

2001

Intervención de terapia ocupacional en tratamientos familiares destinados a pacientes con patología psiquiátrica

Guaresti, Mariana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/962>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL
TRABAJO FINAL

“INTERVENCIÓN DE TERAPIA
OCUPACIONAL EN TRATAMIENTOS
FAMILIARES DESTINADO A PACIENTES
CON PATOLOGÍA PSIQUIATRICA”

T.O: GUARESTI MARIANA
T.O: LOPIZZO SILVANA



*Universidad Nacional De Mar Del Plata. Facultad de Ciencias de la
Salud y de Trabajo Social.- 2001*

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 1721	Signatura top 615.8(043) G 864
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Agradecemos a:

Todas aquellas personas que hicieron posible este trabajo de investigación...

- ❖ *A nuestra Directora de Tesis, T.O Graciela Calderone y a nuestra Asesora Metodológica, Lic. Lía Zervino, por habernos acompañado compartiendo el tiempo y el conocimiento necesario.*
- ❖ *Al Centro de Promoción Social, los pacientes y sus familias.*
- ❖ *A nuestras propias familias que nos brindaron la contención afectiva, para permitirnos seguir creciendo profesionalmente.*

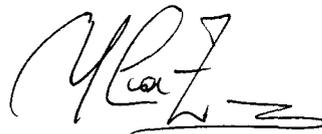
T.O Mariana Guaresti

T.O Silvana Lopizzo



DIRECTORA DE TESIS

T.O Graciela Calderone



ASESORA METODOLOGICA

Lic. Lía Zervino



TESISTA

T.O Guaresti Mariana



TESISTA

T.O Lopizzo Silvana

INDICE

CAPITULO 1. MARCO TEORICO

<i>1.1. FUNDAMENTACION.....</i>	<i>6</i>
<i>1.2. REFERENTES TEMÁTICOS.....</i>	<i>9</i>
<i>1.3. HACIA UN CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD.....</i>	<i>12</i>
<i>1.4. ENCUADRE TEORICO: PSICOLOGÍA SOCIAL.....</i>	<i>17</i>
<i>1.4.1.RELACION VINCULAR.....</i>	<i>17</i>
<i>1.4.2.APRENDIZAJE Y COMUNICACIÓN.....</i>	<i>19</i>
<i>1.4.3.PATOLOGÍA GRUPAL.....</i>	<i>20</i>
<i>1.5. CENTRO DE PROMOCION SOCIAL (C.P.S).....</i>	<i>23</i>
<i>1.5.1.TERAPIA OCUPACIONAL EN EL C.P.S.....</i>	<i>27</i>
<i>1.6. TERAPIA OCUPACIONAL EN TRATAMIENTOS FAMILIARES.....</i>	<i>31</i>
<i>1.6.1. ACTIVIDADES TERAPEUTICAS.....</i>	<i>33</i>
<i>1.7. ABORDAJE TERAPÉUTICO DESDE EL ESQUEMA</i>	
<i>CONCEPTUAL REFERENCIAL OPERATIVO (ECRO).....</i>	<i>36</i>
<i>1.7.1.MOMENTOS GRUPALES EN LA INTERVENCION: TAREA -</i>	
<i>PRETAREA – PROYECTO.....</i>	<i>37</i>
<i>1.8. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.....</i>	<i>41</i>

CAPITULO 2. ENFOQUE METODOLOGICO

2.1.	<i>HIPÓTESIS.....</i>	47
2.2.	<i>VARIABLES Y DIMENSIONAMIENTO.....</i>	49
2.3.	<i>TIPO DE INVESTIGACIÓN.....</i>	53
2.4.	<i>OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....</i>	54
2.5.	<i>POBLACIÓN Y MUESTRA.....</i>	55
2.6.	<i>MODALIDAD DEL TRABAJO DE CAMPO.....</i>	56
2.7.	<i>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....</i>	58

CAPITULO 3. ANÁLISIS DE LOS DATOS

3 .1.	<i>DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS.....</i>	61
3.2.	<i>DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....</i>	64
3.3.	<i>JUSTICACION DE LA CATEGORIZACIÓN.....</i>	71
3.4.	<i>COMPARACIÓN ENTRE LA ETAPA DIAGNOSTICA Y EL CONTROL EVOLUTIVO DE CADA CASO QUE TERMINO EL TRATAMIENTO....</i>	79
3.5.	<i>SÍNTESIS DEL GRUPO DE PACIENTES QUE TERMINO EL TRATAMIENTO.....</i>	97
3.6.	<i>ANÁLISIS DE LOS INDICADORES.....</i>	99
3.7.	<i>ELEMENTOS TESTIGOS.....</i>	114

CAPITULO 4. CONCLUSIONES

4. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN..... 117

BIBLIOGRAFÍA..... 128

ANEXO: MODELO DE ENTREVISTAS UTILIZADAS 133

CAPITULO 1

MARCO TEORICO

1.1 FUNDAMENTACIÓN

El Centro de Día “Centro de Promoción Social” (C.P.S), se desempeña desde agosto de 1997 en la ciudad de Mar del Plata, fue creado por un convenio entre la O.N.G A.I.Pe (Asociación Integradora de Personas con Padecimientos Psíquicos), H.I.G.A (Hospital Interzonal General de Agudos “Oscar Alende”) y Cáritas Diocesana de Mar del Plata (desde junio/01 fuera de convenio).

Una de las tesistas forma parte del Equipo Interdisciplinario del CPS, conformado por una Lic. en Servicio Social, una Enfermera, una Lic. en Psicología, dos Psiquiatras y una Terapista Ocupacional.

En el momento de la investigación el C.P.S funcionaba en el Hogar Nazaret de Cáritas. Los pacientes eran derivados del área de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) y de la Municipalidad de General Pueyrredón. Se implementaban actividades de Hospital de Día conjuntamente con la creación de microemprendimientos terapéuticos laborales.

El tema de la siguiente tesis surgió, en cierta medida, como una necesidad institucional que motivo una investigación específica de nuestra

área, ampliando el espectro de abordaje del paciente con padecimientos psíquicos.

Si bien el concurrente trae desde sus aspectos transferenciales a su grupo familiar en toda situación terapéutica, nos pareció importante que los integrantes desplegaran la dinámica propia in situ. Este punto, lo consideramos imprescindible, ya que los profesionales tratantes en el C.P.S observaban que las modificaciones del paciente eran boicoteadas por su núcleo primario al tratar por ejemplo, de hacerlo abandonar los tratamientos, impedir que asumiera responsabilidades o interfiriendo en su independencia personal.

El paciente ocupaba una parte de su tiempo en la institución y luego regresaba a su núcleo familiar, donde seguía compartiendo las conflictivas propias de su dinámica. Esta situación nos llevo, en un primer momento, a formularnos los siguientes interrogantes:

- ❖ *¿Ocupaba el paciente un lugar en su familia desde su enfermedad mental?*
- ❖ *¿ La familia apoyaba y facilitaba la autonomía del paciente, tanto en el ámbito familiar como extrafamiliar?*
- ❖ *¿Cómo respondía el grupo familiar a los cambios que presentaba el paciente luego de incorporarse al CPS?*

Desde Terapia Ocupacional la implementación de un abordaje familiar, a partir de la actividad, pudo favorecer no solo que el paciente se

modificara, sino que a su vez se convirtiera en agente de cambio de su grupo familiar. Al promover una integración activa a su propio núcleo familiar, se facilitó la posterior inserción a la sociedad.

Para finalizar agregamos que es necesario valorizar la intervención del hospital convencional en la etapa de descompensación aguda, siempre y cuando se acorte en lo posible el periodo de internación, promoviendo así que el paciente acceda a otras instancias terapéuticas. El Centro de día es un recurso que facilita el funcionamiento social del paciente, brindándole múltiples posibilidades de interactuar sin perder sus referentes sociales, ni aislarlo de sus vínculos afectivos.

1.2 REFERENTES TEMATICOS

Hicimos un repaso de diferentes Instituciones de Mar del Plata con pacientes de variadas patologías, encontramos abordajes de carácter individual-grupal con la inclusión de la familia en algunas sesiones, respondiendo de esta manera a las necesidades del tratamiento implementado.

Realizamos una búsqueda a través de Internet donde los sitios encontrados hacían referencia a la importancia de la familia como sostén frente a patologías como HIV-SIDA, CANCER, RETRASO MENTAL, DEPRESION, etc., sin hallar información específica sobre tratamientos llevados a cabo con la familia en Terapia Ocupacional. Se fomentaba la responsabilización de la familia, para aquellos pacientes que la tenían, como también la formación de organizaciones extrahospitalarias, como ser de asistencia posthospitalarias (hogares, residencias) para determinados trastornos y niveles etarios.

El equipo terapéutico, en estos casos, oficiaba de intermediario en este proceso de desinstitucionalización, en aquellas patologías que lo requerían. Brindaban asistencia al paciente como individuo, sobre la base de investigación y estudio de su familia y del contexto sociocultural particular, se planteaban

objetivos de intervención integral, para lograr el desarrollo del cual fuera posible y estuviera capacitado.

Por último, bibliografía específica de Terapia Ocupacional como Willard y Spackman¹ nos hablaban de la importancia de la familia y su rol en el proceso de rehabilitación como vital y favorecedor, afirmando que el paciente que recibía apoyo familiar y estímulo de parte de su entorno se hallaba más motivado para enfrentar cambios en su estilo de vida y proseguir con una vida productiva en la comunidad. También referían la necesidad de conocer las reacciones de los miembros del grupo y sus dificultades para aceptar y adaptarse a la discapacidad o a la enfermedad de un miembro de la familia. Añadían además, que los deterioros residuales funcionales podían alterar la estructura familiar y forzar el cambio en los roles familiares.

Estos autores señalaban que un enfoque terapéutico centrado en la familia, comenzaba con la identificación temprana de las dificultades intrafamiliares, con el fin de evitar trastornos y rupturas familiares. Durante la evaluación el interés estaba puesto en recoger información acerca de las relaciones familiares, los antecedentes culturales, los valores, el ambiente psicológico-físico, y las necesidades personales del grupo. Agregaban que era importante observar las situaciones en las cuales la disfunción familiar tendían a exacerbar o mantener una enfermedad en el paciente.

Las metas del tratamiento centradas en la familia eran:

- 1) Proporcionar a la familia conocimientos sobre la disfunción física o la enfermedad y el efecto sobre el trabajo del paciente la familia y los roles sociales.*
- 2) Estimular a la familia a valorar el logro de los objetivos del paciente a corto plazo.*
- 3) Ayudar a la familia a comprender el propósito de los procedimientos terapéuticos.*
- 4) Ayudar a la familia a aumentar la comunicación positiva con los miembros del equipo y el paciente.*
- 5) Ayudar a la familia a considerar alternativas para asumir los roles y para compartir tareas.*
- 6) Estimular a la familia a encontrar intereses, pasatiempos o actividades que puedan hacer juntos.*
- 7) Estimular a la familia a utilizar los recursos apropiados y los sistemas de apoyos comunitarios.*

Finalmente encontramos, que era importante que el terapeuta ocupacional, comprendiera la dinámica familiar, con el objetivo de identificar y responder a las necesidades singulares de cada familia.

¹ Willard/ Spackman, Terapia Ocupacional, cap., 6, sección 4, Editorial Médica Panamericana, España, 1998.

1.3 HACIA UN CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD

La salud es un derecho social, básico y universal y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad del hombre.²

La enfermedad tiene diferentes significados tanto en lo individual como social, dependiendo de la cultura en la cual se esté inmerso, de sus creencias religiosas, filosóficas y sociales. Hoy en día la concepción de la enfermedad, ha variado debido a los descubrimientos científicos e investigaciones de los últimos años; gracias a ellos podemos convenir que una persona se enferma siendo parte de la comunidad donde vive, la cual determina la forma de enfermar, de curarse y hasta de morir. Pichón Riviére opina que todo criterio de salud reúne una concepción del hombre en una actividad transformadora, que tiene su motor en la necesidad, donde la elaboración de un criterio de salud implica el análisis de las formas de relación del hombre con el mundo. Por lo que salud no es solamente

² Videla M. *Prevención, Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*, Edic. Cinco, 1994, pág 17

*ausencia de enfermedad, ya que un sujeto es sano en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora, teniendo a su vez la capacidad para transformarla, modificándose a sí mismo. Esta es una concepción esencialmente social de la salud, que contempla al hombre no como un ser aislado sino incluido dentro de un grupo, básicamente el familiar, que al mismo tiempo se halla inserto en la sociedad.*³

Podemos definir entonces a la salud, siguiendo al mismo autor, como el mejor equilibrio que una persona puede tener, en una relación activa con su medio ambiente, en un momento determinado de su vida, en un país, una cultura y un momento histórico.

La salud mental entonces, radica en el proceso en el que se realiza un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos.

*“La familia ha logrado una adaptación activa a la realidad cuando adquiere insight, se hace conciente de ciertos aspectos de su estructura y dinámica, cada sujeto conoce y desempeña su rol específico, de acuerdo con las leyes de la complementariedad. Es un grupo abierto a la comunicación, en pleno proceso de aprendizaje social, en relación dialéctica con el medio”.*⁴

³ Pichón Riviere, *El Proceso Grupal*, Nueva Visión, Bs As, 1996, pág.180

⁴ Pichón Riviere, E. *El proceso grupal.*, Edit. Nueva Visión, 1996. Pág. 72.

Siguiendo esta línea teórica consideramos importante el concepto de adaptación, pues “ resulta fundamental para la elaboración de una teoría de la salud y la enfermedad mental, el diferenciar un proceso de adaptación activa a la realidad, de un proceso de adaptación pasiva”.⁵ Tomando como adaptación activa no solo el manejarse en forma adecuada según los criterios esperados por el medio, en cuanto a acatar y cumplir con determinadas normas sociales, sino la posibilidad de modificar el medio y al modificarlo, modificarse a sí mismo. Hablamos de conducta normal o patológica, así hablamos de salud y enfermedad, a las que definimos en términos de adaptación activa o pasiva a la realidad.

“Con el término adaptación nos referimos a la adecuación o inadecuación, coherencia o incoherencia, de la respuesta a las exigencias del medio, a la conexión operativa o inoperante del sujeto con la realidad. Es decir que los criterios de salud y enfermedad, de normalidad y anormalidad, no son absolutos sino situacionales y relativos”.⁶

Toda conducta inadecuada, es el resultado de una visión distorsionada de la realidad. Por consiguiente podríamos decir que la enfermedad supone una perturbación en el proceso de aprendizaje de la misma.

⁵ Pichón Riviere, El Proceso Grupal; Ed. Nueva Visión, 1996, pag 65.

⁶ Idem pág 174

Pichón Riviere sostiene “la enfermedad, tal como se manifiesta fenomenológicamente, es un intento de elaboración del sufrimiento provocado por la intensidad de los miedos básicos (miedo al ataque y miedo a la pérdida). Como intento resulta fallido, por la utilización de mecanismos defensivos estereotipados, rígidos, que se muestran ineficaces para mantener al sujeto en una adaptación activa al medio”.⁷ Podemos tomar entonces a la enfermedad, no como la enfermedad de un sujeto, sino como la enfermedad de la unidad básica de la estructura social: el grupo familiar. Arribamos entonces al concepto de que un paciente que esta en tratamiento y mejora, opera modificando estructuras en su círculo familiar y por consiguiente en el intragrupo.

La enfermedad debe ser concebida como el resultado de relaciones interpersonales fallidas, donde deja de ser inherente y propia del sujeto que la padece para estar inserta en la estructura de la cual forma parte. Por consiguiente, es importante evaluar la interacción del paciente en los diferentes contextos (familiar, social, laboral).

Si partimos de esta noción, tendremos que analizar el porque del lugar que ocupa “la locura” en la sociedad, donde al marginar al paciente (manicomialización) no se le permite que sea agente de cambio comunitario.

⁷ Pichón Riviere, *El Proceso Grupal*; Ed, Nueva Visión, 1996, pag 65

Pichón Rivière propone, al hablar de salud, la adaptación activa para que se acceda a la posibilidad de cambio.

Cabe la reflexión, y el compromiso de todos los agentes de salud en promover la transformación de las instituciones apoyando el proceso de desmanicomialización, generando espacios donde el paciente pueda apostar a una vida digna.

1.4. ENCUADRE TEORICO: PSICOLOGÍA SOCIAL

Para el desarrollo del marco teórico tomamos, la concepción de la Psicología Social planteada por Enrique Pichón Riviere, desarrollando aquellos conceptos que se articulaban con nuestra propuesta de abordaje familiar en Terapia Ocupacional.

1.4.1. RELACION VINCULAR

“El contraste que más sorprende (...) consiste en descubrir con cada paciente, que no nos encontramos frente a un hombre aislado, sino ante un emisario; en comprender que el individuo como tal no es solo el actor principal de un drama que busca esclarecimiento a través del análisis, sino también el portavoz de un grupo social (su familia), con los que esta comprometido desde siempre y a los que ha incorporado a su mundo interno a partir de los primeros instantes de su vida”.⁸

Este concepto psicosocial de la enfermedad hace referencia a la noción de grupo familiar patológico y ya no de individuo enfermo. De allí la importancia de concebir al hombre en relación a su contexto real y exterior.

⁸ Pichón Riviere, E. *Psicología de la vida cotidiana*, Edit. Nueva Visión ,pág. 19.

Esta noción difiere del psicoanálisis, ya que ahora el objeto de estudio deja de ser intrapsíquico para ser elaborado desde un modo particular de relación con un “otro”; esta nueva estructura la denominamos “vinculo”.

La teoría vincular esta en íntima relación con la teoría de las relaciones de objeto, pues ésta última es la estructura interna del vinculo. Esta nueva estructura considera la forma particular que adopta el yo de interactuar con la imagen de un objeto internalizado, sumando ahora la relación concreta con un objeto en el mundo externo. En el abordaje de Terapia Ocupacional observamos dicha estructura en el interjuego del grupo familiar – actividad – T.O. Podemos considerar que en la teoría vincular la relación de objeto esta establecida con un objeto tanto interno como externo. El vinculo configura una estructura dinámica, en continuo movimiento que funciona accionada por motivaciones psicológicas, resultando de ello una determinada acción en el mundo externo, esta tiende a repetirse tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto.

El proceso de aprendizaje de la realidad externa, va a estar dado por el aprendizaje previo de la realidad interna, producto de la relación del sujeto con sus objetos internos,

El vinculo no es estático, sino por el contrario, es el modo

operacional que rige las relaciones interpersonales. De esta forma pasamos de un rol individual a un rol del vinculo frente a otro. La modalidad terapéutica propuesta en la siguiente tesis generó justamente el espacio donde este interjuego de roles se desplegó en un abanico de situaciones, donde cada integrante mediante la actividad adjudicaba y asumía roles dentro del contexto terapéutico.

“El rol es entonces una función particular que el paciente intenta hacer llegar al otro”.⁹ Permanentemente estamos asumiendo y adjudicando roles a los demás, este interjuego constante hace a la coherencia entre el grupo y sus vínculos dentro del mismo. En esta dinámica no existe otra situación más que el deseo de establecer una comunicación, para ello necesita depositar parte de él en el otro (adjudicar) a la vez que se hace cargo de lo que el otro deposita en él (asumir).

1.4.2. APRENDIZAJE Y COMUNICACIÓN

Existe una relación directa entre la adaptación activa a la realidad y el concepto de aprendizaje. Si el sujeto no interactúa en forma dialéctica con el medio, lo hace desde sus representaciones internas, sin existir una relación con el mundo externo. Esta estereotipia lo sumerge en la patología

⁹ Pichón Riviere, E. *Teoría del vinculo*, Edit. Nueva Visión, pág. 112

mental, ya que el sujeto incapaz de aprehender los objetos externos vive en un mundo de intrasubjetividades. Hablamos de aprendizaje cuando el sujeto logra confrontarse con el ámbito intersubjetivo, lo transforma modificando estructuras, adquiriendo así un nuevo conocimiento que antes no poseía. Cuando la familia tiene un determinado monto de salud mental, la red de comunicaciones es multidireccional, donde todos los miembros se comunican e interrelacionan con cada integrante del grupo familiar.

La comunicación en los grupos familiares, incluye tanto la manera de expresar sus inquietudes, necesidades o problemas, como el contenido de los discursos. Esta puede ser verbal y no verbal (gestos, intercambio de materiales, ubicación en los espacios gráficos, ubicación en el espacio de trabajo, etc), incluyendo señales que codifican y decodifican las personas involucradas en el encuentro. El echo de mantener un tratamiento en un período prolongado promueve que surjan nuevas formas de vincularse, tanto entre los miembros en sí como con el T.O.

1.4.3.PATOLOGÍA GRUPAL

El emergente grupal no habla por sí solo, sino que lo hace por todo su grupo. Pichón Riviere sostiene que en él se configura la verticalidad y la

horizontalidad grupal. Lo primero hace referencia a la historia personal del sujeto, a sus necesidades, ansiedades, sus fantasías y su modo particular de formularlas; lo segundo abarca el proceso actual que se cumple en el aquí y ahora de todos los integrantes, es decir en el momento dado del acontecer grupal.

El paciente desempeña un rol, es el portavoz, emergente de una situación total; en un grupo enuncia algo que permaneció latente hasta ese momento, es el portavoz de la ansiedad y de las dificultades del grupo familiar. Su conducta es la resultante de la forma de relacionarse entre los integrantes del grupo, así emerge la enfermedad como conducta anormal. Emerge el portavoz, denunciando que algo anda mal en el seno familiar. El portavoz con lo que “enuncia”, “denuncia”; es decir, él dice algo que vive como propio, pero subliminalmente percibe algo que sucede en el grupo y puede expresarlo, porque su historia personal se encuentra más cerca que los demás de dicha escena.

Podríamos considerar al paciente como el depositario de las ansiedades y tensiones del grupo familiar. En este sistema de depositaciones es necesario considerar:

- ❖ Los depositantes*
- ❖ Lo depositado*
- ❖ El depositario*

El autor antes citado manifiesta que el paciente es el depositario que se hace cargo de los aspectos patológicos depositados (lo implícito) por cada uno de los otros miembros o depositarios. Esto permite inferir que el paciente es el miembro dinámicamente más fuerte y no el más débil, ya que su estructura personal le permite hacerse cargo de la enfermedad grupal. El paciente al enfermar trata de preservar al resto del grupo y pide ayuda directa o indirectamente.

Si la asunción del rol es eficaz el grupo puede mantener un cierto equilibrio. Dentro del grupo aparecen mecanismos discriminatorios hacia el paciente, con el fin de apartar de ellos la enfermedad. Podemos inferir que en esta etapa se reviven las ansiedades de la posición esquizoparanoide descritas por M. Klein; al relacionar el monto de segregación con las ansiedades que predominan en el núcleo familiar. Si hay predominio de la ansiedad depresiva significa que la familia tiene todavía cierta capacidad de integración y de tolerancia de la ambivalencia. El grado de segregación es menor (por lo general dentro de la casa). En cambio, si predomina la ansiedad paranoide, la familia se maneja con mecanismos de disociación altamente persecutorios. El grado de segregación es mayor y el enfermo es expulsado fuera de la casa y "depositado" en una institución manicomial.

1.5. CENTRO DE PROMOCIÓN SOCIAL

En reglas generales los pacientes con padecimientos psíquicos rara vez se consideran a sí mismos como personas. Se aferran al número de internaciones que padecieron como una forma de manifestarnos su sentir. El proceso de despersonalización que van sufriendo se incrementa con las etiquetas diagnosticas otorgadas, sumando a este proceso el olvido de sus particularidades propias (posesión de un nombre, pertenencia a un grupo familiar, crianza en un barrio específico), es decir de su historia anterior a sus internaciones.

El Centro de día surge justamente para ocupar ese espacio donde el paciente quedó detenido en el tiempo familiar, ya que las internaciones no hicieron más que empeorar sus vínculos. Esta modalidad concibe al paciente como una persona con padecimientos psíquicos, pero que aún esta inserto en un grupo familiar con quien convive la cotidianeidad. No se hace hincapié en sus limitaciones sino que se descubren sus potencialidades, en un intento de rescatarlo de la sociedad que perversamente lo mantiene en ese lugar de locura necesaria.

M. Jones señala que las actitudes de la comunidad hacia los pacientes psiquiátricos, como rechazo, negación y aislamiento parecen

responder a la necesidad de conservar cierto equilibrio en la sociedad. La sociedad ha establecido una línea entre los “sanos” y los “enfermos”.

El C.P.S se genera como Centro de día por sus características, el mismo se basa en el Modelo Comunitario, donde el abordaje desde los distintos profesionales fomenta la participación activa y el compromiso del paciente, tanto para sí como para la comunidad. Al conformarse esta estructura social y desde las características particulares de cada integrante, se van deslindando las distintas normas adaptativas que sirven de sostén para que el paciente vaya asumiendo distintos roles. Se favorece así la ruptura de estructuras fijas tan enquistadas en estos pacientes, el fin último es la articulación socio- laboral-comunitaria desde un lugar más productivo que la locura.

El C.P.S tiene un abordaje prioritariamente grupal, con una dinámica interna tendiente a la autonomía, al reconocimiento de sí encontrándose en y con los otros, en la creación de espacios que generan y facilitan el crecimiento y el desarrollo de sus potencialidades.

La participación profesional acompaña al paciente al producir múltiples impactos en todas sus áreas, ya que se compromete desde su cuerpo, su palabra, su hacer, su expresión artística y musical, su medicación, su familia

y su red social. Se favorece de este modo la expresión de afectos ampliando sus canales de comunicación, estimulando el crecimiento de un “yo” más sano.

El abordaje interdisciplinario y la contención grupal hacen que se resuelva la crisis sin llegar a una nueva internación, evitando el empobrecimiento yoico, haciéndolo participe de su crecimiento y superación como persona.

❖ ACTIVIDADES DEL CPS:

Las actividades del CPS están organizadas de modo tal que el paciente transita por tres etapas que facilitan su posterior reinserción socio-laboral. Las mismas se detallan a continuación:

1º Etapa

Conformación del grupo:

Cada integrante cubre sus necesidades personales a través de las distintas redes de interacción que establece en el grupo. La situación grupal favorece el intercambio, promueve espacios de aprendizaje, permite observar y escuchar a un “otro” que comienza a ser referente como distinto a un “yo”, y se esbozan las primeras reglas de convivencia.

Rutinas diarias:

El paciente participa activamente del funcionamiento del C.P.S:

- *Recibe ingresos: comida, diario, personas que piden información, etc.*
- *Realiza tareas de limpieza y cocina.*
- *Organiza la biblioteca: inventarea libros, realiza entregas y devoluciones, mantenimiento de los libros.*
- *Organiza carteleras: las mismas pueden estar referidas al funcionamiento interno (encargados semanales) o externo (actividades sociales, salidas, etc.).*

Reconocimiento de la Red Social-Barrial:

Tiene por objetivo que el paciente no solo reconozca su entorno, sino que sea capaz de interactuar con el barrio; realizar compras, pedir elementos, propuestas de producción, etc.

2ºEtapa:

Entrenamiento del paciente:

El mismo tiene por finalidad la adaptación a las exigencias, que posteriormente tendrá en su inserción laboral. Las actividades están organizadas de modo tal que implican pasos-guías, se respetan horarios y se exige cierta calidad. Aquí es importante la participación activa y el desempeño del paciente, ofreciendo un espacio de aprendizaje, se lo acompaña en sus fracasos para que estos no sean internalizados como errores y sí como aprendizajes. Transita por el proceso de dependencia al de autonomía, se promueve que él elija los distintos roles que se le ofrecen y que los ejerza desde

sus limitaciones, ya que esto favorece su organización interna, en la medida en que toma responsabilidades, no solo se hace cargo de una función sino que empieza a hacerse cargo de sí mismo.

Los profesionales acompañan este proceso, siempre permitiendo que el paciente sea participe de sus elecciones, sin quedar atrapados en el rol profesional que nutre pero no deja crecer.

3ª Etapa:

Inserción laboral dependiente o independiente.

Los pacientes son entrenados por un maestro técnico para un determinado puesto de trabajo, con fines productivo-rentables, con el objetivo de favorecer su integración socio-laboral.

1.5.1. TERAPIA OCUPACIONAL EN EL CPS

El abordaje de Terapia Ocupacional se realiza desde el hacer, desde el modo vincular propio de cada paciente, con los otros y consigo mismo.

Terapia Ocupacional participa en todas las instancias del C.P.S de la siguiente forma:

1ª Etapa:

Conformación del grupo:

Entrevista y evaluación individual: con la finalidad de recabar información sobre historia de vida, datos personales, historia ocupacional, desempeño en A.V.D, relación con la familia. Se evalúa posteriormente al paciente a través de la implementación de la actividad, se detecta como proyecta sus capacidades, pensamientos, sentimientos, autoconcepto, y como recibe, integra, organiza los estímulos que provienen del mundo externo. Se observa que hace el paciente con los materiales que dispone, su capacidad para organizar, para realizarlo, si tiene iniciativa, creatividad, si puede concentrarse en su tarea, si mantiene hábitos de trabajo, si termina un proyecto o este es abandonado.

Evaluación grupal: se observa la capacidad para aceptar normas de interrelación en una misma tarea, su capacidad de dar, recibir, compartir; su forma de relacionarse con objetos, terapeutas y compañeros. Todo lo que repercute sobre él y a la vez cual es su influencia sobre el grupo, interactuando cotidianamente con los “otros”.

Implementación de actividades terapéuticas en forma grupal: con la finalidad de organizar rutinas de funcionamiento, abordaje de temáticas específicas, abordaje corporal, coordinación de revista interna, coordinación de presentación de teatralizaciones, etc.

2º Etapa:

Entrenamiento del paciente:

Los microemprendimientos terapéuticos coordinados y supervisados por T.O están organizados desde la concepción del cooperativismo. Los pacientes son los responsables de llevar adelante cada uno de los implementados en el C.P.S. El microemprendimiento terapéutico consta de un circuito de producción con la figura de: ENCARGADO – ADMINISTRADOR, OPERARIOS y VENDEDORES. El ENCARGADO – ADMINISTRADOR (generalmente ocupado por dos pacientes) tiene el objetivo de coordinar y administrar: deben comprar los insumos necesarios para la elaboración de los productos, sacar costos, tomar pedidos de vendedores, asentar gastos-ventas, repartir ganancias y tomar asistencia. Los OPERARIOS ocupan los diferentes puestos de trabajo por el que debe transitar el producto a elaborar. Los VENDEDORES deben colocar el producto elaborado en el mercado (generalmente venta ambulatória, en ferias institucionales, en iglesias, etc).

El rol del T.O en esta etapa, esta dirigido a desarrollar, descubrir aptitudes y capacidades que preparan al paciente para el desempeño eficiente de una actividad laboral, acorde a sus intereses y aptitudes como a las posibilidades reales en el mercado laboral. Crear hábitos de trabajo y establecer medios de enseñanza-aprendizaje laboral. En caso de existir desventajas ocupacionales, se entrena al paciente para capacitarlo a tal fin ó se lo deriva a

otras opciones ocupacionales. Por otra parte el T.O genera dentro del microemprendimiento terapéutico, diferentes roles que deben asumir los pacientes, supervisa la dinámica grupal in situ, acompaña a la resolución de situaciones conflictivas individuales y grupales.

3º Etapa:

Inserción laboral dependiente o independiente.

Terapia Ocupacional organiza los Talleres de Producción existentes en el C.P.S. Supervisa a los maestros técnicos que se desempeñan en ellos, ejecuta planes individuales o grupales, realiza evaluaciones de desempeño y revisa periódicamente la planificación del taller.

En caso de existir un egreso del paciente a otra modalidad laboral(taller protegido, inserción laboral en relación de dependencia, cursos de capacitación laboral), el mismo es evaluado y supervisado conjuntamente con el equipo profesional.

1.6. TERAPIA OCUPACIONAL EN TRATAMIENTOS

FAMILIARES

“La aparición de las terapias activas y de la opción psicoterapeuta lograron la reintroducción de una Diacronía. En la actualidad, un enfermo mental vive; por lo tanto cambia, evoluciona. Y a su vez esta evolución engendra polimorfismo. Evadido del sopor del asilo, de la inmovilidad que lo condenaba una fiel adhesión al delirio, que se endosaba para como la única manera de ser. El enfermo cambia de apariencia día a día y reclama, por lo tanto, atenciones diferenciadas.”

Hochman J.¹⁰

Terapia Ocupacional es una disciplina que esta basada en la observación, recolección, comprensión y manejo de la actividad humana con la función de prevenir, mantener y restablecer las potencialidades del individuo a fin de que alcance su interacción social y cultural.¹¹

Siguiendo a L. Paganizzi consideramos tres instrumentos en Terapia Ocupacional: T.O – Actividad – Paciente en constante interacción durante el proceso terapéutico. A la forma de relacionarse lo llamamos VINCULO. Según Pichón Riviere el vinculo es una estructura compleja que incluye al sujeto, al objeto y a los momentos de comunicación y aprendizaje. La necesidad, según el autor, es el fundamento motivacional del vinculo, es aquello que nos empuja hacia la búsqueda del otro.

¹⁰ Hochman J. Hacia una Psiquiatría Comunitaria, Amorrortu Editores SCA, Bs As, 1971, pag 192

¹¹ Garcia Cein , E. Y otros. Tesis de Grado “Prevención Primaria en Salud Mental desde Terapia Ocupacional”. Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento. UNMdP. 1991. Pág

Los vínculos primarios formados en el grupo familiar van dando lugar a vínculos interpersonales, que conllevan cierta manera de relación conocida en el grupo familiar.

El vínculo terapéutico formado entre el T.O y el paciente, incluyendo en este caso a su familia, se da en un espacio particular, llamado ENCUADRE. Este aparece como organizador del vínculo, y está constituido por el lugar de trabajo, horario, procedimientos a seguir e instrumentos empleados. Cada acción del paciente y su familia forman parte del encuadre en cuanto se incorporan como elementos reales del contexto, en él transcurre la actualidad del proceso terapéutico.

El hacer juntos propicia la comunicación verbal, en el intercambio de opiniones y la expresión de sentimientos; como así también la comunicación no verbal, en el intercambio de materiales, herramientas, gestos, actitudes, emociones e ideas que surgen en el hacer del proyecto grupal.

Fidler y Fidler¹² afirman que los sentimientos y emociones que aparecen en la acción son “ menos pasibles de aparecer bajo mecanismos de defensa más intelectuales, más concretos”. La acción entonces brinda mayores posibilidades de expresión y de simbolización de lo que le acontece al grupo

¹² Fidler y Fidler en Francisco B. Editorial Papirus, Pág. 39

familiar, creando un nuevo canal de comunicación y de abordaje de la problemática.

1.6.1. ACTIVIDADES TERAPEUTICAS

Las actividades toman en Terapia Ocupacional un lugar particular ya que son el instrumento propio y distintivo de nuestro rol profesional. Cuando nos referimos a las mismas incluimos la participación de materiales, herramientas, equipos y técnicas, con el fin de lograr la realización de un determinado proyecto.

Desde Terapia Ocupacional accedemos al lenguaje de la actividad, al conocimiento de su técnica para instrumentarla en beneficio del grupo familiar. Así el encuentro Actividad - Grupo Familiar constituye un espacio de crecimiento que resulta terapéutico, ya que posibilita crear, transformar y modificar (los materiales), para posteriormente verse recreado, modificado y transformado (el grupo familiar). En otras palabras, más importante que la actividad en sí, son las relaciones que se establecen a partir de la misma, donde el producto final queda en un segundo plano y prevalece el acontecer del proceso de ejecución.

*“La Terapia Ocupacional en Salud Mental fundamentada desde una perspectiva psicoanalítica y psicosocial instrumenta, en un encuadre terapéutico, diversos recursos a los fines de comprender al sujeto desde la decodificación de los múltiples vínculos que construye con el mundo exterior. Una comprensión del sujeto a partir de un espacio terapéutico en el que es posible intentar el cambio hacia un posicionamiento más creativo”.*¹³

ACTIVIDADES PLASTICAS COMO MEDIO TERAPEUTICO:

Tomamos para nuestro abordaje del grupo familiar, actividades plásticas de libre expresión. Como Terapistas Ocupacionales no admiramos la realización de un proyecto terminado, sino encontramos aquello contenido en la producción del paciente.

El desarrollo de un pensamiento creador, tiene fundamental importancia tanto para el crecimiento personal, como para el crecimiento social. En general las personas que han sido inhibidas en su actividad creadora, por reglas o fuerzas ajenas a ellos, se retraen ante las actividades: se limitan a copiar o a trazar rasgos en forma mecánica, adoptan al encontrarse en un grupo estilos o proyectos de otros, o demandan ayuda en forma constante sin poder crear libremente. Lowenfeld sostiene “la capacidad creadora se considera

¹³ Soria M. Mantero P, Revista Materia Prima, Num. 5, Pág. 22

*generalmente, como un comportamiento constructivo - productivo que se manifiesta en la acción o realización”.*¹⁴

Esta última cita nos remite al concepto de salud de Pichón Riviere, al considerar de vital importancia en la adaptación activa a la realidad un comportamiento creativo, libre de conformismos, exceptuando aquellos que son indispensables para el mantenimiento de normas de seguridad.

En el caso de los pacientes psiquiátricos es importante observar la creación, no solamente por la forma que encuentran para expresar su sufrimiento y conflictivas propias, sino también teniendo en cuenta las relaciones que mantiene con el “otro”, como destinatario de la producción y con ellos mismos como autores.

¹⁴ Lowenfeld, V. Lambert Brittain, W “El desarrollo de la capacidad creadora”, Edit. Kapelusz, Año 1994, Bs As. Pág 70.

1.7. ABORDAJE TERAPÉUTICO DESDE EL ESQUEMA CONCEPTUAL REFERENCIAL OPERATIVO (ECRO)

Pichón Rivière sostiene la idea, de que la interacción grupal esta estructurada por el interjuego de las imágenes internas. Analizamos, de este modo, el tipo de intragrupo con el que se maneja el paciente, conformado por la progresiva internalización de objetos y vínculos. Siguiendo al mismo autor, manifiesta “la imagen interna que el paciente tiene de su grupo familiar esta distorsionada por determinadas situaciones ocurridas en algún momento de su historia (...) tiene una visión de su grupo primario distinta totalmente de lo que este es en realidad, produciéndose entonces una intensificación del proceso de incomunicación, dada por el desajuste o desarticulación entre ambas imágenes”.¹⁵

Si nos remontamos a la génesis familiar decimos que cada partenaire traía su propio ECRO familiar; pero al conformar la nueva familia esta se fue nutriendo de uno propio, sobre el cual giraron todas las conductas particulares de sus integrantes. Por lo que tener un ECRO significaba haber consolidado dentro de uno mismo un conjunto de experiencias, de conocimientos y de compromisos, que estaban presentes cada vez que desarrollaban cualquier

¹⁵ Pichon Riviere, “El proceso grupal”, Edit. Nueva Visión , Buenos Aires, 1996, pág. 66

tarea como individuos, cada vez que pensaban y actuaban. En la investigación nos encontramos con familias que funcionaban con un ECRO totalmente distinto, de allí la disfuncionalidad; por ejemplo en un matrimonio ella hablaba todo el tiempo del ex – marido y sus hijos como su familia presente, no pudiendo incluir a su marido actual.

El ECRO es un modelo individual de aprehensión de la realidad, aunque nos da información sobre todo el grupo familiar en el cual se origina. De este modo, se daba la articulación de dos niveles: la verticalidad y la horizontalidad grupal. La primera estaba relacionada con la historia individual, que le permitía asumir los roles adjudicados por los otros; es decir la comprensión del sujeto inserto en la sociedad. La segunda implicaba la comprensión de lo compartido por el grupo, es decir el denominador común que los unificaba en forma consciente o inconsciente (sistema de creencias, patologías ocultas de otros miembros, hijos ofrenda, etc)

1.7.1. MOMENTOS GRUPALES EN LA INTERVENCION: PRETAREA-TAREA-PROYECTO

Cuando surgía el paciente identificado, el cual era el portavoz desde su enfermedad de la resistencia al cambio, nos daba la pauta de un ECRO

estereotipado, enfermo, no había una adaptación al medio ni intercambio, por consiguiente era imposible también pensar en el concepto de proyecto, para el cual eran necesarias las instancias previas de pretarea y proyecto.

PRETAREA: El grupo se estereotipaba, predominaban los mecanismos de disociación con instrumentación de las técnicas esquizoparanoides; es decir disociaban por un lado lo bueno de lo malo, con el fin de preservar lo bueno, por ende disociaban el sentir, del pensar y del hacer.

Se observaba en conductas tales como: no concurrir a las citas, imposibilidad de acordar un proyecto grupal, negación a realizar una actividad. Todos los mecanismos de la pretarea eran dispositivos de seguridad que trataban de poner a salvo al sujeto de los sentimientos de ambivalencia y culpa. Esta etapa cargada de tensión intragrupal se caracterizaba, justamente, por todos los esfuerzos realizados por el grupo para no entrar en la tarea. Esta evitación tenía por objetivo no elaborar las situaciones por temor a enfrentarse a los miedos básicos de pérdida y ataque, frente a un objeto desconocido que debían abordar. Este monto de ansiedad generado por la posibilidad de cambio, no hacía más que estereotipar estructuras dificultando el aprendizaje y la comunicación necesarios para una adaptación activa al medio, indispensable para alcanzar la salud mental.

TAREA: Era el segundo momento grupal donde la familia elaborando las ansiedades básicas comenzaba a movilizar las estructuras rigidizadas, realizando una lectura de la realidad más acorde. Empezaba a haber una apertura hacia la posibilidad de cambio sin vivenciar la destrucción del grupo. Se produjo en este momento una reacomodación o ajuste del ECRO familiar, los grupos familiares sacaban a luz las problemáticas más importantes, como ser falta de acuerdos grupales, secretos familiares, etiquetas diagnosticas sociales apropiadas por la familia para limitar al paciente.

Luego, surgió la posibilidad de un insight, un aprendizaje de la realidad, una percepción más global de los elementos, la persona modificó su actitud ante el cambio, haciéndolo menos resistente.

PROYECTO: una vez transcurrida la etapa de la Tarea, el grupo estaba preparado y con mayor apertura, pudiendo emerger de este proceso el proyecto. Encontramos familias que en esta etapa pudieron establecer nuevos acuerdos que le posibilitaron al paciente un cambio en su rol, tomando decisiones junto con el grupo, recuperando roles perdidos(materno), recuperando actividades dentro del hogar y fuera del mismo(mayor actividad social).

Si tomamos a la familia como la estructura social básica, por lo tanto modelo natural de la situación grupal, podemos afirmar que es imprescindible su participación en forma activa, como también su compromiso en la integración del paciente tanto a su núcleo como a la sociedad de la cual forma parte, facilitando todos los procesos que favorezcan su autonomía, sus interacciones creativas y por consiguiente su reinserción socio-laboral. Un grupo familiar que posee una buena red de comunicación, que se desenvuelve de manera eficaz en su tarea, es un grupo operativo, donde cada miembro tiene asignado un rol específico, pero con tal plasticidad, que le facilite y le permita asumir otros roles.

1.8. DEFINICION DE CONCEPTOS

ADAPTACION ACTIVA A LA REALIDAD

El siguiente concepto es planteado por Pichón Riviere como un criterio básico de salud, teniendo acceso al mismo a través de la operatividad de las técnicas yoicas (mecanismos de defensa).

El término propuesto parte de una concepción dialéctica, ya que el sujeto en la medida en que se transforma modifica el medio y por consiguiente a sí mismo.

Terapéuticamente diríamos que el paciente al realizar cambios opera simultáneamente en su grupo familiar modificando estructuras en el mismo.

Este complejo proceso se caracteriza por el hecho de: ser capaz de asumir nuevos roles abandonando los anteriores rigidizados, poder asumir responsabilidades, tomar decisiones individuales y grupales, ser independiente en cuanto a hábitos personales. Esto es operacionalizado en el ámbito individual, a través de la observación de la independencia en hábitos personales tales como alimentación, vestido e higiene, independencia en cuanto al manejo

de medicación, capacidad de administrar el dinero, programación de su tiempo libre, e independencia en la utilización del transporte público.

En el ámbito familiar, lo observamos en la participación en las tareas y rutinas del hogar (limpieza, horarios, compras), la intervención en eventos familiares (paseos, festejos) como también en la intervención de decisiones familiares.

GRUPO FAMILIAR

“Habiendo definido a la familia como una estructura social básica, que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo) y enunciando los niveles o dimensiones comprometidos en su análisis, podemos afirmar que la familia es el modelo natural de la situación de interacción grupal”.¹⁶

Consideramos familia a “todo conjunto de personas reunidas por constantes de tiempo y espacio, con vínculos de parentesco articuladas por su mutua representación interna, que se proponen implícita o explícitamente una tarea”.¹⁷

¹⁶ Pichón Riviere, *Diccionario de términos y conceptos de psicología y psicología social*, Edit. Nueva Visión 1997, pág. 87.

¹⁷ Pichon Riviere *El proceso Grupal*, Edit. Nueva Visión, 1996, pág. 187.

La tarea de todo grupo familiar es justamente la socialización de sus integrantes, ofreciendo el contexto, para que logren una adaptación activa a la realidad.

La familia no esta ajena al devenir de la sociedad, sino que la conforma, actualmente dado los requerimientos sociales, laborales, etc., nos encontramos con padres que comparten temporariamente las funciones del otro, pero no por ello dejan de cumplir con su propio rol.

REINSERCIÓN SOCIOLABORAL

Todo desarrollo grupal tiene por finalidad una integración mayor que es la social. Desde el punto de vista familiar, los integrantes pasan de un estadio endogámico a otro exogámico; entendemos a este último momento cuando el sujeto perteneciendo a su grupo primario es capaz de interactuar y vincularse con otros grupos sociales.

Consideramos que una persona esta reinserta socialmente cuando pertenece a diferentes grupos sociales, concurre a eventos comunitarios, maneja información comunitaria de actualidad y logra ubicarse en el medio geográfico.

Por otra parte, hablamos de una integración social total, cuando la persona asume un rol productivo, “el hombre se define esencialmente por la producción y desde que comienza a producir, lo que solo puede hacer

socialmente, ya esta en la esfera de lo humano”.¹⁸ Dicha situación la observamos cuando el sujeto adquiere hábitos laborales, puede responder a los requisitos de un puesto de trabajo respetando las normas laborales (horario, vestimenta, cuidado de elementos), pudiendo posteriormente desempeñarse laboralmente, ya sea en forma dependiente o independiente.

IMPLEMENTACION DE TRATAMIENTOS FAMILIARES EN TERAPIA OCUPACIONAL

“Al hablar de la familia como grupo de pertenencia, vemos como el paciente se convierte en portavoz de esta situación que lo contiene. De este modo se puede considerar que la intervención en el paciente separado de su familia, resulta por demás inadecuada”.¹⁹

Al abordar a un paciente no podemos considerarlo como un ser aislado; sino visualizarlo dentro de un contexto familiar; así la concepción de normal o patológico se descentraliza de la noción individual para pasar a la de grupo familiar.

El hecho de incluir a la familia en los tratamientos de Terapia Ocupacional, nos permitió observar el rol de cada miembro, la comunicación

¹⁸ Vasquez en Berenice Rosa. Francisco. Traducción libre, pág. 44

¹⁹ De Laurentis, C. Sánchez M. Función social de la locura en “La Función Social de la Locura: una mirada desde el poder” Espacio Editorial, Buenos Aires 1998, pág. 139

entre ellos, como también su forma de resolver situaciones conflictivas, y su concepción sobre el proceso de salud – enfermedad.

Operacionalmente, consideramos a la familia incluida en los tratamientos de Terapia Ocupacional cuando concurrieron el 50% del grupo familiar en forma continua, durante el periodo estipulado; aún considerando la alternancia de los miembros.

CAPITULO 2

ENFOQUE METODOLOGICO

2.1 HIPOTESIS

La familia es el núcleo de la organización social, el individuo integra en forma dinámica tanto a ésta como a la sociedad de la cual forma parte. Dado que consideramos a la enfermedad mental, no como la enfermedad de una persona sino como la del grupo primario, oficiando el paciente como el portavoz de esa situación, creemos necesario el abordaje a través de la actividad del grupo familiar, en Terapia Ocupacional. El objetivo de esta intervención fue brindar un espacio que posibilitara una interacción familiar creativa, a la vez que facilitara los medios para alcanzar una adaptación activa que promoviera su desarrollo y afianzara los procesos de autonomía de la persona, en los contextos familiar, social y laboral.

El rol del Terapeuta Ocupacional en tratamientos familiares consistió entonces en proveer un espacio de participación, intercambio y elaboración que le permitió al grupo familiar modificarse, modificando por ende a la sociedad y al individuo, e integrarse en forma activa a este proceso, evitando incluso la marginalidad del paciente de su propio grupo primario.

Por lo expuesto, trabajamos con la siguiente hipótesis:

*LA IMPLEMENTACIÓN DE TRATAMIENTOS FAMILIARES
EN TERAPIA OCUPACIONAL FAVORECE LA ADAPTACIÓN
ACTIVA DEL PACIENTE A SU GRUPO FAMILIAR,
FACILITANDO CONJUNTAMENTE SU REINSERCIÓN
SOCIO-LABORAL.*

2.2 VARIABLES Y DIMENSIONAMIENTO

Variables dependientes:

- ✓ *Adaptación activa al grupo familiar*
- ✓ *Reinserción sociolaboral*

Variable independiente:

- ✓ *Implementación de tratamientos familiares en Terapia Ocupacional*

<u>Variable</u>	<u>Dimensiones</u>	<u>Indicadores</u>
<u>Adaptación</u> <u>activa al</u> <u>Grupo Familiar</u>	<i>Individual</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Independencia en hábitos personales</i> ❖ <i>Capacidad de administrar dinero</i> ❖ <i>Programación de su tiempo libre</i> ❖ <i>Independencia en el manejo de la medicación</i> ❖ <i>Independencia en la utilización del transporte público.</i>
	<i>Familiar</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Participación en tareas y rutinas de hogar.</i> ❖ <i>Participación en eventos familiares (salidas, paseos)</i> ❖ <i>Intervención en decisiones familiares.</i>

<u>Variable</u>	<u>Dimensión</u>	<u>Indicadores</u>
<u>Reinserción Sociolaboral</u>	<i>Integración Social</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Participación en actividades dentro de la comunidad inmediata</i> ❖ <i>Manejo de información comunitaria</i> ❖ <i>Ubicación geográfica en su ciudad</i> ❖ <i>Pertenencia a diferentes grupos sociales (club, trabajo)</i>
	<i>Integración Laboral</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Inserción laboral</i> <i>- en forma dependiente o independiente.</i> ❖ <i>Adquisición de hábitos laborales</i> <i>- cumple con los requisitos del puesto de trabajo y respeta las normas laborales (horario- vestimenta-cuidado de herramientas)</i>

<u>Variable</u>	<u>Dimensión</u>	<u>Indicadores</u>
<u>Implementación</u> <u>de tratamientos</u> <u>familiares en</u> <u>Terapia</u> <u>Ocupacional</u>	Participación de los familiares	❖ <i>Concurrencia a los tratamientos</i> - si (50% de los miembros) - no ❖ <i>Continuidad en los tratamientos</i> <i>durante el periodo establecido</i> - si - no

2.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

*La presente tesis tuvo un diseño exploratorio–descriptivo. “Los estudios formulativos o exploratorios y los estudios descriptivos son los dos niveles en los que habitualmente han de trabajar quienes están preocupados por la acción, puesto que permiten elaborar un marco de estudio a partir del cual se deduce una problemática ulterior, o bien formular un diagnóstico con el fin de conocer carencias esenciales y sugerir una acción posterior”.*²⁰

Este tipo de diseño fue implementado por no contar con antecedentes específicos en el abordaje familiar en Terapia Ocupacional; nos permitió ahondar en el tema y poder elaborar conclusiones que ampliaron el espectro de abordaje de Terapia Ocupacional en tratamientos familiares.

²⁰ Ander-Egg,E, “Introducción a las técnicas de investigación social”, Humanitas,Bs As, 1978, pág 40

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- ✓ *Evaluar la implementación de tratamientos familiares desde Terapia Ocupacional con pacientes con patología psiquiátrica.*
- ✓ *Indagar acerca de los alcances del rol del Terapeuta Ocupacional en abordajes familiares.*

2.5 POBLACION Y MUESTRA

POBLACION:

Los pacientes con sus respectivos grupos familiares que concurrían al Centro de Promoción Social (25 casos) sito en calle Balcarce N° 5036 de la ciudad de Mar del Plata, al momento de la investigación.

La población estaba caracterizada por pacientes de ambos sexos cuyas edades eran de 22 a 60 años, con diagnósticos de psicosis crónicas y neurosis graves.

CRITERIO DE INCLUSION EN LA MUESTRA:

Todos aquellos pacientes con sus respectivos grupos familiares que aceptaron concurrir a los tratamientos de Terapia Ocupacional en forma continua durante el periodo de tiempo establecido.

CRITERIO DE EXCLUSION:

Todos aquellos pacientes con sus respectivos grupos familiares que no aceptaron concurrir a los tratamientos de Terapia Ocupacional en forma continua durante el periodo de tiempo establecido.

2.6 MODALIDAD DEL TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo fue realizado por ambas tesis, a través de la observación participante y no participante en el CPS, siguiendo las etapas de tratamiento que a continuación se detallan:

ETAPA DIAGNOSTICA:

- ❖ Entrevista a los profesionales tratantes: con la finalidad de recabar información sobre el desempeño del paciente en el CPS.*
- ❖ Entrevistas al grupo familiar: con la finalidad de obtener datos sobre la adaptación activa del paciente a su grupo familiar y su reinserción sociolaboral.*
- ❖ Evaluación individual: observamos la internalización del vínculo familiar del paciente a través de la implementación de actividades terapéuticas.*
- ❖ Evaluación familiar: se trabajó en un proyecto grupal para evaluar la dinámica familiar.*

ETAPA DE TRATAMIENTO ESPECIFICO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- ❖ Fue llevado a cabo a través de actividades terapéuticas (actividades de libre expresión), contemplando las necesidades propias de cada grupo*

familiar, con el propósito de cumplimentar los objetivos de investigación propuestos.

ETAPA DE CONTROL EVOLUTIVO

- ❖ Se administró nuevamente la entrevista al grupo familiar; luego bajo una consigna de trabajo grupal se realizó la evaluación familiar, a fin de observar las modificaciones existentes en la interacción.*
- ❖ No fue necesario la implementación de la entrevista individual, ya que los cambios y modificaciones del paciente, se observaron en el transcurso del tratamiento tanto como en el desempeño en el CPS.*
- ❖ Se entrevistó a los profesionales del CPS, para evaluar las modificaciones en el desempeño interno.*

El tiempo de desarrollo de la investigación fue de 6 meses.

2.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- *Entrevistas a los profesionales tratantes.*
 - *Entrevistas a cada grupo familiar en forma conjunta.*
 - *Observación participante y no participante del grupo familiar.*

Las técnicas e instrumentos anteriormente mencionados se implementaron durante la etapa diagnóstica y de evaluación final.

Las tesisistas realizaron el trabajo de campo, a través de la observación participante y no participante, ya que una de las profesionales hacía una observación activa sobre el grupo familiar, mientras que la otra registraba lo acontecido en los encuentros. La primera técnica “consiste en la participación real del observador en la vida de la comunidad, del grupo o de una situación determinada”.²¹ La segunda técnica “consiste en la toma de contacto del observador con la comunidad, el hecho o grupo a estudiar, pero permaneciendo ajeno al mismo”.²²

Las entrevistas fueron estructuradas con preguntas abiertas, pues el objetivo estaba centrado en obtener información específica sobre el tema a

²¹ Ander-egg, E, Introducción a las técnicas de Interacción Grupal, Ed. Humanitas Bs AS1978 pag 98

²² Idem pag 98

investigar. Las entrevistas (modificadas después de la experiencia piloto) se adjuntan en el anexo.

Las entrevistas se realizaron en un momento de la investigación que se detallará en el capítulo 4.

CAPITULO 3

ANÁLISIS DE LOS DATOS

3.1. DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS

A fin de facilitar la comprensión de los pasos seguidos en el análisis de los datos, detallaremos a continuación el proceso realizado:

❖ Primera Parte

*Se realizó la **DESCRIPCIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO**, a través de la implementación de tablas y gráficos.*

*Se analizaron los datos obtenidos de la variable **IMPLEMENTACIÓN DE TRATAMIENTOS FAMILIARES EN T.O**, en cuanto a la dimensión **Participación de los familiares** y las variables intervinientes **sexo y edad**.*

❖ Segunda Parte

*A continuación detallamos la **JUSTIFICACIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN** de las variables dependientes: **ADAPTACIÓN ACTIVA A LA REALIDAD Y REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL**, con sus respectivos indicadores. Los mismos fueron categorizados en **ADECUADO; MEDIANAMENTE ADECUADO e INADECUADO** según el nivel de independencia del paciente.*

❖ Tercera Parte

*En esta instancia desarrollamos en forma gráfica **LA COMPARACIÓN ENTRE LA ETAPA DIAGNÓSTICA Y EL CONTROL***

EVOLUTIVO DE CADA CASO QUE TERMINO EL TRATAMIENTO, según las dos variables dependientes ADAPTACIÓN ACTIVA AL GRUPO FAMILIAR Y REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL .

❖ **Cuarta Parte**

*A continuación analizamos en forma gráfica la **SÍNTESIS DEL GRUPO DE PACIENTES QUE TERMINARON EL TRATAMIENTO, a los fines de observar las modificaciones realizadas por la totalidad de los casos, COMPARANDO LA ETAPA DIAGNÓSTICA CON EL CONTROL EVOLUTIVO.***

❖ **Quinta Parte**

*Posteriormente analizamos el comportamiento individual de los **INDICADORES de las variables dependientes: ADAPTACIÓN ACTIVA AL GRUPO FAMILIAR Y REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL, a través de tablas y gráficos.***

❖ **Sexta Parte**

*Por último consideramos significativo, el análisis de los **pacientes que aún habiendo aceptado la participación en los tratamientos familiares, no lograron culminarlo .***

*Los mismos fueron tomados como **ELEMENTOS TESTIGOS de la muestra seleccionada, observando las diferencias que presentaron en el***

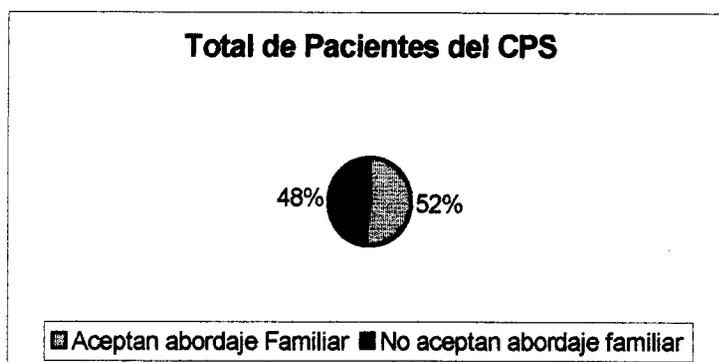
desempeño en el Centro de Promoción Social con respecto a los que concluyeron el tratamiento.

3.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Descripción del Universo de Estudio

Tabla y Gráfico N°1: Descripción del universo de estudio

Total de Pacientes	N°	%
<i>Aceptan abordaje familiar</i>	13	52,00 %
<i>No aceptan abordaje familiar</i>	12	48,00 %
<i>Total</i>	25	100,00 %



La Tabla y el Gráfico N° 1 señalan sobre la totalidad de los pacientes del CPS al momento de la investigación, los porcentajes de los pacientes y sus grupos familiares que aceptaron el abordaje familiar y aquellos que no lo hicieron. Se trabajó con un porcentaje superior a la mitad de los pacientes del CPS.

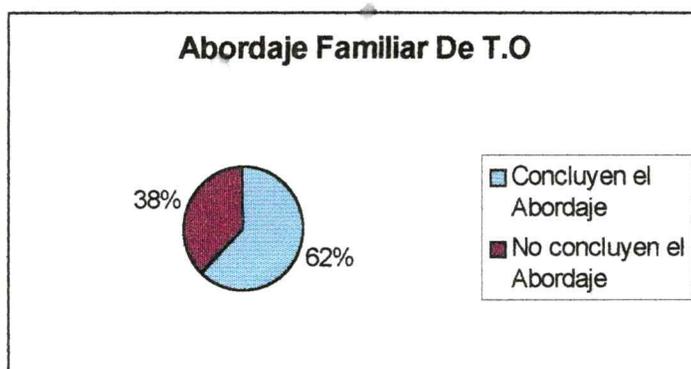
Tabla y Gráfico N° 2: Pacientes y sus familias que aceptan el abordaje familiar

Abordaje Familiar	N°	%
<i>Concluyen el abordaje</i>	8	62,00 %
<i>No concluyen el abordaje</i>	5	38,00 %
<i>Total de Casos</i>	13	100,00 %

Concluyen el abordaje familiar todos aquellos pacientes y sus grupos familiares que pudieron sostener la concurrencia durante el tiempo estipulado.

No concluyeron el abordaje familiar todos aquellos pacientes y sus grupos familiares que si bien iniciaron el abordaje no pudieron sostener la concurrencia durante el tiempo estipulado.

A los fines de nuestra investigación, si bien nos concentramos en el análisis del 62 % que concluyeron el abordaje, no dejamos de atender al proceso de los pacientes que constituyeron el 38 % restante, a los cuales llamaremos "Elementos testigos".



En el Gráfico N° 2 observamos que el 68 % de los pacientes y sus grupos familiares, pudieron concluir el abordaje familiar, resultando este dato estadístico relevante a los fines de la investigación, si bien en números absolutos fueron solo ocho casos.

Tabla N°3: Edad en años de los pacientes que iniciaron el abordaje familiar

Edad en Años	Frecuencia
20 – 29	2
30 - 39	4
40 - 49	4
50 - 59	1
60 - 63	2
<i>Total de Casos</i>	<i>13</i>

Encontramos como significativo que los intervalos que presentaron mayor frecuencia fueron los centrales, con 8 pacientes entre los dos intervalos y a la vez, el resto se distribuye casi homogéneamente entre los 20 y los 63 años.

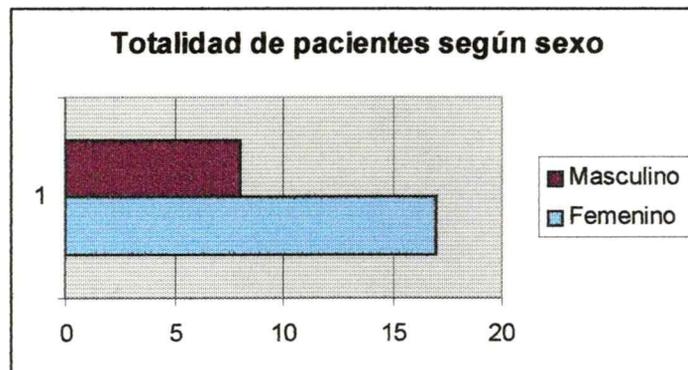
Tabla N° 4 : Edad en años de los pacientes que concluyeron el abordaje familiar de T.O

Edad en Años	Frecuencia
20 – 29	1
30 – 39	2
40 – 49	2
50 – 59	1
60 - 63	2
<i>Total de casos</i>	<i>8</i>

En la **Tabla N° 4** observamos que la distribución de frecuencias es heterogénea; por consiguiente, no parece estar afectando la edad en la continuidad o no del tratamiento con abordaje familiar.

Tabla y Gráfico N° 5: Totalidad de pacientes correspondientes al CPS según sexo.

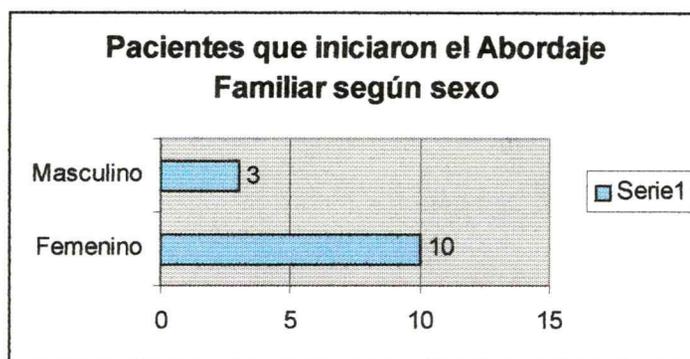
Sexo	N°	%
<i>Femenino</i>	<i>17</i>	<i>68,00 %</i>
<i>Masculino</i>	<i>8</i>	<i>32,00 %</i>
<i>Total</i>	<i>25</i>	<i>100,00 %</i>



El gráfico y la tabla N° 5 señala la totalidad de pacientes que concurrían al CPS, al momento de la investigación, distribuidos según sexo.

Tabla y Gráfico N° 6: Pacientes que iniciaron el abordaje familiar de T.O según sexo

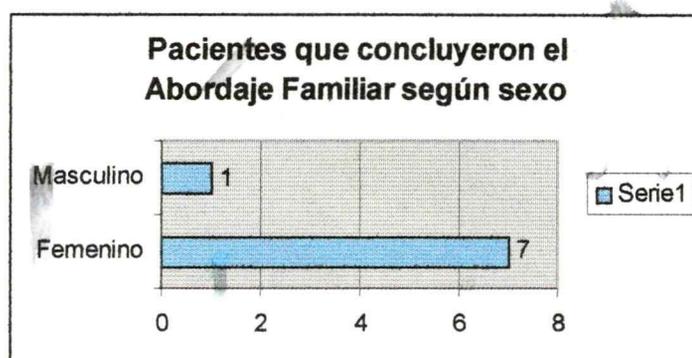
Sexo	N°	%
<i>Femenino</i>	<i>10</i>	<i>77,00 %</i>
<i>Masculino</i>	<i>3</i>	<i>23,00 %</i>
<i>Total</i>	<i>13</i>	<i>100,00 %</i>



La Tabla y el Gráfico N° 6 señalan la distribución de los pacientes que iniciaron el abordaje familiar según sexo, encontramos un porcentaje de pacientes de sexo femenino mayor al sexo masculino, dato que tiene relación con la totalidad de pacientes del CPS.

Tabla y Gráfico N° 7: Pacientes que concluyeron el abordaje familiar de T. O según sexo

<i>Sexo</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Femenino</i>	<i>7</i>	<i>87,50 %</i>
<i>Masculino</i>	<i>1</i>	<i>12,50 %</i>
<i>Total</i>	<i>8</i>	<i>100,00 %</i>



Si comparamos la **Tabla N° 7** y su **Gráfico** con los correspondientes a la distribución por sexo en el CPS y en la muestra, notamos que (aún con bajo número de unidades) los pacientes más persistentes en el tratamiento son de sexo femenino. Esto será retomado en las conclusiones.

3.3. JUSTIFICACIÓN DE LA CATEGORIZACION

A continuación desarrollamos la justificación de la categorización de las variables intervinientes: ADAPTACIÓN ACTIVA A LA REALIDAD Y REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL, con sus respectivos indicadores.

I- ADAPTACIÓN ACTIVA AL GRUPO FAMILIAR

A- INDIVIDUAL

❖ INDEPENDENCIA EN HÁBITOS PERSONALES

ADECUADO :

- 1. Se viste en forma independiente. Se cambia regularmente su ropa.*
- 2. Se higieniza en forma independiente, en cuanto a: aseo, ducha, higiene bucal, afeitado, aspecto personal.*
- 3. Se alimenta en forma independiente en cuanto a: uso de vajilla, modales en la mesa, respeto de horarios, ritmo de ingesta.*

MEDIANAMENTE ADECUADO:

- 1. Necesita cierta supervisión para vestirse y para cambiarse de ropa.*

2. *Necesita cierta supervisión para higienizarse en cuanto a: aseo, ducha, higiene bucal, afeitado, aspecto personal.*
3. *Necesita cierta supervisión para alimentarse, en cuanto a: uso de vajilla, modales en la mesa, respeto de horarios, ritmo de ingesta.*

INADECUADO:

1. *No se viste sólo, necesita supervisión permanente*
2. *No se higieniza sólo, necesita supervisión permanente*
3. *No se alimenta sólo, necesita supervisión permanente*

❖ *CAPACIDAD DE ADMINISTRAR DINERO*

ADECUADO:

1. *Reconoce el dinero, organiza su economía.*

MEDIANAMENTE ADECUADO.

2. *Reconoce el dinero, necesita de terceros para administrarse.*

INADECUADO:

3. *No reconoce el dinero, ni puede administrar su economía.*

❖ *PROGRAMACIÓN DE SU TIEMPO LIBRE*

ADECUADO:

1.Desarrolla actividades que le motivan o interesan por iniciativa propia.

MEDIANAMENTE ADECUADO:

1.Desarrolla actividades que le motivan o interesan por iniciativa de terceros.

INADECUADO:

1.No inicia actividades que le motivan o interesan.

❖ **INDEPENDENCIA EN EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN**

ADECUADO :

1.Reconoce la medicación y realiza la ingesta por iniciativa propia.

MEDIANAMENTE ADECUADO:

1.Reconoce la medicación y realiza la ingesta por iniciativa de terceros

INADECUADO:

1.No reconoce la medicación y su ingesta depende de terceros

❖ **INDEPENDENCIA EN LA UTILIZACIÓN DEL TRANSPORTE PÚBLICO**

ADECUADO:

1.Tiene capacidad para manejar el transporte público, necesario para desenvolverse en su vida cotidiana.

MEDIANAMENTE ADECUADO:

1. Tiene capacidad para manejar el transporte público, necesario para desenvolverse en su vida cotidiana, pero necesita supervisión de terceros.

INADECUADO:

1. No tiene capacidad para utilizar el transporte público.

B- FAMILIAR

❖ PARTICIPACIÓN EN TAREAS Y RUTINAS DE HOGAR

ADECUADO:

1. Maneja y organiza el hábitat donde vive, haciendo las tareas de la casa que se esperan de él.

MEDIANAMENTE ADECUADO:

1. Maneja y organiza el hábitat donde vive, haciendo las tareas de la casa que se esperan de él con supervisión de terceros.

INADECUADO:

1. No maneja ni organiza el hábitat donde vive.

❖ PARTICIPACIÓN EN EVENTOS FAMILIARES (SALIDAS, PASEOS)

ADECUADO :

1. Participa y organiza eventos familiares por iniciativa propia

MEDIANAMENTE ADECUADO:

1. Participa y organiza eventos familiares por sugerencia de terceros

INADECUADO:

1. No participa ni organiza eventos familiares.

❖ INTERVENCIÓN EN DECISIONES FAMILIARES

ADECUADO:

1. Intervención en decisiones familiares por iniciativa propia.

MEDIANAMENTE ADECUADO:

1. Interviene en decisiones familiares por sugerencia de terceros.

INADECUADO:

1. No participa en decisiones familiares.

2 - REINSERCIÓN SOCIO LABORAL

A- INTEGRACIÓN SOCIAL

❖ PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DENTRO DE LA COMUNIDAD

INMEDIATA

ADECUADA :

1. Organiza actividades y participa en ellas por iniciativa propia.

MEDIANAMENTE ADECUADO:

1. Organiza actividades y participa en ellas por iniciativa de terceros.

INADECUADA:

1. No organiza ni participa en actividades.

❖ MANEJO DE INFORMACIÓN COMUNITARIA

ADECUADA:

1. Se halla informado del acontecer social por iniciativa propia, utilizando los diferentes medios de comunicación.

MEDIANAMENTE ADECUADO:

1. Se halla informado del acontecer social por iniciativa de terceros.

INADECUADO:

1. No está informado del acontecer social.

❖ UBICACIÓN GEOGRÁFICA EN SU CIUDAD

ADECUADA

1. Reconoce las calles y se ubica en los diferentes lugares de la ciudad.

MEDIANAMENTE ADECUADA:

1.Reconoce las calles en forma parcial y se ubica medianamente en los diferente lugares de la ciudad.

INADECUADA:

1.No reconoce las calles ni se ubica en la ciudad.

❖ *PERTENENCIA A DIFERENTES GRUPOS SOCIALES (CLUB, TRABAJO)*

ADECUADA:

1.Participa activamente en diferentes grupos sociales

MEDIANAMENTE ADECUADA:

1.Participa en diferentes grupos sociales por sugerencia de terceros.

INADECUADA:

1.No participa en diferentes grupos sociales.

B- INTEGRACIÓN LABORAL

❖ *INSERCIÓN LABORAL*

ADECUADA:

1. En forma independiente o dependiente sin ninguna supervisión de terceros.

MEDIANAMENTE ADECUADA:

- 1. En forma dependiente con necesidad de supervisión de terceros.*

INADECUADA:

- 1. No accedió a un puesto de trabajo.*

❖ *ADQUISICIÓN DE HÁBITOS LABORALES (cumple con los requisitos del puesto de trabajo y respeta las normas laborales: horario - vestimenta - cuidado de herramientas).*

ADECUADA:

- 1. Tiene capacidad para desarrollar un trabajo respetando las normas laborales en forma independiente*

MEDIANAMENTE ADECUADA:

- 1. Tiene capacidad para desarrollar un trabajo respetando las normas laborales bajo la supervisión de terceros.*

INADECUADA:

- 1. No tiene capacidad de desarrollar un trabajo, ni siquiera bajo supervisión.*

3.4. COMPARACION ENTRE ETAPA DIAGNOSTICA Y CONTROL EVOLUTIVO DE CADA CASO QUE TERMINO EL TRATAMIENTO.

Detallaremos a continuación, en forma gráfica, las dos variables dependientes: ADAPTACIÓN ACTIVA AL GRUPO FAMILIAR Y REINSERCIÓN SOCIO – LABORAL. Estas serán analizadas en cada uno de los casos que terminó el tratamiento, en el tiempo estipulado, denominados con letras (de la “A” a la “H”, ocho en total).

Los indicadores de las variables fueron evaluados de acuerdo a la justificación ya expuesta y categorizados de la siguiente manera:

A: ADECUADA

MA: MEDIANAMENTE ADECUADA

I: INADECUADA

Dado que por hipótesis intentamos verificar si la implementación de tratamientos en T.O favorecía la adaptación activa al grupo familiar y la re inserción sociolaboral, hemos querido comparar la ETAPA DIAGNÓSTICA

(punto de partida) con el CONTROL EVOLUTIVO (punto de arribo). En esta evaluación posterior al tratamiento cabían tres posibilidades:

- ❖ *retroceso (no hubo ninguno)*
- ❖ *permanencia (lleva color amarillo)*
- ❖ *evolución (lleva color rojo)*

CASO A

BREVE ANAMNESIS DE SU HISTORIA CLÍNICA

- ❖ *Paciente de sexo femenino, 24 años; con diagnóstico de psicosis crónica de 8 años de evolución.*
- ❖ *Tiene dos hermanos mayores que viven con el padre en otra ciudad. Sus padres se separaron cuando la paciente tenía 2 años. Por este motivo debieron mudarse a Mar del Plata.*
- ❖ *A los 16 años inicia el consumo de marihuana, realizando tratamiento Psicológico.*
- ❖ *Fue internada en el Hospital Braulio Moyano por orden del Juez, a partir de un intento de suicidio. Ingresa por una beca en el Programa de Rehabilitación para drogadependientes en Buenos Aires por dos años hasta mayo de 1999. Durante el tiempo que estuvo internada la madre se contactaba con ella a través de cartas, visitándola dos veces.*

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

- ❖ *Madre, 47 años*
- ❖ *Pareja de la madre, 62 años*
- ❖ *Hijo de la pareja de la madre, 17 años*
- ❖ *Hija de la pareja de la madre, 14 años*
- ❖ *Paciente, 24 años*

COMPARACION ENTRE ETAPA DIAGNOSTICA Y CONTROL EVOLUTIVO

CASO A

	ETAPA DIAGNOSTICA				CONTROL EVOLUTIVO				
	A	MA	I		A	MA	I		
ADAPTACION ACTIVA AL GRUPO FAMILIAR	INDIVIDUAL		Independencia en hábitos personales						
			Capacidad de administrar dinero	X					
			Programación de su tiempo libre		X				
			Independencia en el manejo de la medicación						
			Independencia en la utilización del transporte		X				
FAMILIAR			Participación en tareas y rutinas de hogar		X				
			Participación en eventos familiares		X				
			Intervención en decisiones familiares		X				
									X

REINSENCION SOCIO - LABORAL	INTEGRACION SOCIAL	Participación en actividades dentro de la comunidad inmediata							
		Manejo de la información comunitaria			X				
		Ubicación geográfica en su ciudad			X				
INTEGRACION LABORAL		Pertenencia a diferentes grupos sociales			X				
		Inserción laboral			X				
		Adquisición de hábitos laborales			X				

CASO B

BREVE ANAMNESIS DE SU HISTORIA CLÍNICA

- ❖ *Paciente de sexo femenino, 37 años; con diagnóstico de psicosis crónica de 22 años de evolución.*
- ❖ *Convive con una familia numerosa, la vivienda que ocupan es de dos habitaciones.*
- ❖ *Los primeros síntomas aparecieron a los 15 años. Tuvo una internación en el Hospital Melchor Romero de un año. Posteriormente tres internaciones en el HIGA.*

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

- ❖ *Padre, 76 años*
- ❖ *Hermano, 43 años*
- ❖ *Esposa del hermano, 42 años*
- ❖ *Hija del hermano, 4 años*
- ❖ *Hermana, 41 años*
- ❖ *Hermana, 38 años*
- ❖ *Hermana, 33 años*
- ❖ *Paciente, 37 años*
- ❖ *Hijo de la paciente, 7 años*

COMPARACION ENTRE ETAPA DIAGNOSTICA Y CONTROL EVOLUTIVO

CASO B

		ETAPA DIAGNOSTICA				CONTROL EVOLUTIVO		
		A	MA	I	A	MA	I	
ADAPTACION ACTIVA AL GRUPO FAMILIAR	INDIVIDUAL	Independencia en hábitos personales	X			X		
		Capacidad de administrar dinero			X			X
		Programacion de su tiempo libre			X			X
	FAMILIAR	Independencia en el manejo de la medicación		X		X		
		Independencia en la utilización del transporte		X		X		
		Participación en tareas y rutinas de hogar		X		X		
				X			X	
				X			X	

REINERSON SOCIO - LABORAL	INTEGRACION SOCIAL	Participación en actividades dentro de la comunidad inmediata	X				X	
		Manejo de la información comunitaria		X				X
		Ubicación geográfica en su ciudad		X		X		
	INTEGRACION LABORAL	Pertenencia a diferentes grupos sociales			X		X	
		Inserción laboral		X				X
		Adquisición de hábitos laborales			X			X

CASO C

Breve anamnesis de su Historia Clínica

- ❖ *Paciente de sexo femenino, 42 años; con diagnóstico de psicosis crónica de 25 años de evolución.*
- ❖ *Convive con sus padres, en la misma edificación vive una hermana casada, con dos hijos.*
- ❖ *Los primeros síntomas aparecen a los 17 años, luego de abandonar una relación afectiva “no aceptada” por la familia.*

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

- ❖ *Padre, 74 años*
- ❖ *Madre, 71 años*
- ❖ *Paciente, 40 años*

COMPARACION ENTRE ETAPA DIAGNOSTICA Y CONTROL EVOLUTIVO

CASO C

		ETAPA DIAGNOSTICA			CONTROL EVOLUTIVO		
ADAPTACION ACTIVA	INDIVIDUAL	Independencia en hábitos personales	X			X	
		Capacidad de administrar dinero		X			X
		Programación de su tiempo libre		X			X
		Independencia en el manejo de la medicación	X			X	
		Independencia en la utilización del transporte			X		X
AL GRUPO FAMILIAR	FAMILIAR	Participación en tareas y rutinas de hogar		X		X	
		Participación en eventos familiares		X			X
		Intervención en decisiones familiares		X			X

REINSERCIÓN	INTEGRACION SOCIAL	Participación en actividades dentro de la comunidad inmediata			X		X
		Manejo de la información comunitaria		X			X
		Ubicación geográfica en su ciudad		X			X
		Pertenencia a diferentes grupos sociales			X		X
		Inserción laboral			X		X
	INTEGRACION LABORAL	Adquisición de hábitos laborales			X	X	

CASO D

BREVE ANAMNESIS DE SU HISTORIA CLÍNICA.

- ❖ *Paciente de sexo femenino, 62 años; con diagnóstico de depresión y conductas psicopáticas.*
- ❖ *Tiene un primer matrimonio a los 18 años del que nacen tres hijos varones. Un segundo matrimonio a los 28 años , del que nace su cuarto hijo. Este ultimo matrimonio termina en un divorcio difícil y agresivo. En el año 1982 fallece la madre de la paciente, ella refiere que alrededor de esta época comienzan sus dificultades.*
- ❖ *Fallece un hijo en un accidente domestico, con problemas de drogadependencia. Posteriormente fallece otro hijo a causa de Sida.*
- ❖ *Realiza intentos de suicidio ante situaciones que la perturban, como el casamiento de su hijo, o la suspensión de manutención económica por parte de su hijo.*
- ❖ *La paciente vive alternadamente, primero en un departamento de sus padres, este se vende y ella pasa a vivir en la casa de los suegros de su hijo menor, con éste su esposa y sus dos hijos. Ante las desavenencias que se ocasionaron llega a vivir en el albergue de Cáritas.*

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

- ❖ *No posee ya que vive en Cáritas.*

COMPARACION ENTRE ETAPA DIAGNOSTICA Y CONTROL EVOLUTIVO

CASO D

	ETAPA DIAGNOSTICA			CONTROL EVOLUTIVO		
	A	MA	I	A	MA	I
ADAPTACION ACTIVA AL GRUPO FAMILIAR	INDIVIDUAL					
	Independencia en hábitos personales	X			X	
	Capacidad de administrar dinero			X		
	Programacion de su tiempo libre	X			X	
	Independencia en el manejo de la medicación				X	
	Independencia en la utilización del transporte	X			X	
FAMILIAR	Participación en tareas y rutinas de hogar				X	
	Participación en eventos familiares			X		X
	Intervención en decisiones familiares			X		X

REINSERCIÓN	INTEGRACION SOCIAL					
	Participación en actividades dentro de la comunidad inmediata	X			X	
	Manejo de la información comunitaria	X			X	
SOCIO - LABORAL	Ubicación geográfica en su ciudad	X			X	
	Pertenencia a diferentes grupos sociales				X	
	Inserción laboral		X			X
	Adquisición de hábitos laborales			X		X

CASO E

BREVE ANAMNESIS DE SU HISTORIA CLÍNICA

- ❖ *Paciente masculino, 36 años; con diagnóstico de retraso mental moderado, con episodios de excitación psicomotriz desde 1995.*
- ❖ *Dislalia, disgrafía, dislexia desde edad escolar con trastornos de conducta.*
- ❖ *Trabajó como empleado en Obras Sanitarias, en labores de cadete, durante 14 años.*
- ❖ *Convive con sus padres, hermana separada y la hija de ésta (7 años).*
- ❖ *Se evoca como desencadenante de sus crisis la rotura de vidrios y agresión, episodios que nunca más volvieron a repetirse.*

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

- ❖ *Madre, 58 años*
- ❖ *Padre, 63 años*
- ❖ *Hermana, 31 años*
- ❖ *Sobrino, 7 años*
- ❖ *Paciente, 37 años*

COMPARACION ENTRE ETAPA DIAGNOSTICA Y CONTROL EVOLUTIVO

CASO E

	ETAPA DIAGNOSTICA			CONTROL EVOLUTIVO			
	A	MA	I	A	MA	I	
ADAPTACION ACTIVA AL GRUPO FAMILIAR	INDIVIDUAL	Independencia en hábitos personales		X		X	
		Capacidad de administrar dinero		X		X	
		Programación de su tiempo libre		X		X	
		Independencia en el manejo de la medicación		X		X	
		Independencia en la utilización del transporte	X			X	
		Participación en tareas y rutinas de hogar			X		
		Participación en eventos familiares	X			X	
FAMILIAR	Intervención en decisiones familiares			X		X	

REINSERCIÓN SOCIO - LABORAL	INTEGRACION SOCIAL	Participación en actividades dentro de la comunidad inmediata			X		X
		Manejo de la información comunitaria			X		X
		Ubicación geográfica en su ciudad	X			X	
		Pertenencia a diferentes grupos sociales			X		X
INTEGRACION LABORAL	INTEGRACION LABORAL	Inserción laboral		X			X
		Adquisición de hábitos laborales			X		X

CASO F

BREVE ANAMNESIS DE SU HISTORIA CLÍNICA

- ❖ *Paciente sexo femenino, 50 años; con diagnóstico de psicosis crónica de 23 años de evolución.*
- ❖ *Inicio de enfermedad a los 26 años por descompensación psicótica; delirio con ideación de contenido místico y persecutorio.*
- ❖ *Ausente del país por 14 años (Francia) donde repite los mismos episodios.*
- ❖ *En su historia familiar existe un hermano desaparecido durante el gobierno militar, situación de difícil superación.*
- ❖ *Logró una inserción laboral, desempeñándose en variadas labores.*
- ❖ *Actualmente vive con su madre, posteriormente a cortar una convivencia con su pareja (alcohólico).*

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

- ❖ *Madre, 83 años*
- ❖ *Paciente, 50 años*

CASO G

BREVE ANAMNESIS DE SU HISTORIA CLÍNICA

- ❖ *Paciente femenina, 49 años; con diagnóstico de psicosis crónica, con 5 años de evolución.*
- ❖ *Convive con su marido y sus suegros, en casas separadas. Tiene dos hijos (varón 22 años, mujer 24 años), casados actualmente.*
- ❖ *Desde hace 5 años comenzó con crisis psicóticas, con ideación delirante de daño y perjuicio. Alteraciones sensoperceptivas auditivas. Sufrió cinco internaciones en el HIGA por descompensaciones.*

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

- ❖ *Esposo, 51 años*
- ❖ *Suegro, 71 años*
- ❖ *Suegra, 70 años*
- ❖ *Paciente, 49 años*

COMPARACION ENTRE ETAPA DIAGNOSTICA Y CONTROL EVOLUTIVO

CASO G

	ETAPA DIAGNOSTICA			CONTROL EVOLUTIVO		
	A	MA	I	A	MA	I
ADAPTACION ACTIVA	INDIVIDUAL	Independencia en hábitos personales	X		X	
		Capacidad de administrar dinero		X		X
		Programación de su tiempo libre		X		X
	AL GRUPO FAMILIAR	Independencia en el manejo de la medicación	X		X	
		Independencia en la utilización del transporte		X		X
		Participación en tareas y rutinas de hogar	X		X	
FAMILIAR	Participación en eventos familiares	X		X		
	Intervención en decisiones familiares		X		X	

REINSECCION	INTEGRACION SOCIAL	Participación en actividades dentro de la comunidad inmediata		X		X
		Manejo de la información comunitaria		X	X	
		Ubicación geográfica en su ciudad		X		X
	INTEGRACION LABORAL	Pertenencia a diferentes grupos sociales		X	X	
		Inserción laboral		X		X
		Adquisición de hábitos laborales		X	X	

CASO H

BREVE ANAMNESIS DE SU HISTORIA CLÍNICA

- ❖ *Paciente de sexo femenino, 62 años; con diagnóstico de psicosis crónica de 18 años de evolución.*
- ❖ *Se casó a los 23 años, tuvo 2 hijos fruto de esa relación (varón 30 años, mujer 32 años). Se separó luego de 20 años de matrimonio. A su hija no la ve desde hace 8 años.*
- ❖ *Formó una nueva pareja hace 10 años, al cual conoció en su última internación siendo policía del HIGA.*
- ❖ *Refiere como inicio de enfermedad su separación. Su segunda crisis ocurre con la muerte de su madre.*
- ❖ *Concurre desde hace 8 años a un grupo terapéutico en el HIGA.*

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

- ❖ *Esposo, 42 años*
- ❖ *Paciente, 62 años*

COMPARACION ENTRE ETAPA DIAGNOSTICA Y CONTROL EVOLUTIVO

CASO H

	ETAPA DIAGNOSTICA			CONTROL EVOLUTIVO			
	A	MA	I	A	MA	I	
ADAPTACION ACTIVA AL GRUPO FAMILIAR	INDIVIDUAL	Independencia en hábitos personales	X		X		
		Capacidad de administrar dinero	X			X	
		Programacion de su tiempo libre		X			X
	FAMILIAR	Independencia en el manejo de la medicación	X		X		
		Independencia en la utilización del transporte		X	X		
		Participación en tareas y rutinas de hogar			X	X	
	Participación en eventos familiares					X	
	Intervención en decisiones familiares					X	

REINSECCION SOCIO - LABORAL	INTEGRACION SOCIAL	Participación en actividades dentro de la comunidad inmediata		X			X
	INTEGRACION LABORAL	Manejo de la información comunitaria	X		X		
		Ubicación geográfica en su ciudad	X				X
		Pertenencia a diferentes grupos sociales		X		X	
		Inserción laboral		X		X	
		Adquisición de hábitos laborales		X		X	

3.5. SÍNTESIS DEL GRUPO DE PACIENTES QUE TERMINO EL TRATAMIENTO

Detallaremos a continuación, en forma gráfica, las dos variables intervinientes: ADAPTACIÓN ACTIVA AL GRUPO FAMILIAR Y REINSERCIÓN SOCIO – LABORAL. Estas serán analizadas en un cuadro que representa la totalidad de los casos (“A” – “H”) que concluyeron el tratamiento, comparando la Etapa Diagnóstica con el Control Evolutivo.

Los indicadores de las variables fueron evaluados al igual que el apartado precedente y categorizados de la siguiente manera:

A: ADECUADA

MA: MEDIANAMENTE ADECUADA

I: INADECUADA

*Para un mejor análisis que hace a la corroboración de la hipótesis, en la sección correspondiente al “Control Evolutivo”, las evoluciones fueron resaltadas con **color**, mientras que las permanencias fueron resaltadas con **color**. Ya explicitamos que no hubo involuciones.*

SINTESIS DEL GRUPO DE PACIENTES QUE TERMINARON EL TRATAMIENTO

Adaptación activa al Grupo familiar

	ETAPA DIAGNOSTICA							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Individual	MA	MA	A	A	I	I	A	MA
Independencia en Hábitos Personales	I	I	MA	I	I	I	I	MA
Capacidad de Administrar Dinero	I	I	MA	A	I	I	I	I
Programación de su tiempo libre	I	MA	A	MA	I	I	A	A
Independencia / manejo de medicación	I	MA	I	A	A	I	A	MA
Independencia/ Utilización de transporte	I	MA	I	A	A	A	I	MA

Familiar

Particip. En tareas y rutinas del hogar	I	MA	MA	I	I	I	A	I
Particip. En eventos familiares	I	I	MA	I	A	I	A	I
Intervención en decisiones familiares	I	I	MA	I	I	I	I	I

Reinserción Socio Laboral

	ETAPA DIAGNOSTICA							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Integración Social	I	MA	I	A	I	MA	I	I
Part. en Act. De la Comunidad Inmediata	I	MA	MA	A	I	I	MA	MA
Manejo de información Comunitaria	I	MA	MA	A	A	A	I	MA
Ubicación geográfica en su ciudad	I	I	I	MA	I	I	I	MA
Pertenencia a diferentes grupos sociales	I	I	I	MA	I	I	I	I

Integración Laboral

Inserción Laboral	I	MA	I	MA	MA	MA	MA	I
Adquisición de hábitos laborales	I	I	I	I	I	I	I	I

	CONTROL EVOLUTIVO							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Individual	A	A	A	A	MA	MA	A	A
Independencia en Hábitos Personales	MA	MA	MA	MA	MA	MA	I	MA
Capacidad de Administrar Dinero	MA	MA	MA	A	MA	MA	MA	I
Programación de su tiempo libre	MA	A	A	A	MA	MA	A	A
Independencia / manejo de medicación	MA	A	MA	A	A	A	I	A
Independencia/ Utilización de transporte	MA	A	MA	A	A	A	I	A

Familiar

Particip. En tareas y rutinas del hogar	MA	A	A	MA	A	MA	A	MA
Particip. En eventos familiares	MA	MA	MA	I	A	MA	A	I
Intervención en decisiones familiares	I	MA	MA	I	MA	I	I	I

Reinserción Socio Laboral

	CONTROL EVOLUTIVO							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Integración Social	A	MA	MA	A	MA	MA	I	I
Part. en Act. De la Comunidad Inmediata	MA	MA	MA	A	MA	MA	A	A
Manejo de información Comunitaria	MA	A	MA	A	A	A	I	MA
Ubicación geográfica en su ciudad	MA	MA	MA	A	A	A	I	MA
Pertenencia a diferentes grupos sociales	MA	MA	MA	A	MA	MA	MA	MA

Integración Laboral

Inserción Laboral	MA							
Adquisición de hábitos laborales	MA	A	A	MA	A	A	A	MA

3.6. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES

A continuación analizaremos el comportamiento individual de cada variable y sus Indicadores. La presentación de los gráficos permite observar a simple vista los resultados obtenidos.

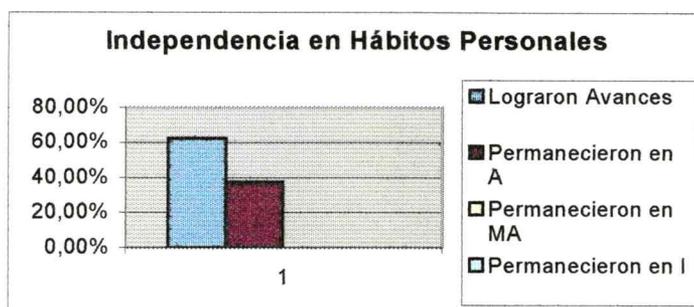
Variable: Adaptación Activa al Grupo Familiar

*Indicador: Independencia en Hábitos Personales**

Tabla y Gráfico N° 8:

<i>Hábitos Personales</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Lograron avances</i>	<i>5</i>	<i>62,50%</i>
<i>Permanecieron en A</i>	<i>3</i>	<i>37,50 %</i>
<i>Permanecieron en MA</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Permanecieron en I</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Total</i>	<i>8</i>	<i>100,00 %</i>

* Referencias : - Permanencia en Adecuado, logro independencia (no requiere evolución)
- Permanencia en MA, independencia parcial (aún necesita supervisión)
- Permanencia en I, necesita supervisión
(Ver en detalle apartado anterior)

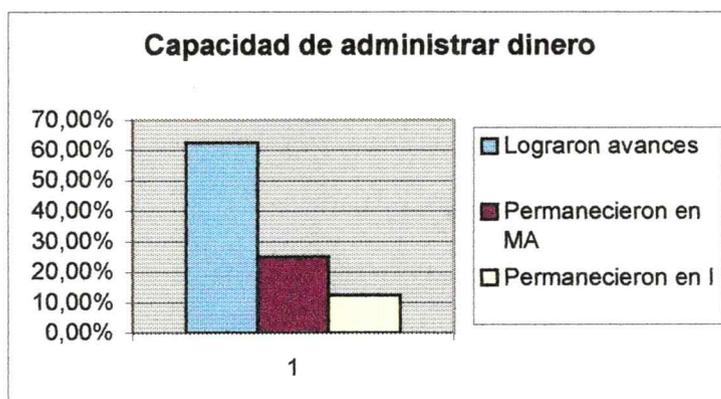


En síntesis la totalidad de los pacientes que llevaron adelante el tratamiento con abordaje familiar o avanzaron o permanecieron en Adecuado con relación a Independencia en hábitos personales.

Indicador: Capacidad de administrar dinero

Tabla y Gráfico N° 9

Administrar dinero	N°	%
<i>Lograron avances</i>	5	62,50 %
<i>Permanecieron en A</i>	-	-
<i>Permanecieron en MA</i>	2	25,00 %
<i>Permanecieron en I</i>	1	12,50 %
<i>Total</i>	8	100,00%

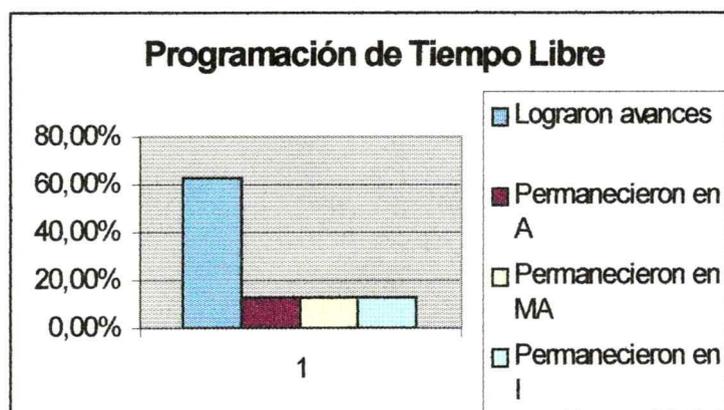


En la muestra se observó una importante evolución en este indicador, ya que los pacientes debieron comenzar a utilizar y a administrar el dinero de los microemprendimientos terapéuticos del CPS.

Indicador: Programación de su tiempo libre

Tabla y Gráfico N° 10

<i>Programación de su tiempo libre</i>	<i>N^a</i>	<i>%</i>
<i>Lograron avances</i>	<i>5</i>	<i>62,50 %</i>
<i>Permanecieron en A</i>	<i>1</i>	<i>12,50 %</i>
<i>Permanecieron en MA</i>	<i>1</i>	<i>12,50 %</i>
<i>Permanecieron en I</i>	<i>1</i>	<i>12,50 %</i>
<i>Total</i>	<i>8</i>	<i>100,00 %</i>

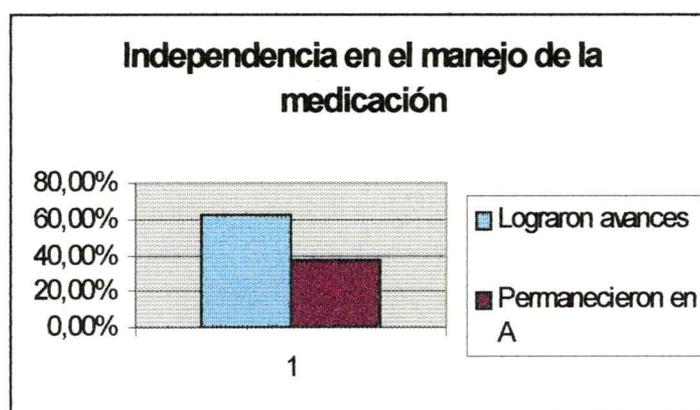


Más del 70 % de la muestra pudo participar en propuestas extrainstitucionales, como visitas domiciliarias, salidas etc.

Indicador: Independencia en el manejo de la medicación

Tabla y gráfico N° 11

Manejo de la medicación	N°	%
<i>Lograron avances</i>	5	62,50 %
<i>Permanecieron en A</i>	3	37,50 %
<i>Permanecieron en MA</i>	-	-
<i>Permanecieron en I</i>	-	-
Total	8	100,00 %

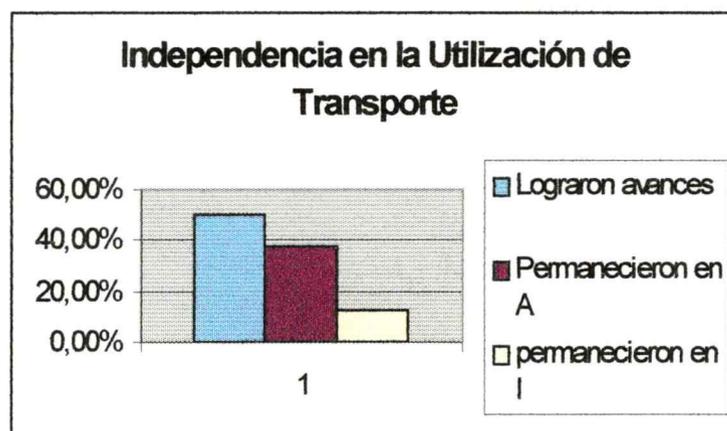


En cuanto al manejo de la medicación hubo avances significativos de modo que tanto los pacientes que se encontraban en I como en MA, lograron avances; y los pacientes que se encontraban en A permanecieron en su independencia.

Indicador: Independencia en la utilización de transporte

Tabla y Gráfico N° 12

<i>Independencia en la utilización de transporte</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Lograron avances</i>	<i>4</i>	<i>50,00 %</i>
<i>Permanecieron en A</i>	<i>3</i>	<i>37,50 %</i>
<i>Permanecieron en MA</i>	<i>0</i>	<i>00,00%</i>
<i>Permanecieron en I</i>	<i>1</i>	<i>12,50 %</i>
<i>Total</i>	<i>8</i>	<i>100,00 %</i>



En este caso el 12,50 % (correspondiente a un paciente) de la muestra, no logro avanzar; el resto o mejoró o permaneció con conductas acordes a los esperado.

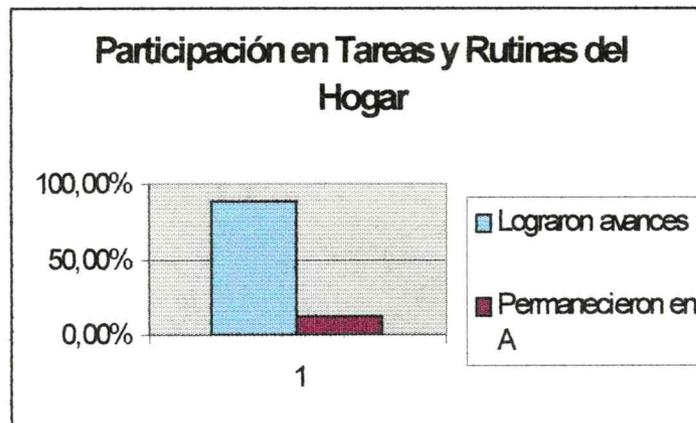
Variable: *Adaptación Activa al Grupo Familiar*

Dimensión: *Familiar*

Indicador: *Participación en tareas y rutinas del hogar*

Tabla y Gráfico N° 13

<i>Participación en tareas y rutinas del hogar</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Lograron avances</i>	<i>7</i>	<i>87,50 %</i>
<i>Permanecieron en A</i>	<i>1</i>	<i>12,50 %</i>
<i>Permanecieron en MA</i>	<i>0</i>	<i>00,00%</i>
<i>Permanecieron en I</i>	<i>0</i>	<i>00,00%</i>
<i>Total</i>	<i>8</i>	<i>100,00 %</i>

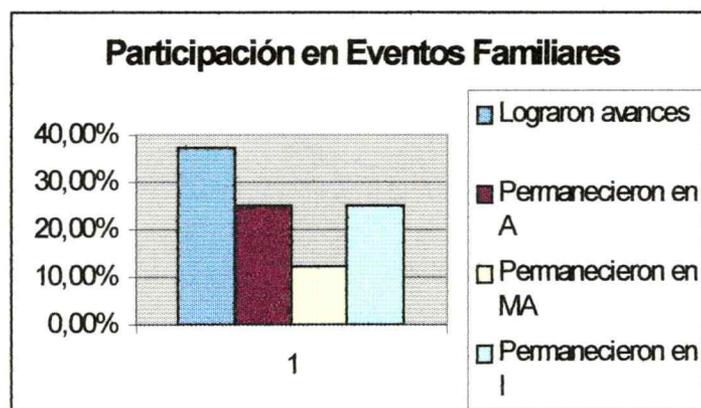


Encontramos en relación a este indicador que la totalidad de la muestra logró avances significativos, ya que comenzaron a realizar en sus hogares tareas en forma independiente.

Indicador: Participación en eventos familiares

Tabla y Gráfico N° 14

Participación en eventos familiares	N°	%
<i>Lograron avances</i>	3	37,50 %
<i>Permanecieron en A</i>	2	25,00 %
<i>Permanecieron en MA</i>	1	12,50 %
<i>Permanecieron en I</i>	2	25,00 %
<i>Total</i>	8	100,00 %

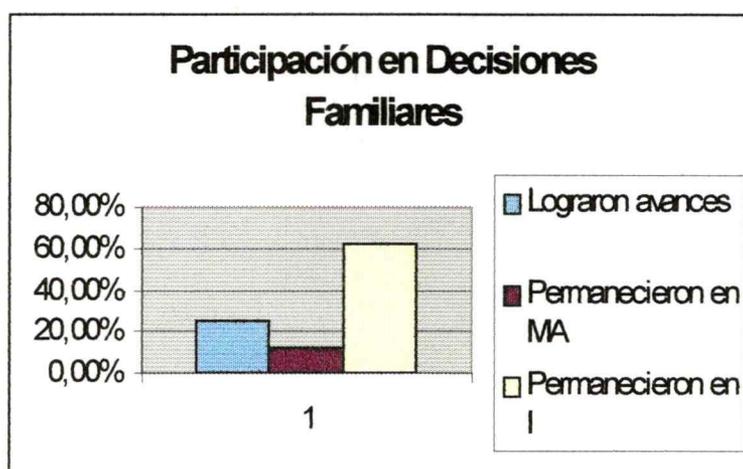


No hubo la misma repercusión que en los indicadores anteriores, al tratarse de la participación en eventos familiares, ya que solamente el 37,50 % lograron avances.

Indicador: Intervención en decisiones familiares

Tabla y gráfico N° 15

<i>Intervención en decisiones familiares</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Lograron avances</i>	<i>2</i>	<i>25,00 %</i>
<i>Permanecieron en A</i>	<i>0</i>	<i>00,00%</i>
<i>Permanecieron en MA</i>	<i>1</i>	<i>12,50 %</i>
<i>Permanecieron en I</i>	<i>5</i>	<i>62,50 %</i>
<i>Total</i>	<i>8</i>	<i>100,00 %</i>



Este indicador de Adaptación Activa al Grupo Familiar fue el que menos evolución tuvo. Como punto de partida ningún paciente se ubico en A y solo un 25 % logro avances significativos. Un 62,50 % permaneció sin poder participar en decisiones familiares.

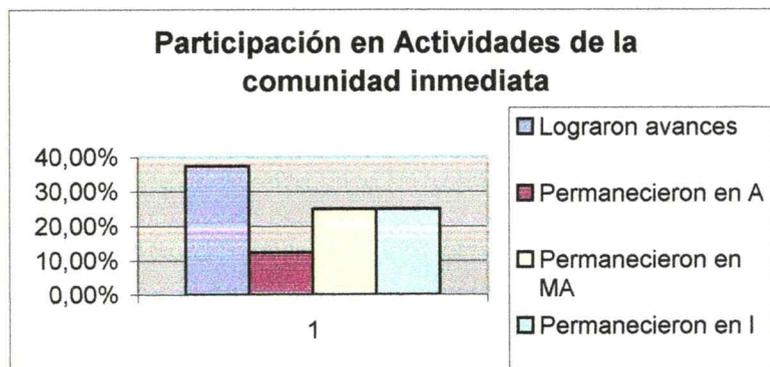
Variable: Reinserción Sociolaboral

Dimensión: Integración Social

Indicador: Participación en actividades de la comunidad inmediata

Tabla y Gráfico N° 16

Participación en actividades de la comunidad inmediata	N°	%
<i>Lograron avances</i>	3	37,50 %
<i>Permanecieron en A</i>	1	12,50 %
<i>Permanecieron en MA</i>	2	25,00 %
<i>Permanecieron en I</i>	2	25,00 %
<i>Total</i>	8	100,00%

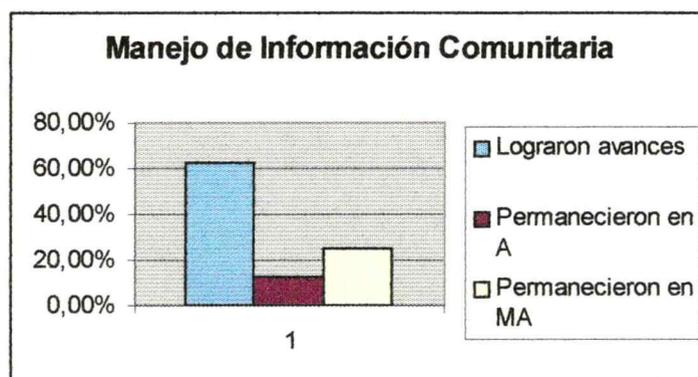


En cuanto a este indicador la mitad de los pacientes (50,00%) permaneció en su nivel (MA ó I) y un 37,50 % logró una mayor integración al respecto.

Indicador: Manejo de información comunitaria

Tabla y Gráfico N° 17:

Manejo información comunitaria	N°	%
<i>Lograron avances</i>	<i>5</i>	<i>62,50 %</i>
<i>Permanecieron en A</i>	<i>1</i>	<i>12,50 %</i>
<i>Permanecieron en MA</i>	<i>2</i>	<i>25,00%</i>
<i>Permanecieron en I</i>	<i>0</i>	<i>00,00%</i>
<i>Total</i>	<i>8</i>	<i>100,00 %</i>

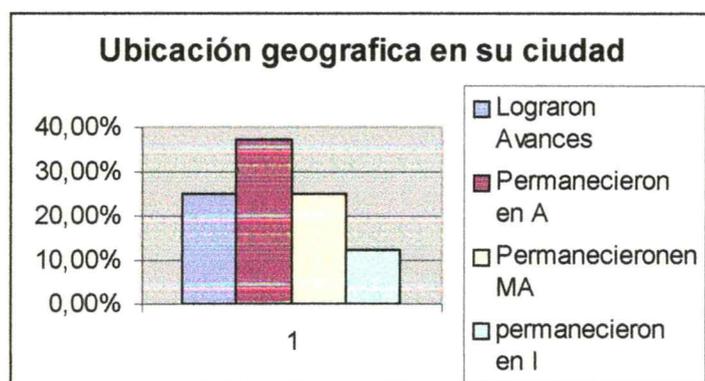


Al inicio ningún paciente denotaba tener total desinformación respecto a la comunidad. Los avances, en este sentido, fueron significativos (62,50 %) que sumados a los que permanecieron en A, superan el 70,00 %.

Indicador: Ubicación geográfica en su ciudad

Tabla y Gráfico N° 18

Ubicación geográfica en su ciudad	N°	%
<i>Lograron avances</i>	2	25,00 %
<i>Permanecieron en A</i>	3	37,50 %
<i>Permanecieron en MA</i>	2	25,00 %
<i>Permanecieron en I</i>	1	12,50 %
<i>Total</i>	8	100,00 %

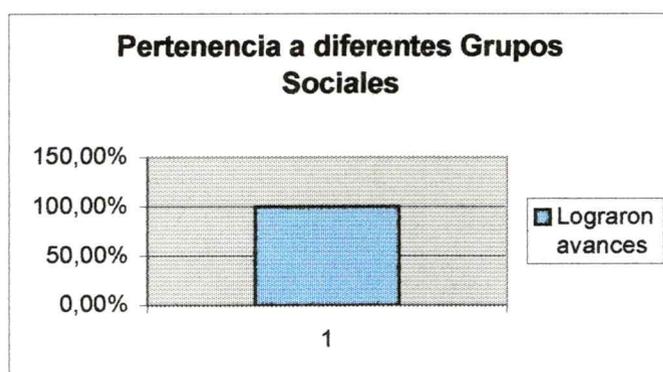


Con relación a este indicador el 12,50 % de los pacientes permaneció en su nivel (I) el 25,00 % avanzó, y el 62,50 % permaneció en A y MA con la capacidad de ubicación geográfica que ya poseía.

Indicador: Pertenencia a diferentes grupos sociales

Tabla y Gráfico N° 19

<i>Pertenencia a diferentes grupos sociales</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Lograron avances</i>	8	100,00%
<i>Permanecieron en A</i>	0	00,00%
<i>Permanecieron en MA</i>	0	00,00%
<i>Permanecieron en I</i>	0	00,00%
<i>Total</i>	8	100,00 %

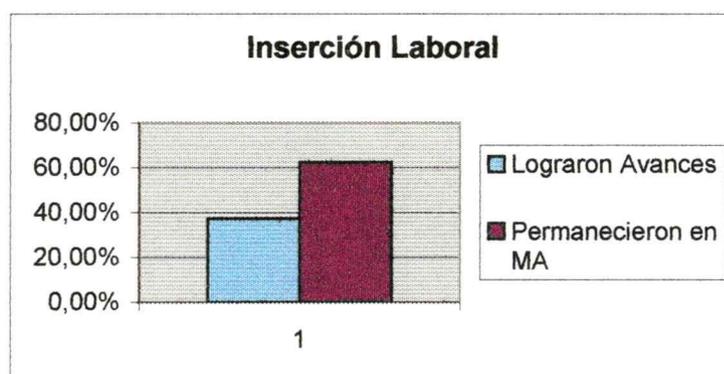


Este indicador resulto ser el más significativo de todos los analizados en la investigación, ya que partiendo de la escasa pertenencia a grupos sociales, se llegó a que participaran en actividades extrafamiliares (estudio, trabajos, parejas etc.)

Indicador: Inserción laboral

Tabla y Gráfico N° 20

<i>Inserción Laboral</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Lograron avances</i>	<i>3</i>	<i>37,50 %</i>
<i>Permanecieron en A</i>	<i>0</i>	<i>00,00%</i>
<i>Permanecieron en MA</i>	<i>5</i>	<i>62,50%</i>
<i>Permanecieron en I</i>	<i>0</i>	<i>00,00%</i>
<i>Total</i>	<i>8</i>	<i>100,00 %</i>

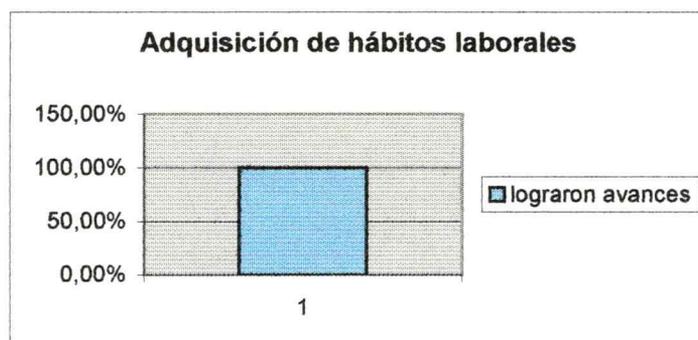


La totalidad del grupo se encontraba en MA, al finalizar el abordaje familiar. Encontramos significativo que no se presentaron involuciones en este indicador, el 37,50% logró avances y el 62,50% pudo sostener la categoría.

Indicador: Adquisición de hábitos laborales

Tabla y Gráfico N° 21

Adquisición de hábitos laborales	N°	%
<i>Lograron avances</i>	8	100,00%
<i>Permanecieron en A</i>	0	00,00%
<i>Permanecieron en MA</i>	0	00,00%
<i>Permanecieron en I</i>	0	00,00%
<i>Total</i>	8	100,00 %



Este indicador también refleja los resultados positivos del tratamiento con abordaje familiar en forma contundente, ya que el 100% logró avanzar en cuanto a la adquisición de hábitos laborales, tales como respetar horarios, cumplir pautas del puesto de trabajo, etc.

3.7. ELEMENTOS TESTIGOS

Es pertinente aclarar que si bien el diseño no fue experimental, ni cuasi experimental, es decir que no se trabajó con un grupo control, resultó interesante recoger ciertos datos de la evolución de aquellos pacientes que, aún habiendo aceptado la participación en los tratamientos familiares, no lograron culminarlo por diferentes motivos.

Detallamos a continuación la situación de los 5 pacientes con sus respectivos grupos familiares que quedaron dentro de esta condición.

- ❖ CASO I: paciente de sexo femenino, 41 años, con diagnóstico de psicosis crónica con 17 años de evolución. Es de destacar el interés de la paciente por realizar los tratamientos familiares, no tanto por ella sino para brindarle un espacio a su hija que presentaba sintomatología psiquiátrica. La negativa de esta última generó cuadros de angustia y agresión en la paciente. Esta situación se trasladó a su tratamiento en el C.P.S con faltas recurrentes y marcada angustia al encontrarse su grupo familiar en situaciones de extrema pobreza sin poder cubrir sus necesidades básicas.*
- ❖ CASO J: paciente de sexo masculino, 19 años, con diagnóstico de deficiencia mental moderada con rasgos esquizoides. Falta de predisposición paterna, quien no concurría a las múltiples citaciones “porque otras almas lo estaban*

necesitando” (era pastor evangélico). El paciente no se adaptaba a las diferentes propuestas terapéuticas, ya que las mismas no eran aceptadas por el padre. Dificultades para interactuar con sus compañeros.

- ❖ *CASO K: paciente de sexo femenino, 41 años, con diagnóstico de psicosis crónica de 8 años de evolución. Dificultad para ocupar el rol materno, siendo su hijo mayor el responsable del resto de la familia. En el C.P.S delegaba en sus compañeros las responsabilidades grupales, sin hacerse cargo de sus faltas. Quejas puestas en el cuerpo (dolor de cabeza, malestares en general) ante situaciones conflictivas a resolver.*
- ❖ *CASO L: paciente de sexo femenino, 32 años, con diagnóstico de debilidad mental con episodios de descompensación. El grupo familiar, sobretudo la madre, se negaba a la continuidad de los tratamientos. La paciente no logró ocupar su rol materno, siendo reemplazada por su madre en el mismo. En el C.P.S tuvo serias dificultades para sostener el tratamiento, con agresiones continuas hacia sus compañeros y grupo de profesionales.*
- ❖ *CASO M: paciente de sexo masculino, 32 años, con diagnóstico de psicosis crónica de 4 años de evolución. Negativa importante paterna a la realización de los tratamientos familiares, como así también a su participación en el C.P.S. Esta situación generaba descompensaciones en el paciente.*

CAPITULO 4

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION

4. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

A modo de acotación preliminar, convendría explicitar que el trabajo de campo de esta investigación debió adaptarse a diferentes situaciones surgidas en algunos casos por las familias y en otros por la necesidad de adecuarse a la Institución donde fue llevada a cabo. Cabe recordar que el C.P.S funcionaba por convenio en el Hogar Nazaret (Caritas) donde el espacio físico era reducido, compartiendo el edificio con el albergue para personas en situación de carencia en horario nocturno, siendo difícil poder convenir la disponibilidad horaria de las familias con la disposición de espacios que brindaba el lugar.

Por otra parte, la actual crisis socioeconómica no escapó a estas familias, la mayoría de ellas se encontraba en situaciones de apremio, sin subsidios ni jubilaciones, factor que dificultaba en ocasiones el contar con el dinero necesario para los traslados de los miembros a los encuentros.

4.1. CONCLUSIONES PARTICULARES

Explicitaremos primero lo correspondiente a las variables singularmente consideradas; las intervinientes: SEXO Y EDAD, y las dependientes: ADAPTACIÓN ACTIVA AL GRUPO FAMILIAR y REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL, con sus respectivas dimensiones.

SEXO

- ❖ *De los casos que acordaron realizar el tratamiento el 77% correspondían al sexo femenino, y el 23 % al sexo masculino, como figura en la Tabla N°6*
- ❖ *De los casos que concluyeron el tratamiento el 87,5% correspondía al sexo femenino y el 12,5% correspondía al sexo masculino, como figura en la tabla N°7*

Podríamos inferir con respecto al sexo, que los porcentajes se mantuvieron relativamente constantes en relación a la totalidad de la población del C.P.S (con un 68 % de pacientes mujeres y un 32% del sexo masculino).

*Sin embargo es altamente significativo que en aquellos grupos familiares donde existían mujeres presentes, éstos pudieron concluir el tratamiento, en contraposición a aquellos grupos familiares donde no existía la presencia femenina. Podríamos referir esta situación en relación a la asociación del sexo femenino con aptitudes como la contención, la maternidad, el sostén. **

EDAD

La muestra incluida en nuestra investigación fue heterogénea con

* El hecho de ser una de las tesis parte del equipo profesional del C.P.S, nos permitió observar la evolución particular de cada uno de los casos. Es de destacar en las pacientes que concurren con sus maridos (2 casos) los mismos "boicotearon", con el correr del tiempo, las inserciones laborales de sus esposas. Esto nos invita a hacer otra hipótesis, que tiene que ver con la aceptación cultural o no, en algunos grupos, del rol activo laboral de la mujer fuera de la casa, sosteniendo el mito: "el hombre lleva el dinero al hogar".

parece estar afectando la continuidad o no del tratamiento con abordaje familiar.

SÍNTESIS DEL GRUPO DE PACIENTES QUE TERMINO EL TRATAMIENTO

❖ *ADAPTACIÓN ACTIVA AL GRUPO FAMILIAR: encontramos significativo que los indicadores que resultaron con mayores avances y permanencia en las categorías de ADECUADO y MEDIANAMENTE ADECUADO fueron aquellos de la dimensión individual (independencia en hábitos personales, capacidad de administrar dinero, programación del tiempo libre, independencia en manejo de la medicación y en la utilización del transporte).*

En relación a la DIMENSIÓN FAMILIAR encontramos relevantes los avances en el indicador Participación de tareas y rutinas del hogar (avances de un 87,5%, permaneciendo el 12,5% en la categoría ADECUADO), sin embargo en los indicadores Participación en eventos familiares e Intervención en decisiones familiares no se observaron modificaciones superiores al 37,5 %. Podemos concluir en relación a estos indicadores que si bien el grupo familiar apoyaba las modificaciones del

paciente aún se observaban ciertas resistencias que limitaban el accionar del paciente en el hogar.

❖ *REINSERCIÓN SOCIO – LABORAL: en la dimensión INTEGRACIÓN SOCIAL, el indicador modificado en un 100% fue el de Pertenencia a diferentes grupos sociales, no existiendo involuciones en los restantes indicadores. Es de destacar que de la DIMENSIÓN INTEGRACIÓN LABORAL el indicador Adquisición de Hábitos laborales fue modificado en un 100% en toda la muestra, y la Inserción laboral fue satisfactoria para el tiempo de abordaje.*

Podríamos inferir, al observar los resultados de este ítem, que en regla general fue el paciente el integrante del grupo familiar que mayores modificaciones hizo, sobretudo fuera del ámbito familiar. Esto nos da la pauta que el paciente al estar bajo tratamiento en el C.P.S, con una modalidad terapéutica social, encontraba otro espacio diferente del grupo primario que reforzaba su adaptación activa en todas las áreas.

Sostenemos que el tiempo de tratamiento estipulado para el trabajo de investigación resultó breve para las familias, ya que no les permitió, en algunos aspectos, acompañar los avances logrados por los pacientes. Los tiempos del paciente y de los familiares son diferentes. El primero ya está dentro del contexto del tratamiento; los segundos deben ir ocupando “su lugar” dentro del tratamiento familiar, lo cual significa vivir un proceso de readaptación que requiere su propia dimensión cronológica.

4.2. CONCLUSIONES GENERALES.

Llamamos “ conclusiones generales” del trabajo a aquellas que hacen a la hipótesis y a los objetivos del mismo

4.2.1. HIPÓTESIS

Consideramos que la hipótesis planteada al inicio de esta investigación, fue ampliamente convalidada en aquellos pacientes con sus grupos familiares que concluyeron el tratamiento. Las familias pudieron dar un espacio y un nuevo rol a este miembro considerado “enfermo o incapaz”.

La totalidad de ellos pudo lograr una adaptación activa al grupo familiar adquiriendo un rol más significativo dentro del mismo. Estos cambios fueron extensivos a su grupo primario, ya que empezaron a realizar modificaciones fuera de éste. Pudieron incorporarse a un puesto de trabajo, cumpliendo con los requerimientos del mismo. En uno de los casos, la salida laboral fue independiente. En los casos restantes los pacientes se incorporaron: dos a Talleres Protegidos y cinco a microemprendimientos terapéuticos del CPS.

En esta instancia no podemos dejar de relacionar la inserción laboral antes detallada con el acontecer de los “elementos testigos” de la muestra. Los mismos demostraron tener una evolución diferente a los pacientes

que concluyeron los tratamientos. En términos generales observamos en estos pacientes:

- ❖ Menor respuesta al tratamiento en el C.P.S que los pacientes que lograron culminar el tratamiento familiar.*
- ❖ Conflictivas familiares recurrentes que entorpecían la evolución general.*
- ❖ Continuidad de conductas de adaptación pasiva al grupo familiar.*
- ❖ Incidencia menor de reinserción socio- laboral o menor tiempo de evolución dentro de la misma.*

La posibilidad de que el grupo familiar participara de este tipo de abordaje fue fundamental para el verdadero cambio en el paciente y en su grupo familiar.

❖ OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Con respecto al primer objetivo planteado en nuestra investigación: "Evaluar la implementación de tratamientos familiares desde Terapia Ocupacional con pacientes con patología psiquiátrica", consideramos que fue alcanzado y expuesto en el presente trabajo tanto en el análisis de los datos como en las conclusiones en orden a la hipótesis.

En relación al segundo objetivo: “Indagar acerca de los alcances del rol del Terapeuta Ocupacional en los tratamientos familiares” estamos en condiciones de afirmar que ningún abordaje es completo si no se incorpora a la familia.

En la investigación desarrollada, el grupo familiar aportó las características particulares de su problemática. Desde Terapia Ocupacional, el objetivo estuvo puesto en proveer un espacio que facilitara y promoviera la adaptación activa del paciente, al brindar otra posibilidad de interacción. “El sentido terapéutico de la actividad como recurso radicó en su función de facilitador, su función catártica, su función expresiva y su función creativa”.²³

La actividad en nuestra investigación propició la interrelación y la comunicación grupal, ya que en algunos casos se encontraba ampliamente distorsionada. La posibilidad de escuchar al otro, de contemplar y respetar sus deseos significó, para algunos grupos, el primer proyecto con este miembro de la familia poseedor de un rol específico. El proyecto, los materiales que posibilitaban crear e invitaban a hacerlo, las dificultades, las inhibiciones, las iniciativas y liderazgos, la posibilidad de expresión de lo vivido, la creatividad, los tiempos de cada familia, fueron algunas de las conductas observadas en nuestros encuentros.

²³ Soria M. Mantero P, Revista Materia Prima, “La realidad de los Medios Terapéuticos: acerca de la actividad humana y lo Terapéutico” num.5, Pág. 23.

A partir de allí, nuestra intervención consistió en facilitar una tarea que permitió al paciente incluirse en un rol activo y no en un rol pasivo (comúnmente identificable con el rol de “enfermo”), donde todos los actores grupales pudieran a través de la actividad redescubrir al otro, escucharse y escuchar. Este tipo de abordaje, proporcionó a las familias nuevas experiencias y modalidades de relación, facilitando la expresión de sentimientos, de problemáticas cotidianas, como también deseos, dificultades propias, necesidad de apoyo y de ayuda.

Dar un espacio de creación y tomarlo, generó el poder comenzar a apropiarse de un rol nuevo: el de individuo social inmerso en un conjunto de relaciones. Esta situación motivó el sentirse partícipe del acontecer del proceso terapéutico, reconociéndose a través de experiencias, que le permitieron al paciente y a su familia desarrollar capacidades y habilidades, necesarias para afianzar la autonomía y la participación activa en los ámbitos familiar, social y laboral.

La creación de un proyecto fue un desafío. Se requirió vencer los materiales propuestos, hacer salir una forma de la nada, darle sentido a aquello que no lo tenía, representó al mismo tiempo el vacío como la totalidad de un futuro proyecto. Las actividades expresivas “fueron instrumentos que permitieron al mismo tiempo organizar el desorden interno y reconstruir la

*realidad, por que en la medida en que las imágenes del inconsciente fueron siendo objetivadas en los diseños y pinturas, se tornaron posibles de ser trabajadas”.*²⁴

Fue necesario que la creatividad surgiera para que tomara el rol del autor; este proceso de elaboración contribuyó a mejorar la imagen que la persona tenía de sí misma. Desde un punto subjetivo la producción se ubicó como el discurso, entre el yo y el otro.

La selección de los materiales y las actividades propuestas para las familia tratadas, fueron observaciones de gran importancia. Fue necesario considerar la calidad de los mensajes, gestos y posturas, las actitudes, las modalidades de interacción preferidas, como aquellas rígidas y repetitivas, así como la flexibilidad para responder a situaciones cambiantes.

Esta situación la observábamos no solamente en el paciente, sino también en el grupo familiar, al traer a la escena terapéutica al paciente en el momento más crítico de su enfermedad, sin ubicarlo en el aquí y ahora. Para ello debimos detectar las fantasías inconscientes grupales, ya que al confrontarlas con la realidad aparecía el “malentendido” como sostén de las relaciones familiares. Este malentendido, tomado como una alteración en la comunicación, revelaba no solo el secreto propio “desocultado” del grupo, sino que nos remitía al acontecer implícito o contenido latente del “secreto familiar”.

²⁴ Berenice Rosa Francisco. “Terapia Ocupacional”, Edit. Papyrus, Año 1988, Pág 43

Este aparecía como una situación conflictiva, conocida por todos pero mantenida en secreto, creando así una tensión interna en las relaciones intrafamiliares ya que debían sostenerla en un marco subyacente. La investigación realizada nos permitió dejar al descubierto los diferentes actores implicados en la patología familiar. Por ejemplo; familias disgregadas, adicciones, patologías psiquiátricas de otros miembros de la familia o violencia familiar.

El abordaje terapéutico fue realizado desde el modo particular de estructuración de cada familia, es decir desde su ECRO.

Si consideramos a la salud como un hecho social, fue importante abordar la problemática desde el grupo, donde cada uno de sus integrantes fue parte responsable de lo que sucedió en el proceso terapéutico. Esto fue observado en todas las acciones de los grupos familiares, desde los acuerdos previos a la elaboración del proyecto, su ejecución y las reflexiones finales con respecto al mismo. A partir de estas acciones, el grupo familiar dentro del proceso terapéutico, fue reorganizándose comprendiendo su realidad particular y tomando decisiones propias.

Si logramos una dinámica familiar equilibrada, cuyos miembros puedan aceptar al paciente en su núcleo, se facilitará una mejor inserción de éste en la sociedad. En la medida en que, desde el abordaje de Terapia

Ocupacional, se potencie que la familia integre a su miembro con padecimiento psíquico en su seno, la sociedad podrá hacerlo en el suyo.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ *Ander-Egg, E. Introducción a las técnicas de Investigación Social, Editorial Humanitas, Buenos Aires 1998.*
- ❖ *Berenice Rosa Francisco. Terapia Ocupacional. Editorial Papirus. Año 1988.*
- ❖ *Burns, R. Kaufman, S. Los dibujos kinéticos de la familia como técnica psicodiagnóstica, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1978.*
- ❖ *Caplan, G. Aspectos preventivos en Salud Mental, Edic. Paidos, Buenos Aires.*
- ❖ *Cooper, D. Psiquiatría y Antipsiquiatría, Edit. Paidos, Buenos Aires, 1971.*
- ❖ *Eco,U. Cómo se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura, Edit. Gidesa , Buenos Aires, 1977.*
- ❖ *Jones, M. La Psiquiatría Social en la práctica. La idea de la Comunidad Terapéutica. Edit. Americalee, Buenos Aires, 1970.*

- ❖ **García Cein, E. Y otros.** *Tesis de Grado “Prevención Primaria en Salud Mental desde Terapia Ocupacional”, Esc. De Cs. De la Salud y del Comportamiento, UNMdP, 1991.*
- ❖ **Gear, M. C. Liendo, E.** *Psicoterapia estructural de la pareja y del grupo familiar, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.*
- ❖ **Gramajo, E. Y otros,** *La Función Social de la Locura, Editorial Espacio, Buenos Aires, 1998.*
- ❖ **Grimson, R.** *La cura y la locura, Ediciones Búsqueda, Buenos Aires, 1983.*
- ❖ **Hochmann, J.** *Hacia una Psiquiatría Comunitaria, Amorrortu Editores SCA, Buenos Aires, 1971.*
- ❖ **Lowenfeld, V. Brittain, W.** *El Desarrollo de la Capacidad Creadora, Editorial Kapelusz, Buenos Aires 1994.*
- ❖ **Paín, S. Jarreau, G.,** *Una psicoterapia por el arte, Edit. Nueva Visión, Buenos Aires, 1995.*
- ❖ **Paganizzi, L. y otros.** *Terapia Ocupacional: Del hecho al dicho, EDIGRAF, Buenos Aires, 1991.*

- ❖ **Pichón Riviere, E.** *Diccionario de términos y conceptos de psicología y psicología social*, Edit. Nueva Visión, 1997.
- ❖ **Pichón Riviere, E.** *El Proceso Creador*, Edic. Nueva Visión, Buenos Aires 1987.
- ❖ **Pichón Riviere, E.** *Teoría del Vínculo*, Edic. Nueva Visión, Buenos Aires, 1991.
- ❖ **Pichón Riviere, E.** *El proceso grupal*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires 1985. *Teoría del vínculo*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.
- ❖ **Pichón Riviere, E., Pampliega de Quiroga A.** *Psicología de la vida cotidiana*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1998.
- ❖ **Revista Materia Prima.** *„Dossier Desistitucionalización, año 3, Número 9, Septiembre - Octubre 1998.*
- ❖ **Soria, M. Mantero, P.** *La realidad de los Medios Terapéuticos: acerca de la actividad humana y lo terapéutico*, en *Revista Materia Prima*, septiembre-noviembre, 1997.
- ❖ **Pasman, M..** *La familia neurótica de nuestro tiempo*, Edit. Psique, Buenos Aires, 1985.

- ❖ *Valeros, J. Notas sobre la naturaleza de la Terapia Ocupacional. Ficha de circulación interna de la Universidad Nacional de Mar del Plata.*
- ❖ *Videla M. Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria, Colección Texto Y Contexto, Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1994.*
- ❖ *Willard / Spackman, Terapia Ocupacional, Editorial Médica Panamericana. Madrid, España, 1998.*
- ❖ *Zito Lema, V. Conversaciones con Enrique Pichón Riviere. Sobre el arte y la locura, Timermam Editores, Buenos Aires, 1976.*

ANEXO

6.1. MODELOS DE ENTREVISTAS UTILIZADAS

ENTREVISTA A GRUPO FAMILIAR

Grupo familiar(nombres y apellidos):

Paciente:

Fecha de ingreso al CPS:

Fecha:

- 1. ¿Por quienes está conformado el grupo familiar conviviente?*
- 2. ¿El paciente cumple con los hábitos de: Higiene-Alimentación–Vestido ? ¿en que forma?*
- 3. ¿La ingesta de medicación es realizada en forma independiente por el paciente?*
- 4. ¿Cuándo se toman decisiones familiares, el paciente es tenido en cuenta para consultarlo? Interviene por propia iniciativa?*
- 5. ¿Participa el paciente de actividades familiares, como paseos o reuniones?*
- 6. ¿Cuáles son las inquietudes o intereses del paciente? Hobbys, tiempo libre, intereses laborales, etc.*

7. *¿El paciente realiza actividades del hogar, tales como hacer compras, colaborar en la limpieza, mantiene su cuarto en condiciones de higiene?*
8. *¿Participa el paciente de alguna actividad fuera del ámbito familiar?*
9. *¿Que funciones cumplía antes que ahora no realiza?*
10. *¿El paciente se transporta por la ciudad en forma independiente, distingue los medios de transporte, se maneja con dinero o con pases?*
11. *¿El paciente esta informado de lo que sucede en su comunidad inmediata? consulta medios de comunicación?*
12. *¿El paciente se ubica geográficamente en su ciudad?*
13. *¿Alguna vez el paciente tuvo acceso a un puesto de trabajo? ¿en relación de dependencia ó en forma autónoma?*
14. *¿ En ese momento, respetaba normas laborales como horarios, vestimenta, cuidado de los elementos del puesto de trabajo?*
15. *Observaron cambios relacionados con la autonomía e iniciativa del paciente desde su ingreso al CPS ? (salidas extrafamiliares, propuestas, etc.)*
16. *A continuación les pedimos que detallen cuales son los momentos de interacción familiar durante un día de semana, bajo que actividad, y cuales son los miembros de la familia que participan.*

ENTREVISTAS A PROFESIONALES

Paciente:

Fecha de ingreso al CPS:

Fecha:

1. *Desempeño del paciente en CPS, considerando:*

❖ *Autonomía:*

❖ *Responsabilidad:*

❖ *Hábitos Personales:*

- *Alimentación*

Adecuados – Medianamente adecuados – Inadecuados

- *Vestido*

Adecuados -Medianamente adecuados – Inadecuados

- *Higiene*

Adecuados – Medianamente adecuados- Inadecuados

2. *Manejo de la medicación:*

-control total

-control parcial

-no controla

3. *Desempeño del paciente en rutinas institucionales*

-responsabilidad general:

-respeto normas de convivencia:

-acepta cargos:

-respeto horarios:

4. *Relaciones interpersonales*

-actitud hacia los compañeros:

-participación grupal: (activa-pasiva)

-respuesta ante los profesionales del centro: (acorde- inadecuada)

-participación en reuniones extrainstitucionales:

5. *Desempeño en microemprendimientos laborales:*

-cumple requerimientos del puesto de trabajo:

-respeto circuitos de producción:

-respeto el cuidado de materiales, elementos, herramientas:

-participación intrainstitucional(circuito de producción): si - no

- participación extrainstitucional(promoción, ventas de productos): si - no