (siglo V D.C hasta el siglo XV) teólogos y gente del común consideraron lo problemas mentales como una suerte de posesión demoníaca, de tal forma que el exorcismo sería la “terapéutica” más utilizada. No obstante, la medicina de la época estuvo en contra de dichos procedimientos, teniendo como argumento que la enfermedad se explicitaba en el cuerpo, y por tanto allí podía obrar el médico con todo su saber. Argumento este, que, en definitiva, no fue el más aceptado y mucho menos el tema mayor y mejor tratado, la ideología y la cosmovisión de la época no permitieron desarrollo generalizado de ésta posición. (Tamayo, s.f, p. 3).

Por su parte,

En lo que corresponde a la época del renacimiento (siglos XV y XVI) la locura estuvo vinculada a las nociones fisiológicas y cerebrales, esto implicaba que, las enfermedades a las que posteriormente se les denominó mentales, para la medicina renacentista, estaban ligadas a un trastorno físico, somático, su particularidad estribaba en que este tipo de patología se ligaba al cerebro. (Tamayo, s.f, p.3).

Hoy en día siglo (XXI), la enfermedad mental es concebida como una expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. Las concepciones de la salud y de la enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Además, ambos conceptos tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro (Álvaro, s.f, prr. 7.).

Si bien se ha tenido conocimiento sobre investigaciones que se han realizado de este tema como: los cuidados maternos y la salud mental, “Ocio y Empoderamiento en Personas con Enfermedad Mental”, las invenciones de enfermedad mental, la salud mental y la familia entre otros. Resaltando que la mayoría de estas se han realizado desde el campo de la psicología, la salud pública y la medicina, son escasas las apuestas que desde el Trabajo Social se han evidenciado para adquirir conocimiento sobre esos cambios que se dan en la relación familiar y corresponsabilidad de la familia y el enfermo mental.

Entre los estudios que se han realizado sobre este tema resaltamos algunos realizados en la universidad de Antioquia como:

Cambios en el funcionamiento familiar y en la calidad de vida de los sujetos diagnosticados con el trastorno afectivo bipolar, realizado por estudiantes de la facultad de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia en el año 2010, el estudio pretendía “identificar los cambios en el funcionamiento familiar y en la calidad de vida de los sujetos con trastorno bipolar, a través del reconocimiento de sus vivencias y experiencias expresadas en sus modos de pensar, sentir y hacer”

Patrones de interacción y modelos de comunicación que se desarrollan al interior del sistema familiar, realizado por estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia en el año 2012, con este informe de práctica se buscaba Identificar todos esos patrones de interacción y modelos de comunicación que se desarrollaban al interior de las familias, con el fin de brindarle a la profesión de Trabajo Social elementos que aporten en su intervención en familia, pues se reconoce la familia como un área en donde debe ser entendida y comprendida en su totalidad en esta investigación se encontró familia se ha organizado para afrontar la enfermedad mental, e identificar cómo en éste proceso se han ido desarrollando ciertas actitudes o patrones en la interacción, los cuales a su vez, van potenciando determinados modelos de comunicación. De esta manera se

buscaba conocer cómo la teoría indagada se hace manifiesta, o se materializa de diversas formas, en la complejidad de los sistemas familiares.

A partir de las investigaciones anteriormente mencionadas se resalta la importancia de investigar el tema de corresponsabilidad familiar y enfermedad mental teniendo en cuenta el incremento poblacional que padece algún síntoma ya sea a lo largo de su vida o desde su nacimiento, y los cambios en los que está inmersa la sociedad actual en donde las familias han cambiado sus formas de pensar y ver la vida, pero teniendo presente que todavía es uno de los grupos más importantes.

1.3 Justificación

El concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud tiene una definición concreta: es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona. Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas. A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico. La Organización Panamericana de la Salud aportó luego un dato más: la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona. (“Concepto de Salud (según la OMS)”,2015).

Pero para hablar de salud, necesariamente hay que hablar de lo contrario a la salud que es la enfermedad, según la OMS (2006) es la de “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (párr. 1).

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la Salud para Todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo. No es de sorprender que las personas también consideren la salud como una de sus mayores prioridades, situándose en la mayoría de los países sólo por detrás de problemas económicos como el desempleo, los salarios bajos y el costo de vida elevado. Como consecuencia, la salud suele convertirse en un tema político, ya que los gobiernos intentan satisfacer las expectativas de la población. Hay muchas maneras de promover y preservar la salud. Algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario. Las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere.

La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en la sanidad. No obstante, el acceso oportuno a los servicios sanitarios también es crítico: una combinación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esto no se puede conseguir, excepto para una pequeña minoría de la población, sin un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente. Es lo que determina si las personas pueden permitirse el uso de los servicios sanitarios cuando los necesitan. Es lo que determina la existencia de los propios servicios.

En reconocimiento de esta realidad, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos. Este objetivo se definió como «cobertura universal», algunas veces llamada «cobertura sanitaria universal» (OMS, 2010, p. 7).

En algunos países latinoamericanos como Paraguay y México, se ha demostrado que se puede tener un sistema de salud que cumpla con las expectativas y cubra las necesidades de los pacientes de manera integral y con bajos costos que permiten el acceso de las clases sociales más bajas, asegurando de esta forma los derechos universales y así una cobertura local en materia de salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia se creó en el 93 con la Ley 100; y es un sistema de salud de competencia regulada, que tiene una composición pública privada y de mercado-regulación, en donde las principales fuentes de financiación son las cotizaciones de empleados y empleadores, que aportan en el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado.

Las EPS, es decir, las Empresas Promotoras de Salud son entidades públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras. Y las IPS son las Instituciones Prestadoras de Servicios en salud y son las encargadas de proveer los servicios de atención a los usuarios y pacientes dependiendo de las prestaciones o beneficios definidos en el POS Plan Obligatorio de Salud.

“El contenido del POS del régimen subsidiado representa cerca del 60% del que tiene el régimen contributivo. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), se encarga de reconocer el pago a las EPS, según el número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado. Las grandes fuerzas que regulan el SGSSS son la macroeconomía (estructura productiva y salarial, empleo, distribución del ingreso y tendencias económicas) el desarrollo social, en especial la pobreza, el grado de desarrollo general, el modelo de industrialización, el sistema productivo y laboral, la concentración del ingreso, los recursos fiscales, la descentralización y otros similares”.

Entre estos dos regímenes están los Colombianos cubiertos en lo que podríamos llamar coloquialmente, la “seguridad social”; pero la pregunta que nos hacemos cada día es si este sistema si fue creado para promover acciones preventivas en materia de la salud en las cuales se identifique también la atención integral de los pacientes y/o usuarios sin importar en cuál de los regímenes se está afiliado, para poder tomar decisiones de aprobación de exámenes y de cirugías que tardan más que la misma muerte que acecha a los pacientes terminales o a los pacientes que requieren una atención en otro nivel hospitalario y sus remisiones se autorizan cuando no hay mucho por hacer por estos pacientes.

Este el caso de algunos pacientes con enfermedades mentales que han sido hospitalizados en varias oportunidades que tienen un diagnostico psiquiátrico que recomienda la hospitalización de larga estancia la cual se logra finalmente con herramientas jurídicas como la tutela, contemplada en el artículo 86 de la [Constitución Política de Colombia](#) vigente, que busca proteger los [Derechos constitucionales](#) fundamentales de los individuos "*cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública*" (Constitución Política de Colombia, 1991, p.4) , es decir al no haber otro recurso para hacerlos cumplir o en el caso de que exista peligro inminente.

Los resultados encontrados por la Defensoría del Pueblo en 2013, muestran que los colombianos tuvieron que acudir a 454.500 acciones para evitar vulneraciones de cualquier derecho fundamental, de las cuales 115.147 y a la seguridad social 2013 La tutela y los derechos a la salud 22 tutelas fueron interpuestas para reclamar violaciones al derecho a la salud. Resulta aberrante que 70% de las solicitudes ya estaban incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), cuyos contenidos están previamente pagados a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), lo que acentúa aún más la flagrante violación al derecho fundamental a la salud (Defensoría del pueblo, 2013, p.23).

En materia de salud mental es preciso citar el artículo 3 de la ley 1616 del 21 de enero del 2013 Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones, dice que:

La salud mental es entendida como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Congreso de Colombia, 2013, p.1).

Este también puede ser el caso de las familias en las cuales hay enfermedades mentales ya sea de uno o de más integrantes, y que además atraviesan por la hospitalización de larga estancia de pacientes con tratamientos vitalicios y acompañamiento de los profesionales, en este caso del HOMO ubicado en el municipio de Bello Antioquia en el servicio de pensionados en donde se atienden 93 pacientes como: niños, niñas, adolescentes, adultos, adultos mayores que presentan diversas enfermedades mentales en las que se resaltan trastornos como el afectivo bipolar, trastorno de la conducta, trastornos alimenticios, manías, depresión, demencias, esquizofrenia, paranoide.

Entre estos noventa y tres pacientes están incluidos siete, los cuales son denominados pacientes institucionalizados, ya que por medio de alguna herramienta jurídica en su mayoría fallos de tutelas o incluso incidentes de desacatos, donde se ordena al HOMO la aceptación de la estadía permanente de estos pacientes dados los recursos económicos, sociales, culturales y las diferentes patologías con las que cuentan estas personas.

Esta estadía permanente ha permitido que algunos lleven hospitalizados más de tres años asumiendo consecuencias como la pérdida de relaciones interpersonales con otros pares diferentes a los compañeros de hospitalización, además en el caso de algunos pacientes se evidencia la falta de compromiso de las familias con las visitas y la asistencia en la dotación de elementos

indispensables para poder convivir con el personal del hospital y los otros pacientes que en su mayoría son de una estadía provisional que no supera los veinte días en promedio de hospitalización.

Es importante tener en cuenta que:

Una lesión cerebral tiene un impacto no sólo sobre la persona afectada sino también sobre su familia y entorno más cercano. Debido al daño cerebral el paciente sufre una serie de consecuencias físicas, cognitivas y emocionales que alteran su funcionalidad y autonomía y conllevan una pérdida de independencia que va a recaer sobre los familiares más directos. Por otra parte, los familiares atraviesan una importante situación de estrés tras la lesión, aparece un sentimiento de pérdida ya que el familiar no es el que era y surge la necesidad de modificar los roles familiares para ajustarse a esta nueva situación. A todo lo anterior hay que añadir lo prolongado de los tratamientos, los efectos de la hospitalización y el aislamiento social derivado de la misma. Todo ello supone una sobrecarga emocional y física que se conoce con el nombre de Síndrome del Cuidador, y este es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador (García, 1987, p.18).

Lo que se pretende investigar, son los cambios que surgen en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad de 6 familias con pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados del Hospital Mental de Antioquia ubicado en el municipio de Bello durante el periodo 2015-2016, pues se visualiza la poca corresponsabilidad y la escasa decisión de la familia

de hacer parte del proceso de enfermedad mental del paciente institucionalizado y hospitalizado, y mucho más teniendo en cuenta que esta enfermedad es vitalicia para ellos.

1.4 Pregunta

¿Cuáles son los cambios que surgen en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad de 6 familias con pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados del Hospital Mental de Antioquia ubicado en el municipio de Bello durante el año 2015-2016?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Describir los cambios que surgen en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad de 6 familias con pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados del Hospital Mental de Antioquia ubicado en el municipio de Bello durante el año 2015-2016.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar a las 6 familias de los pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados del Homo.

- Reconocer los diferentes roles y compromisos, asumidos por las familias de los 6 pacientes institucionalizados en el proceso de hospitalización en el servicio de pensionados del hospital mental de Antioquia.
- Interpretar las vivencias que se dan en las 6 familias de pacientes institucionalizados en el servicio de pensionados del hospital mental de Antioquia.

1.6 Pertinencia para el Trabajo Social

El Trabajo Social ha sido una de las profesiones comprometida con la vida de las personas y con el mejoramiento de la calidad de vida de estas, por ello, hay que destacar que el campo de salud y familia se convierte en uno de los pilares del quehacer profesional, en estos términos la familia es la primera red de apoyo para la persona que se enfrente a cualquier enfermedad física o psicológica o en alguna crisis de desvalimiento, y estas situaciones hacen corresponsable a todo el grupo familiar, dado que afecta las relaciones entre los miembros de la familia, los recursos económicos y el tiempo que se debe dedicar al cuidado de una persona con algún tipo de enfermedad mental.

En el servicio de pensionado las familias son vistas como redes de apoyo y un ente importante de corresponsabilidad, las cuales hacen parte de la enfermedad y por ello se involucran en un todo para el bienestar del paciente y la tranquilidad y bienestar de las familias.

Por eso se propone que se den algunas modificaciones a nivel del funcionamiento, es decir, se propone asumir un compromiso mayor, en la forma de comunicarse al interior de la familia, en el establecimiento de reglas, normas y límites claros y coherentes, además del reconocimiento integro

de una autoridad en el grupo familiar, en el cual se fijen metas y proyecciones familiares y sean apoyadas por los demás miembros de la familia.

Ante este enfoque de salud familiar, podemos decir que Quintero (s.f), habla sobre:

La perspectiva psicosocial, que promueve la cooperación entre los campos de conocimiento y la integralidad, por lo que confluye la interdisciplinariedad, interinstitucional y otras redes de apoyo, que puedan aportar a la atención de las personas enfermas y sus familias. Por consiguiente, generar espacios de reflexión y de trabajo en equipo interdisciplinario y los recursos necesarios para el cuidado sanitario integral, desde los niveles de prevención y promoción de la vida saludable y de los espacios educativos y curativos cuando se presenta la enfermedad (p. 7).

La prevención entonces involucra el poder detectar los factores de riesgo en las personas y las familias para fomentar estilos de vida saludable que contrarresten la emergencia del evento disfuncional, pero al mismo tiempo generen un cambio y una transformación en los estilos de vida de manera que sean vitales y sanos.

Y la promoción vincula, promueve y moviliza las capacidades y las fortalezas, en una connotación positiva de la condición humana, para activar los procesos de resiliencia, es importante tener presente que estos niveles deben ir mediados desde los procesos educativos los cuales permite asimilar los conocimientos y experiencias de diversa índole, con el fin de modificar actitudes y conductas en contextos no clínicos.

2. REFERENTE TEORICO

A partir de la presente investigación acerca de familia, enfermedad mental y corresponsabilidad familiar es de gran importancia indagar por los cambios que se dan entre las familias y los pacientes institucionalizados en el Hospital Mental de Antioquia, teniendo en cuenta las constantes evoluciones en las que está inmersa la sociedad con acontecimientos como la industrialización, la

globalización, la urbanización y la modernidad que trae consigo los avances tecnológicos y las nuevas formas de relacionarse entre las familias y la sociedad en general y las posibles reacciones o crisis que se puedan generar a lo largo del proceso con el enfermo mental y su núcleo familiar.

Para esta investigación se hace pertinente desarrollar las principales categorías conceptuales que guiarán el proceso, en un primer momento se abordará el concepto de familia como eje fundamental para este proceso de investigación, en un segundo momento se desarrollará el tema de enfermedad mental desde diferentes autores, y en tercer y último momento se abordará el tema de corresponsabilidad familiar desde diferentes perspectivas.

2.1. FAMILIA

La familia es considerada la base del cuerpo social y su modelo de organización califica y determina de alguna manera el modelo colectivo, Forma parte de la organización y es el reflejo de la dinámica y variabilidad sociocultural, dada por un proceso histórico que se presente en la pareja y en el ámbito social. (Calderón, 2001, p. 10).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) en el artículo 16 dice que “la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” (p.5).

Para la investigación se adoptará el concepto de familia tomado por Espinal (s.f.) quien afirma que:

A partir del enfoque sistémico donde los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones. esta definición de familia supone un gran

avance para el estudio de la organización familiar, y de ella extraemos las características del sistema -conjunto, estructura, personas, interacción- y otras atribuibles a los sistemas sociales -abierto, propositivo, complejo-, además de las características específicas del sistema familiar-intergeneracional, larga duración, facilitador del desarrollo personal y social de sus miembros (p.3).

2.1.1. Relaciones Familiares

Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley (Comisión séptima del senado de la república de Colombia, s.f., p.1).

Para la presente investigación se optó por concebir las relaciones familiares como aquellos vínculos de consanguinidad, de afecto, amor, compromiso, de afinidad que tienen las 6 familias de los pacientes institucionalizados en el Homo.

2.2. ENFERMEDAD MENTAL

Con el fin de comprender a cabalidad y más claramente que es enfermedad mental necesariamente hay que referirse a salud mental, y es así cómo se realizará una mirada a la concepción que desde diferentes perspectivas se ha tenido sobre ella. Autores como Becerra (2008) definen la Salud mental

Como la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y la forma de relacionarse para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental como analogía de

lo que se conoce como salud o estado físico, pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo (p.20)

De acuerdo con el congreso de Colombia en el artículo 3° de la ley 1616 (2013):

La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (p.1).

Continuando con el concepto dice la OMS (2006) que:

El aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de la sociedad y de las naciones, y mencionando a la Organización los Desórdenes Mentales argumenta que “son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (p.8).

Es por esto que el bienestar no es solo de la persona sino de los factores que los rodea y de los cuales está expuesto a diario, por tal motivo una solución se encuentra en conjunto y no en un solo tratamiento para la persona, en este caso para los pacientes institucionalizados del Homo.

Por otra parte, se hace necesario entender la salud mental desde diferentes disciplinas y puntos de vista de diferentes autores, en el ámbito clínico, por mucho tiempo se ha homologado el concepto de salud mental con el concepto de enfermedad mental, así cuando se piensa y planifica en salud mental, las propuestas y proyecciones empiezan y terminan en enfermedad mental; también se han utilizado los criterios de la medicina tradicional para referirse a la salud mental (Dávila, 1994, p.8).

Por su parte la Resolución No. 2358 de 1998 del Ministerio de Salud de Colombia (1998) define la salud mental como:

La Capacidad que tienen las personas y los grupos de éstas para interactuar entre sí y con el medio en el cual viven. Agrega que es un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas de carácter cognitivo, afectivas y relacionales, dirigidas

al cumplimiento de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (p.9).

Por otro lado y para referir el tema de enfermedad mental como tal se debe abordar inicialmente la enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud (2006) enfermedad es la “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (pág.7), en un término más amplio Tardy (2007) cita a Parsons y señala que “La enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento “normal” del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema “biológico” y el estado de su ajustamiento “personal” y “social” (párr. 7).

Seguidamente y retomando el concepto de enfermedad mental se dice que esta “es un estado del individuo donde están alteradas algunas funciones mentales, tales como el afecto y los pensamientos, que pueden llegar a producir una gran distorsión del contacto con la realidad y/o del estar de la persona en el mundo”. (HOMO, s.f, párr. 4).

Cuando se habla de salud o de enfermedad mental, se habla de un proceso que se hace extensivo más allá del individuo, en el medio familiar, comunitario o grupal y que provoca la pérdida o fortalecimiento del desempeño, funcionalidad y equilibrio en el ámbito psicológico y social, de tal modo que la movilización adaptativa del individuo puede ser o no suficiente para mantener una adecuada relación entre el estar bien y el sentirse bien.

En la evolución de la salud- enfermedad mental se deben tener en cuenta los factores socioculturales, biológicos y psicológicos, factores que son vivenciados por el individuo como un todo, de igual forma, es necesario considerar la importancia que tiene la familia y la sociedad en las interrelaciones del individuo, puesto que cuando se afecta uno de sus miembros se afecta en alguna medida el medio social y familiar.

Para la presente investigación y a partir de los conceptos mencionados anteriormente, se decidió realizar un concepto propio en el cual se entendió la enfermedad mental como un estado de desequilibrio psicológico de carácter cognitivo, afectivo y relacional, el cual conlleva al individuo a tener dificultades para sostener relaciones significativas con su familia y demás miembros de la sociedad, debido a la diversidad de comportamientos que adquiere, impidiendo así una participación en el contexto social, económico, cultural, tecnológico y ambiental en el cual está inmerso e imposibilitando un normal desarrollo en su calidad de vida.

2.3. CORRESPONSABILIDAD FAMILIAR

La corresponsabilidad familiar se ve enmarcada por la distribución equitativa de las responsabilidades familiares percibida como justa por todos, facilitando el funcionamiento y la satisfacción familiar. (Calderón, 2001, pág. 20)

La ley 1098 del año 2006 contempla en su Artículo 10 la Corresponsabilidad, y la describe para los efectos de este código, como la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección (Instituto Nacional de Salud, 2006, p. 4).

Por otro lado, la ley 1251 de 2008, reconoce los derechos de los adultos mayores en su artículo 5o. en donde se le llama enunciación de derechos. y textualmente dice:

El Estado, de conformidad al artículo 13 de la Constitución Política, brindará especial protección a los adultos mayores que en virtud a su condición económica, física o mental se encuentran marginados y bajo circunstancias de debilidad y vulnerabilidad manifiesta, dando con ello

aplicación al Estado Social de Derecho. Para tal efecto, se crearán planes, programas y acciones que promuevan condiciones de igualdad real y efectiva, así como el cumplimiento de los derechos consagrados para los adultos mayores en la Declaración de los Derechos del Hombre y Humanos de 1948, los consagrados en la Constitución Nacional y demás reconocidos por Colombia en Convenios o Tratados Internacionales (Ministerio de salud y protección social, 2015, p. 1).

En esta ley también se plantea en el literal B del artículo cuarto sobre principios la Corresponsabilidad, en donde El Estado, la familia, la sociedad civil y los adultos mayores de manera conjunta deben promover, asistir y fortalecer la participación activa e integración de los adultos mayores en la planificación, ejecución y evaluación de los programas, planes y acciones que desarrollen para su inclusión en la vida política, económica, social y cultural de la Nación (Congreso de la república de Colombia, 2008, párr. 20).

Esto denota entonces el grado de corresponsabilidad que tienen los diferentes actores de la sociedad como: el estado, la familia, las diferentes instituciones como el hospital mental de Antioquia con los pacientes hospitalizados que cumplen con las características para ser atendidos como adultos mayores que en el caso de los pacientes institucionalizados del servicio de pensionados, están 6 de los 7 pacientes y sus familias, teniendo en cuenta además que en su mayoría los cuidadores son personas con más de 60 años que están en la etapa del ciclo vital de vejez y muerte, y por ello se hace necesario pensar en un relevo generacional del cuidador de los pacientes institucionalizados y hospitalizados como una preparación de los otros integrantes de las familias a la falta de los padres que son los cuidadores por naturaleza de estos pacientes, por tal motivo dicha ley se retoma en la presente investigación, además se hace necesario desarrollar las subcategorías institucionalización y hospitalización manifestando que estos pacientes han pasado por este proceso durante un tiempo prolongado.

Institucionalización

La investigación tendrá como subcategoría la institucionalización, Berger y Luckman (1991) explican que “la institucionalización está precedida por la habituación, en tanto que un acto sea repetido con frecuencia. La habituación posibilita que un acto se instaure como rutina. Las instituciones se convierten en ordenadoras del mundo social” (párr. 15).

Hospitalización

Para la investigación sobre enfermedad mental y corresponsabilidad familiar se adoptará el concepto de hospitalización definido por el Hospital Mental de Antioquia (s.f) como “el proceso en el cual por las condiciones del paciente se requiere de una atención dentro de la unidad hospitalaria para su evaluación y manejo, definida por el médico del servicio de urgencias” (pár. 4).

3. MEMORIA METODOLÓGICA

En la necesidad de reconocer los cambios que surgen en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad de 6 familias con pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados del Homo, el paradigma comprensivo interpretativo permitió comprender la realidad en la forma de contenidos mentales múltiples e intangibles, basados social y experiencialmente, donde los individuos o grupos construyen y reconstruyen sus experiencias y sostienen esas construcciones, este paradigma permitió que esas construcciones puedan ser producidas y redefinidas solo si el investigador y el investigado mantienen una interacción constante. (Lincoln y Guba, 2005, p. 16).

Por otra parte, para describir los cambios en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad de estas personas fue requisito un trabajo constante de encuentro con el otro, de máxima

observación de los diferentes fenómenos y de las dinámicas relacionales que se evidencien, lo cual fue posible desde un enfoque cualitativo “que en su más amplio sentido es la investigación que produce datos descriptivos: las palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable.” (Taylor y Bogdan, 1986, p. 34), utilizando una variedad de técnicas para generar información como lo son las entrevistas, observaciones, historias de vida, en los que se describen las rutinas y las situaciones problemáticas, así como los significados en la vida de los participantes.

Como enfoque metodológico se desarrolló la fenomenología la cual se caracteriza por describir las estructuras de la experiencia tal y como se presentan en la conciencia de los sujetos, sin recurrir a teoría, deducción o suposiciones procedentes de otras disciplinas tales como las ciencias naturales. (Husserl, s.f, parr. 5) en la investigación este método permitió reconocer situaciones y sentimientos que las personas relatan a partir de su propia experiencia.

Es indispensable señalar que en la investigación la estrategia metodológica fue un estudio de caso; el cual para Galeano (2001) tiene el “objetivo básico de comprender el significado de una experiencia, a partir de la realización de un examen intenso y profundo de diversos aspectos del mismo fenómeno” (p. 66). Es de señalar que esta metodología no permitió hacer una generalización de los resultados que se obtuvieron, sin embargo, logró tener mayor comprensión y claridad de lo que ocurre con estas familias en torno a esos cambios que surgen en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad familiar de los 6 pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados del Homo.

Según Galeano (2001) “el estudio de caso se caracteriza por ser holístico ya que permite conocer todos los elementos que hacen parte de una situación” (p. 69).

Este es un estudio de caso intrínseco ya que se pretendió tener mayor comprensión acerca de los cambios que surgen en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad de las familias de

los pacientes institucionalizados, también fue participativo ya que la palabra del otro fue la principal herramienta, y de tipo descriptivo porque se esperó y logró presentar un informe detallado de dicha situación.

Las personas participes en esta investigación fueron 6 familias de pacientes que actualmente se encuentran institucionalizados y hospitalizados en el servicio de pensionados del Hospital Mental de Antioquia, estas familias son de diferentes tipologías: (ver anexo 1)

Para llevar a cabo la investigación se usaron técnicas como la observación no participante esta permitió reconocer por medio de los comportamientos la interacción de las personas con los que los rodean. Además, se realizaron entrevistas semiestructuradas ya que permitieron tener un acercamiento más directo con las familias, para resaltar aspectos concretos que se deseaban conocer, como lo eran sentimientos, emociones, tensiones, creencias, y cambios que han surgido a lo largo de la hospitalización de los pacientes, también se realizó el genograma para conocer las características de las familias y su composición.

Es necesario señalar que para Galeano (2001) “los estudios de caso abordan temas de interés general basados en la vida privada de los participantes” (p.80), por ello no identificamos con nombre y apellido las personas involucradas en esta investigación con el fin de proteger su intimidad. Además, se contó con un consentimiento informado en el cual los participantes de la investigación dieron la aprobación de su participación en la investigación y la autorización de que la información generada fuera consultada y expuesta en diversos espacios de carácter formativo e investigativo.

Es importante resaltar que la información generada fué presentada inicialmente a los participantes de la investigación con el fin de que fueran estos los primeros en conocer los resultados, además se les informó sobre la ubicación y destino de la información.

Momentos metodológicos

I Exploración: En esta fase se indagó toda la información existente sobre las familias, además se realizó visita previa a cada familia y al Homo.

1. Visita a la familia para determinar la condición en que se encuentran y así determinar el contexto en el que se desenvolvían.
2. Visita al Homo para reconocer el espacio y a los profesionales de Trabajo Social que brindan atención a las familias de estos pacientes.
3. Registro tras la observación en el diario de campo.

II Profundización:

1. **Entrevistas semiestructuradas a las familias:** para determinar la edad, el género, establecer como está conformada la familia y sus dinámicas.
2. Entrevista con los Trabajadores Sociales que tienen contacto con los pacientes y brindan atención a las familias.

III Organización y análisis de la información:

Inicialmente para organizar la información que se pretendió generar a través de las salidas de campo, de las técnicas y estrategias, se cuenta con un cronograma de actividades el cual servirá para tener fechas y actividades concretas a realizar. A través de guías de entrevistas y de observación se consignará la información obtenida en el proceso de campo y de socialización con los participantes.

En el caso de las entrevistas, se realizaron una vez terminada, la respectiva transcripción y para la observación se realizaron diarios de campo logrando conservar eficazmente la información obtenida.

Para la organización y sistematización de las referencias bibliográficas en las cuales se basa la investigación se contó con fichas de contenido que permitieron un almacenamiento ágil de dicha información para su posterior utilización.

Una vez generada la información necesaria, se procedió a darle un orden por medio de una matriz que posibilite ver de manera general toda la información por las categorías que se establecen al inicio de esta investigación, de esta manera se procedió a realizar un riguroso análisis de los datos obtenidos, mirando posibles subcategorías que arrojen las entrevistas y las observaciones que ha realizado cada uno de los integrantes de la investigación, del mismo modo se pudo apreciar cualquier fenómeno que no se haya previsto con el mapeo general de la información. Así se hizo más efectivo el logro de objetivos de la investigación. Para que tenga mayor claridad, se les dió una estructura a las categorías de análisis, posibilitando las consideraciones posteriores que incluyen las características del tema a investigar, la comprensión del mismo y las posibles implicaciones que este tenga.

La triangulación de la información permitió también visibilizar fuentes directas y documentales que hacen referencia a los cambios en las relaciones familiares, enfermedad mental y corresponsabilidad familiar, señalando las concepciones, opiniones y consideraciones que tiene tanto la familia, como los profesionales de cada una de estas categorías. La tipificación y clasificación permitió contrastar las diferentes perspectivas acerca de los cambios que se dan entre las familias y los pacientes institucionalizados.

4. HALLAZGOS DE LAS FAMILIAS

La presente investigación pretendió conocer los cambios que surgen en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad de las familias de los pacientes hospitalizados e institucionalizados en el Hospital Mental de Antioquia, para esto participaron 6 familias de diferentes municipios del departamento de Antioquia que tienen a uno de sus familiares hospitalizado en el Hospital debido a que padece de una enfermedad mental diagnosticada hace varios años y por tal motivo han permanecido allí como institucionalizados por una acción de tutela que la familia le ha colocado al estado con el fin de que se les garantice a estas personas el derecho a la salud y a una vida digna. Con el fin de proteger la intimidad e integridad de los participantes se nombraron y se reconocieron a las familias de acuerdo al municipio donde residen actualmente.

4.1.Familia Rionegro

La familia Rionegro pertenece a la tipología extensa, está conformada por: los padres del paciente, un hermano, una hermana, dos sobrinas del paciente, el cuñado y el paciente, la familia está en el ciclo vital de emancipación de los hijos.

Es una familia de estrato socioeconómico medio, donde el proveedor económico principal es el padre, el cual se ha desempeñado como fotógrafo hace 20 años, actualmente tiene un estudio fotográfico para su sustento económico y el de su familia, a pesar de haber sido empleado en varias empresas ubicadas en el oriente Antioqueño, manifiesta lo feliz que se siente con su empleo por el manejo del tiempo y porque hace lo que le ha gustado toda su vida, es una persona responsable donde su familia es su mayor motivación.

La madre por su parte está pendiente de los quehaceres del hogar, es la que se cerciora de que cada uno de los integrantes de la familia se alimenten de manera adecuada, que su vestuario este limpio y en buen estado, que cumplan con los deberes que tienen en su diario vivir, ella es la jefa del hogar, además es la cuidadora principal del paciente; es la que ha estado pendiente durante todo el proceso desde que le fue diagnosticada la enfermedad, ella visita al paciente, le lleva los implementos de aseo personal que requiera, lo acompaña en sus crisis, se cerciora de que en el hospital le den un buen trato y una buena alimentación propendiendo porque no sean vulnerados sus derechos como persona.

El hermano mayor del paciente se desempeña como auxiliar administrativo, es casado y tiene una hija de 14 años de edad la cual se encuentra estudiando la secundaria, residen en el municipio de Rionegro, y aunque él no vive en el mismo lugar que sus padres y hermana, ayuda económicamente a su familia para sustentar los gastos del hogar y los gastos del paciente.

La hermana menor del paciente se encuentra desempleada, es casada y tiene una hija de 6 años de edad que en el momento se encuentra estudiando la primaria, en la actualidad convive con su esposo y su hija en la casa de sus padres, ella está pendiente de los cuidados y mantenimientos del hogar junto con su madre.

En la familia tienen la costumbre de reunirse el día domingo para asistir a la celebración religiosa de los testigos de jehová en el templo que se encuentra ubicado cerca a la residencia de los padres del paciente, son personas muy creyentes que están fundamentadas en su religión.

En cuanto a la vida del paciente es importante mencionar que nace en el año de 1981, el embarazo fue normal, pero al nacer le descubren una pilorotomía. Fue entonces cuando lo operan teniendo apenas tres meses, después le da una infección intestinal y lo dejan hospitalizado, al ver estas complicaciones la madre solicita una licencia en el trabajo y después se dedicó totalmente al cuidado del paciente.

Después a los 9 y 10 meses empieza a sufrir de unas rabias que lo hacen dar golpes en la cabeza, en ese momento se dieron cuenta que le habían puesto una mayor dosis de anestesia en la cirugía que le habían hecho meses atrás y lo deja con secuelas de por vida.

A los tres años empieza a caminar y tiraba todo lo que se encontraba cuando lo regañaban, por ello es llevado al hospital Pablo Tobón para empezar con terapias de lenguaje y en el San Vicente a terapias de psicología. Luego comienza a estudiar en la Ceja en una institución educativa donde hizo hasta tercero de primaria, a los 16 años lo hospitalizan por psicosis de muerte por que se muere la abuela del papá y por esta razón no durmió por 7 noches, más tarde en la clínica San Juan de Dios de la Ceja lo diagnosticaron con epilepsia, retardo mental y esquizofrenia; durante un tiempo

estuvo estable hasta los 22 años donde le empiezan a dar convulsiones y a decir incoherencias, después es recluido en diferentes hospitales como la Víctor Cárdenas en donde se fractura el tabique y lo llevan a la institución “pajarito la Balvanera” y en el hogar la villa por tres meses, para luego ser llevado al HOMO, allí lo reciben como paciente institucionalizado el día 4 de marzo de 2013 por un acción de tutela interpuesta ante el estado.

Convivir a lo bien es asunto de todos.

La familia Rionegro recuerda las buenas relaciones afectivas que tenían entre ellos cuando el paciente vivía allí, una familia donde la comunicación era uno de los pilares fundamentales para la convivencia teniendo presente que esta les permitía transmitir ideas, pensamientos, sentimientos y emociones entre sí, evidenciándose la utilización de los canales de comunicación como el diálogo entre los subsistemas parental y fraternal, era una familia con autoridad democrática en la cual cada uno de los miembros de ella tenía voz y voto frente a las decisiones que debían tomar, una familia con normas y límites claros, era una familia ejemplar, con unos lazos de unión evidentes para ellos y para los demás.

... “Cuando él nace empieza con diferentes problemas y enfermedades, en ese momento solo estaba su hermano mayor, quien al igual que nosotros lo recibió con felicidad, nuestra familia siempre ha sido unida, nosotros hablamos y conversamos acerca de los acontecimientos que le ocurren a cada uno, nuestra relación con nuestros hijos siempre fue de entendimiento, y con él mucho más ya que sabemos que debemos apoyarlo y acompañarlo y en muchas ocasiones sacrificar muchas cosas para poder que tenga una buena atención en los diferentes hospitales a los que lo hemos llevado”... (Madre, E1, F1).

Cuando el paciente ingresa al Hospital como hospitalizado e institucionalizado, las relaciones que tenía la familia anteriormente permanecen, es una familia con un alto grado de comunicación, prima el dialogo como parte esencial en su vida diaria porque les permite concretar ideas, opiniones, decisiones tanto para la vida de ellos como familia como para la vida de cada uno y así mismo para la del paciente, sin embargo en cuanto a las normas y los límites que se establecían anteriormente se logran evidenciar que estos se desdibujan para el paciente debido a la poca aceptación que tiene en cuanto a ellos, situación causada por la enfermedad que posee actualmente, donde los comportamientos del paciente cambian y no reconoce la figura de autoridad, no obstante la familia se ha caracterizado por tener un alto grado de aceptación de la enfermedad, hospitalización e institucionalización del paciente, comprendiendo que los comportamientos, emociones y pensamientos de él tienden a cambiar durante su enfermedad y su proceso, pero considerando que esto mismo los fortalece como familia para salir adelante, porque aprenden a convivir, todos crecen a nivel personal juntos como familia, tienen presente que cada uno desde su saber y su hacer aporta en este proceso y apoyan incondicionalmente al paciente:

... “Nosotros somos una familia muy unida y todos lo queremos mucho”... (Madre, E1, F1).

En la familia la afectividad y las muestras de amor son uno de los pilares fundamentales en la institucionalización y hospitalización del paciente, estos les permiten afrontar este proceso de una manera más sutil y a reconfortar sus relaciones familiares, adicional el paciente al sentir esa afectividad muestra su felicidad y reconoce en esos detalles el apoyo que su familia le brinda como persona, pero sobre todo como hijo, hermano, tío y cuñado.

...“La nieta, la pequeña nos da muchas fuerzas y lo quiere mucho a él y él a ella, se evidencia cuando la ve”... (Madre, E1, F1)

Las relaciones de la familia Rionegro a lo largo de los años han estado fundamentadas en sus creencias ya que tienen un gran arraigo en cuanto a ellas, considerándolas parte fundamental durante toda su vida y más aún en el proceso de hospitalización e institucionalización que vivencian con el paciente.

En esta categoría se encontró una tendencia que pone en evidencia la unión y el movimiento del grupo familiar:

La fe: el mejor regalo

La familia Rionegro manifiesta con agrado y felicidad lo que ha significado para ellos su religión, en la cual han permanecido a lo largo de la vida, la misma les ha permitido fortalecer esos vínculos afectivos que tienen:

... “Pues en lo primero que nos hemos apoyado es en nuestras creencias, ósea en Jehová nuestro padre y en nuestra comunidad religiosa que nos ha ayudado a permanecer unidos y luchando por lo mejor para todos, y también nos apoyamos en muchas instituciones de hospitales y hogares durante todo el proceso”... (Madre, E1, F1).

A partir de esta premisa es importante mencionar el papel que juegan las creencias en las personas, considerando que es un estilo de vida, una opción de vida, donde cada uno como ser humano defiende sus ideas, pensamientos y cosmovisiones que tiene del mundo.

Responsabilidad en tus manos, responsabilidad en nuestras manos.

Partimos de mencionar que en cualquier grupo familiar cada integrante siente, concibe, sabe que es importante allí, que como todos los demás miembros necesita el cuidado, amor, apoyo y el entendimiento de su familia, en ese sentido es importante mencionar la responsabilidad que la familia debe tener con el paciente, teniendo presente que la enfermedad mental que posee es parte de su vida y que en el diario vivir se verá reflejada en sus comportamientos, en la forma en como expresa sus ideas, pensamientos, emociones y sentimientos con los demás.

Esta categoría da cuenta de las responsabilidades de la familia que se van construyendo a lo largo de la vida y que cada uno de los integrantes ha asumido dentro del hogar lo que ha posibilitado la buena relación y la satisfacción familiar de cada uno de ellos.

Partimos por mencionar que al padre del paciente se le ha atribuido la mayor parte de sus responsabilidades en cuanto a la economía, considerando que es la persona que sustenta los gastos dentro del hogar y así mismo los del paciente:

... *“El papá es más el que da todo el dinero que se necesita para poder comprar lo que llevo a las visitas” ... (Madre, E1, F1)*

La madre tiene la responsabilidad de ser la cuidadora permanente del paciente ya que es la persona que se ha mostrado más comprensiva, preocupada por estar al tanto de todo lo que ocurre con el paciente y ha sido un gran apoyo para él y para el proceso que se lleva a cabo:

... *“Emm yo he sido la que más he estado comprometida con él, pues soy la que puedo ir a visitarlo y a compartir con él y estar pendiente de todas sus cosas personales” ... (Madre, E1, F1)*

El hermano del paciente está comprometido con el sustento de su hogar y también ayuda con el sustento del hogar de los padres y con lo que el paciente requiera, se puede observar en este apartado que los pensamientos que tiene el hermano del paciente en torno a la corresponsabilidad familiar giran en torno al apoyo netamente económico, es importante destacar que es un pilar fundamental en el proceso, pero no se puede dejarse de lado el acompañamiento y los cuidados que requiere como persona, la hermana, por su parte está encargada de los quehaceres del hogar junto con su madre y manifiesta no tiene recursos económicos para ir a visitar el paciente.

...“Los hermanos son una ayuda importante porque son un apoyo para nosotros dos” ... (Madre, E1, F1)

En cuanto a la corresponsabilidad que han adquirido con el paciente se evidencia un distanciamiento prolongado por parte de ambos manifestado en el poco acompañamiento que se le ha brindado al mismo en el proceso de hospitalización e institucionalización por el que ha pasado el mismo se observa este distanciamiento se da debido a las ocupaciones que poseen tanto la hermana como el hermano del paciente y la poca facilidad que tienen para desplazarse hasta el sitio donde se encuentra hospitalizado, lo que conlleva a que los padres asuman completamente el rol de cuidadores.

Sin embargo, teniendo en cuenta que los padres se encuentran en el ciclo vital de jubilación, la familia ha trabajado conjuntamente para fortalecer estas responsabilidades, y comprender que deben tener una equitativa responsabilidad en cuanto al cuidado y atención del paciente, teniendo en cuenta que la familia es el escenario principal en el cual se comparten emociones, pensamientos, sentimientos, entre otros y el apoyo principal del paciente está en ella.

...“La idea es que yo deje de trabajar tanto y lo visite más seguido” ... (Hermano, E1, F1)

Los trabajos se han realizado en compañía del equipo psicosocial del Hospital Mental de Antioquia, quienes han desarrollado una serie de actividades de reflexión y concientización con las que ha logrado que la familia tenga un mayor empoderamiento de su rol como cuidadora del paciente y adquiera cada uno las responsabilidades de una manera equitativa propendiendo porque haya un alto grado de corresponsabilidad familiar.

4.2.Familia Medellín

La familia Medellín es de tipología nuclear de tamaño mediano, está conformada por los padres del paciente, tres hermanas, un sobrino, cuatro sobrinas y el paciente, la familia se encuentra en la etapa de jubilación de los padres teniendo en cuenta que son personas que se encuentran en la tercera edad.

Es una familia de estrato socioeconómico medio, donde el proveedor económico actual es el padre, el cual trabajó como radio operador del aeropuerto Olaya Herrera de donde hoy en día es pensionado, sin embargo, en el momento tiene una enfermedad llamada demencia froto temporal.

La madre por su parte se ha dedicado siempre al cuidado del hogar y de los hijos propendiendo por el bienestar de cada uno de ellos, ella es la cuidadora permanente tanto del padre que está permanentemente en su casa, como del paciente que esta institucionalizado estando pendiente de los procesos que se llevan a cabo con cada uno de ellos.

La hermana de 49 años es abogada, actualmente trabaja en una institución pública, ella ayuda económicamente a los padres para el sustento de los gastos del hogar y del paciente.

La hermana de 51 años es ama de casa casada y tiene un hijo de 18 años y dos hijas de 21 y 25 años, los cuales estudian y trabajan para ayudar a sus padres con los gastos familiares, y la hermana de 53 años es casada y ama de casa, ella tiene dos hijas de 17 y 29 años, siendo esta última la sobrina que tiene mejor relación con el paciente.

El paciente es el menor de cuatro hijos, antes de estar institucionalizado vivían los padres y él, y las hermanas con sus esposos e hijos; la hermana que mejor vínculo y acompañamiento ha tenido con el paciente es la de 49 años, ya que apoya a la madre en los desplazamientos y económicamente para que ella pueda cumplir con su rol de cuidadora, en ocasiones ella también va al hospital a acompañar a su hermano, comprendiendo que es un miembro importante en su familia y siendo consiente que este proceso de institucionalización se debe llevar de manera conjunta.

En cuanto a la vida del paciente, en el embarazo su madre tuvo una amenaza de aborto, sin embargo, la llevaron a la clínica y comenzaron un tratamiento para que el niño naciera sano, fue un parto espontáneo y nació con un hematoma en la parte derecha del cerebro, se le aplican paños y se desaparece el hematoma.

En la niñez el paciente era muy inquieto y empieza a caminar a los 9 meses, su madre salía con él a hacer las vueltas personales y de la casa porque nadie deseaba cuidarlo, luego lo ingresó a una guardería del ICBF donde le manifestaron que tenía mucha fuerza y mucha inquietud motora.

En esa guardería comienza a convulsionar, pero es atendido en el hospital infantil donde lo medican y controlan, para que luego ingrese a la primaria en la institución José María Bernal en donde hubo un rechazo por parte de las profesoras al momento de escoger los alumnos, pues nadie quería quedarse con él por su condición.

A los 12 años comienza con la enfermedad (Gilles de la Tourette) pero no sabían todavía que era esta enfermedad, y lo ingresan al liceo antioqueño a estudiar el bachillerato y al grupo scout para que complementara el tiempo libre que tenía, en esos momentos comenzaron a consultar por sus conductas extrañas como: decir palabras soeces sin terminalas, ejemplo “la chimmm”, “hijue”, “mari”.

Además, tenía tips como el masturbatorio y el movimiento de cabeza y de hombros, también hacia gritos por las noches de palabras en inglés, sonidos de animales y la palabra “tennnn” como un grito involuntario que despertaba a sus hermanas y a los padres, a él le gustaba golpear los zapatos en las puntas y masticar chicles todo el día e imitar las personas que veía.

... “Después un psiquiatra lo remite donde el neurólogo en donde le hacen un staff y allí entregan el diagnostico oficial de (Gilles de la Tourette) y lo cambian a un colegio en Itagüí” ... (Madre, E1, F2).

El padre solo actuaba como un proveedor porque él decía que “si él quería podía salir adelante” y entonces nunca lo apoyo como podía hacerlo, sin embargo, después de la jubilación si comienza a acompañarlo y a aceptar la enfermedad de su hijo.

El paciente estuvo en varias instituciones como Samein, Carisma, los Álamos, un hogar en Guarne, San Vicente de Paul, la clínica de la Ceja, tiempo después lo atienden de manera temporal en el Hospital Mental de Antioquia, donde la familia interpone una tutela para que lo tuvieran permanentemente en el HOMO como un paciente institucionalizado.

Dilemas de la familia.

... “Yo vivo para que mis dos bebés estén bien, ósea mi hijo y el papa pues los dos necesitan de mucho cuidado y aunque mi hijo no está aquí, yo estoy muy pendiente de sus necesidades y llamo todos los días al hospital” ... (Madre, E1, F2)

La familia Medellín recuerda con nostalgia los buenos vínculos afectivos que tenían entre ellos cuando el paciente convivía allí, una familia unida en la cual primaba el respeto por cada una de las personas que la componían, donde el padre ejercía la autoridad, una familia con unas normas y unos límites establecidos en el hogar los cuales cumplían a cabalidad; estos tenían que ver con los horarios de salida y de entrada a la casa desde que eran unos niños, también se observa que esta familia tenía tradiciones muy claras como celebrar juntos los cumpleaños de los padres y los hermanos en la casa materna, también era una tradición la celebración de las navidades y la semana santa para la integración de los subsistemas fraternal y parental.

Cuando el paciente ingresa al Homo como institucionalizado, las relaciones que tenía la familia anteriormente tienden a cambiar, evidenciándose una comunicación bloqueada ya que entre el sistema parentofamiliar se dan silencios prolongados, debido a los difíciles momentos que atraviesa la familia por la enfermedad e institucionalización del paciente y a la enfermedad de su padre, estos silencios representan la tristeza y la no aceptación en el cambio de las dinámicas familiares que tenían ellos anteriormente, en lo que corresponde a los límites y las normas estas se desdibujan completamente y la figura de autoridad cambia, pasando a ser ejercida por la madre quien es la que influye en las decisiones familiares.

En esta categoría se encontró una tendencia que pone en evidencia el movimiento del grupo familiar:

La tristeza no la curaremos con más tristeza.

Para la familia Medellín fue muy difícil asimilar la situación que vivieron cuando institucionalizaron al paciente, pero también cuando su papá fue diagnosticado con la enfermedad, suceso que no se esperaban, sin embargo, a pesar de las adversidades que vivieron logran luchar día a día por vivir este proceso juntos y adquiriendo una mayor responsabilidad.

*... “Lo que debemos hacer es apoyarlos a los dos, hay que entender que son nuestros familiares” ...
(Hermana, E1, F2)*

Compartamos nuestras responsabilidades.

En la familia Medellín se reconoce a la madre como la principal responsable en el cuidado del paciente puesto que es la persona con quien el paciente tiene más afinidad, considerando que para el paciente es un apoyo fundamental en su proceso:

... “Yo siempre he sido la que he estado a cargo de él y en permanente contacto con los médicos, psiquiatras, enfermeros, trabajadoras sociales o el que tenga que contactar para saber que me le están dando una buena atención; el padre no puede en estos momentos por su enfermedad tan avanzada, sin embargo, cuando él estaba aliviado si estaba muy pendiente de él y lo visitaba conmigo y las hermanas” ... (Madre, E1, F2)

En cuanto al padre, se observaba desempeñaba un buen nivel de corresponsabilidad en donde él tenía presente repartir equitativamente las responsabilidades en cuanto a los cuidados y la atención del paciente, considerando que no solo la madre era la que debía afrontar este proceso, sino toda la familia en general, sin embargo, debido a la enfermedad por la que ha estado atravesando en el momento se le ha hecho imposible ser partícipe de este proceso, ocasionándole un sin sabor, porque es consciente de que tenía la capacidad de afrontar este proceso.

Las hermanas del paciente han demostrado ser una adecuada red de apoyo para la madre, la cual es la cuidadora permanente del paciente desde su nacimiento, durante sus diferentes hospitalizaciones en clínicas e instituciones y hasta el proceso de institucionalización en el HOMO la han acompañado de una manera responsable, porque aunque por sus labores diarias no pueden asistir todos los días al hospital, su acompañamiento, apoyo económico y comprensión para con los padres y el paciente ha estado fundamentada en que todos somos iguales y merecemos tener una vida digna.

...*“Hemos asumido como familia un compromiso de ayudar al paciente en todo lo que nos ha necesitado, además nos hemos adaptado en nuestro ritmo de vida. (Hermana, E1, F2).*

En esta categoría se encontró una tendencia que nos muestra las formas de organización del grupo familiar:

Adaptarnos: un plan de vida.

La familia Medellín a lo largo de la hospitalización e institucionalización del paciente ha decidido incorporarse en conjunto a este proceso, el acompañamiento y la manera como los diferentes integrantes asumen una postura ética, en la cual hay valores presentes como la comprensión, el apoyo mutuo, el respeto y sobre todo la responsabilidad que cada uno tiene, ha permitido que en sus formas de organización y distribución cada uno tenga presente que aporta desde su sentir, pensar y actuar al proceso que se lleva en común unión con el paciente.

...*“Hemos querido vivir este modo de vida con él para que no se sienta solo o abandonado nunca en los procesos en los que ha estado”... (Hermana, E1, F2).* La familia Medellín vive de acuerdo al modo de vida del paciente teniendo en cuenta que la compañía, cuidado, amor y responsabilidad que ellos tienen para con él debe empezar y demostrarse desde casa hasta el hospital y tienen

presente que no sólo lo económico es un factor importante en el proceso, sino también lo motivacional, sentimental y vivencial, y esto lo demuestran al ver al paciente como un ser especial en sus vidas.

4.3.Familia Marinilla

La familia Marinilla es de tipología nuclear de gran tamaño conformada por los padres del paciente, tres hermanos, dos hermanas del paciente, tres sobrinas, dos sobrinos y el paciente, es una familia en etapa del ciclo vital de jubilación.

La familia pertenece a un estrato socioeconómico medio, donde el padre del paciente es el principal proveedor económico, él es pensionado y trabajo como conductor durante 40 años, en la actualidad se encuentra dedicado al cuidado de las dos hijas que tienen una enfermedad mental leve, un hijo y el paciente que se encuentra institucionalizado en el Homo.

La madre es ama de casa y al igual que el padre del paciente está al cuidado de sus dos hijas, su hijo y el paciente que tienen enfermedades mentales, este rol de cuidadores activos lo han asumido desde que el paciente esta institucionalizado en el Hospital Mental de Antioquia, teniendo presente que es un proceso que requiere de un alto grado de responsabilidad, ayuda mutua y comprensión.

El hermano mayor de 53 años es comerciante en el municipio de Marinilla, actualmente vive con sus padres y les ayuda a sustentar los gastos en el hogar y los gastos que tengan con el paciente.

La hermana de 50 años es casada, vive con su esposo y actualmente es ama de casa, tiene dos hijos de 11 y 23 años y una hija de 23 años de edad los cuales estudian en el colegio y en la universidad, además tiene dos nietos de 1 y 5 años, ella es la persona que está al pendiente de ellos.

La hermana de 49 años esta diagnosticada con retardo mental severo, de la misma forma que los hermanos de 45 y 33 años, los cuales son funcionales y trabajan haciendo mandado en la plaza de mercado del municipio de Marinilla, siendo conscientes de que pueden aportar desde sus capacidades como persona.

El paciente es el tercer hijo de seis hermanos por línea materna y paterna, como se mencionó anteriormente las hijas, el hijo y el paciente sufren enfermedades mentales, evidenciándose así que es una enfermedad hereditaria.

En cuanto al paciente y su vida, nace en 1968, en el hospital San Vicente de Paul, manifiesta la madre que en el embarazo se pasó por mucha hambre y muchas necesidades, después a los 5 años de edad lo diagnostican con meningitis, posteriormente se enferma de bronconeumonía y lo llevan a cuidados especiales por varios días porque se bronco aspiraba. Después lo llevan al HOMO y le abren la historia clínica.

Cuando era niño maltrataba físicamente a la madre y los hermanos, después cuando tenía entre los 20 y 30 años comenzó a tomar licor y se escapaba para la plaza de mercado a cargar bultos para que le dieran cualquier plata y con eso compraba cervezas o aguardiente y se embriagaba hasta quedarse dormido y lo llevaban a la madre.

... “Luego se instaura una tutela en el año 2013 para poder tenerlo institucionalizado en el HOMO y esto se dio después que estuvo en un hogar en la Ceja y en donde le pegaba al papá y se empezó a rasgar la ropa cuando le daba rabia, le decían “el hombre increíble” ... (Madre, E1, F2)

Relacionémonos positivamente.

La familia Marinilla recuerda tenían una relación afectiva representada en las demostraciones de amor tanto de hijos como de padres, sin embargo, en ocasiones los hermanos del paciente tendían a generar conflictos con él debido a sus comportamientos, porque había un choque de relaciones ya que 3 de los hermanos del paciente también tenían una enfermedad mental lo que generaba muy poco entendimiento de cada una de las partes, sin embargo, tenían una muy buena comunicación entre ellos y consideraban el dialogo era un pilar fundamental para la resolución de conflictos y toma de decisiones mancomunadamente, la figura de autoridad ejercida por el padre era la base fundamental para la convivencia familiar.

Cuando el paciente ingresa al Homo como institucionalizado, las relaciones que tenía la familia anteriormente tienden a fortalecerse, observándose una comunicación mucho más abierta, unas relaciones más estrechas entre el paciente y sus hermanos:

...“Los hermanos también lo quieren mucho y disfrutan mucho cuando van al hospital mental o cuando lo dejen venir a la casa”... (Madre, E1, F3)

La convivencia familiar se solidifica observándose el acompañamiento, apoyo mutuo y comprensión de la familia tanto para con ellos mismos como para con el paciente.

Es importante resaltar las relaciones y los vínculos que se establecieron entre el subsistema fraternal, ya que de acuerdo a los diferentes aportes realizados desde los actores, no había una empatía entre cada uno de los hermanos, lo que ocasionaba discordias en muchas ocasiones, provocándoles conflictos al interior del subsistema, sin embargo, luego de este proceso de institucionalización las relaciones se han consolidado y han optado cada uno por entregar lo mejor de sí aportando desde lo que puede ser y hacer.

Mi responsabilidad, tú responsabilidad.

La familia Marinilla reconoce cuales son las responsabilidades que cada uno de los integrantes tiene dentro del hogar lo que ha posibilitado la buena relación y la satisfacción familiar de cada uno de ellos, el padre junto con la madre han sido los cuidadores permanentes del paciente ya que son las personas que se han mostrado más comprensivas y preocupadas por estar al tanto de todo lo que ocurre con el paciente y han sido un gran apoyo para él:

... “Yo siempre he sido la que he bregado con ellos y en especial con él, y es mucho lo que he tenido que voltear en los hospitales para que me ayuden y lo puedan atender, y el papá es el que nos da los pasajes y con que tomarnos un tinto o un almuerzo pobremente” ... (Madre, E1, F3)

En cuanto a la corresponsabilidad que han adquirido los hermanos con el paciente aunque tienen una muy buena relación se observa un distanciamiento prolongado manifestado en el poco acompañamiento que se le ha brindado al mismo en el proceso de hospitalización e institucionalización por el que ha pasado, se evidencia este distanciamiento se da debido a las ocupaciones que poseen, lo que conlleva a que los padres asuman completamente el rol de cuidadores.

... “Muchas veces ellos no pueden ir, se mantienen muy ocupados” ... (Madre, E1, F3)

La madre del paciente es una persona con un alto grado de responsabilidad en el proceso que se lleva a cabo con su hijo, sin embargo, aunque es consciente de que él se encuentra vinculado a este programa en el hospital, el cual se hace posible debido a las luchas que se ejercieron en acuerdos realizados por medio de acciones de tutela, también manifiesta es posible que el paciente sea dado de alta y pueda volver a su casa, ella toma conciencia y expresa su disposición para cuidar a su hijo

en este caso, manifestando así el compromiso, empoderamiento y responsabilidad que ha adquirido con el proceso del paciente y con su vida:

...“Pensar en que él no puede estar toda la vida en el hospital, pero si los psiquiatras nos ayudan lo podemos tener en la casa con los medicamentos nuevamente y controlado, siempre y cuando no se irrite como lo hace cuando sufre su crisis”... (Madre, E1, F3).

Los padres han asumido la corresponsabilidad mutuamente teniendo presente que el paciente es su hijo y ante todo prima el amor que tienen para él y esto se evidencia en el empeño que demuestran para ayudarlo día a día a sobrellevar este proceso de una manera más amena y tranquila, siendo conscientes que si el paciente vuelve a su casa en algún momento ese apoyo y amor seguirá intacto, por otro lado, es importante que los hermanos reflexionen acerca de este proceso de hospitalización e institucionalización y tengan presente que él es un miembro más en su familia y merece el apoyo, amor y comprensión que requiere.

4.4.Familia Guarne

La familia Guarne es de tipología monoparental conformada por la paciente, cuatro hijas, un hijo, cuatro sobrinas y un sobrino, es una familia con jefatura femenina, en etapa del ciclo vital de emancipación de los hijos.

La familia pertenece a un estrato socioeconómico medio, donde el proveedor económico en el momento ha estado representado por el esposo de la hija mayor de la paciente, quien es la cuidadora ya que la apoya y comprende en todo momento, ella también está al cuidado de su hogar y familia.

El hijo es trabajador independiente, vive en el municipio de Guarne solo, sin embargo no aporta económicamente para sustentar los gastos de su madre.

Las hijas menores están al cuidado de cada uno de sus hogares, ellas en el momento no se encuentran al cuidado ni pendientes de su madre.

En cuanto a la vida de la paciente fue una mujer que ayudaba a sus hermanas y las cuidaba, luego se casó y conformo un hogar en donde nacieron 6 hijos, de los cuales viven 5 en la actualidad, después comienza con episodios de depresión cuando muere su padre y es llevada al instituto neurológico de Antioquia en donde comienza un tratamiento psiquiátrico y le diagnostican la enfermedad de Huntington, manifestado con unas prácticas extrañas como tirar la comida y ponerse a la lavar todo lo que encuentra en la casa.

Posteriormente comienza a intentar suicidarse con pastillas, ahorcándose, hiriéndose con cuchillos y escapándose de la casa por días enteros sin saber nada de su paradero, además se tiraba por las ventanas que no tenían rejas y se auto maltrataba, después comienza a perder el habla y algunos recuerdos que eran importantes para la familia, “ya no se acuerda de muchos”.

En la familia se han observado antecedentes de enfermedad mental, la hija y una tía también estaban internadas en el HOMO.

...“Después se decide hacer un derecho de petición y luego una acción de tutela para que ella estuviera en el HOMO internada permanentemente”... (Familia, E1, F4)

Rupturas en la vida familiar.

La familia Guarne recuerda con nostalgia los buenos momentos que vivieron juntos, vínculos afectivos estrechos representados en demostraciones de amor que tenían entre ellos cuando la

paciente convivía allí, una familia unida en la cual todos trabajaban en común unión para apoyarse mutuamente, aconsejarse en los momentos difíciles por los que pasaran, donde la comprensión y el respeto primaba como valores fundamentales para la sana convivencia y la permanencia del grupo familiar, donde la madre ejercía la autoridad de manera democrática sustentada en que para que se dé un buen funcionamiento familiar hay que reconocer las ideas, capacidades, pensamientos y sentimientos que manifiesta cada persona.

...“Para mis hermanos, mi mamá era el ser más especial, eran muy comprometidos con ella que es la madre, considerando que dedico mucho tiempo a la crianza y a los cuidados de cada uno de nosotros”... (Hija, E1, F4).

Cuando la paciente ingresa al Homo como institucionalizada, las relaciones que tenía la familia anteriormente cambian completamente, esto debido a que la paciente era la que asumía la jefatura en el hogar y en la familia, se evidencia entonces una familia conflictiva, sin normas ni límites establecidos y claros, disolución de la familia donde cada uno de los hijos decide tomar un nuevo camino, evidenciándose así una ruptura entre el subsistema fraternal y de ese mismo subsistema fraternal con la madre, desentendiéndose completamente de ella:

...“Mis hermanos parece que se olvidaron de ella y de todo lo que les dio, y que por ella somos unas personas de bien hoy en día”... (Hija, E1, F4).

Ser Familia, Nuestra Responsabilidad.

La familia Guarne no reconoce cuales son las responsabilidades que tiene cada uno para con la paciente, pues a la hija mayor de la paciente se le atribuyó toda la responsabilidad en cuanto a los cuidados, acompañamiento y apoyo de la paciente:

... *“Yo he asumido grandes compromisos con ella, y lo hago de corazón y con todo el amor del mundo porque ella es mi madre y yo siempre le he ayudado para todo, así sea cuando era pequeña que le ayudaba a cuidar mis hermanas y hermanos o para ayudar en la casa” ... (Hija, E1, F4).*

En cuanto a la corresponsabilidad que han adquirido los hijos con la paciente se evidencia un distanciamiento prolongado por parte los hijos, exceptuando la hija mayor, este hecho esta manifestado en el poco apoyo familiar que le brindaron a su madre en este proceso de hospitalización e institucionalización, porque una vez institucionalizaron la paciente, los hijos se distanciaron de ella hasta llegar al abandono total, lo que conlleva a que la hija mayor asuma completamente el rol de cuidadora.

En esta categoría se encontró una tendencia que pone en evidencia la disolución del grupo familiar:

La distancia en nuestras vidas.

Cuando la paciente es institucionalizada, los hijos toman distancia y se comienzan a alejar, ubicándose en diferentes lugares del municipio, ellos deciden rehacer su propia vida, donde no hay cabida para su madre a pesar de haberles brindado el cuidado y amor que requerían a pesar de lo largo de la vida, su distanciamiento es prolongado, llegando a tal punto de que no reconocen a la paciente como su madre, en lo económico, siendo un factor importante en este proceso, los hijos no tomaron una postura reflexiva teniendo en cuenta que su madre necesitaba el cuidado y el apoyo de ellos, y también necesitaba de dinero para sobrevivir en el hospital.

... *“Yo pienso que aún no lo han aceptado mis hermanos, a pesar de que otra hermana mía tiene el mismo diagnostico pero no se ha manifestado como a mi madre, esto lo digo porque ellos no llaman a preguntar por mi mamá y han estado muy alejados de ella en cuanto al afecto que ella*

necesita y en cuanto a lo económico pues a mí me queda muy difícil pagar todo lo que ella requiere y soy yo sola para todo” ... (Hija, E1, F,4).

En la familia la corresponsabilidad es asumida únicamente por la hija mayor de la paciente, ella, como se mencionó anteriormente es la cuidadora de su madre, en la familia es importante que los otros hijos de la paciente así como sus demás familiares reflexionen acerca de los comportamientos que están teniendo con ella y a partir de allí sean conscientes de que la paciente requiere de cuidados, comprensión, amor, apoyo y de su familia para llevar este proceso de hospitalización e institucionalización de la mejor manera.

4.5.Familia Envigado

Familia pequeña de tipología monoparental conformada por la madre del paciente, una hermana, un hermano y cuatro sobrinos del paciente, la familia está en etapa del ciclo vital jubilación y muerte.

La familia es de estrato socioeconómico medio, la madre es ama de casa, es la quien sustenta la económica familiar proviniendo sus gastos de la pensión de su esposo fallecido, ella es la cuidadora permanente del paciente que está hospitalizado e institucionalizado en el Homo, la madre del paciente en la actualidad tiene varias enfermedades como diabetes, hipertensión y movilidad reducida por su edad, además quedo viuda hace tres años.

El hijo mayor es administrador de empresas y gerente de una empresa en Medellín, él ayuda en los gastos del paciente.

La hermana del paciente trabaja como coordinadora de una marca de cosméticos, es quien ayuda con los gastos el hogar y con los del paciente.

El paciente es el primer hijo de tres hermanos por línea materna y paterna, desde los 6 años ha estado institucionalizado en diferentes hospitales e instituciones públicas y privadas en donde ha permanecido de manera continua con el apoyo de la madre.

Nace en 1963 y desde que nació la familia comienza a notar que tenía comportamientos extraños y poco comunes; por eso lo llevan a la clínica para revisiones, les dicen que es diagnosticado con retardo mental severo y que deben tener un sin número de cuidados, desde ese momento lo llevaron a la institución los Álamos y después a varias instituciones en donde han estado con él y lo han cuidado.

A los 39 años lo operan de una hernia y lo dejan con la herida abierta, lo que hace que en el tema del aseo por ejemplo sea muy difícil porque le duele.

Hace dos años esta institucionalizado en el Homo por una tutela que la hermana coloca para que el paciente estuviera en ese hospital ya que no les quedaba fácil pagar una institución privada por la muerte del padre hace 2 años.

Ser familia: una constante interacción.

La familia Envigado recuerda con agrado las buenas relaciones que tejieron a lo largo de la vida, aunque el paciente no ha permanecido allí porque ha estado institucionalizado en varias instituciones era una familia respetuosa, donde el padre ejercía la autoridad, una familia con unas normas y unos límites establecidos en el hogar los cuales cumplían a cabalidad, era una familia con buenas relaciones interpersonales, afectivas donde la comunicación era primordial; se tenía en

cuenta la palabra del otro, las opiniones, percepciones, ideas, sentimientos y emociones considerando que cada uno desde su pensar o saber aportaba algo para el fortalecimiento como grupo familiar.

... “Nuestra familia siempre ha sido muy amorosa, mi esposo les enseñó lo bonita que era la vida si aprendíamos a convivir unidos y eso es lo que siempre hemos hecho, intentar convivir a pesar de las adversidades” ... (Madre, E1, F5).

Cuando el paciente ingresa al Homo como institucionalizado, las relaciones que tenía la familia anteriormente permanecen, debido a que ya habían pasado por este proceso en otras instituciones, brindándole así al paciente la confianza y el apoyo para que él pueda salir adelante y vivir este proceso de hospitalización e institucionalización en compañía de sus seres queridos. Tras la muerte del padre tiende a cambiar la figura de autoridad a la madre, quien toma este rol como una autoridad democrática.

Compartamos nuestra responsabilidad como familia.

La familia Envigado reconoce cuales son las responsabilidades que cada uno de los integrantes tiene dentro del hogar lo que ha posibilitado la buena relación y la satisfacción familiar de cada uno de ellos.

La madre tiene la responsabilidad de ser la cuidadora permanente del paciente ya que es la persona que se ha mostrado más comprensiva, preocupada por estar al tanto de todo lo que ocurre con el paciente y ha sido un gran apoyo para él:

... “Nosotros siempre hemos sido los que estamos pendientes de las necesidades de él, y también de visitarlo y consentirlo, ya que es como si fuera un bebé que responde con estímulos y cariños de la madre y de sus hermanos y sobrinos” ... (Madre, E1, F5)

En cuanto a la corresponsabilidad que ha adquirido el hermano con el paciente se evidencia un distanciamiento prolongado debido a las diferentes ocupaciones que tiene, evidenciándose así la falta de interés y apoyo familiar, lo que conlleva a que la madre asuma completamente el rol de cuidadora.

... “Los compromisos no son tanto míos como mamá, porque yo llevo 52 años al pendiente de mi hijo, más bien sería motivar a su hermano mayor y los sobrinos, porque ellos pasan meses sin visitarlo en el hospital” ... (Madre, E1, F5)

Sin embargo, teniendo en cuenta que la madre se encuentran en el ciclo vital de jubilación y muerte, la familia ha trabajado para fortalecer estas responsabilidades, y comprender que deben tener una equitativa responsabilidad en cuanto al cuidado y atención del paciente teniendo en cuenta que la familia es el escenario fundamental y el apoyo principal del paciente.

4.6.Familia Bello

Familia de tamaño pequeña conformada por la madre del paciente, la hermana del paciente, dos hermanos, una sobrina, dos sobrinos y el paciente, de tipología monoparental con jefatura femenina en el ciclo vital de escolaridad de los hijos.

Es una familia de un estrato socioeconómico medio-bajo, donde la madre es la provedora económica, ella actualmente se desempeña en oficios varios hospitalarios, además es quien se desempeña como cuidadora permanente del paciente.

El padre biológico es separado de la madre del paciente, él trabaja como vigilante en una empresa y convive con su pareja sentimental, sin embargo ha estado al pendiente de los cuidados del paciente.

La hermana menor del paciente es estudiante y el hermano en la actualidad trabaja como oficial de construcción, además él es quien ayuda a su madre en el sustento del hogar.

El paciente a los 12 años comienza a consumir marihuana, cocaína, alcohol y por esto se pierde por días y llega con síntomas muy raros, al punto que, en una de esas salidas, llega violado y en otra ocasión le dieron escopolamina que lo deja con secuelas de por vida, con poca memoria, ya que no recuerda casi nada de los hechos que pasaron hace algunos días, sin embargo, la memoria del pasado si está intacta.

El diagnóstico es esquizofrenia y lo han tratado en el Hospital Mental desde que era adolescente y en el año 2005 ganaron una tutela y lo dejan en el hospital mental para que reciba el tratamiento de por vida.

Repensar la vida en familia.

La familia Bello era caracterizada por ser una familia con relaciones conflictivas debido a las crisis en las que el paciente agrede a los miembros que la conforman, lo que generó cierto temor en cada uno de ellos:

... “Él ha sido muy mal hermano, porque a todos dos y a mí que soy su madre, nos ha pegado y ha intentado matar” ... (Madre, E1, F6)

... “No es fácil no poder dormir porque creemos que se va a levantar y nos va a apuñalar o va incendiar la casa, es una situación muy difícil, pero gracias a Dios ya está en el mental y allá lo saben tratar para que no cometa un asesinato o no se mate el mismo” ... (Madre, E1, F6)

Además se demuestra que no tenían canales claros de comunicación ya que se comunican a través de silencios prolongados y en otras ocasiones por medio de insultos entre los mismos, sus

límites y normas no estaban establecidas de forma clara, lo cual generó que cada uno de los integrantes del grupo familiar estableciera sus propias normas y límites, generando así poca tolerancia y comprensión entre cada uno de ellos, ninguno de los miembros de la familia establecía el papel de autoridad.

... “Yo siempre les he dicho, cada uno verá que hace con su vida, yo simplemente los apoyo” ... (Madre, E1, F6).

Cuando el paciente ingresa al Homo como institucionalizado, las relaciones que tenía la familia anteriormente tienden a cambiar positivamente, evidenciándose la unión que ha establecido la familia con el fin de solventar los conflictos que han estado latentes en su vida familiar, se evidencia una comunicación más amena, una mayor comprensión de la familia del paciente para con él, donde día a día sus muestras de afecto hacia él le demuestran el apoyo, fiel acompañamiento y las ganas de salir adelante con él.

... “Desde que él está allá nosotros nos hemos unido más, nos hemos intentado comprender mejor como familia y lo estamos logrando, queremos ser una familia comprensiva para que él se sienta a gusto con nuestra compañía” ... (Madre, E1, F6)

Responsabilidad en tus manos, responsabilidad en nuestras manos.

El padre no convive con los hijos y la madre del paciente, sin embargo se evidencia la corresponsabilidad que ha tenido con el paciente, manifestándose la participación en el acompañamiento permanente al paciente, además se observa que la familia se moviliza de manera integrada para acompañar al paciente en el proceso de hospitalización e institucionalización.

... “Su hermano Juan es muy querido con él y ellos se entienden muy bien, yo creo que Juan podría hacerse cargo de su hermano y de la niña en caso de que yo me muera o este en la cama

enferma, y el papa también puede hacerse cargo de su hijo ya que lo visita tanto y esta tan pendiente de su enfermedad y de las cosas que él llega a necesitar”... (Madre, E1, F6).

5. DISCUSIÓN

El presente trabajo de grado en el cual se pretendía investigar cuales eran los cambios que surgen en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad de 6 familias con pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados del Hospital Mental de Antioquia durante el periodo 2015-2016, permitió dar respuesta al objetivo propuesto, y conocer las características y modos de vivir específicos que tienen las familias, a lo largo de la investigación se pudo observar las relaciones y diferencias que cada una de ellas tenía en cuanto a la corresponsabilidad que adquirirían con el paciente y como familia, los modos de relacionarse y cómo viven esa enfermedad mental con el paciente.

En la investigación se observaron las relaciones y las concomitancias encontradas en las familias de los pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados del HOMO, tratándose de seis familias con domicilios y estratos socioeconómicos diferentes que hacen que su experiencia se desarrolle de tal manera que los elementos que cada una de las familias posee como inventario, esto se refiere a sus creencias, sus gustos, sus relaciones, su idiosincrasia y la manera en que afrontan las dificultades, sean un factor importante para establecer la corresponsabilidad con los pacientes y los miembros que conforman cada familia.

De las seis familias se observa la familia Marinilla y Medellín son de tipología nuclear ya que están conformadas por dos generaciones, padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad, conviven bajo el mismo techo y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación. “La familia es dinámica en su composición, evolucionando con los vaivenes de su ciclo vital y con los cambios socio-culturales que la determinan” (Escartín, 1997, p. 174), dentro de las características de estas dos familias se observó tienen una buena capacidad económica, el proveedor económico es el padre y debido a esto asistir al hospital cuando lo deseen y dar al paciente todo lo que necesite para su sustento diario.

Por otro lado, tres de las familias son de tipología monoparental, según Escartín (1997):

La tipología monoparental ocurre cuando en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos (trabajo, cárcel, etc. de uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos y conviven; la relación de pareja que esto supone varía desde la cohabitación en fluctuaciones temporales, hasta vínculos volátiles (p.175).

A diferencia de las familias de tipología nuclear, estas familias han tenido dificultades económicas a lo largo del proceso de hospitalización del paciente, debido a que las proveedoras económicas han sido sus madres y no han contado con un empleo estable, presentándose en ocasiones dificultades para asistir al hospital o dar al paciente los implementos de aseo necesarios o alimentación.

Partiendo de la premisa de tipología familiar y situación económica, en la investigación se puede observar la relación que existe entre ellas ya que hay una falta de esa figura paterna y proveedor económico en la familia monoparental para una buena estabilidad económica a nivel familiar, las dos madres de los pacientes manifiestan que actualmente en el país existen pocas posibilidades para un empleo estable y esto mismo no les ha permitido vincularse al mercado laboral.

De los seis pacientes cinco son de género masculino y una de género femenino, de los cuales cinco cumplen con el rol de hijos y una paciente es madre y jefa de hogar, lo que nos indica que la corresponsabilidad para con los hijos es tomada por los padres, y para con la madre la adquirieron los hijos “la corresponsabilidad familiar se ve enmarcada por la distribución equitativa de las responsabilidades familiares percibida como justa por todos, facilitando el funcionamiento y la satisfacción familiar”.

La corresponsabilidad que las familias tienen con los pacientes institucionalizados se deriva de varias tareas que se hacen en el momento de la hospitalización del familiar que se encuentra en el

HOMO, estas tareas implican un desgaste físico, mental, emocional y económico que comienza a ser cada día más notorio y esta responsabilidad en ocasiones se delega en una sola persona que en la mayoría de las veces es la madre o el padre del paciente.

Cuidar implica muchas y variadas tareas de prestación de ayuda. Muchas de las actividades relacionadas con el cuidado requieren el desarrollo de determinadas habilidades que, en mayor o menor medida, han ido adquiriendo las personas cuidadoras. Aunque las áreas en las que se prestan cuidados y las tareas que implica dicha ayuda dependen de cada situación particular, muchas de estas tareas habituales son comunes a la mayoría de las situaciones de cuidado. A lo largo del día la persona cuidadora realiza diversas actividades de las que no es consciente y que por ello no valora, percibiendo tan solo que el tiempo transcurre sin saber en qué. Por otra parte, la tarea de cuidar afecta en muchas ocasiones a la vida de la persona cuidadora en diferentes planos, cambios en las relaciones familiares y sociales, en el trabajo y en la situación económica, en el tiempo libre, en la salud, en el estado de ánimo... etc. También cuidar a una persona, a pesar de las dificultades y la “dureza” de la situación, puede ser una experiencia satisfactoria para la persona cuidadora.

En el caso de los cuidadores de los pacientes institucionalizados en el HOMO, se puede observar que estos han tratado de integrar a los demás miembros de la familia en esta responsabilidad que debe ser compartida, pero que no han sido efectivos ya que ellos deben asumir otras responsabilidades que no les permiten contar con el tiempo necesario para realizar visitas al hospital o acompañar al cuidador principal del paciente; sin embargo se manifiestan de otras formas como lo son la ayuda económica que le dan a los cuidadores para la compra de elementos personales o del dinero que se necesita para los desplazamientos desde la vivienda hasta el hospital, también lo hacen al manifestarse por otros medios no presenciales como las comunicaciones

telefónicas o las cartas que envían con los cuidadores, demostrando de esta forma una manera de participar en el proceso de institucionalización.

La responsabilidad compartida se conoce como corresponsabilidad. Esto quiere decir que dicha responsabilidad es común a dos o más personas, quienes comparten una obligación o compromiso. Cuando se entiende que la obligación compete a más de un individuo, se habla de corresponsabilidad.

La corresponsabilidad es que todo lo que tengo y hago le afecta a los demás; y lo que los demás hacen, me afecta a mí. Es como el trabajo en equipo, si uno no trabaja a todo el equipo le va mal, esto ocurre en el Homo debido a la enfermedad mental por la que pasan cada uno de los pacientes hospitalizados e institucionalizados en donde cada uno de los familiares del paciente adquiere una responsabilidad donde son conscientes de que todo lo que realicen afecta o favorece en gran medida al paciente y que el trabajo en equipo para velar por una mejor calidad de vida para su familiar depende del aporte que cada uno de desde su sentir, pensar y hacer..

Es una actitud que refleja la forma de vivir en armonía con las personas que me rodean, si la práctico, podre conocer a personas que piensen como yo, o que tengan metas en común conmigo, y de esta manera, entre todos, poder sacar adelante los problemas que tengamos en la comunidad o grupo.

Es preciso mencionar que en 5 de las familias los cuidadores de estos pacientes son los padres con más de sesenta años en etapa de la vejez, la cual según Guerrini (2010):

Es entendida como una etapa distinta y la última en el desarrollo del ciclo de la vida. En esta etapa, ya los hijos son adultos, muchas veces se han casado, tienen hijos propios, y viven lejos de los padres y madres. Probablemente el esposo o esposa y varias amistades han fallecido. Algunas

personas pueden padecer un deterioro mental o físico por lo cual requieran institucionalización. Por estas circunstancias, la vejez muchas veces se distingue como una etapa sin funciones sociales o una fase que acorta la actividad social y la persona va alejándose de la sociedad o puede enfrentarse a un posible aislamiento social, en los padres de los pacientes se observan manifestaciones de desgaste físico y emocional por causa de los largos periodos en los que han estado a cargo de sus familiares con enfermedad mental (p.3).

Esto refiere un desgaste mental y además económico que afecta no solo la vida del paciente si no también la dinámica de la familia, ya que se deben adaptar a las necesidades que van surgiendo en la evolución del paciente que se encuentra institucionalizado. Este hecho es conocido como el síndrome del cuidador cansado, según el síndrome del cuidador cansado es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.

Estos cuidadores mayores de sesenta años también han manifestado el deseo de querer hacer un relevo generacional de las responsabilidades que asumieron como cuidadores principales desde que se enteraron de la enfermedad mental del familiar; sin embargo se observa que no existe un compromiso por parte de los familiares ya sea hermanos o hijos de los pacientes pues sus ocupaciones o compromisos familiares no les permiten ser constantes con la responsabilidad que deben compartir con el cuidador principal.

En la familia Guarne se observa anteriormente tenían una buena relación afectiva, pero las discordias y el distanciamiento aparecieron por parte de los hijos cuando su madre y a la vez jefa

de hogar fue diagnosticada con enfermedad mental considerando que ese proceso de hospitalización e institucionalización no les correspondía a ellos como pacientes sino solo a su hermana mayor porque era la que había mantenido una relación más estrecha con su madre, a los hijos de la paciente se les hizo difícil aceptar la enfermedad de su madre por eso optaron por no seguir viviendo en la misma casa donde vive su hermana mayor y vivía su madre.

Los diferentes roles y compromisos, asumidos por 5 de las familias de los pacientes institucionalizados en el proceso de hospitalización en el servicio de pensionados del Hospital Mental de Antioquia, se han delegado a los padres de los pacientes considerando que ellos son quienes pueden brindar un mayor acompañamiento al proceso que está viviendo, por su parte en los hermanos se evidencia el compromiso que tienen con él en el aspecto económico teniendo en cuenta que es un factor esencial para el proceso que vive el paciente como institucionalizado.

También se puede evidenciar que estas seis familias han tenido que pasar por situaciones difíciles a la hora de solicitar el derecho fundamental como lo es la atención en salud de sus familiares, ya que han pasado por diferentes instituciones de salud y de discapacidad para cumplir con el tratamiento y la medicación de los mismos. Esto los ha llevado a utilizar los mecanismos de protección de los derechos humanos representados en las instituciones del estado como los son las Personerías, las Procuradurías, la Defensoría del pueblo; las cuales tienen como función la defensa de los derechos fundamentales como lo es el derecho a la salud estipulados en la ley 1751 del 16 de febrero del 2015. Estos derechos se han reclamado a través de mecanismos como el derecho de petición, la tutela y hasta ordenes de desacato que han sido proferidas por jueces de la república buscando garantizar el derecho a la salud de estos pacientes (Congreso de Colombia, 2015).

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 menciona a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 25). Fue reconocida nuevamente como

derecho humano en 1966 en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 11.1) que describe el derecho a la salud como “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia. (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, párr. 5).

Por otra parte, es importante resaltar el tema de las creencias enfocándonos específicamente en la religión por parte de una de las familias ya que a comparación del resto de las familias ve en ella una parte fundamental en su vida y en el proceso que han llevado con el paciente, según Durkheim (s.f.):

La religión es “una cosa eminentemente social”, producto y más importante productora de la sociedad. Durkheim formula que los hombres al adorar a los dioses, están adorándose a sí mismos. No obstante, esa proyección- idealización se da en un contexto colectivo, social. Sin embargo, la religión no representa a la sociedad tal como es, sino de un modo ideal (párr. 6).

La familia Rionegro ve más allá de su religión un apoyo incondicional para ella la cual ha contribuido a llevar el proceso con el paciente de una manera más sutil, primando así el respeto por la palabra del otro, la valoración de cada idea o apreciación que tengan, entendiendo que son seres con pensamientos, sentimientos y formas de ver la vida desde su perspectiva o punto de vista, en el transcurrir del tiempo, la religión ha tomado un papel protagónico en el diario vivir de las personas porque esta les permite creer en que todas las cosas son posibles si se trabaja en unión constante, y así mismo la familia manifiesta que estos procesos de hospitalización e institucionalización del paciente han tenido una gran aceptación por parte de ellos porque lo que buscan es el bienestar y la tranquilidad del paciente y de ellos como familia y una parte de esto está en sus creencias, sin embargo, también se ha visto la poca aceptación que ha tenido esta práctica en algunos profesionales y empleados del hospital cometiendo actos discriminatorios en contra del

paciente y de su familia, dejando de lado el entendimiento a esa familia como seres en los que su creencia es parte fundamental de su vida.

Por otra parte, las familias Envigado, Bello, Marinilla, Guarne y Medellín se puede decir que no sienten tan importante la religión en este proceso a comparación de la familia Rionegro, sin embargo, es importante resaltar el respeto y el entendimiento que tienen las mismas con la familia Rionegro.

Contrastando la investigación realizada con la investigación **acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental**, se observa la gran similitud que hay en cuanto a esa poca responsabilidad y acompañamiento que ha adquirido la familia de los pacientes con enfermedad mental, evidenciándose en la mayoría de los integrantes de la familia ese desinterés y en ocasiones no aceptación de la enfermedad como parte tanto de la vida del paciente como de ellos como familiares y responsables de vivir en conjunto este proceso.

Para finalizar, a modo de sugerencia y partiendo de la investigación realizada se hace pertinente realizar investigaciones que den cuenta de temas como: el papel que juega la economía en las familias con pacientes institucionalizados y hospitalizados en el Homo, las influencias que tiene la religión y las creencias en la vida familiar de las familias con pacientes que padecen de enfermedad mental, las relaciones fraternales de los pacientes con enfermedad mental.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En estos tiempos donde la comunidad del conocimiento y la investigación científica, son considerados como la mejor opción para encontrar respuestas a las preguntas de investigación, y avanzar en la búsqueda del conocimiento con el fin de crear nuevas hipótesis a partir de problemas

sociales que se encuentran en diferentes contextos como la casa, el colegio, la iglesia, el hospital, o las calles de una ciudad; podemos afirmar que desde la profesión de Trabajo Social, se ha venido aportando en problemas sociales como la presente investigación la cual buscaba describir los cambios que surgen en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad de 6 familias con pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados del Hospital Mental de Antioquia ubicado en el municipio de Bello durante el periodo 2015 – 2016, y que a partir de estas se pudieran generar algunas reflexiones desde los hallazgos encontrados en esta investigación.

Partiendo de lo mencionado anteriormente se logra concluir que los principales resultados que se observaron en el proceso investigativo fue que de 5 de las 6 familias de los pacientes hospitalizados e institucionalizados en el Hospital Mental de Antioquia son grupos familiares que se caracterizan por su buen diálogo, la unión, el respeto mutuo y las muestras de afecto, valores que han permitido estrechar esas relaciones teniendo en cuenta que deben fortalecer día a día ese vínculo de familiaridad que se ha mantenido desde antes de que el paciente fuera institucionalizado hasta ahora, esto ha posibilitado que el proceso que se lleva a cabo con el paciente sea más ameno ya que también se destaca el apoyo mutuo entre ellos.

También se concluye que hay poca participación y responsabilidad compartida por parte de algunos miembros de las familias que en gran proporción son los hermanos y hermanas de los pacientes; estas conductas se dan generalmente por las diferentes ocupaciones que poseen que impiden la participación activa de las familias en el proceso de hospitalización e institucionalización del paciente.

Luego de conocer los cambios que surgen en las relaciones y en la corresponsabilidad de estas familias se puede observar lo necesario que se hace desde Trabajo Social plantear nuevas investigaciones y nuevas propuestas para fortalecer el vínculo familiar, considerando que la

familia es el principal escenario de socialización y afecto, pero también son quienes deben brindar un mayor apoyo y acompañamiento al paciente teniendo en cuenta que al igual que ellos es miembro de la familia y es una persona con un gran valor en ella, y aunque fue diagnosticado con enfermedad mental posee capacidades, habilidades, potencialidades y cualidades como las demás personas que se encuentran a su alrededor.

En lo que corresponde a la corresponsabilidad por parte de las familias se hace necesario realizar procesos de formación a ellas en torno a la corresponsabilidad que deben asumir con el paciente institucionalizado, teniendo en cuenta que es una persona que necesita cuidados, muestras de afecto y que aunque el factor económico juega un papel importante en el proceso, el acompañamiento y el compartir las responsabilidades es la base para que las familias se encuentren en común unión y se lleve un buen proceso con el paciente.

En esta medida es importante resaltar que el rol que cumple el profesional en Trabajo Social en el proceso de institucionalización de los pacientes hospitalizados en el HOMO, es fundamental en la medida de que cada el profesional potencia y es un ente para que cada miembro de la familia comience a asumir su rol a partir de la enfermedad de su familiar; y aportar en el proceso de hospitalización del paciente, teniendo presente que estos son agentes de cambio y a partir de la búsqueda de resolución de problemas en las relaciones individuales, familiares y grupales, el fortalecimiento en dichas relaciones, el desarrollo y potencial de cada uno, las personas y familias se nutran y enriquezcan sus vidas de aspectos positivos y se prevengas los distanciamientos y familiares.

BIBLIOGRAFÍA

Becerra, M.R. y Kennel, L.B. (2008). *Elementos básicos para el trabajo social en salud mental*. Argentina: Editorial Espacio.

Calderón, J. (2001). *Una mirada a la dinámica del proceso salud- enfermedad mental*. Manizales.

Escartín, M.J. (1997). *“Introducción al Trabajo Social II”*. España

Maganto, J.M., Bartau, I. y Etxeberria, J. (2003). *“La participación en el trabajo familiar: Un reto educativo y social”*.

Galeano, María Eumelia. (2001). *Estrategias de investigación social. En: Informe final del año sabático*. Medellín.

Palacios, J. y Rodrigo, M. J. (2001). *La familia como contexto de desarrollo humano*.

Silva, D. (2009). *Redes sociales en trabajo social*. Trabajo Social N.º 11.

Bogdan, S. y Taylor, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación social*. Barcelona.

CIBERGRAFÍA

Álvaro, J. (s.f.). *Salud mental*. Recuperado de:
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm

Congreso de la república de Colombia. (2008). *Ley 1251 de 2008*. Recuperado de:
http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm

Declaración universal de los derechos humanos. (1948). *Declaración universal de los derechos humanos* Recuperado de: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml

Durkheim, E. (s.f). *Análisis de las Religiones*. Recuperado de: <http://somostodosum.ig.com.br/stumes/imprimir.asp?id=8254>

Guerrini, M.E. (2010). *La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social*. Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf>

López, A. (2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012*. Recuperado de: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2015). *Resolución número 1378 de 2015*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201378%20de%202015.pdf

Organización mundial de la salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2010). *La financiación de los sistemas de salud el camino hacia la cobertura universal*. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%201%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2006). *Colaboremos por la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf

Prieto, A. (2002). *Salud Mental: Situación y Tendencia*. Recuperado de: <file:///C:/Users/NewPC/Downloads/18462-61679-1-PB.pdf>

Quintero, M.F. (2009). *Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud* Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>

Salaverry, O. (2012). *La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>

Tamayo, G. (s.f.). *La idea de locura: una perspectiva histórica del “desarreglo”*. Recuperado de: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revisitas_contenido/revista11/Laideadelocura.pdf

Tardy, M. (2007). *Concepto de salud según Talcott Parson*. Recuperado de: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_02.htm

ANEXOS

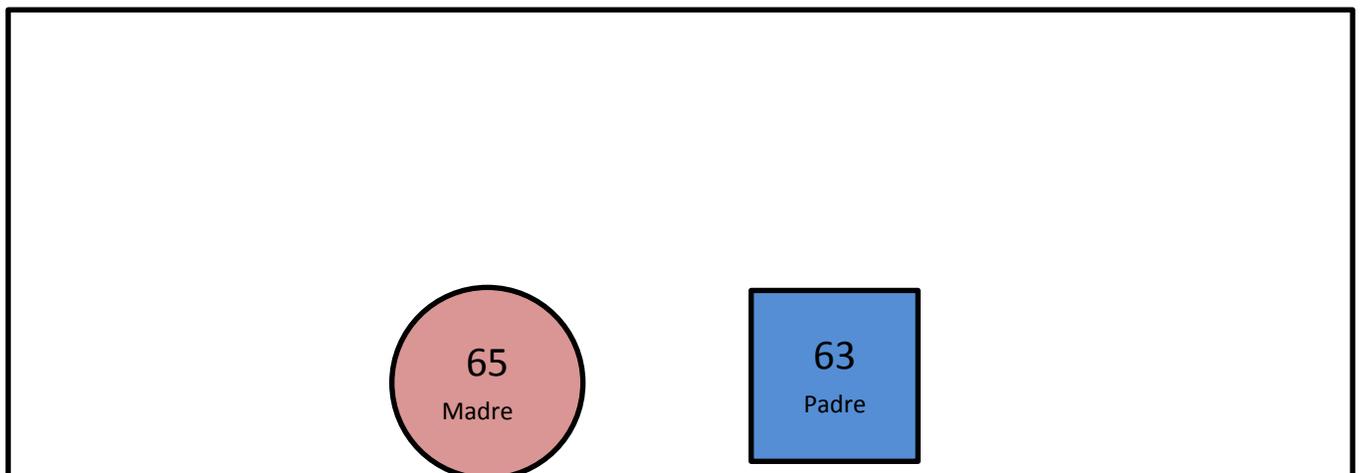
Anexo 1.

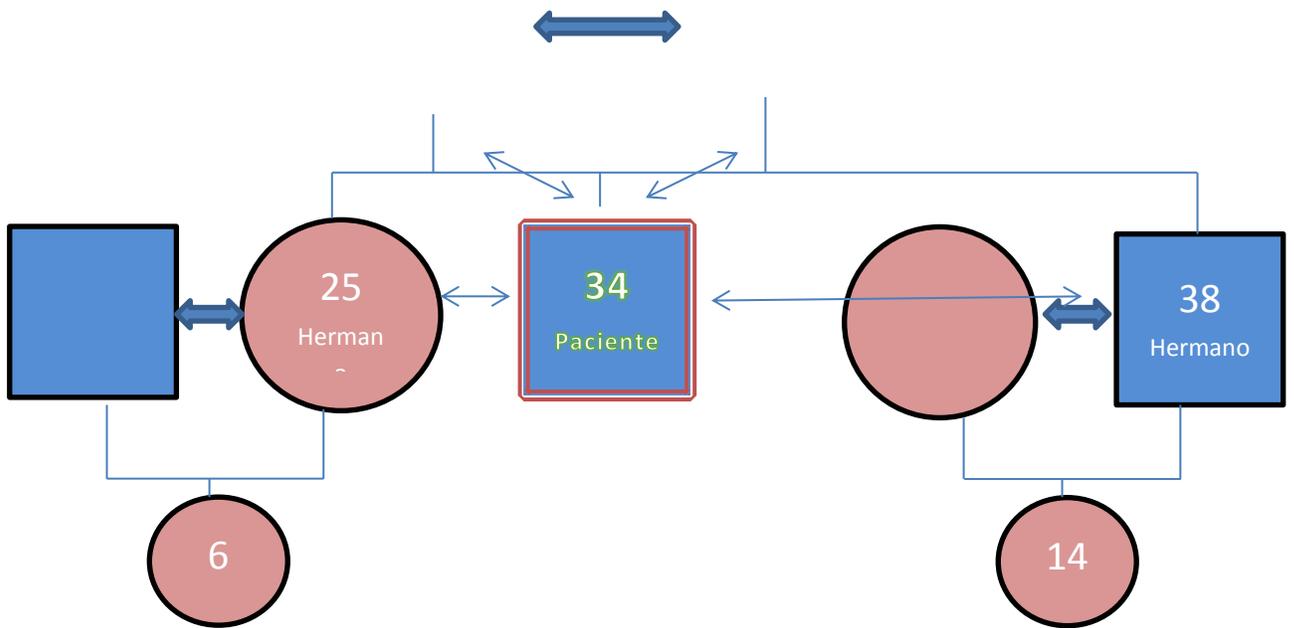
Familia	Tipo de familia	Integrantes	Municipio de residencia
Familia Marinilla	Nuclear	Los padres y 4 hermanos	Marinilla

Familia Rionegro	Nuclear	Los padres y dos hermanos	Rionegro
Familia Guarne	Extensa	Los hijos y los hermanos	Guarne
Familia Envigado	Monoparental	La madre y dos hermanos	Envigado
Familia Medellín	Extensa	Los padres, 3 hermanos y una sobrina	Medellín
Familia Bello	Nuclear	los padres	Bello

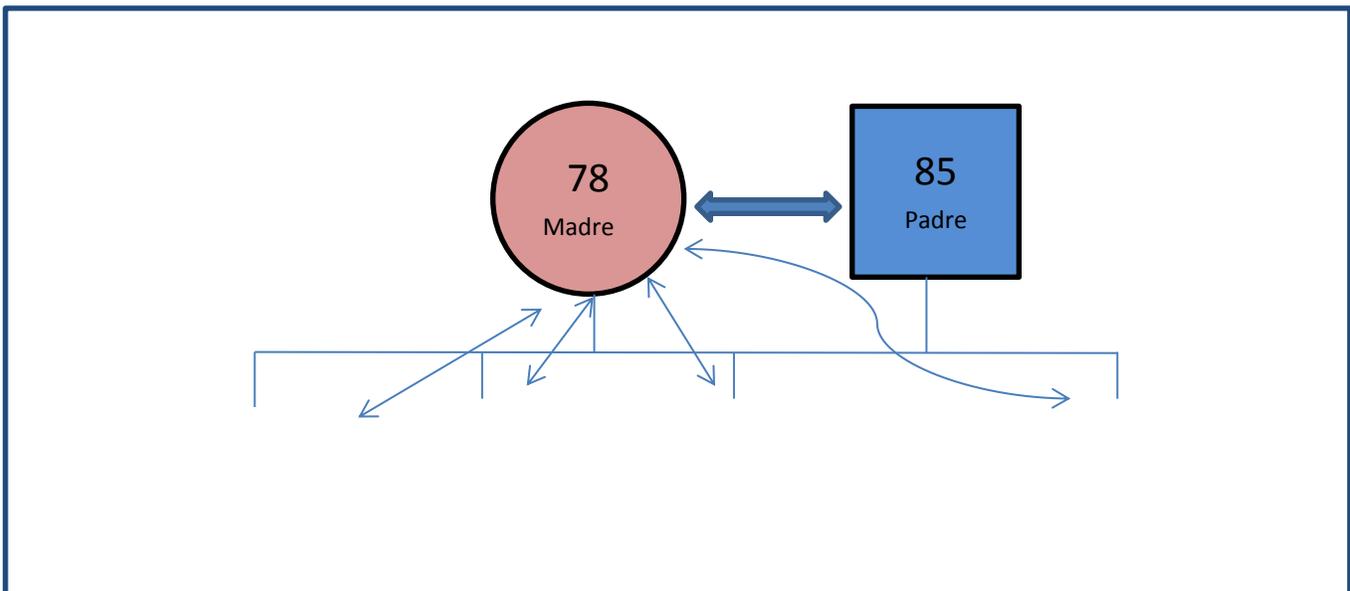
Anexo 2. Genograma.

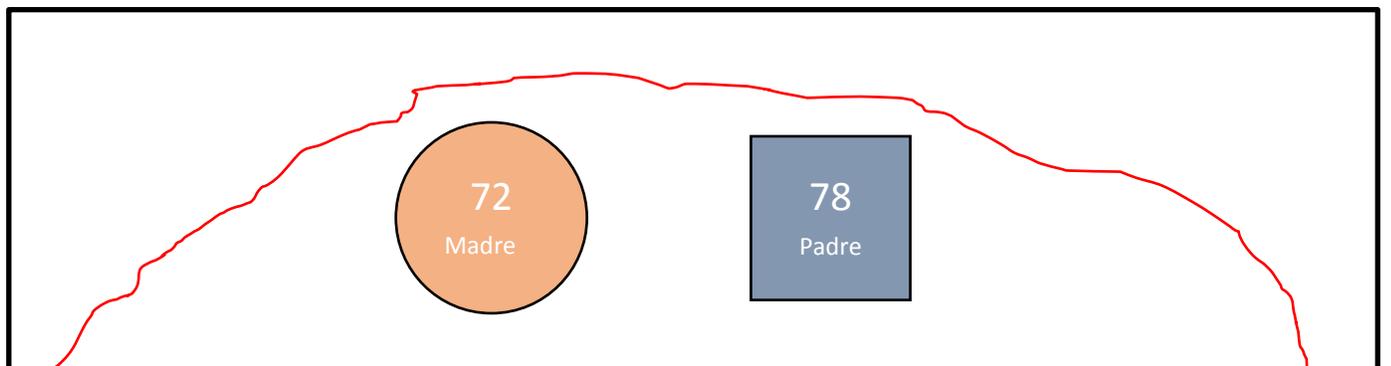
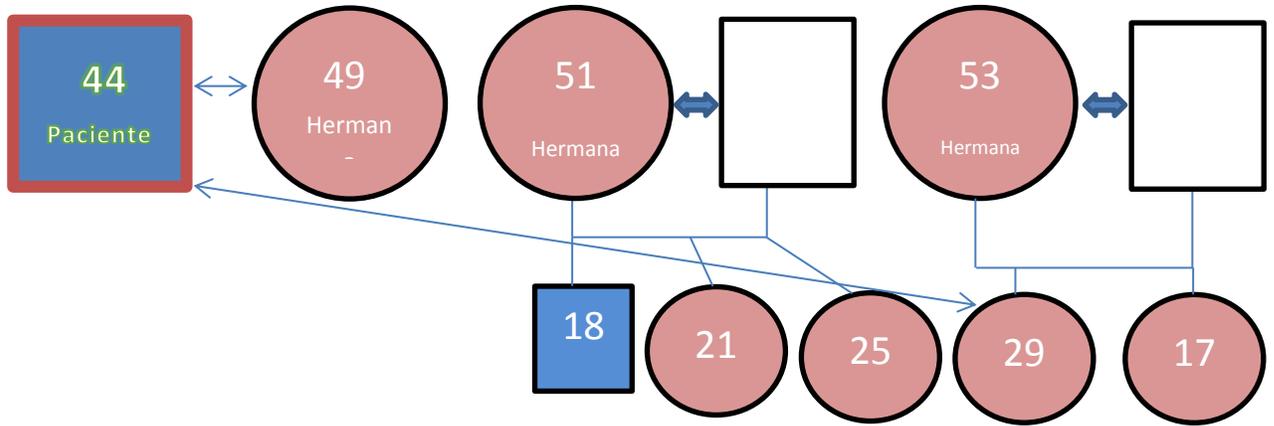
FAMILIA RIONEGRO

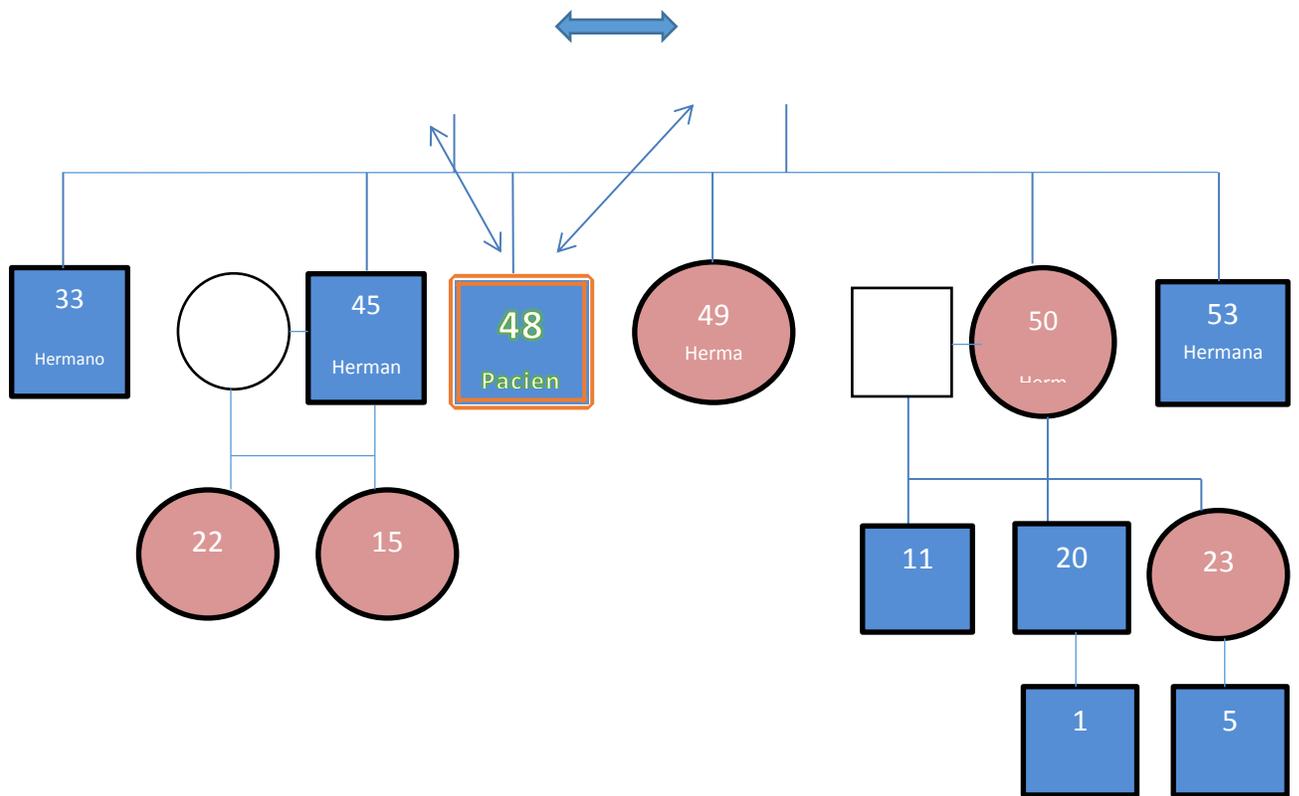




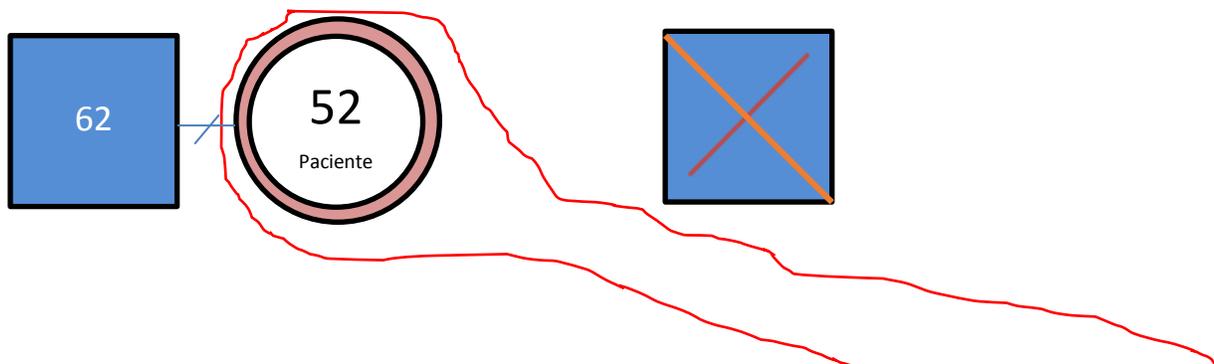
FAMILIA MEDELLIN

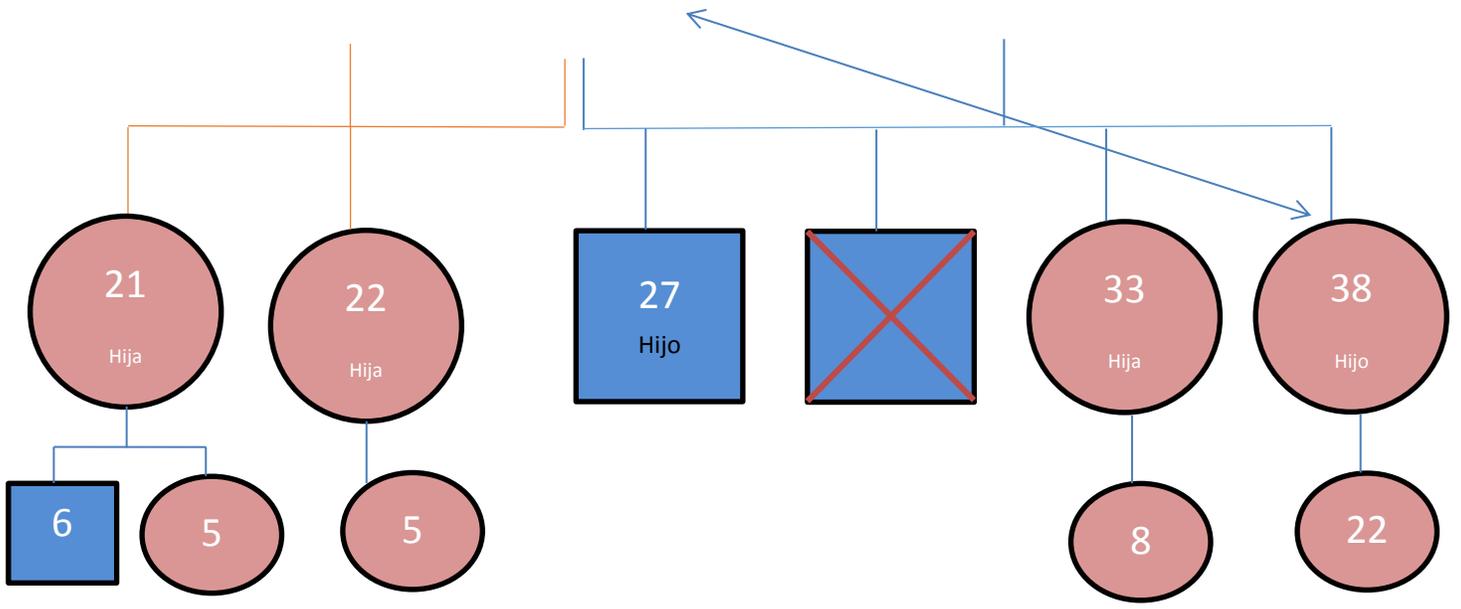




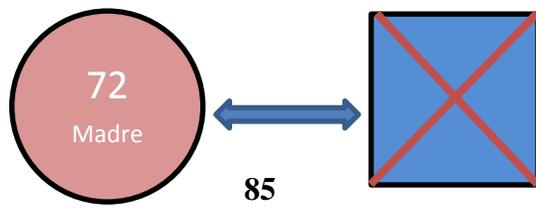


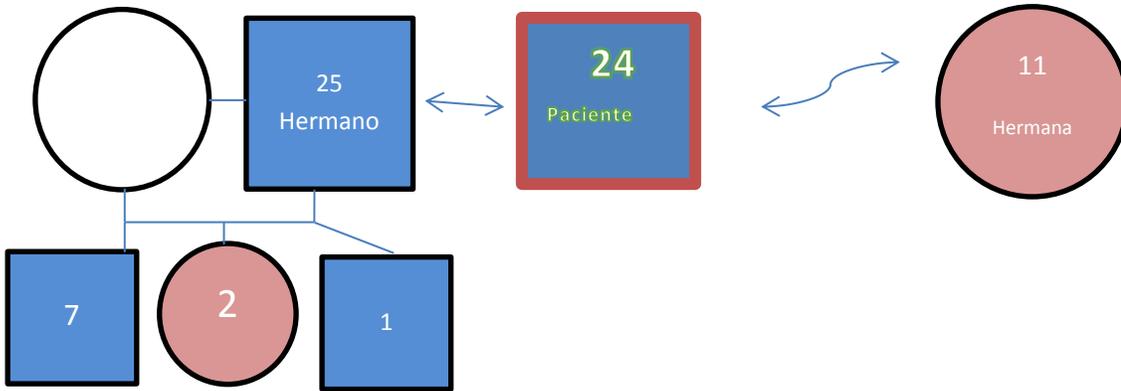
FAMILIA GUARNE





FAMILIA ENVIGADO





Anexo 3. Guía entrevista

ENTREVISTA

OBJETIVO: Describir los cambios que surgen en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad de 6 familias con pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio

de pensionados del Hospital Mental de Antioquia ubicado en el municipio de Bello durante el año 2015-2016

FECHA:

ENTREVISTADA/O:

ENTREVISTADOR: _____

PREGUNTAS ORIENTADORAS

1. Edad:
2. Integrantes del grupo familiar, roles y edades:
3. Actividades laborales
4. Que funciones realiza cada uno dentro del hogar
5. Hace cuánto le diagnosticaron enfermedad mental al paciente?
6. Haga una descripción de los hechos vitales del paciente
7. Que redes de apoyo identifica para un futuro relevo en las responsabilidades con el paciente?
8. Cuáles serían los compromisos que asumiría con el paciente?
9. Qué valora del proceso que llevan los profesionales con este tipo de pacientes?
10. ¿Qué sugerencias tiene acerca del proceso que llevan a cabo los profesionales del Homo?

Anexo 4. Guía de observación

OBSERVACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR

FECHA: _____

LUGAR: _____

OBSERVADOR/A: _____

Para la observación, se hará énfasis en las categorías preestablecidas al inicio de la investigación de la siguiente manera:

<p>Espacio:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Ubicación de la vivienda, posibles centros de apoyo cercanos al hogar: Escuelas, iglesias, Junta de acción comunal, bibliotecas, parques, centros de recreación, etc.○ En la vivienda identificar las habitaciones, baños, zonas de esparcimiento, socialización de la familia y zonas de estudio.○ Estado en el que se encuentran los espacios, iluminación, espacialidad, ruido.	
<p>Integrantes de la familia:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Funciones○ Roles○ Creencias○ Normas de convivencia○ Manejo de la autoridad	

Características de la familia:

- Forma de relacionarse.
- Comportamiento
- Formas de demostrar afecto, cómo es el trato entre los miembros de la familia, formas de comunicación, ¿cómo se comunican? lenguaje no verbal.

- Roles: identificar qué función cumple cada integrante y la manera en cómo desarrolla su rol, identificar límites y en donde recae la autoridad, Qué reglas hay al interior del hogar.

Anexo 5. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor/a: _____

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación Familia, Enfermedad mental, y Corresponsabilidad familiar, a cargo de los Estudiantes Cesar Mesa Arango y Katherine Galeano García del programa de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia. El objetivo de esta investigación es identificar los cambios que surgen en las relaciones familiares y en la corresponsabilidad de 6 familias con pacientes hospitalizados e institucionalizados en el servicio de pensionados del Hospital Mental de Antioquia ubicado en el municipio de Bello durante el año 2015-2016. Por intermedio de este documento se le está solicitando que participe en esta investigación, porque hace parte de la muestra objeto de estudio.

Su participación en esta investigación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental y es voluntaria. Usted puede negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento de la investigación sin que deba dar razones para ello ni recibir ningún tipo de sanción. Su participación en esta investigación no contempla ningún tipo de compensación o beneficio. Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será **confidencial y anónima**, y será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad y sólo se utilizará en los trabajos propios de esta investigación.

Una vez finalizada la investigación los participantes tendrán derecho a conocer los resultados del mismo para lo cual se realizarán presentaciones en el mismo establecimiento con los principales resultados a los participantes.

La participación es totalmente confidencial, ni su nombre ni ningún tipo de información que pueda identificarla o identificarlo aparecerá en los registros de la investigación, ya que se utilizarán códigos. El almacenamiento de los códigos estará a cargo del investigador responsable.

Parte del procedimiento normal en este tipo investigación es informar a los participantes y solicitar su autorización. Para ello le solicitamos contestar y devolver firmada la hoja adjunta a la brevedad.

Acepto:

CC: _____