

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL DESDE EL
MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN, PARA EL
ACOMPañAMIENTO DE FAMILIAS CON UN MIEMBRO EN
PROCESO PALIATIVO, ASOCIACIÓN CUIDADO PALIATIVO
LA UNIÓN: UNA EXPERIENCIA DE SISTEMATIZACIÓN, 2016.”

Trabajo Final de investigación aplicada sometida a la consideración de la
Comisión del Programa de Estudios de Posgrado de Ciencias de la Enfermería
para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería de la
Salud Mental

CAROLINA SOTO AGUILAR

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
2019

Dedicatoria

¡A las dos estrellitas que Dios envió del cielo, que con sus besos y abrazos me llenaron de fuerza y esperanza para continuar!

¡A la persona que llena mi vida de sonrisas, quien ha sido mi faro en las adversidades, quien siempre ha confiado en mí sin dudar, a mi amor eterno, mi compañero de vida, a mi bendición...gracias por ser mi apoyo incondicional!

¡A mis padres, mis ejemplos de vida...!

Finalmente, dedico este trabajo a mí...por lograr lo que parecía imposible!

Carolina

Agradecimientos

Primero agradezco a Dios, quien con los miles de ángeles que encontré en el camino me mostró que estuvo a mi lado en cada momento.

A la directora de tesis M.Sc. Mary Meza quien con su apoyo y confianza me impulso siempre a continuar, en este largo camino.

A M.Sc. Marianela Espinoza que tuvo la disposición de compartir sus conocimientos, y ser un ángel que me brindo su apoyo para consolidar mi sueño.

A la M.Sc. Karina Castillo, que además de compartir el conocimiento de su disciplina con el único fin de enriquecer el trabajo interdisciplinario, me hizo creer aún más en el trabajo realizado al abrirme un mundo de posibilidades y una luz en el camino ¡me llenaste de fuerza para continuar con el proceso!

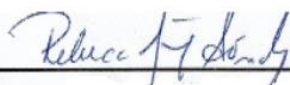
Al M.Sc. Daniel Martínez quien tuvo la disposición para acompañarme en el proceso.

A la Asociación de Cuidados Paliativos de La Unión, por la apertura y confianza para desarrollar la investigación aplicada.

Y a cada una de las familias que abrieron las puertas de su corazón para emprender un camino al cambio...

¡A todos ustedes mi agradecimiento más sincero!

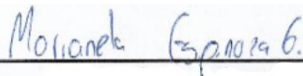
“Este trabajo final de investigación aplicada, fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería y la Maestría Profesional en Enfermería de la Salud Mental de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Ciencias de la Enfermería en Salud Mental.”



M.Sc. Rebeca Gómez Sánchez
**Representante del Decano
Sistema Estudios de Posgrado**



Mag. Mauren Araya Solís
**Representante de la Directora
Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería**



Mag. Marianela Espinoza Guerrero
Profesora Guía



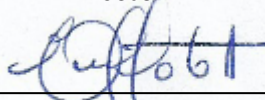
Mag. Karina Castillo Quirós

Lectora



Mag. Daniel Martínez Esquivel

Lector



Carolina Soto Aguilar

Sustentante

Tabla de Contenidos

<i>Dedicatoria</i> _____	<i>ii</i>
<i>Agradecimientos</i> _____	<i>iii</i>
<i>Tabla de Contenidos</i> _____	<i>v</i>
<i>Resumen</i> _____	<i>viii</i>
<i>Resumen Inglés</i> _____	<i>ix</i>
<i>Lista de Tablas</i> _____	<i>x</i>
<i>Lista de Figuras</i> _____	<i>xi</i>
<i>Introducción</i> _____	<i>1</i>
<i>Primer Capítulo: Punto de Partida</i> _____	<i>3</i>
A. ¿Qué es Sistematizar? _____	<i>3</i>
¿Por qué es importante sistematizar la práctica? _____	<i>4</i>
B. Las Preguntas Iniciales _____	<i>5</i>
C. Contexto Teórico _____	<i>6</i>
Modelo de Sistemas de Neuman _____	<i>6</i>
D. Contexto Metodológico _____	<i>14</i>
Posición Epistemológica y Paradigma de Enfermería. _____	<i>14</i>
Terapia Breve Centrada en Soluciones. _____	<i>16</i>
Aproximación: Familia como Unidad de Análisis. _____	<i>19</i>
Proceso de Atención de Enfermería. _____	<i>20</i>
D.1 Diseño del Perfil de Entrada. _____	<i>25</i>
D.2 Diseño Del Perfil De Salida. _____	<i>26</i>
<i>Segundo Capítulo: Recuperación de la Historia</i> _____	<i>28</i>
A. Justificación _____	<i>28</i>
B. Antecedentes _____	<i>30</i>
C. Problema de Intervención _____	<i>37</i>
D. Objetivos _____	<i>38</i>
Objetivo General _____	<i>38</i>

Objetivos Específicos _____	38
E. Objetivo Institucional _____	38
F. Imagen Objetivo _____	38
G. Contexto de la Experiencia. _____	39
H. Coordinaciones Pertinentes _____	39
I. Cronograma del Proceso Vivido _____	41
J. Intervención de Enfermería en Salud Mental _____	42
Familia Herrán _____	45
Familia Naranjo _____	54
Familia Policía _____	63
K. Diagnóstico de Enfermería _____	71
L. Implementación: Descripción de la Intervención de Enfermería en Salud Mental ____	82
L.1 Familia Herrán. _____	82
A. Contexto de la Situación. _____	82
B. Relato de lo Ocurrido. _____	82
C. Síntesis del proceso _____	91
L.2 Familia Naranjo. _____	94
A. Contexto de la Situación. _____	94
B. Relato de lo Ocurrido. _____	95
C. Síntesis del proceso. _____	102
L.3 Familia Policías _____	105
A. Contexto de la Situación. _____	105
B. Recuperación del proceso. _____	105
C. Síntesis del Proceso. _____	110
M. Evaluación del Proceso Vivido _____	112
N. Perfil de Salida: _____	113
N.1 Perfil de Salida Familia Herrán. _____	113
N.2 Perfil de Salida Familia Naranjo. _____	114
N.3 Perfil de Salida Familia Policía. _____	115
O. La Facilitadora y el Proceso _____	116

Tercer Capítulo: Reflexiones de fondo	119
¿Se identificó algún eje de convergencia de las familias en la realidad o realidades analizadas?	119
¿Cuáles fueron los momentos más significativos que favorecieron un cambio en la función de los sistemas familiares ante la intervención de Enfermería en Salud Mental realizada?	121
¿Cómo perciben las familias los factores estresores posterior a la intervención realizada? ¿Cómo se evidencia el cambio en las familias en los estresores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales?	125
¿Cuál fue la dinámica familiar prevalente en las familias y su impacto en el cumplimiento del objetivo?	127
¿Cómo entender el proceso de evolución mostrado en las familias partiendo de sus experiencias y la metodología planteada para la intervención de Enfermería en Salud Mental?	129
¿Cómo comprender el concepto de Salud Mental en la familia y la intervención realizada a partir de lo experimentado?	130
Cuarto Capítulo: Puntos de llegada	132
Conclusiones	132
Recomendaciones	135
Limitaciones	137
Lecciones Aprendidas	138
Bibliografía	141
Anexo 1: Carta de solicitud	151
Anexo 2: Carta de Aprobación	152
Anexo 3: Unidad de Análisis	153
Anexo 4: Entrevista de Enfermería	155
Anexo 5: Consentimiento Informado	158

Resumen

Para Jara (2012) la sistematización otorga valor a los saberes tanto empíricos como científicos, experiencias que, al ser examinadas bajo un rigor metodológico y un análisis crítico, genera conocimiento invaluable que potenciarán las capacidades de los grupos y los individuos protagonistas del proceso.

Por tal razón, con el fin de establecer el conocimiento que surge de la relación teórico-práctica se plantea la sistematización desde los cinco puntos metodológicos que sugiere Jara: puntos de partida, reconstrucción de la historia, reflexiones de fondo y puntos de llegada para realizar la intervención de Enfermería en Salud Mental desde el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo en la Asociación Cuidado Paliativo de la Unión, 2016.

El trabajo se desarrolló desde las Fases del Proceso de Atención de Enfermería en tres familias visualizadas como una unidad de análisis determinante en la construcción de la salud. Su análisis fue guiado bajo la luz del Modelo de Sistemas de Betty Neuman y la Teoría de Familia Sistémica desde una posición epistemológica humanista-fenomenológica; las sesiones por su parte fueron implementadas mediante visitas domiciliarias y fundamentadas en el modelo de la Terapia Breve Centrada en Soluciones cuyo principal exponente es Steve de Shazer desde 1978 (Ochoa, 1995).

La reflexión teórica, reforzó el saber sobre el aporte y liderazgo de Enfermería en Salud Mental en las familias, así como la importancia de estos grupos en las experiencias relacionadas con la salud.

Resumen Inglés

According to Jara (2012), systematization gives value to both empirical and scientific knowledge, when its analyzed under methodological rigor and critical analysis, generates invaluable knowledge that will improve the skills of the groups and the protagonists of the process.

For this reason, in order to establish the knowledge that arises from the theoretical-practical relationship, systematization is proposed from the five methodological points suggested by Jara (2012): starting points, reconstruction of history, background reflections and points of arrival to perform the intervention of Mental Health Nursing from the Betty Neuman Systems Model, for the accompaniment of families with a member in palliative process in the Palliative Care Association of the Union, 2016.

The work was developed from the Phases of the Nursing Care Process in three families visualized as an analysis unit determining in the construction of health. The theoretical reflection was guided in the light of the Betty Neuman Systems Model and the Systemic Family Theory, from a humanistic-phenomenological epistemological position. The sessions were implemented by home visits based on the model of Brief Therapy focused on solutions, whose main exponent is Steve de Shazer since 1978 (Ochoa, 1995).

Theoretical reflection reinforced, the knowledge and leadership of Mental Health Nursing in families, as well as the importance of these groups in health-related experiences.

Lista de Tablas

Tabla 1: Fases del Proceso de Atención de Enfermería _____	23
Tabla 2: Coordinaciones realizadas para la ejecución de la intervención de Enfermería en Salud Mental. _____	40
Tabla 3: Cronograma del proceso vivido. _____	41
Tabla 4: Miembros de la familia Herrán según datos sociodemográficos y caracterización, Cartago 2016 _____	45
Tabla 5: Miembros de la familia Naranjo según datos sociodemográficos y caracterización, Cartago 2016 _____	54
Tabla 6: Miembros de la familia Policía, según datos sociodemográficos y caracterización, Cartago 2016 _____	63
Tabla 7: Plan de Atención de Enfermería _____	73
Tabla 8: Unidad de análisis _____	153

Lista de Figuras

Figura 1: Genograma Familia Herrán _____	46
Figura 2: Modelo de Sistemas de Neuman aplicado a la Familia Herrán _____	53
Figura 3: Genograma Familia Naranjo _____	55
Figura 4: Modelo de Sistemas de Neuman Aplicado a la Familia Naranjo _____	62
Figura 5: Genograma Familia Policía _____	64
Figura 6: Modelo de Sistemas de Neuman Aplicado a la Familia Policía _____	70
Figura 7: Modelo del Sistema Familiar según Neuman _____	121



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Carolina Soto Aguilar, con cédula de identidad 1-1056-0243, en mi condición de autor del TFG titulado Intervención de Enfermería en Salud Mental desde el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, para el acompañamiento de familias con un miembro en Proceso Paliativo Asociación Ciudad Paliativo La Unión: una experiencia de sistematización, 2016.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Carolina Soto Aguilar

Número de Carné: A35169 Número de cédula: 1-1056-0243

Correo Electrónico: csotoaguila@gmail.com

Fecha: 20 nov, 2019 Número de teléfono: 89900773

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Maricela Espinosa Guerrero

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Introducción

Ante los constantes cambios históricos y el deseo de romper con patrones de colonialismo intelectual, surge la sistematización de experiencias para la década de los 70, como una respuesta al clamor de un pueblo deseoso de construir marcos propios de interpretación arraigados a su realidad social.

Si bien, es en trabajo social dónde se consolida, sus alcances trascienden los límites de dicha profesión y permite a otras disciplinas sociales: “recuperar y reflexionar sobre las experiencias como fuente de conocimiento de lo social para la transformación de la realidad” (Jara 2012, p. 28)

Para Rodríguez y Soto (2013) Enfermería como disciplina surge de un quehacer cotidiano, convertido en un proceso de investigación responsable de generar conocimientos propios, muchas veces relegado, obviando la posibilidad de aprendizaje que surge de la experiencia que se suscita de la interacción del profesional con el cliente, siendo en esa experiencia donde la sistematización ubica la fuente de conocimiento real; vivencias cotidianas que al ser reconstruidas permiten empoderarse de una teoría aplicada de forma inconsciente a la práctica pero que ha dado forma a un proceso. Dupont (citado en Jara, 2012)

Así pues, el rigor metodológico que caracteriza a la sistematización produce conocimiento partiendo de las experiencias, al dar valor a los saberes tanto empíricos como científicos, al identificar las dificultades entre el proceso ejecutado y lo planeado, al replantear el proceso posterior al análisis crítico, al generar productos fiables para comunicar, al incrementar el conocimiento y finalmente potenciar las capacidades de los grupos y los individuos protagonistas del proceso. (Jara, 2012)

Además, el remirar las experiencias que sustentan el conocimiento, demandan un proceso intencionado e indiscutible, que se suscita rigurosamente e implica la consideración de las realidades subjetivas, sociales e históricas de los protagonistas, una participación real y activa, así como la realización de una serie de controles que respaldan y otorgan fiabilidad a los datos, (Ayllón 2002, citado en Jara, 2012) haciendo de la sistematización un método ideal para unificar y dar mayor validez a la experiencia que día a día se construye en el hacer de la enfermería y que finalmente sustenta el marco teórico y la identidad de la disciplina.

Entonces, la sistematización al dar validez a las vivencias únicas refuerza además la gestión del cuidado de Enfermería en Salud Mental, una gestión holística que permite deslumbrar desde la empatía, las subjetividades del otro, ese mirar constituyó en la inclusión de criterios que se ajusten a las necesidades reales y cambiantes del ser humano, en procesos tan diversificados como los cuidados paliativos.

Por lo que, con el fin único de potenciar la individualidad de los sujetos participantes, los criterios y principios metodológicos de la investigación aplicada, fueron delimitados en los cinco tiempos postulados por Jara (2012), estableciendo como punto focal las experiencias resultado de la Intervención de Enfermería en Salud Mental en las familias con un miembro en proceso paliativo de la Asociación Cuidado Paliativo de La Unión durante el 2016.

El análisis objetivo posterior a su recuperación contribuyó a la reflexión teórica sobre el aporte y liderazgo de Enfermería en Salud Mental analizados bajo la luz del Modelo de Sistemas de Betty Neuman y la Teoría de Familia Sistémica en familias desde un primer nivel de atención. La intervención se llevó a cabo con tres sistemas familiares, las cuales recibieron nueve sesiones terapéuticas mediante visitas domiciliarias, para un total de 27 sesiones aplicadas y fundamentadas desde una posición epistemológica humanista-fenomenológica y el modelo de la Terapia Breve Centrada en Soluciones desarrollado por Steve de Shazer desde 1978 (Ochoa, 1995) integradas a su vez al Proceso de Atención de Enfermería.

A continuación, se desarrollan las aproximaciones que guiaron paso a paso la sistematización de la intervención con familias.

Primer Capítulo: Punto de Partida

A. ¿Qué es Sistematizar?

La cotidianidad de los seres humanos implica un mundo de posibilidades de aprendizaje que quedan obviados ante los ojos de sus actores o actrices si sobre los mismos al finalizar el día, no se generan nuevos acontecimientos cognitivos que permitan una concientización y autocrítica para generar nuevos saberes, conocimientos que se incorporen en la vida de los individuos, así lo comenta Freire (1970-1997) y Gramsci (1967) mencionados por Jara (2012) al referir que:

...Estos saberes cotidianos que poseemos todas las personas forman parte de la experiencia... y pueden ser de muy diversa naturaleza dependiendo de quién las vive y de sus condiciones de reflexividad: desde saberes inmediatos, empíricos, focalizados hasta saberes de un preciso nivel de conceptualización... (p. 62-63)

Según lo anterior, la experiencia representa un privilegio de todo ser humano durante el camino de su vida y es en este postulado donde subyace el eje primordial de la sistematización, principal distintivo ante otros procesos investigativos, al permitir desde una posición crítica remirar la experiencia y situaciones específicas para producir conocimiento. (Ghiso 2010 citado en Jara, 2012)

Sin embargo, para adentrarse en el mundo de conocimiento, debe existir un contacto íntimo y profundo con los individuos que generan las interrelaciones responsables de esas experiencias, un “hacer” (Ghiso, 1999 en Jara 2002, p.63) para apreciarlas desde sus adentros y trascender posteriormente del saber subjetivo a la creación de un conocimiento analítico y objetivo con una visión creadora orientada hacia el futuro. En palabras de Jara (2012) la sistematización, corresponde a un ejercicio intencionado que “requiere un empeño de curiosidad epistemológica y supone rigor metódico para convertir el saber que proviene de la experiencia a través de su problematización, en un saber crítico, en un conocimiento más profundo”. (p.64) que se sustenta en los cinco momentos metodológicos propuestos por Jara (2012) los cuales se describirán a continuación y serán ampliados durante el trabajo:

El punto de partida: que incluye la experiencia como tal y los registros de esta.

Formular un plan de sistematización: integra el objetivo, el objeto y eje de sistematización, qué fuentes de información tenemos y cuales necesitamos, qué procedimientos concretos se van a seguir y en qué tiempo.

La recuperación del proceso vivido: que comprende la reconstrucción de la historia basada en la experiencia, así como ordenar y clasificar la información.

Las reflexiones de fondo: considera el proceso de análisis, interpretación crítica, e identificación de aprendizajes de las experiencias vividas.

Los puntos de llegada: son las conclusiones, y los productos secundarios al proceso; los aprendizajes.

Las premisas de la sistematización se entretajan a la razón de ser de Enfermería en Salud Mental, al propiciar que los individuos visualicen sus vivencias en las particularidades de su entorno como un mundo de posibilidades infinitas que contribuyan a su crecimiento biopsicosocial e introyectar las experiencias vividas en el núcleo de su intimidad personal y sociofamiliar y su repercusión en la salud. (Novellas y Pajuelo, 2014)

Por lo tanto, al ser las subjetividades de las familias determinantes en las experiencias del proceso vivido en cuidado paliativo, la sistematización constituye el medio idóneo para reconstruir las experiencias del acompañamiento de tres familias con un miembro en proceso paliativo que posterior a la reflexión analítica, permite conceptualizar las realidades subjetivas de los grupos desde una Enfermería en Salud Mental más diversificada capaz de enfrentar las demandas de un entorno complejo y dinámico al integrar su hacer y saber desde una perspectiva transformadora (Mejía, 2008 citado en Jara, 2012) y desafiante cómo es la sistematización.

¿Por qué es importante sistematizar la práctica?

Para Jara (2012) la reconstrucción del proceso realizado permite “a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubrir o explicitar la lógica y el sentimiento del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo” (p.71)

La dinámica familiar determina que cada uno de sus miembros son seres únicos inmersos en una totalidad que funciona a partir de procesos influenciados por relaciones y

dependencias recíprocas y complejas con capacidad para adaptarse a factores diversos; esas interrelaciones, significados y conductas provocan efectos entre los sistemas y son los que finalmente darán sentido a las experiencias.

Entonces, al incursionar en el entramado más profundo de las sensaciones y mirar desde una comprensión crítica, podremos reconstruir los elementos que conforman sus vivencias ante el proceso paliativo: conceptos, los sentimientos que afloran, los significados atribuidos y las causas de estos, para finalmente clarificar desde la perspectiva de los sucesos la comprensión de lo acontecido, al ser auto-investigados. (Rubín 1981, citado en Jara, 2012)

Al sistematizar, se concibe un diálogo intersubjetivo inmerso en las familias que desde una postura cualitativa y mediante la gestión de un cuidado permite construir la historia, del conocimiento y de la vida. (Waldow, 2004 citado en Waldow, 2013) para repercutir en un razonamiento basado en las competencias propias, en conocimientos y teorías exclusivas de nuestra disciplina que refuercen su ser, hacer y saber, siendo la sistematización la herramienta clave para establecer la relación teórica–práctica del proceso y su alcance posterior al análisis crítico.

B. Las Preguntas Iniciales

Jara (2012) sugiere, que la sistematización debe ser transparente para construir un consenso en relación a la importancia de lo que se quiere realizar y con ello, promover una mayor participación crítica y consciente; para lograrlo plantea cinco preguntas iniciales, correspondientes a un segundo tiempo, dentro de las que consideran "...la definición del objetivo de la sistematización, la delimitación del objeto a sistematizar, la precisión del eje de sistematización, la ubicación de las fuentes de información a utilizar y la planificación del procedimiento a seguir..." (Jara, 2012, p.173)

El objetivo de sistematizar para Jara (2012) comprende el ¿para qué?, con el fin de dar respuesta a una necesidad orientada a un fin específico. En lo que respecta al proceso, el *objetivo* se dirige a Contribuir a la reflexión teórica sobre el aporte de Enfermería en Salud Mental, en los distintos entornos sociales de salud–enfermedad, específicamente en el primer nivel de atención, mediante la organización y reconstrucción de las experiencias de vida de

las familias con un miembro en proceso paliativo y el facilitador. Con lo anterior, se reforzaría la identidad y ampliaría los campos de acción de la disciplina.

El objeto considera los aspectos esenciales e importantes que orientan la reflexión del proceso (Jara, 2012); en este caso, el *objeto a sistematizar* consideró las experiencias, surgidas de la Intervención de Enfermería en Salud Mental desde el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo de la Asociación Cuidado Paliativo de la Unión.

La columna vertebral o el eje de sistematización, correspondió a las experiencias resultado del acompañamiento desde Enfermería en Salud Mental en familias con un miembro en proceso paliativo: sus percepciones, pensamientos, sentimientos, vivencias, significados, recursos y estrategias de afrontamiento inmerso en su contexto cotidiano así como las acciones de promoción, prevención y mantenimiento del bienestar de Enfermería en Salud Mental que contribuyeron a una mejor calidad de vida de las familias.

El *Objetivo Académico* del presente proceso aspira a aplicar el proceso de sistematización de experiencias, con el fin de mejorar la calidad de la atención en la especialidad de Enfermería en Salud Mental.

C. Contexto Teórico

Con el fin de contextualizar la intervención, es muy importante destacar los puntos que guiaron y esclarecieron los fundamentos teóricos del proceso a realizar, base para el análisis posterior, lo que permitió, definir y delimitar el objetivo y el eje de la práctica. (Jara, 2002). Los ejes contextuales partieron de la interconexión entre los conceptos de salud, salud mental, el Modelo de sistemas de Betty Neuman y la Teoría Familiar Sistémica.

Modelo de Sistemas de Neuman

El Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2002) corresponde a una perspectiva holística de un sistema dinámico que parte de la interacción entre el cliente, el entorno y los factores estresantes que pueden potenciar una reacción sintomática al estrés con el fin de generar armonía y bienestar en el sistema, además explica cómo se puede reconstituir el sistema en relación con esos estresores.

Plantea como meta principal para Enfermería la conservación, consecución y mantenimiento del óptimo nivel de bienestar que forma parte del continuo entre la salud, la enfermedad y la muerte, dicha premisa esboza la concepción de salud; y contribuye a la misma desde una Enfermería que contempla un sistema de cuidados de la salud al integrar a la educación y la práctica de la enfermería, desde una relación recíproca con el ambiente o entorno y el sistema de cuidados de salud y este a su vez con el sistema social (Neuman y Fawcett, 2002)

Desde esta posición, el sistema que plantea Neuman y Fawcett (2002) lo visualiza como un sistema abierto y viviente, cuya base del modelo se desarrolla en el intercambio energético resultado de las necesidades, predisposición, percepción y metas que se suscitan entre el individuo y su entorno y la respuesta a éste por el estrés. A continuación, un acercamiento de las partes que conforman el sistema:

El sistema cliente corresponde a la persona o grupo en su totalidad, conformado por una unidad o varias partes en interacción, que permanece en un estadio de bienestar-enfermedad; conformado por cinco variables simultáneas: fisiológica, psicológica, sociocultural, evolutivas (ciclo de vida), y espiritual. La autora brinda especial relevancia a la espiritualidad ya que representa la esencia del ser que controla la mente y ésta el cuerpo y corresponde a la energía en potencia que se transforma positiva o negativamente según las demandas. (Newman et al, 2002)

La misma autora refiere que las variables se encuentran contenidas en el sistema cliente por medio de líneas circulares flexibles y dinámicas que permiten que la energía ingrese y el entorno fluya y se retroalimente, manteniendo la viabilidad del sistema gracias a los procesos de adaptación y ajuste resultado de esta interacción.

El Modelo de Sistemas sugiere que el sistema cliente se encuentra conformado por una estructura básica o núcleo donde se encuentran las características básicas de supervivencia (aspectos innatos y genéticos, fortalezas y debilidades, características cognitivas) esta a su vez está protegida por las líneas de resistencia que contiene los recursos internos y externos y otros que implican para el núcleo una fuente de energía. Todas las líneas anteriores se encuentran contenidas por la línea normal de defensa, la cual evidencia el estado de bienestar usual del cliente y se muestra como la línea de defensa cuando la línea flexible es insuficiente. La línea flexible de defensa en la parte externa previene la invasión de estresores, se

caracteriza por ser dinámica, con capacidad para reestablecerse a corto tiempo, pero si sufre una ruptura genera una respuesta en el sistema cliente. (Newman et al, 2002)

En relación con el entorno, las autoras la definen como todos los factores que afectan y son afectados por el sistema y los clasifica en (Neuman y Fawcett, 2002:21):

- *Entorno interno:* fuerzas, interacciones e influencias del sistema cliente. (factores intrapersonales)
- *Entorno Externo:* fuerzas, interacciones e influencias externas (factores inter y extra personales)
- *Entorno creado:* sistema abierto entre el interno y externo creado de forma inconsciente para mantener la integridad del sistema que permite la movilización del sistema de variables, protección de afrontamiento con el fin de estimular la salud.

En cuanto al estrés cómo componente del sistema, los describe como fuerzas o tensiones neutras que tienen la capacidad de causar inestabilidad en un sistema, su nivel de afectación, dependerá de la valoración o evaluación cognitiva que realice el cliente del suceso, para Lazarus y Folkman (1991) al igual que Neuman y Fawcett (2002), el impacto de los estresores, depende de la percepción que el individuo tenga del mismo, por lo tanto cuando el estímulo es considerado irrelevante, no generará respuesta alguna; si es valorado cómo benigno-positivo, causará una sensación placentera contrario a si es percibido negativamente, generará estímulos de daño pérdida, amenaza o desafío; los últimos conllevan estrategias de afrontamiento para sobrellevar el estrés mediante la activación de la evaluación secundaria que implica la elección de conductas para mantener y optimizar la energía y garantizar la salud.

Lazarus y Cohen en Lazarus y Folkman (1991) establecen tres acontecimientos como estresores: cambios mayores (desastres naturales), cambios mayores que afectan a una o unas pocas personas (muerte de un ser querido, enfermedad entre otros y los ajetreos diarios (que surgen en la cotidianidad) sin embargo, esos estímulos se consideran estresantes cuando produce una conducta o respuesta fisiológica estresada producida por una demanda, un daño, una amenaza o una carga, reforzando la definición que plantea Selye en Lazarus y Folkman (1991) sobre el estrés al describirla como una respuesta del organismo no específica ante cualquier demanda.

Neuman y Fawcet (2002) por su parte integra lo planteado por Lazarus y Cohen y aporta la siguiente clasificación para los estresores (Newman et al, 2002:24)

- *Estresores interpersonales*: Ocurre en el sistema cliente.
- *Estresores intrapersonales*: Ocurren fuera del sistema cliente, entre uno o más individuos.
- *Estresores Extrapersonales*: interacciones de las fuerzas externas.

Ahora bien, si la estructura básica presenta alteraciones en la función óptima de las variables, el continuo de bienestar y enfermedad se ve fragmentado por la incapacidad del sistema cliente de ajustarse a las exigencias de forma satisfactoria al entorno interno y externo, afectando el intercambio de energía en el entorno creado por alteración en los niveles de energía que produce al ser estos menores que los que consume. Así lo refiere Neuman y Fawcet (2002): “Las variaciones de los niveles de energía dependen de la invasión de los estresores hasta la estructura básica al sobrepasar las diferentes líneas de defensa del sistema produciendo una inestabilidad”. (p.28)

Lo anterior genera una alteración en el continuo de salud-enfermedad, que hace que el equilibrio se altere en el sistema cliente.

Para la adquisición nuevamente de la estabilidad, Neuman y Fawcet (2002:13) sugieren distintos niveles de prevención:

- *Prevención Primaria*: corresponde a un conocimiento general aplicado en valoración, intervención, identificación, reducción o mitigación de los factores de riesgo posibles o reales asociados a factores de estrés.
- *Prevención Secundaria*: es la sintomatología secundaria a la reacción de los estresores y pretende reducir los efectos nocivos causados por los estresores.
- *Prevención Terciaria*: corresponde a los procesos de ajuste que se dan en la reconstitución.

Si bien para Neuman y Fawcett (2002) la salud corresponde a un continuo de salud-enfermedad y se afecta por los desequilibrios ante factores estresores, durante la historia del ser humano, la salud ha sido una constante y corresponde a una construcción, a un producto social que responde a los hechos humanos, a las estructuras, relaciones sociales, a la construcción de sentidos y significados que se viven en la cotidianidad para finalmente

condicionar las respuestas que adoptan las personas, familias y grupos ante las situaciones relacionados con la salud.

El proceso de construcción mencionado exhibe un patrón recíproco entre las vivencias y las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, (García y Velez, 2013) así el entorno positivo o negativo en que el individuo se desarrolla y los elementos determinantes en este, se ve perturbado por las crecientes desigualdades y transformaciones drásticas que la sociedad enfrenta. (OPS, 2007)

Por lo tanto, la salud al ser una capacidad humana básica debe contribuir a que el individuo aspire a una realización máxima, reflejada en el desarrollo holístico de las dimensiones humanas que integran la mente, el cuerpo y el espíritu (Morrison 1999, p.25) para trascender desde la comprensión cognitiva y emocional de su estado inherente y la interacción cotidiana con su contexto multidimensional. (Ministerio de Salud, 2012)

Para Malvarez (2009) la máxima aspiración de todo individuo se logra mediante, una salud integral que contemple la totalidad del ser: la salud mental entendida como “la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo del individuo y la comunidad” (p. 168), concepto que es considerado por la Política Nacional de Salud Mental (2012-2020) al definirla como una “condición humana para el gozo de la vida en sus plenas facultades, un derecho que debe promover el estado, la comunidad, la familia y la persona. Repercute directamente sobre el comportamiento y la convivencia en armonía.” (Ministerio de Salud, p.15) al proporcionarle al sujeto las herramientas personales para hacer frente a condiciones desfavorables presentes en todos los entornos sociales como la familia: abandono, intolerancia, estigmas, discriminación, estilos de vida, condiciones sociales, pobreza, deterioro de las relaciones y finalmente las políticas adversas. (Malvarez, 2011)

En este punto, cobra especial relevancia la familia, al ser el centro donde se gestan las conductas intra e interpersonales de los sujetos así como los comportamientos esenciales implicados en la salud al inspirar los factores protectores o de riesgo que contribuyen en la construcción de recursos de apoyo relevantes o ineficientes en el continuo salud-enfermedad, su impacto trasciende al individuo y al entorno al representar la parte extracerebral de la mente, capaz de penetrar en el proceso interno de los individuos y moldear las respuestas de sus miembros a las experiencias, a través de estímulos intercambiables entre el interior y el

exterior. (Minuchin, 2004;2006; Alvares et al. 2008, citado en Rodríguez, Montes de Oca y Hernández, 2014)

En cuanto a esto, Enfermería partiendo de su esencia que es el cuidado humano desde una posición de Salud Mental que integra las herramientas teóricas y prácticas necesarias para abordar y visualizar las necesidades y preocupaciones que intervienen en la producción de la salud mental y el sufrimiento psíquico (Malvarez, 2011) permite la sensibilización ante la realidad de una familia al contemplar además los procesos paliativos, para forjar un ser, un saber y un hacer fundamentados en las necesidades integrales de sus miembros.

Neuman y Fawcet (2002) permiten una integración ampliada de lo antes expuesto, al adjudicar a la Enfermería la función de mantener un estado óptimo de bienestar partiendo de la comprensión total del cliente desde una enfermería estable pero que responda de forma dinámica a las demandas del entorno, para finalmente construir una enfermería “más diversificada y compleja” (p25)

Estas autoras, definen a la familia (cliente) como una combinación de individuos que conforman un sistema compuesto (partes y subpartes) y complejo afianzado en relaciones estables, integrado a su vez por cinco variables dinámicas (fisiológica, psicológica, sociocultural, evolutivo y espiritual) presentes en toda la estructura del sistema que se encuentra en interacción recíproca con el entorno.

Si bien, Neuman y Fawcet (2002) clasifican los factores estresores como identificados, conocidos y posibles, entre estos destacan a la pérdida por la importancia en la intervención. Neimeyer (2002) la conceptualiza desde un enfoque amplio al incluir “cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que hemos establecido un vínculo emocional” (p.47), entonces procesos que impliquen la pérdida de la salud como la permanencia en condiciones de enfermedad y sus cambios, representan estímulos amenazantes que desencadenan en el sistema cliente inestabilidad emocional como “la conmoción, ira, desorganización y reorganización gradual”. (p. 48)

A nivel familiar para Mora (2005) la enfermedad, implica una serie de hechos problemáticos que amenazan la estabilidad y las relaciones armoniosas a las que hacía mención Neuman y Fawcet (2002) y su impacto dependerá de la fase en la que se encuentre el proceso mórbido ya sea crisis (inicio), Crónica (desarrollo) o terminal (desenlace). Dichos procesos, demandaran un periodo de ajuste o un duelo cómo respuesta natural a la pérdida

que involucra el "...reconstruir el propio mundo de significados..." (Neimeyer, 2002, p.118) partiendo de un proceso activo, único e irrepetible cuya respuesta, secuencia y duración dependerá de las características personales para finalmente adaptarse y afrontar con éxito las condiciones de vida actuales. (Hagman, 1995)

Un aporte teórico a esta afirmación, lo brinda la Teoría Familiar Sistémica, la cual se entrelaza con el modelo de Neuman al concebir a las personas y los elementos en relación con cada parte dentro del sistema, lo que evidencia el funcionamiento relacional que permite visualizar la secuencia de conductas recíprocas, pautadas y repetitivas determinadas por el dominio y el cuidado de unos a otros así, el proceso interaccional resultante, genera en la familia una tendencia a adaptarse ya sea al mantener su unidad, identidad y su equilibrio (morfofostásis no hay cambio) o al desarrollar nuevas habilidades, crecer, negociar la distribución de roles entre las personas que lo forman (morfogénesis). (Maganto, 2004; Ochoa, 1995)

Así la teleología o el proceso de adaptación que se genera se ve afectado por las posibles fuentes de estrés que se suscitan tanto dentro de la persona como en el contexto social o en el feedback, según lo comenta Minuchin (2004) "el contexto afecta los procesos internos... las modificaciones del contexto producen cambios en el individuo y la conducta del terapeuta es significativa en este cambio" (p.31). Dicho autor, ubica a los estresores de la siguiente manera:

1. *Contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliar:* ante la demanda, el sistema familiar se transforma, provocando un acomodo ya sea en el subsistema afectado o en todo el sistema. Si el acomodo no fue efectivo, provoca un estrés no resuelto que puede afectar a través de los límites a los subsistemas.
2. *Contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares:* sobrecarga por cambios en la condición económica, cambios de domicilio entre otros.
3. *Estrés en los momentos transicionales de las familias:* surge secundario a los conflictos por la negociación de nuevas reglas en las distintas fases del ciclo evolutivo de la familia (la conformación de un sistema, el nacimiento, la adolescencia, la muerte), si los conflictos son resueltos exitosamente, ofrece crecimiento a todos sus integrantes de lo contrario pueden representar problemas mayores.
4. *Estrés referente a problemas de idiosincrasia:* se consideran todas las circunstancias posibles en las distintas áreas de las pautas transaccionales (por ejemplo, familias con

un miembro con problemas físicos o psicológicos que obliga a la familia a adoptar medidas de funcionamiento no habituales)

Cabe destacar en este punto que el Modelo de Sistemas de Neuman y Fawcet (2002) adopta los principios de la terapia familiar sistémica para la intervención de la familia como cliente, lo que facilita la contemplación del rol familiar en lo que respecta a salud.

Los temas contemplados anteriormente, representarían simple información si estos no son utilizados como herramientas de soporte para estrategias organizativas al visualizar cómo lo plantean García, Grau & Infante (2014) que dichos procesos pueden generar complicaciones psiquiátricas y alteraciones físicas que pueden ser trastornos que surgen o se agravan durante el duelo, en su curso o son resultado de una descompensación de una enfermedad crónica o pueden relacionarse al incremento en las conductas de riesgo como alcohol, por tanto, es relevante la consideración de estos desde la Atención Primaria en salud, definida según la Conferencia Internacional celebrada en Alma Ata en 1978 y como:

...asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (PAHO, 2012, pp.1)

Sin embargo, a pesar de las luchas por renovar los sistemas de salud, aún tantos años después a Alma Ata, los sistemas se rigen por una visión patocéntrica, con percepción de pasividad en la atención, concentrando mayoritariamente sus esfuerzos en programas de contención a enfermedades que los alejan de las necesidades reales de la población y relegan los principios que deben de prevalecer en la atención primaria: el considerar a la salud como su eje primordial para potenciar desde la promoción y la atención integral, la responsabilidad intersectorial mediante la participación social e individual activa para la construcción de la salud. (Vouri, 1985)

Las posibilidades desde la atención primaria para Vargas (2006) parte de la consideración de los problemas de salud y sus determinantes no sólo desde una posición de tratamiento sino de promoción de la salud al partir de la concepción integrada de la atención en los diversos grupos poblacionales, la cual para su cumplimiento fiable debe desarrollarse desde ocho

funciones primordiales para su ejecución, sin embargo para efectos del proceso se consideran las siguientes: Proceso administrativo (planificación, organización, dirección y liderazgo, monitoreo y evaluación), Mantenimiento de la salud, Prevención de enfermedades, Diagnóstico y tratamiento, Rehabilitación y Promoción de la salud y participación social.

Sin embargo, toma especial relevancia la función de Promoción de la salud y participación social ya que desde la renovación de la Atención Primaria en Salud, es en ella dónde se debe enfocar la reorientación de los servicios de salud al considerar las funciones esenciales de la salud pública y entre ellos el pilar de la promoción de la salud como responsabilidad compartida que parta de una participación consciente, activa y significativa, enfocada al empoderamiento del desarrollo de la salud de los diferentes actores sociales especialmente la familia. (Feo, 2004; Ministerio de Salud, 2016; Universidad de Antioquía, 2004)

D. Contexto Metodológico

El presente apartado corresponde a un plan detallado para generar “criterios que deben orientar cada momento de la sistematización como ejercicio creador y creativo” (Jara, 2012, p 184)

El contexto metodológico que guio la intervención de Enfermería en Salud Mental para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo consideró el posicionamiento humanista, para contribuir a la transformación social, un Enfoque desde la Terapia Breve Centrada en Soluciones, la Familia como unidad de análisis y el Proceso de Atención de Enfermería. Se muestra a continuación cada apartado desarrollado en ese orden.

Posición Epistemológica y Paradigma de Enfermería.

Al desarrollar el proceso desde un posicionamiento humanista, permitió generar conocimiento y aprendizaje significativo desde la “particularidad de lo vivido en las experiencias y por parte de quienes las vivieron” (Jara, 2012, p. 72) en su contexto cotidiano.

La posición epistemológica humanista, se entrelaza a la concepción que se desarrolla en la investigación aplicada al considerar que el conocimiento es resultado de la experiencia del hombre y de la mujer en su cotidianidad, sus supuestos teóricos reflexionan en la experiencia al visualizar al ser humano como un ente total y un ser en relación con otras personas, que

posee conciencia de sí mismo, de su existencia, de la toma de sus propias decisiones y de la intencionalidad y responsabilidad de cada uno de sus actos que refuerzan su tendencia natural a la autorrealización, la autodeterminación y la transcendencia, al ser constructor de su propia realidad y finalmente de su identidad. (Martínez, 2006; Hernández, 1997)

El humanismo se sustenta en la corriente existencialista y fenomenológica, sin embargo, es en este último dónde la percepción externa e interna cobran valor ya que la interacción tanto de factores externos como internos consolidan el proceso cognoscitivo, así la subjetividad resultante otorga al individuo la comprensión de su contexto y es a partir de ésta dónde surgen las repuestas reales del ser humano en su entorno. (Waldenfelds, 2017)

Para Husserl (1987) principal exponente de la fenomenología, la investigación debe surgir de la esencia de las situaciones mismas ya que es en la experiencia donde se da sentido y se consolidan los procesos, por lo tanto, no existen momentos ni percepciones similares, ya que todos los seres humanos conceptualizamos nuestras realidades partiendo del conocimiento previo, de la historia de vida y los fenómenos que marcan nuestra existencia, postulado que se entrelaza en los paradigmas que Kerouac et al. (1996) reconoce para enfermería.

Pero, para adentrarnos en estas conceptualizaciones, debemos comprender que un paradigma corresponde a corrientes de pensamiento y formas de ver el mundo influyente y determinante en la cimentación de cada disciplina. Se reconocen tres grandes paradigmas en la disciplina: categorización, integración y transformación, definiendo, desde ópticas distintas a los metaparadigmas de persona, cuidado, salud, enfermedad, promotores de las interacciones e interrelaciones donde enfermería ejerce su acción.

En lo que respecta a la guía contextual de la sistematización, el posicionamiento epistemológico desde enfermería ubica a la investigación aplicada dentro del paradigma de la transformación, el cual es determinado por un enfoque de promoción de la salud.

Su intervención se orienta a considerar a cada miembro del sistema familiar y a la familia misma como una estructura multidimensional indisociable de su entorno; conceptualizando al bienestar como un proceso dinámico que se encuentra inmerso en la cotidianidad de las experiencias, interpretadas desde la profundidad del sistema familiar en relación con su momento, tiempo y espacio: el proceso paliativo, “recíprocos y simultáneos con el entorno” (Kerouac, et al., 1996, p.13)

Desde esta concepción, el cuidado, se orienta a un proceso creador de “estar con”, donde la conciencia de las demandas más profundas y los significados que la familia otorga son manifiestos y facilitan su comprensión no solo para la enfermera, sino que al ser ella una herramienta, permite dilucidarlos dentro del sistema familiar, mediante la “igualdad, tolerancia, capacidad de negociación, apertura al compromiso y reconocimiento de la diversidad.” Pelland (citado en Kerouac, 1996, p. 15)

Lo anterior fue posible al concertar un enfoque desde la terapia breve centrada en soluciones, a continuación, sus principales enunciados.

Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Desarrollada por Steve de Shazer desde 1978 y su equipo en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee, procura que los clientes o consultantes visualicen de forma distinta sus realidades, al reconstruir nuevamente los aspectos problemáticos para disminuir su impacto mediante cambios pequeños que puedan provocar diferencias profundas en la conducta de la persona o personas involucradas. (Bayebach, 1999; de Shazer, 1988)

Para Miller (1986 en de Shazer 1988) tanto los problemas, las soluciones, la adaptación y el cambio corresponden a construcciones de la realidad y de un contexto específico, por tanto, las situaciones a abordar son construcciones de los participantes.

Para ahondar en la terapia breve, Beyebach (1999) considera relevantes los siguientes aspectos:

- Comprende la construcción de la realidad social mediante la comunicación: “realidad terapéutica” (de Shazer, 1988, p.84), no genera suposiciones ni se centra en aspectos relacionados con el problema (su frecuencia, naturaleza, o su historia)
- Visualiza a cada persona, pareja o familia cómo única e irrepetible, por lo tanto, la terapia no impone ningún patrón de funcionalidad o normalidad.
- El cliente puede estar conformado por una o varias personas que poseen los recursos necesarios para resolver sus dificultades.
- Se focaliza en las relaciones circulares de las personas involucradas (cliente y terapeuta) que conforman un sistema abierto, por ende, el desarrollo de una relación interpersonal cooperativa entre los participantes son la clave para alcanzar

los objetivos. Como parte de la interacción entre el cliente y el terapeuta se construyen tres tipos de relaciones: visitantes (no tienen motivo de consulta) demandantes (posee una expectativa de solución como resultado de la entrevista), compradores (es aquel que quiere hacer algo con relación al problema) (De Shazer, 1997)

- El terapeuta se muestra interesado en conocer los recursos y la postura de sus clientes por lo que abandona la posición de experto para asumir la responsabilidad en la co-construcción de un lenguaje centrado en las soluciones evita el uso de diagnósticos o fenómenos sociales como patologías.

Desde el punto de vista logístico, la intervención desde este modelo comprende entre 1 y 10 sesiones con una duración promedio de una hora, donde se intervienen desde tres situaciones: sobre la secuencia sintomática, sobre el patrón del contexto que rodea a dicha secuencia y las llamadas tareas de fórmula, las cuales se prescriben independientes del problema particular y siempre contemplando las fases del proceso terapéutico; desde lo que Góngora y Beyeback (1995) sugieren como guía de ejecución pero con la flexibilidad de responder a las necesidades de la terapia como de las situaciones que se están tratando.

Las fases de las sesiones terapéuticas establecidas desde este modelo son:

Fase social: Para la primera sesión, se genera un entorno social sin hablar del problema, se identifica y conoce a los clientes, se observan las interacciones de los miembros de la familia; para la segunda se identifican aspectos positivos vividos durante la semana, para generar un clima de colaboración.

Fase de planeamiento del problema/interacción: Es importante aclarar que para la primera sesión esta fase se llama Planteamiento del Problema en el cual se identifica el asunto a tratar, y la segunda sesión y posteriores esta fase se llama de Interacción donde se pretende priorizar las metas terapéuticas, se identifican cambios estructurales y se continúa con la evaluación familiar.

Establecimiento del objetivo terapéutico: Esta fase se desarrolla en la primera sesión, la familia define los aspectos en los cuales quiere trabajar en la terapia, para las siguientes sesiones se llama fase de interacción.

Fase de Pausa: Corresponde a un espacio en el que terapeuta anota los elogios y las tareas.

Fase de Elogio: se destacan todos los aspectos favorecedores de la familia, tanto a nivel global como específico a cada uno de sus miembros. Se trabajan los lados fuertes del sistema

Fase de Tarea: Se desarrolla según el tema tratado en la sesión.

Fase de Consejo de experto: Responde a la dinámica generada durante la sesión.

Cierre: Despedida de los clientes.

Para Rodríguez y Beyebach (1994) el desarrollo de esta terapia se fundamenta en el uso de técnicas que acompañan la intervención; se describen a continuación las técnicas que prevalecieron en la investigación aplicada desde sus propuestas:

- *Meta terapéutica:* comprende los objetivos que la familia desea lograr en el proceso a realizar.
- *Excepciones:* conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y pueden potenciar la solución, pueden iniciar antes o durante la terapia. (de Shazer, 1991) Comprende cinco pasos: elicitación, marcar la excepción, ampliar, atribuir control y seguir.
- *Escalas:* corresponden a valoraciones numéricas subjetivas, con el fin de obtener información complementaria para identificar la línea base de la queja.
- *De-construir la queja:* busca introducir dudas en el marco de referencia de los clientes y cambiar la forma de ver las situaciones para abrir posibilidades para el cambio
- *Redefinición:* busca variar los significados que los clientes construyen en relación con conductas o situaciones.
- *Externalización:* se busca que los clientes vean el problema externo a ellos para movilizar sus recursos contra la situación.
- *Metáfora:* se pretende crear mayor intensidad, rapidez y claridad del mensaje al expresar un concepto, conducta desde otra realidad.
- *Connotación positiva:* evaluación positiva, que hace el terapeuta de la familia, de una conducta que por lo general se consideraría problemática.
- *Los elogios:* se destacan las acciones positivas o bien realizadas, así como las cualidades y los recursos, son parte de las connotaciones positivas.

- *Las tareas:* se propone alguna cosa por hacer o pensar hasta la próxima sesión, ya sea pedir algo vinculado con lo abordado durante la entrevista, sugerir aquello que los clientes están dispuestos a hacer o hacer lo más sencillo y el menor número.
- Se finaliza la terapia si los clientes consideran que la mejoría haya sido suficiente o no, mediante preguntas directas o utilizando las escalas de avance como indicador de progreso.

Aproximación: Familia como Unidad de Análisis.

Autores como Maganto (2004), Minuchin (1977)(2006) y Anzieu y Martin (2005) consideran a la familia como un grupo, un sistema, conformado por microsistemas, caracterizados por relaciones afectivas dinámicas y una comunicación interindividual e interdependencia tan intensa en sus adentros, capaz de moldear los procesos internos de la mente y condicionar las respuestas de los individuos ante los estímulos que se suscitan de las interacciones entre el interior y exterior, mutuamente cambiantes e influyentes.

Dicho postulado, mantiene una relación directa con las principales doctrinas de Neuman (Neuman y Fawcet, 2001) al reflexionar en la familia como una unidad estructural que conforma un modelo dinámico de interacción recíproca de sus componentes: psicológicas, fisiológicas, evolutivas, socioculturales y espirituales que coexisten con su entorno y genera niveles de inestabilidad.

Tanto para Neuman (Neuman y Fawcet, 2001) como para Minuchin (citado en Peñalva, 2001), la inestabilidad y los cambios consecuencia de la interacción con los contextos sociales específicos, le permiten a la familia transformarse, adaptarse y generar estabilidad ante las demandas cambiantes de un entorno desafiante, siendo este el principal objetivo del Modelo de Sistemas para la familia, por tanto, para conocer las características de respuesta y adaptación del sistema familiar, se debe estudiar y comprender desde sus adentros como una unidad de análisis para vislumbrar globalmente la organización y el significado de las relaciones inscritas en un tiempo y lugar específico. (Neuman y Fawcet, 2002)

Por ende, toma relevancia la teoría familiar sistémica y sus principales enunciados al plantear que al verificar de forma repetida las conductas de los miembros en las transacciones interpersonales, se hace evidente los procesos relacionales de la familia (Peñalva, 2001); esto

mediante la valoración de un sistema evaluativo que analiza el funcionamiento del sistema en siete áreas descritas por Szapocznik (citado en Peñalva, 2001):

La Estructura: el liderazgo, la organización de los subsistemas (padres, esposos, hermanos y padres-hijos, y la comunicación entre ellos.

Estadio del desarrollo: implica la adecuación de las interacciones entre los miembros de la familia en términos de edad y funciones en sus subsistemas primarios (parentales, de los hijos y de la familia extensa);

Resonancia: se evalúa a partir de la comunicación intrafamiliar, evidencia la cohesión familiar, así como la diferenciación y unicidad o el amalgamamiento y la desarticulación;

Identificación del paciente: queja presentada por la familia y la atribución de esta a alguno de los miembros;

Resolución de conflictos: es la forma como la familia enfrenta las situaciones conflictivas, se considerandos cinco niveles: negación, evitación, difusión, emergencia sin resolución y emergencia con resolución.

Para cada una de las dimensiones mencionadas se reflexionan los aspectos que describen finalmente la dinámica familiar. (Ochoa, 1995); que son incluidos en el Modelo de Sistemas de la siguiente manera: estructura básica específicamente en las líneas de defensa a los fundamentos de la Teoría familiar Sistémica, se analiza en la línea flexible la dinámica familiar, en la línea normal de defensa la concepción de estructura y finalmente ubica en la línea de resistencia a los factores internos que protegen al sistema y subsistema como la interrelación, interdependencia, valores, creencias, aspectos del desarrollo, socioculturales entre otros, encargados de proteger a la estructura básica y los individuos de los estresores. (Reed 1989, citado en Neuman y Fawcet, 2002)

Proceso de Atención de Enfermería.

Las propuestas metodológicas anteriormente descritas fueron integradas desde el Proceso de Atención de Enfermería definido por Gomis (2008) como un “proceso intelectual y deliberado, estructurado con una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar cuidados de calidad personalizados y dirigidos al mayor bienestar del sujeto de

atención”. (p.28). Sus fases contemplan la etapa de valoración, diagnóstica, planificación, implementación y evaluación, se detallan a continuación para su comprensión:

Etapa de Valoración: Implica una recopilación de datos de forma ordenada organizada y sistemática, es decir que está presente durante todo el proceso. (Hernández-Conesa et al., citado por Llunch, 2004, Gomis, 2008). En este caso, corresponde al perfil de entrada, el cual consideró una adaptación de la Entrevista de Enfermería en Salud Mental basada en el modelo de Sistemas de Betty Neuman facilitada en el curso de Abordajes de Enfermería en Salud Mental, para las personas con alteraciones de la Salud Física, en el año 2015. Además, se apoyó en el uso del Genograma, así como la construcción de la meta terapéutica en conjunto con la familia.

Etapa Diagnóstica: Para la etapa diagnóstica, los resultados de las herramientas fueron comparadas por la facilitadora al interior de cada familia y entre las tres familias con el fin de identificar discrepancias, similitudes, percepciones y ejes. Es importante acotar, que las situaciones identificadas por la terapeuta se asemejaron a las metas terapéuticas externadas por las personas en los sistemas familiares, por lo cual fueron unificadas e integradas en los diagnósticos identificados.

Tanto las situaciones identificadas como los diagnósticos y ejes temáticos fueron posteriormente socializados y aceptados por cada sistema familiar, lo que representó el principal sustento para Plan de Intervención de Enfermería en Salud Mental desde el enfoque de Betty Neuman, desarrollado desde diagnósticos reales, potenciales y de bienestar. (Guirao-Goris; Hernández Condesa et al, citado en Llunch, 2004). Si bien la terapia breve centrada en soluciones no aborda a los clientes desde condiciones identificadas, los diagnósticos fueron guías para sustentar el proceso de análisis teórico y requisitos que guían la disciplina de Enfermería.

Etapa de Planificación: El análisis crítico y reflexivo de la etapa de planificación, dio paso a la selección de las estrategias acordes con las necesidades de las familias y los objetivos esperados (Llunch, 2004; Gomis 2008). Se planificaron 2 sesiones por situación de enfermería, para un total aproximado de 9 sesiones consecutivas realizadas por familia, con una frecuencia de una vez por semana, partiendo con ello de los requerimientos de tiempo de la investigación aplicada, y organizada bajo la estructura de Terapia Breve Centrada en Soluciones y sus fases. (Descritas en el apartado anterior.)

Etapa de Implementación: El desarrollo del acompañamiento desde la visita domiciliar, como estrategia de contacto con los grupos, condescendió a la etapa de ejecución guiadas por la integración de los conocimientos de Enfermería en Salud Mental y sus estrategias en conjunto con la Terapia Breve Centrada en soluciones y sus principales técnicas (mencionadas anteriormente), gestionados hacia una aproximación terapéutica sustentada en las construcciones sociales del cliente mediante la construcción lingüística, así como técnicas de elaboración propia. De esta manera, a pesar de que se trabajó en las familias con los mismos ejes temáticos y estrategias, su desarrollo fue dirigido por los sistemas familiares y sus necesidades emergentes. La implementación contó con la entrega de material didáctico personalizado que facilitó la adquisición de conocimiento bibliográfico de los temas; así como la realización de las tareas y bitácoras.

Como base para la construcción de un encuentro generador de experiencias, se destaca el rol del facilitador que, al centrarse en los postulados del Enfoque Centrado en El Cliente, busca mediante la congruencia, autenticidad, comprensión, comunicación, empática y la aceptación del otro. (Pezzano, 2001), una relación humana espontánea e irreplicable que surja desde la sensibilidad del facilitador ante la realidad del cliente en el contexto terapéutico y orientar por otro, la autocomprensión y autoaceptación de su realidad.

Para dar validez a esta fase, se contó con grabaciones, bitácora de campo, registros entre otros que brindaron confiabilidad a los sucesos.

Etapa de Evaluación: Permitió mediante un análisis de la realidad de las familias y los postulados de Neuman, determinar en conjunto con las familias, el perfil de salida o el alcance o no de los objetivos, mediante la implementación de la pregunta de escala y la realización por sesión de las bitácoras personales.

Por la relevancia en el proceso se muestra en la Tabla 1, las fases del Proceso de Atención de Enfermería para profundizar posteriormente en instrumentos utilizados tanto en el perfil de entrada como los referentes en el perfil de salida.

Tabla 1
Fases del Proceso de Atención de Enfermería

Fecha-Sesión	Fase	Objetivos	Acciones	Métodos Y Técnicas
Sesión 1 Semana del del 13 al 17 de junio y semana del 1 al 5 de agosto.	Valoración Aplicación del perfil de entrada según la Entrevista de enfermería en Salud Mental, Genograma y APGAR.	<ul style="list-style-type: none"> Promover la empatía y cohesión de la familia con la facilitadora. Identificar las áreas en que la familia requieren acompañamiento al profundizar en las variables, estrategias de afrontamiento, experiencias y percepción, así como el entorno mediante los instrumentos aplicados Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, con la etapa de valoración mediante la aplicación del Perfil de Entrada. 	<ul style="list-style-type: none"> Explicar la metodología del proceso a realizar para obtener el consentimiento informado en las familias. Establecer el contrato terapéutico para delimitar las pautas de las sesiones. Recolección de datos iniciales para compararlos con los resultados. Considerar los significados y las percepciones entorno a la situación y su respuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> Técnicas cualitativas: aplicación del pretest, genograma, Apgar. Relación interpersonal de ayuda. Técnicas de comunicación facilitadora. Estrategias de intervención de Terapia Breve Centrada. Instrumentos para el ordenamiento de la información recolectada, diario de campo.
Sesión 2 Semana del 18 al 22 de julio y del 8 al 12 de agosto del 2016	Fase Diagnóstica: Definición y socialización de las Situaciones de enfermería en Salud Mental Planeamiento de la intervención de enfermería e implementación de la primera sesión.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar desde la experiencia la vivencia de los significados del proceso paliativo y su impacto en las familias. Establecer las repercusiones tanto en el sistema cliente como en su entorno de las vivencias y los significados del proceso paliativo Determinar las situaciones de Salud Mental que sustentarán la Intervención para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo. Elaborar la Intervención de enfermería en salud mental para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo. 	<p>Se socializa con el grupo familiar las situaciones identificadas, tomando en cuenta las categorías que propone Neuman, se definen los objetivos y los métodos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Relación interpersonal de ayuda. Técnicas de comunicación facilitadora. Estrategias de intervención de Terapia Breve Centrada. Principios de Terapia Cognitiva: alianza terapéutica, dialogo socrático y descubrimiento guiado. Elaboración y análisis de bitácoras

Sesiones 2, 3,4, 5, 6, 7, 8,9.	Fase de Implementación:	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar la Intervención de Enfermería en Salud mental para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo. • Identificar las etapas y los cambios de la aplicación de la Intervención de Enfermería en Salud mental • Analizar los resultados de la aplicación de la Intervención de Enfermería en Salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de la Intervención de Enfermería • Reevaluaciones del proceso semanal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación interpersonal de ayuda. • Técnicas de comunicación facilitadora. • Principios de Terapia Breve centrada en soluciones y sus métodos. • Principios de la terapia cognitiva: Alianza terapéutica, dialogo socrático, descubrimiento guiado. • Desarrollo y fortalecimiento de recursos. • Evaluación y análisis de bitácoras. • Matriz de ordenamiento y reconstrucción • Ordenamiento de la información de cada sesión
Sesiones 2,3,4,5,6,7, 8,9.	Fase de Evaluación: Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre los resultados obtenidos de la Intervención de enfermería en salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación semanal de las sesiones. • Seguimiento de los grupos intervenidos. • Aplicación del perfil de salida. • Finalización del proceso. • Comunicar los productos de utilidad obtenidos en la Intervención de enfermería en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento perfil de salida • Principios de Terapia Breve centrada en soluciones y sus métodos. • Genograma de salida • Entrevista de Enfermería en Salud Mental. • Matriz de ordenamiento y reconstrucción • Ordenamiento de la información del grupo
<i>Semana del 20 de junio al 25 de setiembre 2016. (Devolución.)</i>				

Nota: Autoría Propia, 2016.

D.1 Diseño del Perfil de Entrada.

El perfil de entrada que facilitó la identificación de las situaciones de enfermería se conformó de tres instrumentos: uno de aplicación individual y dos colectivos, se describen los mismos a continuación:

Instrumento Diagnósticos de aplicación Individual.

La entrevista de Enfermería en Salud Mental (Anexo 4), se basó en el instrumento facilitado en el curso de Abordajes de Enfermería en Salud Mental, para las personas con alteraciones de la Salud Física, 2015. Su modificación constituyó un instrumento de 37 preguntas abiertas, que contenían: Experiencias y percepciones, Variables, Fuentes de estrés, y la creación de un apartado bajo el nombre de expectativas del proceso. El instrumento fue analizado según la unidad de análisis (Anexo 3). Las modificaciones realizadas se muestran seguidamente,

Apartado A. Experiencias y percepciones: se agregan cuatro interrogantes orientadas al proceso paliativo en un subapartado llamado En relación con la vivencia familiar: ¿Cómo se sintió ante el diagnóstico de su familiar?, ¿Cómo percibe usted la situación de su familiar?, ¿Cómo visualiza la situación en un futuro?, Describa el impacto del proceso a nivel familiar, ¿Cómo ha enfrentado usted la enfermedad de su familiar?

Apartado B. Variables según Neuman: Fisiológica se integra la pregunta: ¿El proceso de enfermedad de su familiar ha influido en su condición física?, En la variable psicológica se agregan las siguientes: ¿Cómo percibe el proceso paliativo que vive su familia?, ¿Cómo se siente usted en relación con ese proceso?, En la variable espiritual se agrega ¿Recibe ayuda espiritual para sobrellevar el proceso paliativo que vive su familia? En la variable evolutiva se agrega ¿Cuál ha sido la evolución del proceso en su familiar?

Apartado C: fuentes de Estrés no se le realizan cambios.

Se agrega el eje correspondiente a las expectativas del proceso, el cual contiene las siguientes preguntas: ¿Conoce usted de intervenciones de enfermería en salud mental?, ¿Ha participado en alguna otra intervención de este tipo?, ¿Qué espera de esta intervención a nivel individual?, ¿Qué espera de esta intervención ante el proceso paliativo de su familia?

Instrumentos Diagnósticos de aplicación Colectiva.

El primer instrumento corresponde al Genograma, el cual es una representación gráfica del mapa familiar e incluye información de los miembros del grupo familiar como: nombre, sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, escolaridad, estado civil, ocupación, lugar de trabajo u ocupación, tiempo de trabajar en ese lugar, y percepción acerca de su salario; además incluye la percepción de las personas acerca de su entorno y su relación con el mismo, para suministrar información sobre la evaluación estructural familiar, estadio del desarrollo, resonancia, identificación del paciente y resolución del conflicto (Ochoa, 1995) su análisis correspondió a una interpretación subjetiva.

El segundo instrumento comprende la Meta terapéutica y corresponde a la construcción del objetivo terapéutico que la familia construye en relación con lo que esperan del proceso.

D.2 Diseño Del Perfil De Salida.

Este instrumento se basó en la pregunta de escala de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, desarrollado mediante una discusión de saberes, guiado por una variación del instrumento Entrevista de Enfermería en Salud Mental utilizado en el perfil de entrada. A continuación, los cuestionamientos considerados:

Experiencias y Percepción: ¿cómo perciben la situación personal de salud?, ¿Ha utilizado nuevas estrategias para enfrentar las situaciones cotidianas?

En el apartado correspondiente a las Variables: Variable fisiológica: ¿Cómo se siente en relación con su condición Física? y Actualmente ¿cómo ve su condición física.

Variable Psicológica se dejan todas las del perfil de entrada solo que se orientan a un análisis desde el contexto actual.

Variable Sociocultural: ¿Cuáles costumbres ha adoptado ahora en su vida personal o familiar?, Describa como es su desenvolvimiento en el ámbito social familiar o laboral (en relación con la situación), Ha mejorado su recreación, ¿cómo?

Variable Evolutiva ¿Qué opina sobre sus metas actuales?, ¿Cómo ha sido la evolución de su familia ahora en el proceso paliativo?

El punto Fuentes de Estrés: se realizan las mismas preguntas

El apartado correspondiente a Entorno y entorno creado: se orienta a análisis de este al momento actual: ¿Cómo describiría usted su ambiente en el hogar?, ¿Considera que ha cambiado actualmente?

Expectativas del proceso: El presente apartado considera el determinar el impacto del proceso en el sujeto y el sistema familiar: ¿Qué aprendizajes obtuvo del proceso?, ¿Cómo lo aplica en su vida personal y familiar?

Segundo Capítulo: Recuperación de la Historia

A. Justificación

La Organización Mundial de la Salud (2007) refieren un incremento a nivel mundial que refleja la demanda en la atención integral paliativa al identificar que el 60% de las personas que fallecen, sufren una enfermedad que potencialmente podrían sufrir una fase avanzada y terminal por enfermedades crónicas y progresivas principalmente cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas, lo anterior se acompaña además por un continuo envejecimiento según las proyecciones estadísticas realizadas a nivel mundial para el año 2025. (Organización Mundial de la Salud, 2012 en Ministerio de Salud, 2016).

En lo que respecta a nuestro país, el panorama es muy similar. El proceso de transición demográfico que se evidencia en la disminución de la base piramidal poblacional y un incremento en la punta resultado de la disminución en la natalidad y altas expectativas de vida (hombres de 79 años y las mujeres de 81 años para el 2012) aunado a un mayor acceso a servicios de salud, potencian la presencia de enfermedades contagiosas graves no transmisibles cuando los estilos de vida se conjugan además con conductas de riesgo como alimentación inadecuada, sedentarismo y consumo de drogas lícitas e ilícitas. (Ministerio de salud, 2014); si bien existe esperanza de vida, la misma ha ido en detrimento de su calidad, al provocar una serie de eventos acompañados por gran sufrimiento y vulnerabilidad tanto del individuo como de la familia en el transcurso y final de sus días, así lo hace explícito Foley citado en Bayes (2001) mientras que los primeros experimentarán un miedo terrenal que da miedo sentirlo, los segundos sufrirán la pérdida o el duelo.

Como consecuencia de dichos procesos, para Ayales (2009), surge la desorganización y cambios en el sistema, acompañados de sentimientos de temor, enojo, depresión, frustración y ansiedad en torno al pronóstico de vida, a la propia finitud, así como la toma de decisiones relevantes y de especial trascendencia para las que el grupo familiar no está preparado; que aunado a la tendencia de una atención selectiva en salud, genera una brecha en el abordaje oportuno, al minimizar las dificultades que afrontan las familias y las cuales repercuten en el inicio, pronóstico y evolución de una enfermedad somática o mental en algunos de sus miembros. (Astudillo y Mendinueta, 2002; Novellas y Pajuello, 2014)

Por consiguiente, cobra especial relevancia la familia y su papel para la construcción de la salud según lo afirma Alvares et al. (2008) al referir que:

La integración del conocimiento complejo y concatenación de fenómenos sociales que se definen en la familia, su concepción materialista dialéctica, contribución del pensamiento epidemiológico y psicología relacional del grupo familiar, permite la visión de aspectos condicionantes de la salud, asumiendo una concepción holística e integradora de lo biológico, social, ambiental y psicológico en lo grupal significativo de la salud de la familia. (citado en Rodríguez, Montes de Oca y Hernández, 2014, p.465)

Entonces, al ser en la familia dónde convergen los elementos determinantes de la producción social de la salud y de la salud mental como lo menciona Alvares et al. (2008), es en su núcleo dónde se deben implementar estrategias que faciliten mayor cooperación y protagonismo para desencadenar una participación consciente, co-responsable, activa, autónoma, accesible y significativa en el desarrollo y construcción de la salud. (PAHO, 2003; OPS, 2007; Ministerios de Salud, 2016)

Para Enfermería en Salud Mental, lo anterior se traduce en fortalecer a la familia no sólo como una unidad de cuidados sino que se debe brindar cuidados a la familia, mediante un sistema de cuidados que contemple la vulnerabilidad en aspectos biológicos, mentales, espirituales y culturales en las distintas fases de desarrollo resultado de una profunda interrelación con el otro; cuidados, que permiten por un lado analizar los procesos internos de las familias al hacer evidente la complejidad de los sistemas que vivencian los procesos de una enfermedad, muerte o duelo, para garantizar desde enfermería su bienestar durante el proceso vital y colaborar como lo plantea Del Río y Palma (2007); Gómez y Guillen, (1999) y Waldow, (2013) en las reflexiones acerca del significado de la vida y su fin siendo este el principal objetivo de los cuidados paliativos.

El sistema de cuidado al cual se hace referencia, es el resultado de la aplicación metódica del Proceso de Atención de Enfermería que permitió el reflexionar desde una posición teórica en los sistema familiar como unidad de análisis determinante en las experiencias de salud de los individuos, que permiten plasmar en la intervención la combinación de la educación y la práctica de Enfermería, lo anterior enriqueció la visión y las bases disciplinares de Enfermería en Salud Mental al generar conocimiento sobre los sistemas familiares para

impactar finalmente la calidad de vida del sistema y de los subsistemas que lo conforman, al empoderarlos sobre los factores determinantes en su salud.

Todo lo anteriormente expuesto, conjuga los principales ideales que sustentan el proceso y permiten redefinir las subjetividades de los sistemas con el fin de alcanzar el “óptimo estado de salud al estabilizar a la familia y sus miembros con su entorno” (Neuman y Fawcet, 2002, p.49)

B. Antecedentes

Con el fin de dar mayor validez a la apología que queda escrita en los anteriores párrafos, se muestran a continuación algunos datos que confirman la importancia del proceso, considerando estudios a nivel internacional y nacional que se han dado a la tarea de implementar investigaciones en el grupo de interés. La terminología clave utilizada en la búsqueda incluyó a Enfermería y su relación con la familia, salud mental cuidados paliativos, y enfermedad crónica.

Los resultados evidencian una enfermería con un fuerte componente social, orientado a todos los grupos etarios principalmente en primer nivel de atención: familia, escuelas, comunidades, otros estudios analizan el rol de la enfermera en la atención a las familias y en lo que respecta a cuidados paliativos destacan principalmente intervenciones de enfermería que reafirman a la familia como la principal prestadora de cuidado y los orienta en relación con patologías diversas y sus cuidados pertinentes. En lo que a salud mental concierne, sobresalen procesos psicoeducativos en alteraciones mentales y conductas suicidas.

Los artículos plasmados y considerados como fuertes antecedentes corresponden a aquellos que ubican a la familia como una entidad vulnerable en los procesos crónicos y hacen evidentes la necesidad de ofrecer un acompañamiento especializado y personal, así lo exponen Buendía y Chavez, (2016) al citar a Cerón quien considera que todos los cuidados se han orientado mayoritariamente al paciente, olvidando que forma parte de la unidad familiar, por lo cual recomienda que se debe reconocer a la familia como unidad de cuidado para brindar una intervención familiar efectiva. Pero la consideración de los grupos familiares como determinantes en los procesos de salud – enfermedad no son exclusivos en la atención primaria, así lo muestra Bettinelli y Lorenzini (2009) al enfatizar su importancia en los

distintos entornos hospitalarios específicamente los cuidados intensivos. Esto lo concluyen posterior a un estudio de enfoque cualitativo y hermenéutico interpretativo del cual intervinieron a 16 familias de personas hospitalizadas en la UTI; identifican como categorías de análisis: Familia en busca de apoyo y solidaridad; Aspectos bioéticos de la hospitalización en la UTI; Aprehensión y esperanza (desesperanza) de los familiares, y, Separación y desorganización de la familia. Lo anterior se ve comprometido por el entorno en el que se suscitan las situaciones por lo cual se debe velar por la práctica de un cuidado ético, sensible, solidario y responsable.

Al respecto y a nivel internacional, la revisión literaria de Martínez, Amador y Guerra (2017) realizada en España, identifica en 23 estudios obtenidos en bases de datos, a las enfermedades crónicas, reajuste familiar, accidentes, discapacidad, y enfermedades mentales entre otros como los principales factores estresantes en el sistema familiar, se identifica en el estudio entre las estrategias de afrontamiento positivas: la búsqueda de información, búsqueda de apoyo familiar, social o espiritual, aceptación y mejora de la autoestima y entre las negativas mencionan: negación, ocultación, desconexión, auto-culpa, distanciamiento emocional, consumo de sustancias, entre otros; los autores apuntan a que los factores estresantes provocan un desequilibrio en la dinámica familiar, por lo que recomiendan que la familia debe poseer buenas estrategias de afrontamiento y los profesionales por su parte deben conocer a profundidad los factores influyentes en el desequilibrio así como las estrategias de afrontamiento de mayor efectividad.

En América del Sur, específicamente en Río Grande do Sul en Brasil, Dos Santos, Santos da Silva y DeMontigny (2016) mediante un estudio cualitativo en 16 familias entre noviembre 2012 y marzo 2013, consideran al igual que Martínez et al. (2017) que las enfermedades y principalmente las raras, provocan un gran impacto que genera el surgimiento de necesidades varias no sólo en la familia sino además en los sistemas que lo rodean, entre las necesidades prioritarias sobresalen además del acceso a los servicios sociales y de salud, estructuras de apoyo social, la preservación de la vida personal y familiar, y concluyen que al considerar dichos aspectos se está asegurando una intervención más eficiente que minimice el impacto de los procesos.

Desde un enfoque de enfermería en cuidado paliativo, se destaca en España el Trabajo final de Graduación presentado por Guijarro, (2017) bajo el título Aspectos psicológicos del

paciente terminal: el adolescente y la familia, con el cual pretendió evidenciar la importancia de la atención a los signos y síntomas psicológicos no solo de la persona con enfermedad terminal si no de su familia. El autor propuso tanto el diagnóstico como su abordaje desde la Taxonomía NANDA, NOC y NIC. Identificando en la familia Cansancio del rol de cuidador (00061) relacionado con prestar cuidados a un familiar enfermo”. Definido como “una situación en la que existe una dificultad para desempeñar el rol de cuidador por parte de algún miembro de la familia”, dónde se identifican desde Los patrones funcionales de Marjorie Gordon el Patrón de Rol-Relaciones y según las necesidades de Virginia Henderson la de Evitar Peligros/seguridad.

Con un enfoque de grupo socioeducativo, Tejeda (2011), en Cuba. aborda a la familia con el fin de modificar los conocimientos sobre los cuidados paliativos que debían brindar, sus principales resultados muestran cambios favorables en comunicación, seguimiento del plan terapéutico, así como el proceso de salud-enfermedad, lo que, al generar una interacción activa con la familia, permitió mejorar la conducta de las familias y satisfacer finalmente las necesidades del implicado.

Por su parte, Gomes (2010) en Portugal, destaca la triada de persona, familia, y personal de salud como los principales protagonistas en cuidados paliativos, los cuales son analizados bajo una visión biopsicosocial. La escritora establece que los cuidados de los enfermos en sus últimos años de vida corresponden mayoritariamente a cuidadores informales ejercidos por familia o personas cercanas siendo un 75% mujeres de las cuales un 33% tienen más de 65 años, rol que se acompaña de una considerable carga psicológica, física y económica, por lo que al ser las necesidades tan cambiantes en la familia, se debe atender desde el inicio hasta mucho tiempo después de la muerte del familiar, siendo necesario ayudarlos a mantener el equilibrio entre ser útil al enfermo y respetar sus propias necesidades.

Por su parte, Bermejo y Sánchez (2007) realizan el estudio de 44 personas en duelo que abordan en 7 grupos de ayuda mutua, el estudio parte de una evaluación individual del proceso vivenciado, que desarrollan en 10 sesiones, el mismo contribuye a la elaboración del duelo. Como resultado destacan que todas las personas se benefician con la elaboración del duelo en grupo, identificados mayoritariamente en “progresos significativos de mejora de síntomas, expresión y manejo de emociones asociadas a la pérdida; disminución considerable de sentimientos de culpa y reproches; incremento de la actividad y de las ocasiones de goce

y disfrute de la vida; aceptación progresiva de la ausencia del ser querido y asunción de nuevos roles en su medio junto con una progresiva vuelta a la normalidad por los nuevos roles asumidos” (p.82)

Muñoz, Espinosa, Portillo y Benites (2002) en su artículo Atención a la familia, plantean a la familia desde un binomio y consideran de suma importancia la inclusión del sistema familiar al ser punto de reacciones varias por la alteración de la dinámica, consideran que la capacidad de adaptación de la familia implica un cambio de vida, que puede generar falta de comunicación, inadecuada distribución de tareas y cambios bruscos, la conspiración del silencio, en el caso de familias que evaden el tema, acompañado por demandas físicas que potencian el síndrome del cuidado acompañado en muchos de los casos por estrés resultado de los cambios de humor y los roces. Lo que justifica el uso de técnicas de apoyo en estos grupos.

A su vez, Fornes, 2003, realiza un análisis de los principales factores relacionados al desgaste emocional de los cuidadores de personas con enfermedades crónicas y mentales, destaca sentimientos negativos que genera en la familia, gran inversión de tiempo, cambios en la rutina, deterioro de la economía, falta de información, niveles elevados de ansiedad, por lo cual el autocuidado y la capacitación adecuada en estrategias de afrontamiento conlleva el éxito para el entorno.

Por otra parte, la historia siempre ha relacionado el cuidado con la mujer, así lo muestran Vaquiro y Stiepovich (2010) en su artículo de revisión bibliográfica acerca del cuidado informal, relacionado a la inequidad de género en el cuidado de la salud en Chile, consideran a la familia como la principal fuente dadora de cuidado, siendo en la mujer en la que recae dicho rol, evidenciando la necesidad de hacer visible los retos que dicha población enfrenta; además refiere: “Se observa la feminización en el cuidado informal como un paradigma de desventajas, esfuerzos, sacrificios relativos al género que conllevan a desigualdades innecesarias, evitables e injustas.” (p.9) lo que propicia un detrimento de la salud mental y física principalmente en las cuidadoras y evidencia la necesidad de un sistema de apoyo social a la familia fundamentado en la atención domiciliaria con intervención del profesional de enfermería. (Ubierno, citando Vaquiro, et al., 2010)

Así De la Cuesta, (2001) realiza una revisión bibliográfica de los últimos 20 años en los que identifica que las obligaciones recaen usualmente en las mujeres, lo que genera un

desgaste a nivel biopsicosocial e implica una extensión del rol asignado socialmente e invisibilizado. La autora enfatiza que es la percepción subjetiva, la que determina el nivel de carga en su entorno. Valora de igual manera, la influencia en un cuidador directo como el indirecto, analiza a la familia desde su función de cuidadora y el rol de enfermería en esta función y enfatiza que los cuidadores familiares requieren apoyo técnico como emocional.

Los autores mostrados identifican a la familia como un ente focal en la prestación de servicios de salud por el papel fundamental en el proceso de cuidado y por su participación protagonista en los procesos de enfermedad, por lo que las intervenciones desde un enfoque integral y humano se vuelven más eficaces al reconocer las necesidades de todos los implicados. (Paradavila citado en Buendia y Chavez, 2016)

En cuanto al ámbito nacional, los estudios presentados corresponden a trabajos finales de graduación, considerando inicialmente los relacionados con procesos crónico o terminales para posteriormente fundamentar la flexibilidad de la sustentante teórica de enfermería.

Ortiz, Herrera y Ulate, en 1999, desarrollan un Programa de atención a nivel domiciliario enfocado a personas con dolor Crónico y/ o fase terminal, el mismo fue desarrollado en el cantón de Coto Brus, zona caracterizada por dificultades sociodemográficas que limitan la atención en salud. El programa se sustenta en cuatro unidades de desarrollo: Concepto salud enfermedad. Enfoque de enfermería Manejo de la crisis ante la enfermedad. Definición, características y diferentes técnicas de tratamiento para personas con dolor crónico y/o en fase terminal; Cuidados Generales en el Hogar a personas con dolor crónico y/o en fase terminal; Consideraciones generales sobre proceso de duelo dirigido a las personas en fase terminal y su familia. La población incluyó adultos mayores con alteraciones en la marcha, visión audición, pensionados e indigentes, siendo la mujer la que funge como cuidadora principal, se identifica además un total desconocimiento de las patologías principalmente de personas con neoplasia y afecciones vasculares, en general las familias cuentan con muy pocas redes de apoyo, por lo que la fe y el optimismo constituye el principal soporte espiritual.

Entre las principales conclusiones se identifica: el desconocimiento del manejo a personas con dolor crónico y/o fase terminal, además de ser el profesional de enfermería idóneo para la atención integral del individuo familia y comunidad, éste está ausente en la estructura de los Equipos básicos de Atención Integral, lo que no permite un seguimiento en el hogar. Se

evidencia la soledad, abandono, minusvalía, frustración y resentimiento hacia los servicios de salud por parte de las familias y las personas que enfrentan el proceso, los enlaces inexistentes entre el personal de enfermería y los centros especializados, aunado a la poca o nula capacitación del personal de salud.

Por su parte, Gutiérrez, Martínez y Mora (2013) desarrollan un programa educativo de Enfermería para el autocuidado en familias en procesos paliativos de la asociación Caminemos Juntos (ASCAJU) de Cartago, cuyo estudio guarda gran relación con la presente investigación aplicada, al identificar desde la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem diagnósticos como: autoestima, relaciones interpersonales, manejo del estrés, recreación, actividad física y ejercicio físico, alimentación, duelo entre otros.

En el estudio, bajo un enfoque cualitativo con alcance descriptivo mediante visitas domiciliarias, se abordan a seis familias analizadas desde la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem, identificando diagnósticos como los siguientes: autoestima, relaciones interpersonales, manejo del estrés, recreación actividad y ejercicio físico, alimentación, duelo entre otros.

Los resultados que dieron paso al programa fueron divididos en dos grandes subtemas: condición de salud y estilos de vida; analizados desde las dimensiones y los requisitos de la Teoría de Dorothea Orem de autocuidado, permitiendo fortalecer y mejorar los estilos de vida con el fin de disminuir el síndrome del cuidador además de mejorar la habilidad para la vida.

Destacan del proceso realizado los diagnósticos referentes a un inadecuado manejo del estrés que puede estar relacionado con el desequilibrio de distribución de tareas, algunas con una elevada connotación física, emocional, social, que se somatiza a nivel orgánico, alterando las percepciones que las personas tienen sobre su salud, así como la necesidad que se tiene en cuanto a herramientas educativas para el afrontamiento efectivo del proceso de muerte inminente de su familiar, al manifestar temores relacionados al evento o la poca aceptación del proceso, lo que influye en la salud mental.

Una de las conclusiones relevantes de su trabajo es que a pesar de la existencia de manuales, programas, y proyectos a nivel nacional e internacional que pretenden la educación y capacitación de las familias en procesos paliativos, estos solo brindan herramientas y estrategias para el manejo eficiente en relación al cuidado, dejando de lado las necesidades de

tipo social, psicológicas, espiritual y perdiendo la perspectiva de la familia como sistema, al orientarse exclusivamente al cuidador principal.

Para el 2006 Chaves, Jara, Monge, y Ramírez, realizan una sistematización desde un proceso terapéutico en cuatro sistemas familiares que cuentan con un miembro que presenta una alteración mental, si bien este trabajo ya no considera aspectos de cuidado paliativo, el trabajo consideró el impacto de la alteración mental, las demandas de los miembros de la familia y cuales aspectos intervinieron de manera positiva o negativa para el alcance de los logros; así como la opinión de la familia en relación a la efectividad del proceso, lo que permitió una visión amplia del acontecer familiar alrededor de un miembro con una alteración mental, además se determina que los mecanismos de afrontamiento son ineficaces en lo referente a la atención y el cuidado que recae particularmente en la mujer, expresan sus limitaciones durante las crisis que aumentan los niveles de estrés del sistema al carecer de los conocimientos apropiados.

La intervención desarrollada en el Hospital Nacional Psiquiátrico se fundamentó en los modelos educativos para la familia de Carol Anderson y otros, para proporcionar información, apoyo y formación técnico-operativa, lo que favoreció la habilidad en la vivencia de las experiencias cotidianas y la disminución de la ansiedad que genera, considerando las capacidades y fortalezas del sistema. La intervención permitió la consolidación de un programa sustentado en los diagnósticos familiares identificados, llamado Jornada Multifamiliar, donde se abordaron temas como: impacto de la enfermedad, modificaciones de las relaciones, mitos, respuesta a la crisis y herramientas de afrontamiento. Si bien se abordó a la familia como punto central, enfatizan en que debe ser la persona cuidadora, la que debe recibir entrenamiento entorno a la patología, para con esto disminuir la ansiedad y los conflictos intrafamiliares.

Bajo esta línea se ubica además a Acuña, Acuña y Murillo, (2013) quienes desarrollan un Manual Básico para el manejo del Estrés en familiares cuidadores de personas con Alzheimer. Las investigadoras intervienen con la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias Asociadas (ASCADA) y las principales conclusiones alcanzadas corresponden a: un sentimiento de abandono por los profesionales de salud a estos grupos (lo que provoca la invisibilización de sus necesidades), pocas redes de apoyo principalmente familiar lo que incrementa el estrés reflejado en la dificultad para manejar el enojo, cansancio

y la falta de atención a las propias necesidades. Aquí se identifica el desconocimiento de los cuidadores para afrontar el estrés.

De igual manera dichos estudios coinciden con los antecedentes internacionales sobre la condición de vulnerabilidad en la que se ubica la familia, justifican aún más la relevancia de un abordaje no para promover su rol de cuidado sino para cuidar a la familia.

Los estudios de Torres, (2014) Godínez y Calvo (2014); Espinoza, Valverde y Vindas (2010) abordan desde un enfoque socioeducativo el estrés en mujeres de distintos grupos sociales tanto laborales como desde su rol de madres, acuerdan que la construcción de la salud mental se encuentra ligada a los procesos sociales, siendo la consideración integral del sujeto clave para un abordaje eficaz.

Así, los estudios que se destacan permiten reforzar el criterio sobre la necesidad de abordar a los sistemas familiares con esta condición especial, máxime que en los últimos años desde Enfermería no se ha abordado este campo, además permite evidenciar la plasticidad del Modelo de Sistemas en distintos ámbitos y grupos sociales, lo que respalda el fundamento teórico utilizado en la intervención.

Partiendo de los estudios planteados y de la imperante necesidad de las familias en los diversos procesos de salud, es que se propone el problema de intervención y los objetivos que sostienen dicho proceso.

C. Problema de Intervención

El problema de intervención del presente proceso es el acompañamiento de las experiencias de las familias con un miembro en proceso paliativo, en la Asociación de Cuidados Paliativos de la Unión, durante el segundo semestre del 2016.

Una vez expuestos los antecedentes y el problema de la intervención, se plantean los objetivos que guiaron su desarrollo:

D. Objetivos

Objetivo General

Desarrollar una Intervención de Enfermería en Salud Mental para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo en la Asociación Cuidado Paliativo de la Unión, 2016.

Objetivos Específicos

Identificar desde la experiencia práctica la vivencia y los significados del proceso paliativo y su impacto en la cotidianidad de tres familias con un miembro en proceso paliativo, Asociación Cuidados Paliativos La Unión, 2016.

Determinar las situaciones de enfermería tanto en el sistema cliente como en su entorno, de las vivencias y los significados del proceso paliativo en tres familias con un miembro en proceso paliativo, Asociación Cuidados Paliativos La Unión, 2016.

Elaborar una Intervención para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo. Asociación Cuidado Paliativo de la Unión, 2016.

Implementar la Intervención para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo. Asociación Cuidado Paliativo de la Unión, 2016.

Reflexionar sobre los resultados obtenidos de la Intervención para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo. Asociación Cuidado Paliativo de la Unión, 2016.

E. Objetivo Institucional

Generar un modelo de intervención que permita el acompañamiento de los sistemas familiares que enfrentan procesos paliativos.

F. Imagen Objetivo

Gestionar un cuidado integral al reasignar significados a las experiencias positivas o negativas que se suscitan en los procesos paliativos desde una visión integral con el fin de promover un estado de bienestar tanto en el sistema individual como familiar.

Generar conocimiento que engrandezcan las bases teóricas de la disciplina y hacer evidente su aporte en los distintos escenarios de salud.

G. Contexto de la Experiencia.

Para la descripción del contexto de la experiencia se considera inicialmente a la Asociación de Cuidados Paliativos La Unión, por ser el ente de captación de las familias, posteriormente se describe a los grupos familiares en el apartado caracterización de la población con el fin de que la información no sea reiterativa.

La Asociación de Cuidados Paliativos, La Unión, es una organización no gubernamental (ONG) sin fines de lucro, fundada en mayo 2004 como una respuesta de la comunidad civil organizada para atender las necesidades biospsicosociales y espiritual de las personas con enfermedad terminal y su familia. Esta institución tiene como objetivo: brindar a los usuarios calidad de vida y confort en la última etapa de su existencia y una muerte con dignidad. Su misión procura que los enfermos portadores de enfermedad en fase terminal, oncológica y no oncológicas, tengan una muerte sin dolor, en armonía con su entorno espiritual y familiar con el propósito de que sea lo menos traumático posible. Con el propósito de lograr a futuro la implementación de un hospital de día y un modelo tipo hospicio.

El equipo base de esta institución, se encuentra integrada por: dos médicos, una enfermera y una psicóloga, además cuenta con un equipo satélite formado por farmacéutica, terapeuta respiratorio, ocupacionales, mediante un convenio con la Universidad Santa Paula y una trabajadora social voluntaria. El centro ofrece consulta externa (médica y psicológica), atención domiciliar (según necesidad del usuario) y consulta telefónica (24 horas al día todos los días del año.)

H. Coordinaciones Pertinentes

Las coordinaciones pertinentes para la ejecución de la Intervención de Enfermería en Salud Mental se muestran en la Tabla 2:

Tabla 2

Coordinaciones realizadas para la ejecución de la intervención de Enfermería en Salud Mental.

Fecha	Coordinación	Resultado
29 de marzo	Contacto vía telefónica al Dr. Carlos Acuña Aguilar.	Contacto con M.Sc. Sandra Ayales, psicóloga.
30 de marzo	Conversación con M.Sc. Sandra Ayales, psicóloga.	Carta de solicitud
4 de abril	Aceptación de la propuesta.	
7 de abril	Reunión Mary Meza (tutora guía).	Respalda intervención a realizar.
8 de abril	Reunión en la Asociación de Cuidados Paliativos de La Unión.	Se analizan familias potenciales para la participación del proceso.
18 de abril	Reunión con M.Sc. Ayales para selección nuevamente de familias	
Del 18 al 29 de abril	Contacto Telefónico con los grupos familiares.	Aceptación y coordinación para la primera intervención.
Del 2 al 12 de mayo	aprobación de la investigación aplicada en la Asociación de Cuidados Paliativos de la Unión.	
Del 9 al 13 de mayo	Obtención del Consentimiento Informado en las familias.	
S6 al 10 de junio	Coordinación con las familias para aplicación perfil de entrada	
13 al 17 de junio	Acceso al campo. Obtención perfil de entrada (martes 14, miércoles 15 y jueves 16)	
4 al 8 de Julio	Retiro de familia por falta de tiempo. Reclutamiento de nueva familia, contacto telefónico y aplicación del perfil.	
1 al 5 de agosto	Abandono del proceso de una familia por muerte del familiar. Reclutamiento de nueva familia y aplicación del perfil.	
23 de Setiembre	Finaliza implementación de enfermería en las familias.	

Nota: Autoría Propia, 2016.

I. Cronograma del Proceso Vivido

La Tabla 3, muestras las fechas, actividades y personas participantes en el proceso.

Tabla 3

Cronograma del proceso vivido.

Fecha	Actividades		Participantes	Responsables
	Clases	Proceso		
10 marzo al 13 de junio	Clases	Planteamiento de Diagnóstico, selección de la población.	Estudiantes	M.TS Rosa Granados F. Licda. Carolina Soto A
13 al 7 de junio	Pre Intervención	Fases del PAE (Construcción estrategia metodológica)	Familias	Licda. Carolina Soto A.
20 junio al 1 de julio	Sesión 1, 2	Inicio de abordaje Familia Herrán, Génova y los Ángeles	Familias	Licda. Carolina Soto A.
Julio		Familia Ángeles abandona el proceso (muerte de persona identificada.) Familia Herrán receso por alteración de la salud. Nuevo ingreso, Familia Naranjo.	Familias	Licda. Carolina Soto A.
20 al 27 de julio	Tutoría	Implementación del modelo. Sesión 1 y 2	Familia Naranjo	Licda. Carolina Soto A.
25 de julio al 5 de agosto		Aplicación del perfil de entrada a nueva familia por abandono de familia Génova.	Familia Policía	Licda. Carolina Soto A.
agosto y setiembre	Tutoría	Implementación del modelo. Sesiones 1(1 a la 9).	Familia Naranjo, Policías y Herrán	Licda. Carolina Soto A.
octubre	Tutorías	Cierre de Intervención. Socialización de aprendizajes. Sesión 9	Familias	Licda. Carolina Soto A.
Noviembre-diciembre		Seguimiento y Recuperación del Proceso	Familia Naranjo, Policías y Herrán	Licda. Carolina Soto A.
2016 a 2018		Reconstrucción de la historia, reflexiones de fondo y puntos de llegada.		Licda. Carolina Soto A.
2018- 2019		Elaboración productos de comunicación: Defensa Pública.		Licda. Carolina Soto A.

Nota: Autoría Propia, 2016.

J. Intervención de Enfermería en Salud Mental

La intervención de enfermería como ya se mencionó en el contexto metodológico, fue guiado por el Proceso de Atención de Enfermería, específicamente, corresponde a las fases de valoración, diagnóstica, planificación, implementación y evaluación.

Se muestra a continuación el proceso de selección de las familias y referentes bioéticos relevantes en la práctica realizada, además de la Pre-intervención o fase de valoración.

J.1 Selección de las Familias.

La selección de la población se coordina con la Psicóloga Sandra Ayales, y se incorpora la intervención como parte de los servicios que la Asociación brinda.

Enfatizando que la intervención corresponde a la experiencia de grupos familiares con un miembro en un proceso paliativo y su vivencia cotidiana, se proponen los siguientes criterios para la inclusión del grupo familiar:

- Familias con un miembro en proceso paliativo, que reciban atención por parte de La Asociación de Cuidados Paliativos, de La Unión.
- Las familias deben residir en el cantón de La Unión.
- Los participantes deben ser mayores de 12 años.
- Las familias deben aceptar verbalmente su participación vía telefónica, como primer contacto, el mismo será consolidado posteriormente con la aplicación del Consentimiento Informado.

Es importante acotar que para el desarrollo del trabajo no se cuenta con criterios de exclusión.

Al adentrarnos al núcleo de las experiencias y sensaciones donde además del sujeto, la familia es también protagonistas en la historia, se debe desde la atención, garantizar el bienestar integral de las personas mediante la inclusión de valores éticos y principios humanistas que orienten la transformación social, siendo el sistema familiar el contexto de transformación por excelencia. (Minuchin, 2004), la intervención consideró los Principios Bioéticos, aprobados en octubre de 2005 por la Conferencia General de la UNESCO sobre Bioética y Derechos Humanos; lo que avaló una perspectiva humanista que engrandeciera la individualidad de los miembros y el sistema que conforman al “...promover el respeto de la

dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.” (UNESCO, 2006, p. 6)

Lo anterior fue posible al reflexionar en lo que Twycross, citado en Rodríguez (2012), parafrasea a Bortnowska, filósofa polaca y escritora al mencionar que los cuidados paliativos se desarrollan bajo una atención dirigida a dar valor preponderante a la dignidad humana, mediante “compasión efectiva resultado de la solidaridad entre el paciente y los profesionales de la salud. (p.34)

Por lo tanto, partiendo de las dimensiones del conocimiento que sustentan la enfermería y su destreza para maximizar los recursos directos e indirectos de las familias, anteponiendo en cada momento como sustratos los derechos, las libertades: el principio de diversidad, no discriminación, justicia y equidad, la capacidad de toma de decisiones e intereses de la familia o la protección de los mismos así como la gran sensibilidad que se suscitó, motivó un proceso marcado por el respeto a la integridad y vulnerabilidad, apoyo inigualable para dotar al ser humano de uno de los derechos fundamentales: su bienestar.

Debido a que posterior al registro de las experiencias, se genera un producto comunicativo que, al socializarse, puede beneficiar a la sociedad y comunidad internacional, se ingresa al campo partiendo de la aplicación de un instrumento esencial e indispensable para el respeto de la dignidad de los individuos implicados: el Consentimiento Informado, en él, se plantean mediante un lenguaje sencillo los métodos, riesgo, efectos inconvenientes sobre la persona y su salud durante la intervención (Manual de Investigador/a, 2007) y aplicado según lo expresa Ramírez, Dobles, Porras y Alvarado (2007): “sin la intervención de ningún elemento de fuerza, fraude, engaño, manipulación u otro método coercitivo...” (p.11). En el caso de los menores de edad se da un asentimiento ya que el instrumento fue aplicado con la supervisión y acompañamiento de los padres. Es importante hacer mención que dentro de los principios mencionados se integran las consideraciones que tanto la Universidad de Costa Rica, como Colegio de Enfermeras y Enfermeros establece entre sus principios bioéticos de aplicación obligatoria en dichos contextos, garantizando mayor transparencia al proceso. Se muestra el Consentimiento Informado con sus variaciones pertinentes en el anexo 7.

J.2 Pre-intervención: Implementación del Perfil de Entrada.

Con la finalidad de identificar las necesidades para generar un plan de cuidado que trascienda al individuo, se muestra los resultados de la fase correspondiente a la implementación del Perfil de entrada, que integra el análisis de la entrevista de Enfermería en Salud Mental, Genograma y la Meta terapéutica.

Respetando la diversidad de los sistemas, los datos identificados fueron descritos por familias, mostrados con la siguiente disposición:

- Caracterización sociodemográfica, es importante recalcar en este punto que las personas identificadas, si bien aparecen en las tablas de caracterización sociodemográfica, las secuelas de sus patologías a nivel cognitivo comprometieron la participación del proceso
- Genograma
- Caracterización de las familias como cliente.
- Representación gráfica y adaptación del Modelo de Sistemas de Neuman, que da respuesta al primer objetivo específico el cual es Identificar desde la experiencia práctica la vivencia y los significados del proceso paliativo y su impacto en la cotidianidad de las familias.

A continuación, la descripción de las familias nombradas por el lugar de residencia y ordenadas según su abordaje.

Familia Herrán

Caracterización Sociodemográfica.

Tabla 4

Miembros de la familia Herrán según datos sociodemográficos y caracterización, Cartago 2016

Nombre	Edad	Género	Rol	Nivel Académico	Ocupación.	Animal	Caracterización
F.B.R.	53	M	Persona Identificada	Secundaria Incompleta	Mecánico	Estos datos no se presentan por el compromiso cognitivo de la persona.	
G.R.	81	F	Madre	Primaria Completa	Ama de Casa	Elefante	“Mansa y noble de corazón, va y viene llevando la manada”
M.B.R.	52	F	Hermana	Universitaria Incompleta, Estilista	Estilista	Águila	“he tenido que volar tormentas, soy seria, de respeto y respeto a los demás, me he renovado constantemente a través de las situaciones de mi vida”.
E.Z.M.	49	F	Esposa	Secundaria Completa	Trabajadora Doméstica.	Gorila	“no deja a sus hijos y los protege hasta el final recibiendo golpes o lo que sea...”
P.B.Z.	22	F	Hija mayor	Universitaria Incompleta	Oficinista, Área Administrativa	Pantera	“puedo entrar en su vida sin que se dé cuenta, asecho a una presa y no la dejo ir”
D.B.Z.	16	F	Hija menor	Secundaria	Estudiante.	Oso perezoso.	“Porque me gusta dormir mucho.”

Nota: Autoría propia, 2016.

Genograma.

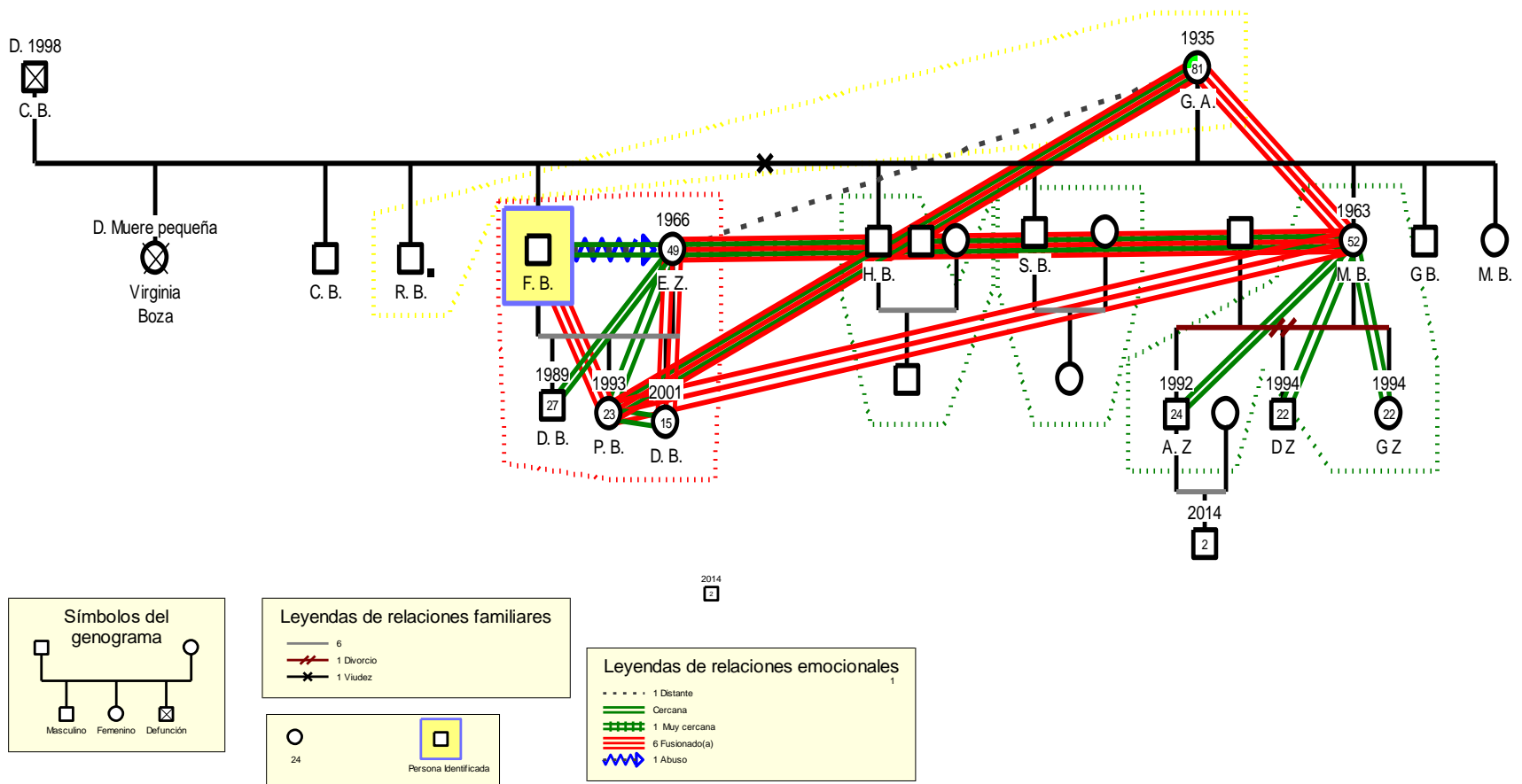


Figura 1: Genograma Familia Herrán

Caracterización Familia Herrán como Cliente.

La caracterización de la familia Herrán surge del análisis de la Tabla 4 y la figura 1.

La familia Herrán oriunda del cantón de La Unión, corresponde a una familia nuclear conformada por cinco sistemas individuales, un sistema parental, y 3 sistemas fraternos. F.B.R, persona identificada, con 53 años, quien sufre de secuelas de un AVC, IAM, HTA, secundario a un evento que se suscitó hace tres años, E.Z.M. (Esposa) de 49 años, su hijo D.B.R. de 27 años, P.B.Z. la segunda hija de 22 años y su hija adolescente de 16 años.

Por la cercanía de las viviendas asisten a la pre-sesión, G.R. (la madre de F.B.R.), una hermana (M.B.R.), E.Z.M. (Esposa) y la hija (P.B.Z.).

Del grupo que se conforma, se identifican cuatro sistemas individuales, dos sistemas parentales, todos mayores de edad. E.Z.M. (Esposa) establece una relación fusionada hacia su hija menor, distante hacia su suegra (G.R.) y cercana hacia los otros miembros. P.B.Z. (hija mayor) de F.B.R plantea una relación cercana con su Padre y Hermana y muy cercana con su Madre (E.Z.M). G.R (madre de F.B.R.) comenta tener una relación cercana con su nuera (E.Z.M.) y fusionada con su nieta (P.B.Z.) y con M.B.R. (su hija), mientras que M.B.R. (hermana de F.B.R.) expresa una relación fusionada con su madre G.R. y su sobrina (P.B.Z.) y muy cercana con su cuñada E.Z.M. (Esposa)

Posterior al evento de F.B.R. era E.Z.M. (Esposa) quien asumía su cuidado, pero debido a dificultades económicas se ve en la obligación de salir de su hogar, actualmente se desempeña en actividades domésticas, devengando un ingreso de 250000 colones que incrementa al impartir clases privadas de inglés, es la proveedora económica del hogar y sus actividades las conjuga con las labores domésticas de su hogar.

Por lo anterior, el cuidado de F.B.R. lo realiza su madre de 81 años (G.R.) de 6 a.m. a 8 p.m. G.R. vive con su hijo mayor el cual colabora en las actividades domésticas según lo referido por ella: “para que yo no me canse mucho” (G.R., Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016), cuenta con todo el apoyo de sus hijos y un ingreso de 120000 colones mensuales. Los fines de semana colaboran con el cuidado de F.B.R sus hijos mayores, no se evidencia participación de la hija menor de la familia.

De las personas presentes, la Jerarquía es ejercida por M.B.R. (hermana), mientras que E.Z.M. (Esposa) y G.R. (madre de F.B.R) se muestran evasivas, siempre en espera de lo que ella realice, no existe verbalización alguna ni contacto visual o físico entre la madre y la esposa, lo que hace que las situaciones se evadan sin resolución.

Se reconoce además la presencia de una alianza muy fuerte entre E.Z.M. (Esposa) y M.B.R. (hermana de F.B.R.) y de E.Z.M. (Esposa) hacia su hija mayor (P.B.Z) pero no a la inversa.

La presencia de reglas difusas son constantemente externalizadas, un ejemplo de esto es el acuerdo del cuidado de F.B.R. que inicialmente era hasta las 5:30 p.m. sin embargo ahora es hasta las 8 p.m. lo que genera comentarios por parte de M.B.R. (hermana de F.B.R.) como por ejemplo: “ella es una adulta y ya no debería estar cuidado a nadie...” (Comunicación Personal, Pre Test, 7 de julio, 2016), mientras que E.Z.M. (esposa) evade las miradas y permanece en silencios muy prolongados.

Los miembros del sistema permanecen en silencio cuando se conversa sobre temas relacionados al cuidado u otra situación frente a la persona identificada, lo anterior por desconocer su nivel de comprensión.

La resonancia varía según el subsistema analizado así, el aglutinamiento se evidencia en los sistemas filiales: M.B.R. (hermana), responde a cualquier pregunta que se le realice a su madre (G.R.) la interrumpe, finaliza los comentarios diciendo “yo creo que lo que dice mami es ...” (M.B.R., Comunicación Personal, Pre Test, 7 de julio, 2016) o haciendo alusión a lo que ella piensa, con generalizaciones acerca de la familia, muchas veces impidiéndole hablar, de igual manera sucede con E.Z.M. (Esposa) y P.B.Z. (hija mayor) siendo esta última la que asume esa conducta con su madre E.Z.M; además no se muestra ninguna interacción entre E.Z.M (esposa) y G.R. (madre) lo que evidencia la relación distante presente en el Genograma.

E.Z.M. (Esposa) comenta que los cambios han hecho que el sistema evolucione, turnándose los fines de semana para el cuidado; además considera que ahora es ella quien toma las decisiones, pero M.B.R. (hermana de F.B.R) plantea: “creo que no ha evolucionado quienes deberían hacerlo...su familia directa.” (Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

En cuanto a las actividades de esparcimiento e interacción social comentan: “No, yo no tengo no puedo, si he salido ha sido para llevar a mi hija, pero yo no lo disfruto, yo salgo y es como estar aquí...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016), su tiempo es exclusivo para el trabajo, el estudio y los centros de salud siendo estos los lugares más concurridos por la familia.

En lo relacionado al nivel del funcionamiento de los subsistemas; E.Z.M (Esposa) siempre ha percibido su condición de salud “muy deteriorada”. Con relación a su condición actual comenta: “...Viera que yo me he sentido muy débil, lo que se ve que me sostiene es la armazón, pero nada más... todo me duele ya no tengo las mismas fuerzas...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

Por su parte, G.R (madre de F.B.R) la ha percibido de forma positiva; pero refiere un incremento en los últimos años de manifestaciones osteomusculares: “...Creo que por todo esto a veces siento un dolor en la espalda como que ya no puedo más...” (G.R (madre de F.B.R) Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

Con relación a su autoestima, estado emocional y sentimientos cotidianos destaca E.Z.M explicando: (las citas se ubican en ese orden)

“...yo creo que yo tengo baja autoestima, entonces busco no involucrarme, ni problemas, me aparto para que no me hieran...siento que no me expreso porque me da temor...a mí me criaron así de que yo no valía ni nada ...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

“Me siento muy cansada, como con miedo o temor, paso hasta en el trabajo con el teléfono a la par esperando que me llamen... porque siento que algo va a pasar...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

“...no sé, yo trato de pensar en mis hijos, que no les falte nada, el ayudarlos, que sepan que yo estoy ahí si me necesitan para que tengan la fuerza que tal vez yo no he tenido...” (Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

“Muy mal (llanto) yo lloro y lloro, sola sufro mucho de ver a mi hijo así y espero verlo como antes...yo sé que sí...” (G.R (madre de F.B.R). Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

M.B.R. y P.B.Z. refieren una percepción positiva de su salud. Al considerar la autoestima y los sentimientos cotidianos, tanto G.R (madre de F.B.R) como M.B.R subrayan adjetivos positivos como “Buena, fuerte o bien a sí mismas” (Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

En lo que respecta a esta etapa de la vida, destacan variaciones importantes; E.Z.M. (Esposa) refiere sentirse muy mal argumentando, “...esperaba algo mejor, algo diferente, antes yo estudiaba y trabajaba y todo, pero pasó esto y todo se vino para atrás, no he sido totalmente feliz en la vida y siento que algo me está cobrando...” (Comunicación Personal, Pre Test, 7 de julio, 2016), lo anterior se contrapone a lo que expresan M.B.R. y P.B.Z. “: muy inquietas, con muchos deseos de crecer” (Comunicación Personal, Pre Test, 7 de julio, 2016)

Lo anterior ha llevado a E.Z.M. (Esposa) y G.R (madre de F.B.R) a dejar de lado sus aspiraciones, y reflejar en sus hijos sus principales metas, refiriendo:

“Metas...Solo le pido que Dios me deje ver a mis hijos y más a F. porque él está muy solito...” (G.R (madre de F.B.R) Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

“... ya no para mí no, ahora es para ellos que ellos sean profesionales...que tengan una mejor vida y eso me hace feliz a mí” (E.Z.M (Esposa), Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

Recursos de afrontamiento. Los miembros de la familia acuerdan que la espiritualidad es su principal fortaleza y la familia su principal valor, argumentando:

“...hemos sobrevivido, sólo con Dios...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

“...le he inculcado a mis hijos ayudar y estar unidos siempre, que no se peleen ni que se traten mal...que sean cariñosos y que ayuden si pueden...” (E.Z.M. (esposa de F.B.R.) Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

Debido a que E.Z.M. (Esposa) y G.R (madre de F.B.R) evaden los temas para “no crear problemas” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016) existe la tendencia a la solución individual según comentan: “Primero calma tengo que tranquilizarme, luego camino y viene uno a pensar solo en soluciones...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación

Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016) pero comenta que no siempre sus estrategias dan resultados.

Fuentes de Estrés. Se identifica en esta familia una hegemonía de los factores que evidencian a su familiar F.B.R. y su cuidado, como la causa principal de las dificultades, además adjudican: “la rutina, levantarse, correr, no hay descanso, es necesario hacer algo diferente que lo relaje a uno y que mi esposo este bien... porque si no, no podemos...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

Un aspecto que genera tensión es la cercanía con la familia política ya que según lo expresa E.Z.M. (esposa) “me han atacado, y señalado, pero no saben todo lo que yo he tenido que hacer...” (Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016) lo anterior con relación a quiénes deben ser los responsables del cuidado de F.B.R al ser su madre de 81 años la principal cuidadora.

Entorno y Entorno Creado. El entorno del sistema familiar se ve reflejado por los constantes comentarios externados por E.Z.M. (Esposa), con relación a su suegra y la familia política: “yo no lo hago a un lado como dicen ni nada, no lo discrimino ni lo maltrato, pero trato de que no se sienta solo porque el necesita de mí y tengo que tenerle paciencia...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

A su vez comentan que el entorno ha cambiado debido a la situación de su familiar adjudicando:

“Afectó todo, se dio un giro de 100 grados para todos, primero fue el accidente, luego el infarto, luego una infección pulmonar que duro 9 meses, luego convulsiones, caídas nos lo devolvía, riesgo de trombosis, fueron momentos tan duros, que no se los deseo a nadie...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

“Creo que ha afectado todo, es difícil comunicarse... la unión también se ha afectado...” (P.B.Z. (hija mayor), Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016)

E.Z.M. (Esposa), con relación al entorno creado narra que posterior al suceso, la familia nuclear se ha unido más con lo que se siente muy apoyada por sus hijos expresando: “al estar en la casa ahora, todos lo atendemos, entonces yo creo que nos ha unido” (E.Z.M. (Esposa),

Comunicación Personal, Pre-Test, 7 de julio, 2016). Pero para P.B.Z. (2016) y el resto de los participantes el entorno creado del sistema se ve acompañado de tensiones relacionadas, con la forma en cómo se discuten los temas e intereses, con la resolución de problemas, con la ayuda que reciben de los demás, con la poca aceptación hacia los nuevos cambios en los estilos de vida, así como en la forma de expresar afecto.

Se muestran en la Figura 2, los hallazgos identificados en este sistema familiar

:

Modelo de Sistema de Neuman Aplicado a la Familia Herrán.

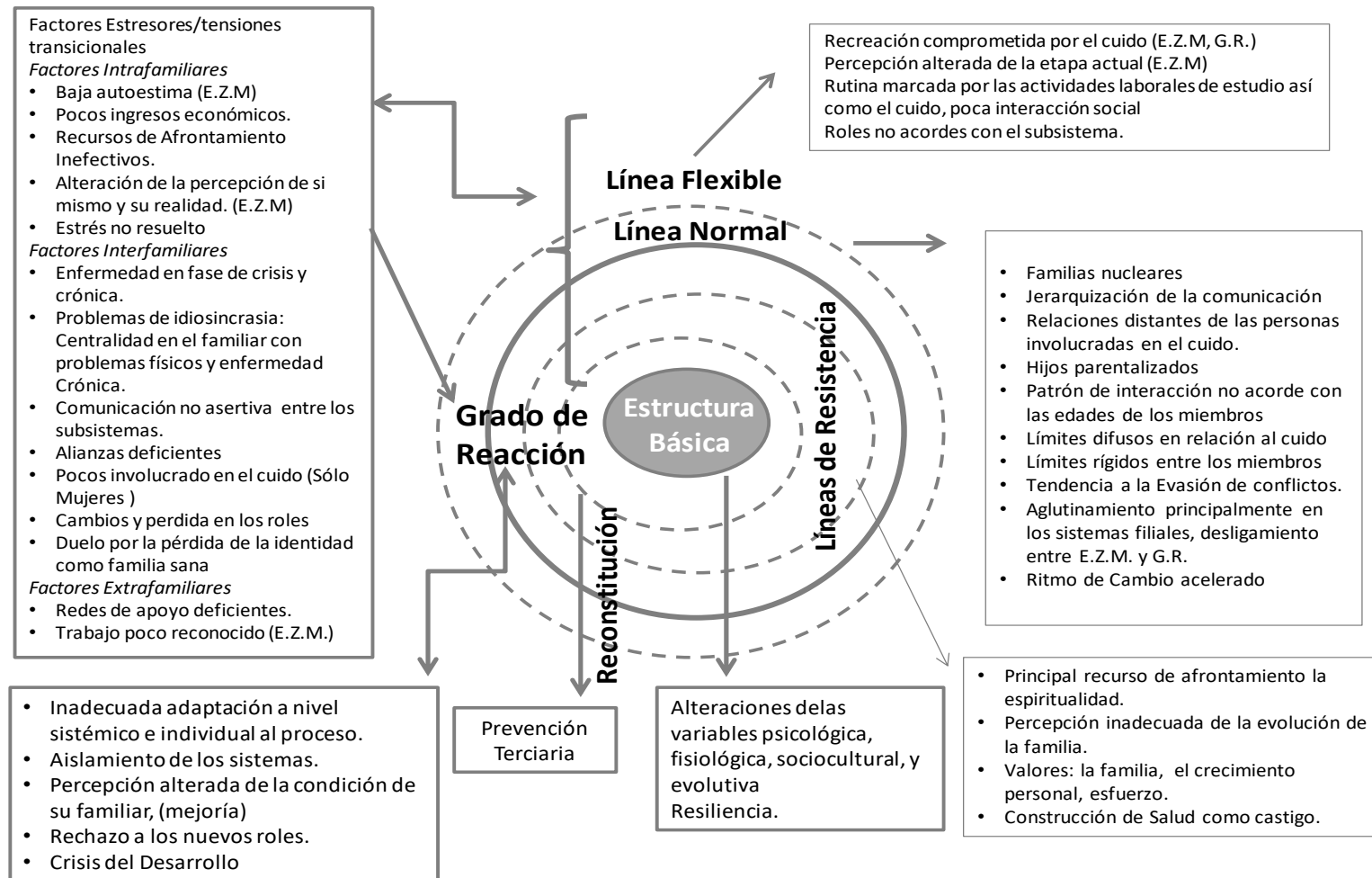


Figura 2: Modelo de Sistemas de Neuman aplicado a la Familia Herrán

Familia Naranjo

Caracterización Sociodemográfica.

Tabla 5

Miembros de la familia Naranjo según datos sociodemográficos y caracterización, Cartago 2016

Nombre	Edad	Género	Rol	Estado civil	Nivel Académico	Ocupación.	Animal	Caracterización
R.D.R.	85	F	Persona Identificada	Viuda	Sin estudios	Ama casa		Estos datos no se presentan por el compromiso cognitivo de la persona.
M.M.D.	65	F	Hija	Viuda	Primaria Incompleta	trabajadora domestica	Pajarito	“Canto, y verlos libre...” (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)
M.M.D.	62	F	Hija	Viuda	Primaria Incompleta	Ama de casa, vendedora	Perro	“Cariñoso y Fieles” (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)
A.M.D.	60	M	Hijo	Separado	Primaria Incompleta	Constructor	Ardilla	“Le gusta andar de un lado a otro, buscando frutas.” (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)
M.C.M.	47	F	Nieta	Soltera	Secundaria completa	Laboratorio de Plantas	Delfín	“Ayudan mucho a las personas” (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)
M.T.M.	37	F	Nieta	Casada	Universitaria Completa	Contadora.	Caballo	“responsable, trabajadora, muy ordenada, cortés y con mucha fuerza” (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)
C.M.D.	58	F	Hija	Casada	Primaria Completa	Ama de Casa	Oso	“Porque son todos tiernos, e inspiran ternura y me gusta chinarme)” (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)
H. M.D.	54	M	Hijo	Casado	Primaria Incompleta	Carpintero	León	“Porque quiero ser el rey de la manada” (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

Nota: Autoría Propia

Genograma.

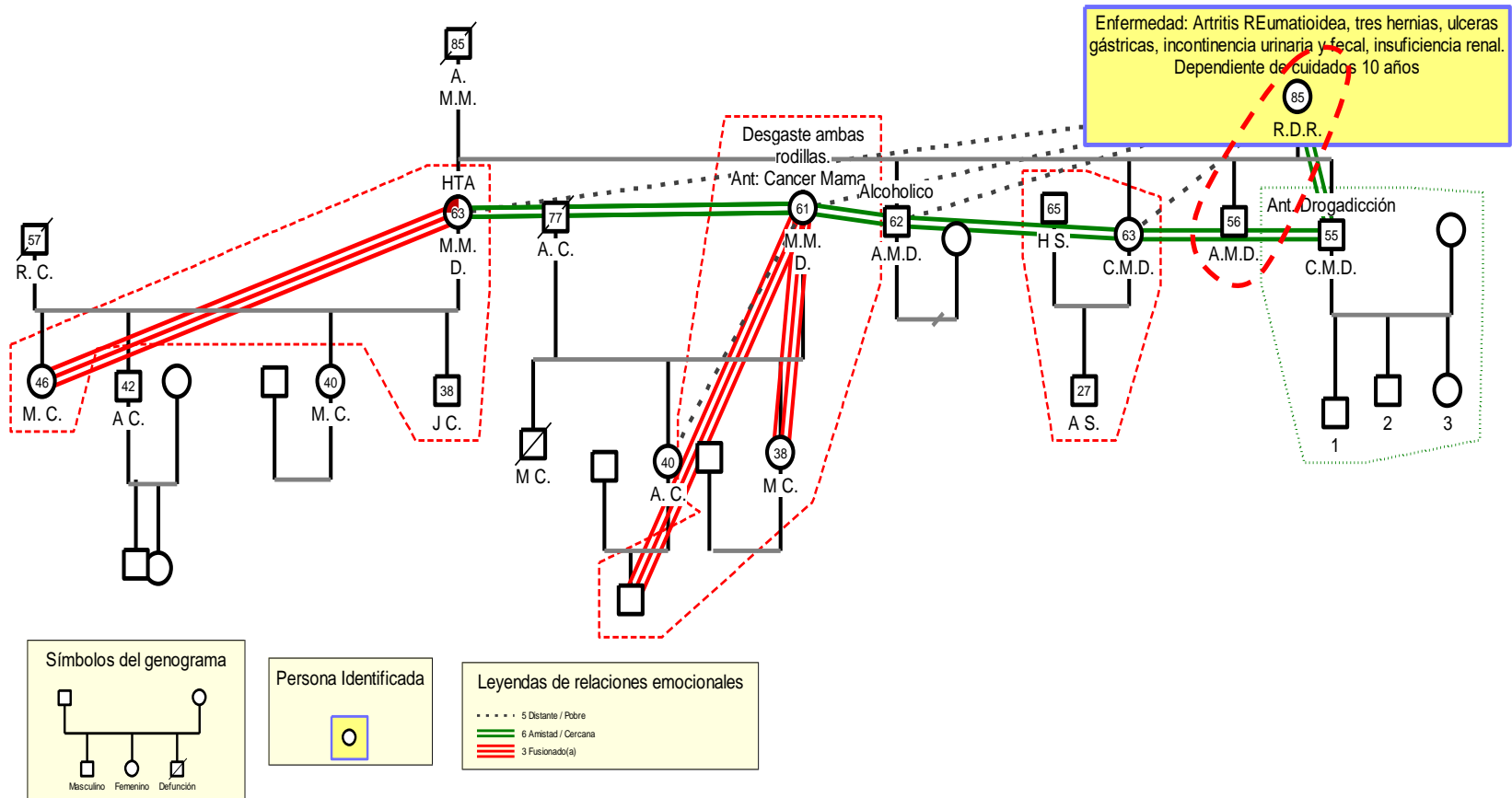


Figura 3: Genograma Familia Naranjo

Caracterización Familia Naranjo como Cliente.

La persona identificada R.D.R., de 85 años padece de artritis reumatoidea presenta tres hernias a nivel de columna que le provocan incontinencia fecal y urinaria por lo cual utiliza pañal las 24 horas del día, desde hace 10 años. Ha presentado pérdida de la memoria por alteraciones en la circulación, deambula, pero es una persona dependiente de sus hijas quienes asumen principalmente el rol de cuidado.

La familia Naranjo se encuentra conformada por 8 subsistemas de los cuales interactuaron cinco familias al momento de la sesión, se identifican 5 sistemas individuales un sistema fraternal conformado por M.M.D.(hija Mayor), M.M.D.(Segunda hija), A.M.D. (Hijo) C.M.D. (Hija Menor) y H.M.D (hijo Menor), 2 sistemas filiales, M.M.D.(segunda hija), y M.C.M (nieta), M.M.D.(hija) y M.T.M (nieta). Los sistemas identificados viven en residencias separadas, según se muestra en el Genograma.

La familia de M.M.D. (segunda hija) y M.T.M (nieta) corresponde a una familia extendida, en etapa de Crianza y conformación de la familia. La familia de M.M.D. (hija mayor), y M.C.M (nieta), como una familia con hijos adultos. A.M.D. (Hijo Mayor) actualmente separado, vive con su madre R.D.R.

La Jerarquía, la comunicación y el poder es determinada por M.M.D. (Segunda hija).

Se identifican dentro del sistema alianzas entre los sistemas filiales y una triada en el sistema fraternal que incluye únicamente a las mujeres. Las relaciones fusionadas de igual manera se acentúan en cada núcleo familiar y en la triada comentada.

Los patrones de comunicación se respaldan a partir de las triadas identificadas, sin embargo, entre los sistemas no son tan verbalizados según lo comentan: “No somos de mucho hablar...nada más lo necesario”. (M.M.D. (Segunda hija), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016).

Cada sistema familiar se conforma como sistemas nucleares, por esta razón mantienen estructuras disciplinarias y reglas independientes, que guardan cierta relación con su familia de origen, pero comparten algunas reglas relacionadas a los roles de cuidado de R.D.R. (persona identificada), con quien han mantenido una relación distante según comentan: “Mi mamá nunca ha dicho gracias...gracias por esto o por lo otro” (M.M.D. (Segunda hija), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016). Las hijas, son las responsables de su cuidado, según refieren: “...pero

tenemos que hacerlo porque es la responsabilidad como hijas...” (M.M.D. (Segunda hija), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

Describen una relación poco expresiva y afectiva dónde las relaciones actuales se encuentran sustentadas en la condición de su madre.

En cuanto a la resonancia se identifica principalmente aglutinamiento y generalizaciones constantes en los sistemas filiales mientras que en el sistema fraternal se identifican grandes niveles de desligamiento.

El proceso crónico de la madre y su condición de dependencia, según M.M.D. (Segunda hija), “...ya le cobraron la fractura, y ha sido porque no sacaba tiempo para ella, por su forma de ser...” (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

La rutina para los sistemas familiares varía, así por ejemplo M.C.M (Nieta) y M.M.D (hija mayor), les gusta celebrar los días festivos y cumpleaños, salir a centros comerciales o a comprar artículos como estrategias de recreación. Difieren en que la enfermedad de R.D.R. (persona identificada) ha provocado modificaciones en las costumbres y roles. M.M.D (hija mayor) comenta: “Sí, porque cuando yo la cuido tengo que estar pendiente...y no puedo atender a nadie...” (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016) mientras que M.C.M (Nieta) considera que no ha habido cambios.

Por su parte M.M.D. (Segunda hija) y M.T.M (nieta), los cambios han sido significativos ahora, acostumbran a permanecer más tiempo en su casa, al respecto comentan:

“Sí, a nivel familiar, y por descansar no visito a nadie... si ha cambiado mucho...” (M.M.D. (Segunda hija), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

“Si han cambiado bastante porque de día por medio, mi mamá no está en la casa...tal vez es mi sobrino el que lo ha sentido más...digamos paseos cero eso sí ha variado bastante por la responsabilidad y no salgo sola con mi esposo, para quedarme aquí ayudando...” (M.T.M (nieta), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

Si bien todos los subsistemas se encuentran cumpliendo funciones acordes con la etapa de vida del sistema familiar, las actividades que destacan son laborales, de estudio y cuidado de R.D.R. cuya responsabilidad recae mayoritariamente en dos miembros de la familia.

Por su parte, M.M.D (segunda hija), M.M.D (hija mayor) y M.C.M (nieta), refieren en relación a su condición física “no sentirse bien, sentirse cansada o con estrés”. (Comunicación Personal,

Pre-Test 2016), además M.M.D (segunda hija) comenta, "... el cansancio, el insomnio y lo que le decía del dolor de espalda..." (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016.) le afecta.

Por su parte M.T.M. (nieta) y A.M.D. (hijo), consideran positivos los pensamientos y sentimientos referentes a su salud, pero M.M.D (segunda hija) y M.T.M. (nieta) con relación a su estado psicológica comentan:

"Triste, irritada, malhumorada..." (M.M.D (segunda hija) Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

"Tal vez un poco frustrada de ver que el cargo del cuidado y todo eso está bajo mi mamá...por el estrés que maneja...y sus enfermedades... (M.T.M. (nieta), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

Los demás subsistemas comentan al respecto:

"tranquila, tengo mi carácter fuerte, me considero una persona servicial..." (M.M.D (hija mayor), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

"Soy callada...si me gusta ser responsable trabajadora hacer las cosas bien, no tengo muchos amigos, pero los que tengo son de verdad...soy optimista...y confiable... (M.T.M. (nieta), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

"Una persona tranquila me gusta ayudar soy muy desprendida soy buena hermana y buena hija...en cuanto a eso me siento bien..." (M.C.M. (nieta), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

A.M.D. a su vez refiere: "Hay muchas cosas que no me importan a veces, me gustó mucho el guaro...creo que mal..." (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

Entre los sentimientos más frecuentes destacan en el sistema familiar: "ganas de vivir, ganas de atender mis hijos... de trabajar, más reflexivo" (Familia Naranjo, Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016), mientras que M.T.M. (nieta) refiere sentirse "Preocupada..." (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

Con relación a los sentimientos en esta etapa de la vida, M.M.D. (segunda hija) y M.C.M (nieta) expresan:

"No sé...realizada no..." (M.M.D. (segunda hija), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

“Me siento como estoy porque estoy...y yo digo Dios me tiene aquí porque me tiene un plan para mí...tal vez estar con mi mamá o con mis hermanos...” (M.C.M (nieta) Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

Mientras que M.M.D (hija mayor) y A.M.D. (hijo), comentan:

“Me siento muy feliz, porque tengo unos hijos preciosos son muy responsables son hogareños” (M.M.D (hija mayor), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

“Bien...” (A.M.D. (hijo), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

Según M.M.D (segunda hija), y M.T.M. (nieta), existen cambios significativos en etapa de vida relacionada al cuidado de R.D.R. (persona identificada), entre estos:

“... muchas cosas, quizás hasta en mi trabajo, antes iba a Golfito, por ella yo no voy, si claro ha afectado...” (M.M.D (segunda hija), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

“He dejado de lado mis planes para poder ayudar...el estudio el poder salir más eso no lo volvimos hacer...” (M.T.M. (nieta), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

En cuanto a las metas M.M.D (hija mayor), M.M.D (segunda hija) y M.C.M (nieta) comentan no tener ninguna, mientras que A.M.D. (hijo) y M.T.M (nieta) refieren:

“Sí, dentro de las que tengo es seguir estudiando estoy llevando un curso de inglés ahora voy un día a la semana” (M.T.M (nieta), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

“Hacer una casa, yo creo que sí puedo” (A.M.D. (hijo), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

La familia Naranjo, es una familia católica que define a la espiritualidad como estar en contacto con Dios y sentirse bien no solo consigo mismo sino con los demás, comentando:

“Poder sentarme y hablar...con Dios y decirle lo que siento y como me siento...” (M.T.M. (nieta), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

“Sentirse bien con uno mismo y estar bien en la casa con los hermanos.” (M.C.M. (nieta), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

Además, consideran a Dios como su principal soporte refiriendo: “Dios nos da todo...sólo él” (Familia Naranjo, Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

Se evidencia la tendencia a solucionar los conflictos de forma individual, al respecto comentan:

“Apoyo nunca he tenido... de mi hermana o alguien no nunca, siempre he ido sola...” (M.M.D. (segunda hija), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

“Sola, buscando la forma de encontrar la solución” (M.C.M (nieta), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

“Solo, entonces lo que hice fue tomar guaro... ahora trato de ver como la soluciono...no acudo a nadie...” (A.M.D (hijo), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

“Usualmente me la guardo... a nadie le comento...no soy de comentar mis cosas ni como me siento...no me gusta...” (M.T.M (nieta), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

Como estrategias de afrontamiento destacan escuchar música, hacer ejercicio y los pensamientos positivos, así como el comentarle a un familiar, esto principalmente en M.C.M. (nieta) y M.M.D (hija mayor).

Fuentes de Estrés. Con relación a la situación de su familiar comentan es “Difícil, estresante, complicada.” (M.T.M (nieta), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016) que se acentúa en los cuidadores directos, al mencionar: “Sí, porque yo siento que he empeorado en estos años...todo me duele, no descanso no nada...me siento amarrada” (M.M.D. (segunda hija), Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

En cuanto a las expectativas de la condición de su familiar refieren: “Esto cada día va a ir más para atrás, que hay que verla en una cama...” (Familia Naranjo, Comunicación Personal, Pre Test, 13 de julio, 2016) lo que genera preocupación por el incremento en la demanda de cuidado a futuro refiriendo: “Lo que me preocupa son mis hermanas, porque ellas viven en un estrés porque a mami no se puede dejar sola...” (M.M.D (hija mayor), Comunicación Personal, Pre Test, 13 de julio, 2016)

Destaca la poca colaboración de los hermanos hombres en el cuidado de su madre, lo expuesto por A.M.D. (hijo) lo ejemplifica “Me preocupo, pero no puedo hacer nada, me da pena o vergüenza para ayudarles más cuando la están bañando...” (Comunicación Personal, Pre-Test, 13 de julio, 2016)

Entorno y Entorno Creado. El entorno de los subsistemas de M.M.D (segunda hija), C.M.D. (Hija menor) y M.T.M (nieta) se encuentran afectados por la demanda de cuidado de su madre, dicha condición, imposibilita el desarrollo en todos los ámbitos interno y externo. Posterior al análisis de la Tabla 5 y la Figura 3, se muestran, los principales hallazgos en la Figura 4:

Modelo de Sistemas de Neuman Aplicado a la Familia Naranjo.

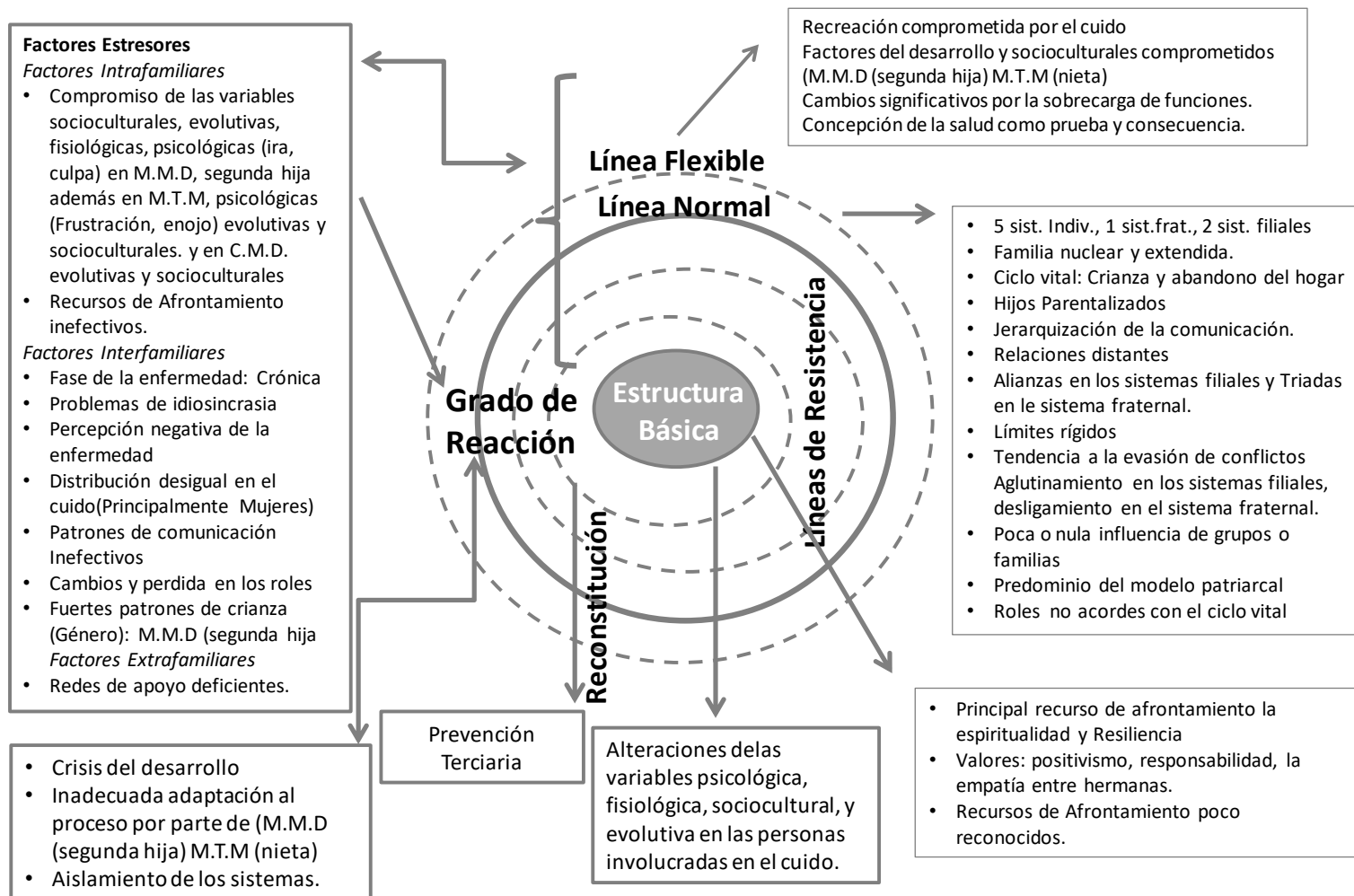


Figura 4: Modelo de Sistemas de Neuman Aplicado a la Familia Naranjo

Familia Policía**Caracterización Sociodemográfica.****Tabla 6***Miembros de la familia Policía, según datos sociodemográficos y caracterización, Cartago 2016*

Nombre	Edad	Género	Rol	Estado civil	Lugar de Nac.	Nivel Acad.	Ocupación	Animal	Caracterización
M.R.	40	M	Persona identificada	Soltero	Nicaragua	Secundaria Completa			Estos datos no se presentan por el compromiso cognitivo de la persona.
F.E.M.	66 a	M	Tío político (padre adoptivo)	Casado	Nicaragua	Secundaria. Completa	Maestro de Obras Pensionado	Perro	“Cariñoso y Fieles” (Comunicación Personal, Pre-Test, 5 de agosto, 2016)
C.S.A.	65 a	F	Tía (madre adoptiva)	Casado	Nicaragua	Primaria Completa	Limpieza Pensionada	Gallina	“Que cuida muy bien de todos sus pollitos” (Comunicación Personal, Pre-Test, 5 de agosto, 2016)

Nota: Autoría Propia

Genograma.

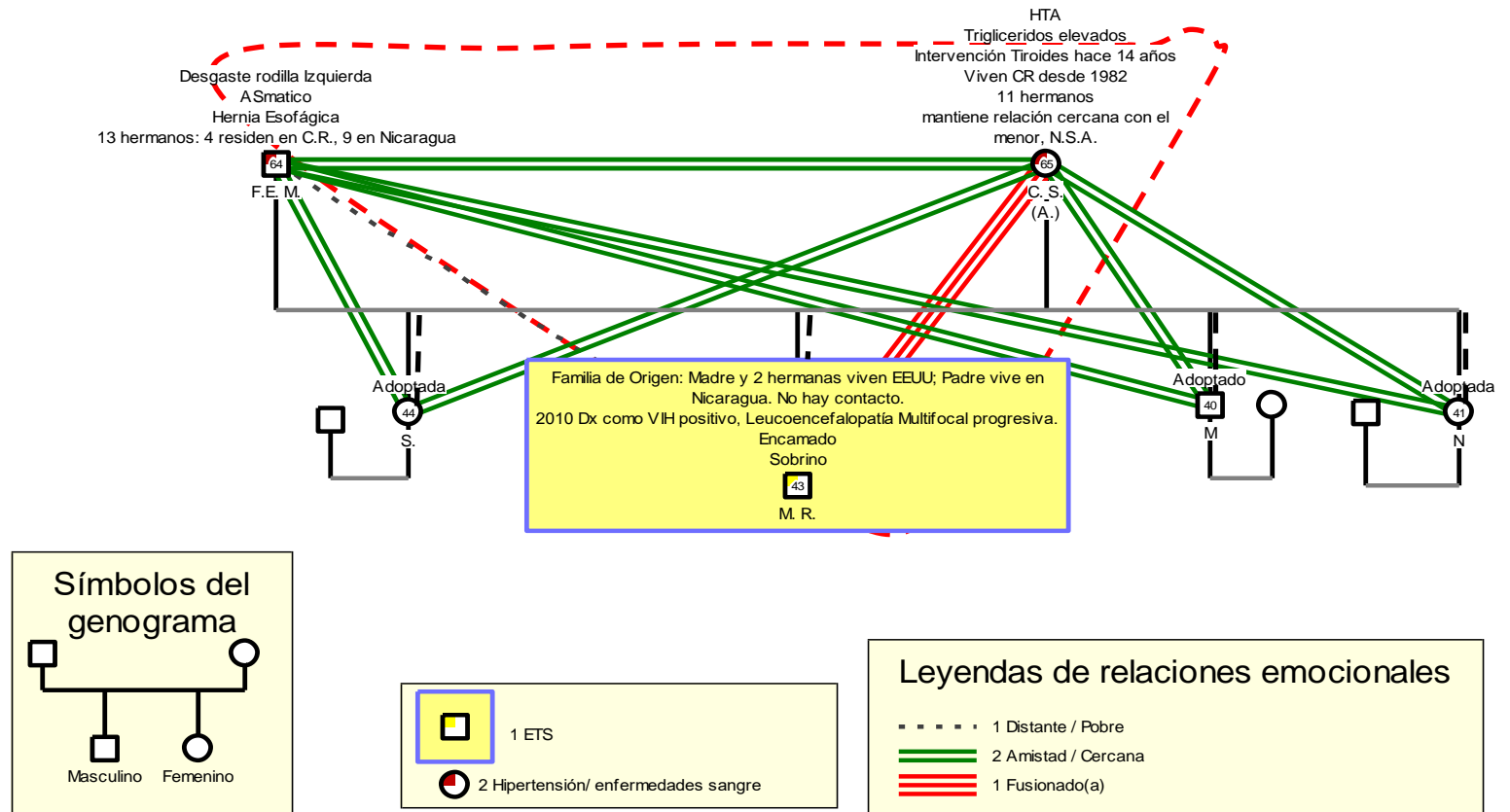


Figura 5: Genograma Familia Policia

Caracterización de la familia Policía como Cliente.

Los datos de las Tabla 6 y la Figura 5 se contemplan a continuación. La familia Policías se encuentra conformada por 3 sistemas individuales, un sistema parental y uno filial, que corresponde a la persona identificada, el ciclo vital los ubica como una familia con un hijo adulto enfermo.

F.E.M. (tío) y C.S.A (tía) provenientes de Nicaragua, tienen 40 años de casados y 35 de residir en nuestro país. No engendraron hijos propios, pero reconocen a M.R. (persona identificada), su sobrino como tal, ya que desde los 4 años se hacen cargo de él. Diagnosticado con VIH y Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva, se encuentra en cama desde hace 5 años. Además de M.R., criaron a 3 hijos adoptados “regalados” según lo comentan.

F.E.M. (tío) establece una relación cercana con C.S.A (tía) pero distante con M.R. (persona identificada), mientras que Gallina establece una relación fusionada con M.R. pero cercana con F.E.M. (tío), mientras que M.R. (persona identificada) responde con gemidos fuertes principalmente a su tía.

Tanto la jerarquía, como el poder es compartida entre F.E.M. (tío) y C.S.A (tía), su relación representa la alianza más fuerte; en relación a los patrones de comunicación se demuestran con contacto de miradas y gran atención al otro tanto en lo que dice como en lo que hace.

Tanto F.E.M. (tío) como C.S.A (tía), consideran que funcionan bien, pero se les dificulta aceptar los deseos o cambios en los estilos de vida, en como discuten los temas en común o intereses y como resuelven los problemas.

Posterior al diagnóstico de M.R. (persona identifica), la responsabilidad recayó en C.S.A (tía), quien desde entonces se ha dedicado de forma exclusiva a él, mientras F.E.M. (tío) brinda soporte económico, ya que consideran que debe ser la familia la responsable de cuidarlo por el trato inhumano que ha recibido, según comenta: “como he pasado tantas cosas en los hospitales... con él como me lo miraban, y vomitaba y vomitaba entre todos lo agarraba... estuvieron fregando y me le hicieron muchas maldades...” (C.S.A (tía), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

El sistema familiar considera a la salud, como la consecuencia de situaciones y castigos según lo expresan:

“vea son las consecuencias de los desmandos y yo nunca hice caso...” (C.S.A. (tía), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

“...yo le decía a él, pídale perdón a Dios y él decidirá.” (C.S.A. (tía), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Para el momento del abordaje, C.S.A. (tía), estaba en espera de una intervención quirúrgica y F.E.M. (tío) se encontraba en un postoperatorio tardío por estrangulamiento causado por una Hernia Hiatal, debido a lo anterior es importante las consideraciones relacionadas a su estado de salud.

Con relación a la salud actual, C.S.A. (tía), refiere: “No me he sentido bien... (Arruga la cara) así fue con mi mamá la abrieron y le encontraron de todo...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016), además sus experiencias la hacen sentirse: “triste a veces como que me deprimó, me acuesto me dan ganas de no hacer nada...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016) finalmente comenta: “Me he sentido tan mal pensando que me dice que tengo que cuidarme mucho porque me dice que no tengo que hacer fuerzas ni nada...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Algunas expectativas y temores relacionados a su salud se evidencian en el extracto siguiente: “Yo me pongo a pensar si me voy a morir igual que mi mamá a los 68 yo lo que pido al señor que me dé tiempo para mi hijo...en unos dos años solo Dios sabrá...” (C.S.A. (tía) Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Por su parte, F.E.M (tío) percibe su condición de salud como “buena” comenta que el diagnóstico fue difícil debido a la inadecuada atención que le brindaron; sin embargo, sus expectativas son “muy buenas...aunque ya no puedo bailar” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Ambos conversan que la experiencia ante el diagnóstico de M.R. fue muy difícil, según refieren:

“...la doctora me decía que él no había llegado y cuando me di cuenta me impacto...” (F.E.M (tío), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

“...Muy mal esa enfermedad era tan mala y he visto gente que muere sufrí mucho...” (C.S.A (tía), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

C.S.A. (tía) expresa que a pesar del temor que sentía por ser una enfermedad contagiosa ella: “igual lo besaba y lo abrazaba...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Refieren que no tiene prácticas de índole social o cultural pero cuentan con el apoyo de dos vecinos y una hermana de F.E.M (tío), que vive en Heredia, reciben visitas del área de salud y la Asociación de Cuidados Paliativos, al respecto argumentan: “Hay muchos que nos han acompañado con buenos sentimientos y buenas oraciones, pero otros han sido con malos comentarios ha sido un grupo buenos y otros malos...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

F.E.M (tío), en relación con su construcción psicológica comenta “me siento bien...he sido bueno” porque “el sentimiento es del todo poderoso él es mi guía, mi todo...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016) al respecto C.S.A. (tía) comenta: “pienso mucho... estoy triste...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016); muestra gran dificultad para autodefinirse por lo que recurre a la valoración de los otros o a referencia de situaciones sin concretar su autoestima, además, expresa que en su día no tiene descanso y siempre se acompaña de pensamientos como: “que tengo que hacer las cosas que me agarra tarde, y ando con eso aquí que me molesta... me siento cansada, aburrida, que quiero salir en carrera que no quiero hacer nada pero tengo que hacerlo...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

F.E.M (tío), con relación a la enfermedad de su familiar expresa: “Empezamos en una situación y en estos momentos vamos culminando...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016), mientras que C.S.A. (tía) expresa: “Me alegra porque a veces lo veo bien y a veces le estiro los piecitos y le pongo una almohada para que lo ponga así...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Para F.E.M (tío), su mayor preocupación radica en el proceso de aceptación por parte de su esposa al comentar: “...el asunto aquí es que ella trate de superarlo...tal vez lo supere temprano o se va a poner fuerte o no sabemos, pero eso es lo importante...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Ambos acostumbran a compartir mayormente en su hogar, dónde las principales modificaciones de sus roles se dieron al momento del diagnóstico según comenta C.S.A. (tía): “Si hablamos de antes a ahora si claro desde que él está enfermo todo cambio para mí...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016); pero consideran que, debido a lo prolongado de

la situación, sus rutinas son “todo igual” o “normal” (Familia Policía, Comunicación Personal, 5 de agosto 2016).

Comentan que el impacto del diagnóstico a nivel familiar ha provocado cambios debido a que la familia directa de M.M. no colabora ni se comunican expresando: “no llaman para preguntar cómo esta es muy prolongada la situación entonces si cambio a nivel de la familia...” (F.E.M (tío), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Con relación a la etapa de su vida comentan:

“A los 66 años me siento bien...con fuerzas y con deseos de trabajar...” (F.E.M (tío), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

“Me siento bien...” (C.S.A (tía), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Sin embargo, refieren: “de no ser de la enfermedad de mi hijo... porque como se me puso mal realmente este año me he sentido mal me ha pegado duro...” (C.S.A (tía), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Para la pareja, pensar en metas no es costumbre debido a:

“a esta edad ya casi que son limitadas...ahora es terminar este proceso en paz... y lo logramos entre ambos...” (F.E.M (tío), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

“Ya se fueron al suelo...” (C.S.A (tía), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Los periodos dedicados a la recreación son limitados por la rutina y la condición de salud sin embargo C.S.A (tía), expresa: “Me gusta caminar no afuera si no aquí en la casa y juego con el perro...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Se identifica en esta familia un nivel de espiritualidad aumentado que surge de la creencia de su hijo y la definen como estar con Dios y buscarlo comentando:

“el ser espiritual es el comportamiento en la presencia del señor buscar el camino y la luz...” (F.E.M (tío), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

“Es Dios, Pensar en Dios es el único que puede todo...” (C.S.A (tía), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

La vivencia de la espiritualidad en F.E.M (tío), la considera “tal vez un punto medio...orar en la mañana en la noche en el día y encomendarnos a Dios...”, mientras que en C.S.A (tía), se ha intensificado posterior a la enfermedad de su hijo comentando. “yo desde el momento

que mi hijo cayó enfermo yo doblo rodilla todas las noches” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

El contacto con instituciones religiosas se basa en que “como él era muy católico yo iba con él a misa...ahora vienen a darle la hostia...él quiere así” (C.S.A (tía), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Fuentes de Estrés. El estrés se incrementa por las demandas del cuidado sumado a la condición de salud de todos los subsistemas y a factores como: “La preocupación cuando no tengo plata, y como ahora es al mes como que hace falta más plata, pero falta el comestible y a veces no me da...” (C.S.A (tía), Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Todo lo anterior provoca respuestas principalmente en C.S.A (tía), al comentar: “El pelo se me cae, me duele el cuerpo todos los pies, camino y a veces ni me sostienen...” (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Según lo expresado por F.E.M (tío): “no siente estrés”, pero cuando ha sentido lo percibe como “gran preocupación”. (Comunicación Personal, 5 de agosto 2016)

Entorno y Entorno Creado. Consideran que todo se encuentra como siempre, debido a la evolución prolongada que ha tenido la situación; sin embargo, se identifica un entorno interno estable como sistema con alteraciones significativas a nivel de los subsistemas: salud, preocupaciones, alteraciones del sueño entre otros.

La figura 6 muestra los principales hallazgos posterior a la presentación de los datos.

Modelo de Sistemas de Neuman aplicado a la Familia Policía.

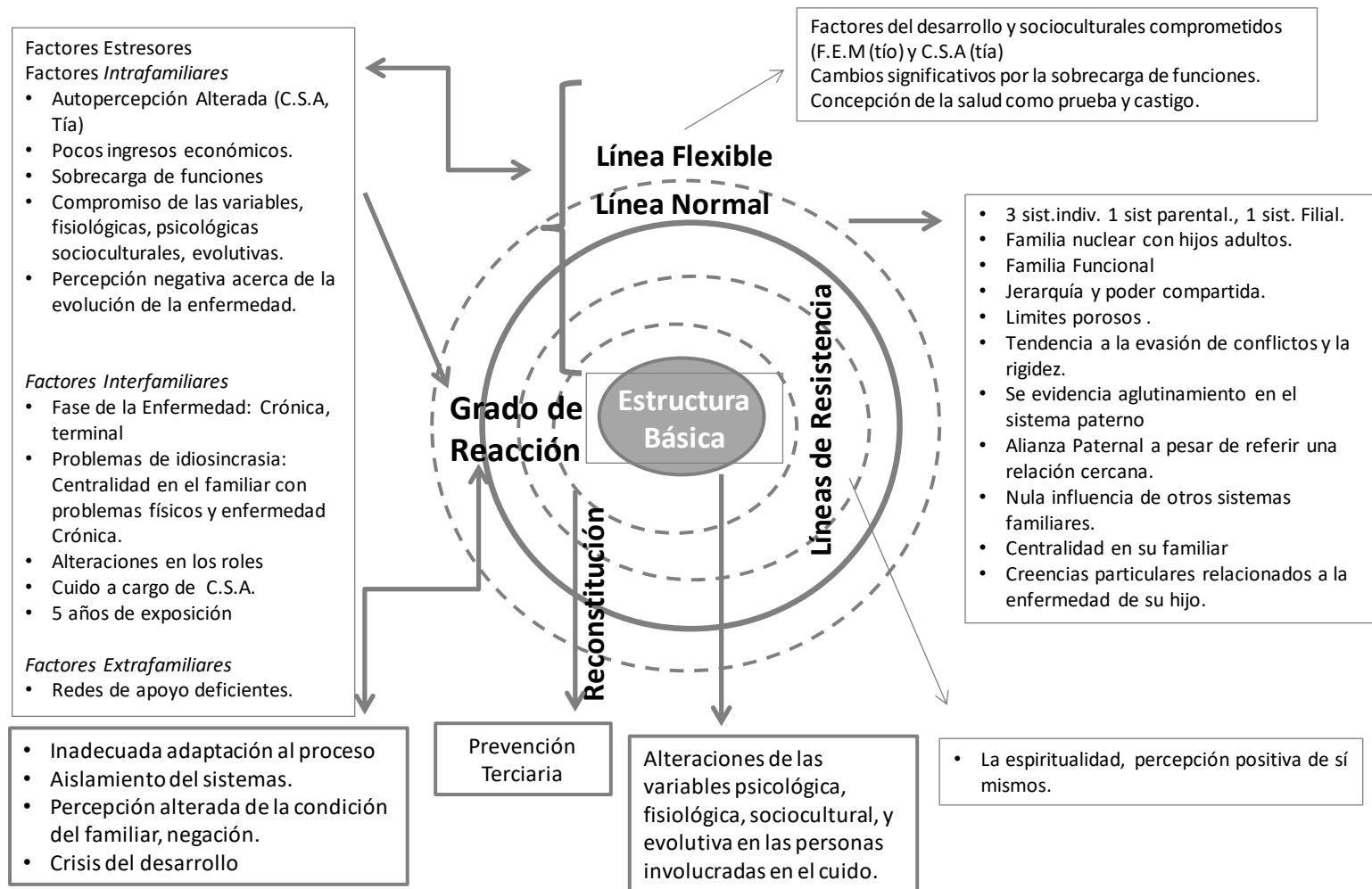


Figura 6: Modelo de Sistemas de Neuman Aplicado a la Familia Policía

K. Diagnóstico de Enfermería

Este apartado corresponde al cumplimiento del segundo objetivo específico, el cual va orientado a determinar las repercusiones tanto en el sistema cliente como en su entorno, las vivencias y los significados del proceso paliativo en tres familias analizadas por lo que, posterior a la confrontación teórica de los hallazgos identificados con el modelo de Sistemas de Betty Neuman, se determina que las familias presentan una función alterada que compromete el bienestar del sistema y subsistemas, evidenciado en la ruptura de las líneas flexibles, línea normal y la línea de resistencia por la exposición prolongada a los factores estresores: la enfermedad y sus implicaciones, lo que dificulta el intercambio óptimo de energía y funcionamiento de la estructura básica, al provocar un afrontamiento inefectivo ante la crisis vivenciada.

Lo anterior se basa en la reflexión desde una posición teórica de las figuras presentadas, de las cuales se identifican las situaciones de enfermería que se enumeran a continuación:

- Los factores estresores en los subsistemas involucrados en el cuidado, ha provocado alteraciones en la línea normal de defensa que ha penetrado a la estructura básica comprometiendo el desarrollo óptimo de las variables.
- Las familias presentan patrones de crianza arraigados en la socialización patriarcal lo que debilita la línea flexible y normal de defensa tanto del sistema como los subsistemas imposibilitando las redes de apoyo.
- Líneas de comunicación debilitadas reflejado en la tendencia a las solución individual y evasión de los temas, incrementa el aislamiento intra e interfamiliar y debilita la línea normal de defensa.
- Las necesidades invisibilizadas de los miembros y la sobrecarga de funciones en las personas directamente involucradas en el cuidado, se comportan como factores estresores intra e inter en el entorno intrafamiliar lo que afecta la estabilidad del sistema.
- La visión distorsionada de la condición de su familiar ha provocado una reacción de negación del sistema cliente ante la enfermedad del familiar lo que ha comprometido el intercambio de energía entre el entorno interpersonal y extrapersonal.

Por lo tanto, se propone una intervención terciaria con el fin de optimizar los recursos, y proporcionar una intervención que garantice la estabilidad del sistema y subsistemas con su entorno. (Minuchin, 2004; Neuman y Fawcett, 2002)

Se muestra a continuación el Plan de Atención de enfermería cuyos objetivos responden a las situaciones identificadas que darán soporte a la intervención propuesta:

Tabla 7
Plan de Atención de Enfermería

Situación de Enfermería	Sesión	Título	Objetivos	Contenidos	Fases de las sesiones de la Terapia Breve Centrada en soluciones y las técnicas utilizadas	Materiales
			Promover la empatía y cohesión de la familia con la facilitadora.		<i>Fase social:</i> Actividad Rompehielo: “Quien Soy...”	
			Favorecer la comprensión del proceso en las familias participantes.		Lectura del consentimiento informado,	Documentos Impresos:
			Identificar desde la experiencia práctica la vivencia de los significados del proceso paliativo y su impacto en las familias con un miembro en proceso paliativo.	Principios Bioéticos Metodología del proceso a realizar.	<i>Fase del Planteamiento del Problema:</i> Construcción del Genograma, Aplicación de la entrevista Individual Establecimiento del objetivo terapéutico.	Consentimiento Informado Entrevista Individual desde Betty Newman
	Pre intervención	Conociéndonos			<i>Fase De Elogio</i> <i>Fase de Consejo de Experto.</i> <i>Fase de Cierre:</i> Se define el contrato terapéutico.	Papel Periódico Pilot
			Analizar las repercusiones tanto			

en el sistema cliente como en su entorno de las vivencias y los significados del proceso paliativo en tres familias con un miembro en proceso paliativo.

Elaborar los Diagnóstico de Enfermería en Salud Mental que sustentarán la Intervención de enfermería en salud mental para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo.

<p>Los factores estresores en los subsistemas involucrados en el cuidado, ha provocado</p>	<p>Sesión 1 y 2</p>	<p>Yo soy yo...</p>	<p>Favorecer el proceso de conocimiento acerca de los resultados del perfil de entrada.</p>	<p>Género Concepto y Construcción de la Autoestima (positiva y negativa)</p>	<p>Sesión 1 <i>Fase social:</i> Actividad de Apertura: Declaración de Autoestima (Lectura) Pregunta circular <i>Fase de Interacción</i></p>	<p>Pilot Papel periódico Cintas con impresión Reflexión Impresa</p>
---	---------------------	---------------------	---	--	--	---

<p>alteraciones en la línea normal de defensa que ha penetrado a la estructura básica comprometiendo o el desarrollo óptimo de las variables.</p> <p>Las familias presentan patrones de crianza arraigados en la socialización patriarcal lo que debilita la línea flexible y normal de defensa tanto del sistema como los subsistemas imposibilitando las redes de apoyo.</p>	<p>Establecer un proceso de reflexión sobre la concepción de la autoestima para el intercambio de energía entre el sistema cliente. (persona y familia) y el entorno (interno, externo y creado)</p> <p>Facilitar la reflexión, sobre la influencia positiva y negativa para el funcionamiento del sistema con el fin de reforzar la función interna del cuerpo.</p> <p>Promover la comprensión sobre la importancia de la autoestima para contribuir de forma recíproca con el fortalecimiento y desarrollo de las</p>	<p>Componentes de la autoestima Pilares de la Autoestima técnica utilizada Redefinición, connotación positiva. Intensidad. Metáfora</p>	<p>Actividad 1: Discusión de Saberes "La construcción" <i>Fase de Consejo de Experto:</i> Análisis autoestima positiva y negativa. <i>Fase de Pausa</i> <i>Fase De Elogio</i> <i>Fase de Tarea</i> <i>Fase de cierre</i> "Video Lo que haces marca la diferencia"</p> <p>Sesión 2: <i>Fase Social:</i> Pregunta Circular. <i>Fase de Interacción:</i> Lectura "Las Dos Ranas" <i>Fase De Pausa</i> <i>Fase de Elogio</i> <i>Fase de consejo de Experto:</i> Exposición Participativa: La Autoestima. <i>Fase de cierre:</i> Entrenamiento Autógeno</p>
--	---	---	---

			variables Fisiológica, psicológica, sociocultural, evolutiva y espiritual. Fortalecer la autoestima desde una perspectiva de género para contribuir de forma recíproca con el fortalecimiento y desarrollo de las variables Fisiológica, psicológica, sociocultural, evolutiva y espiritual.		
Líneas de comunicación debilitadas reflejado en la tendencia a las solución individual y evasión de los temas, incrementa el aislamiento	Sesión 3 y 4	Contacto Intimo	Promover la comprensión sobre la importancia de la comunicación efectiva para el intercambio de energía intra, inter y extrapersonal. Identificar los principales obstáculos en la comunicación cotidiana que	Concepto y construcción: Comunicación Tipos de Comunicación: Asertiva y no asertiva Verbal y no Verbal. Técnicas: Escucha Activa	Sesión 3 <i>Fase social:</i> Actividad Pilot Apertura: Risoterapia: Rueda de Muecas, Pregunta circular. <i>Fase de Interacción:</i> Hojas con reflexión, Actividad 1: Música Video foro: Discusión de Relajante Saberes Velas Actividad 2 “Contacto Íntimo” Lectura y Análisis.

intra e interfamiliar y debilita la línea normal de defensa.

interfieren con el y estribillo de la intercambio de energía Asertividad intra, inter y Técnicas extrapersonal. Utilizadas: Promover la comunicación asertiva Redefinición, en el sistema, al Connotación instaurar herramientas Positiva, de comunicación que Deconstruir contribuyan al el problema intercambio de energía Ritual entre el entorno interno, externo y creado con el fin de reforzar la variable psicológicas, sociocultural, evolutiva y espiritual.

Fase de Pausa
Fase de Elogios
Fase de Tareas
Fase de consejo de Experto.

Fase de Cierre
 Relajación Condicionada

Sesión 4

Fase social:
 Pregunta circular:
 “Me comunico”

Fase de Interacción:

Actividad 1: “Abriendo el baúl”

Actividad 2: Escucha Activa (Video Foro)

Fase de Pausa

Fase De elogio

Fase de Tarea

Fase de consejo de Experto:

Fase de Cierre:

Abrazoterapia

<p>Las necesidades invisibilizadas de los miembros y la</p>	<p>Sesión 5 y 6</p>	<p>El estrés en mi vida.</p>	<p>Facilitar la reflexión sobre el estrés y sus efectos en el entorno intra e</p>	<p>Conceptos: Estrés causas, efectos,</p>	<p>Sesión 5 <i>Fase social:</i> Pregunta circular:</p>	<p>Pilot Papel periódico Computadora</p>
--	---------------------	------------------------------	---	---	---	--

<p>sobrecarga de funciones en las personas directamente involucradas en el cuidado, se comportan como factores estresores intra e inter en el entorno intrafamiliar lo que afecta la estabilidad del sistema.</p>	<p>interpersonal del sistema familiar. Promover la comprensión sobre la importancia de la percepción (Emociones y sentimientos) ante la capacidad para enfrentar las situaciones cotidianas personales y las de su familiar.</p> <p>Identificar los estímulos de los entornos externos, interno y creado que influyen en su persona como factores potenciadores del estrés.</p> <p>Facilitar el análisis de los roles para reestablecer la variable evolutiva y sociocultural de los</p>	<p>Recursos de Afrontamientos, intra e interpersonales. Síndrome del cuidador Teoría del Estrés y Técnicas Alternativas y uso efectivo del tiempo libre. Redes de apoyo</p> <p>Técnicas Utilizadas: Metáfora Connotación positiva Deconstruir el modelo del problema</p>	<p><i>Fase de Interacción:</i> Actividad 1: “Activando mis sentidos” <i>Fase de pausa</i> <i>Fase de Elogio</i> <i>Fase de Consejo de Experto:</i> Discusión de Saberes teoría del Estrés y Síndrome Del cuidador <i>Fase de Cierre</i> Técnicas Alternativas: Arteterapia</p> <p>Sesión 6 <i>Fase Social</i> Pregunta circular: <i>Fase de Interacción:</i> Actividad 1: Escudo: El mío y el nuestro Actividad 2: “Soy...” <i>Fase De Pausa</i> <i>Fase de Elogio</i> <i>Fase de consejo de Experto:</i> <i>Cierre:</i> Canción “Hoy puede ser un gran día”</p>
--	--	--	---

familiares con un miembro en proceso paliativo.

Promover el aprendizaje de nuevas herramientas de afrontamiento que les permita reestablecer su energía intra e interpersonal.

La visión distorsionada de la condición de su familiar ha provocado una reacción de negación del sistema cliente ante la enfermedad del familiar lo que ha comprometido el intercambio de energía entre el entorno

Sesión 7 y 8

El Significado de vivir.

Construir un nuevo significado de la enfermedad y la muerte que le permita, a la persona y su familia, redefinir su experiencia.

Reforzar la variable psicológica, espiritual y evolutiva al analizar los significados del proceso vivido.

Promover un espacio para que la

Normalidad
Concepción de salud – enfermedad
La pérdida y el Duelo: sus etapas.

Técnica utilizada
Redefinición
Metáfora y connotación
positiva Duelo

Sesión 7

Fase social:

Pregunta circular Lectura
“Capítulo 3 del Eclesiastés”
García, 2014, 17-18)

Fase de Interacción

“Reconstruyo lo destruido”
(Discusión de saberes, duelo desde la experiencia.)

Fase de Pausa

Fase de Elogio

Fase de Tarea

Fase de consejo de Experto

Cierre: Relajación

Condicionada

Pilot

Papel periódico

Hojas con reflexión, y

otros

Computadora

Videobeam

pinturas, goma,

recortes.

Música

Lapiceros

Lápices

**interpersonal y
extrapersonal.**

familia redefina su experiencia y reconstruya la relación con lo que se ha perdido para reforzar la variable espiritual, psicológica, fisiológica, sociocultural.

Fortalecer las variables, psicológica, sociocultural, evolutivas y espiritual al reinventar su historia mediante la construcción de su proyecto de vida.

Fortalecer las estrategias de afrontamiento de la familia al propiciar la vivencia de la pérdida y despego afectivo anticipado.

Estrategias de Afrontamiento
Técnicas Utilizadas
Metáfora
Redefinición

Sesión 8

Fase Social

Comentar como se han sentido, intercambiar la experiencia de la tarea.

Fase de Interacción:

Actividad 1: “La despedida”

Actividad 2: “Ser y Soñar”

Fase de Pausa

Fase de Elogio

Fase de consejo de Experto:

Cierre:

Técnicas de Respiración

Sesión 9	Despedida	<p>Identificar desde la experiencia práctica el impacto de la intervención de Enfermería en Salud Mental en las familias con un miembro en proceso paliativo.</p> <p>Analizar los datos correspondientes a la fase final del Proceso de Atención de Enfermería en las familias participantes.</p> <p>Promover la comprensión de las familias acerca de la condición patológica de su familiar.</p>	<p>Perfil de salida</p> <p>Fisiología y procesos de salud enfermedad.</p>	<p><i>Fase social.</i></p> <p><i>Fase de Interacción:</i></p> <p>“Nuestras experiencias”</p> <p>Recolección de datos</p> <p><i>Fase de Pausa</i></p> <p><i>Fase De Elogio</i></p> <p><i>Fase consejo de Experto:</i></p> <p>Exposición Participativa</p> <p>Cierre y Entrega del título</p>	<p>Computadora</p> <p>Videobeam</p> <p>Material didáctico</p> <p>Certificados impresos</p>
Sesión 10	Aprendizajes	<p>Las familias conocerán los aprendizajes generados, de la Intervención de Enfermería realizada.</p>	<p>Resultados</p>	<p>Exposición Participativa</p>	<p>Computadora</p> <p>Videobeam.</p>

L. Implementación: Descripción de la Intervención de Enfermería en Salud Mental

Partiendo de la diferenciación que caracteriza a cada sistema familiar, se presenta a continuación la implementación de la intervención por familia.

L.1 Familia Herrán.

A. Contexto de la Situación.

Las sesiones se inician el 6 de julio del 2016 con el planteamiento del contrato terapéutico, se acuerda desarrollar una vez a la semana a partir de las 7:30 p.m. El primer encuentro fue desarrollado en la casa de habitación de G.R. (Madre de la persona identificada) y los restantes fueron en la casa de Habitación de E.Z.M (Esposa).

Durante 3 semanas consecutivas las sesiones se lograron, sin embargo, por situaciones familiares (enfermedad de G.R.) así como asuntos laborales de E.Z.M. (Esposa) se genera una pausa de tres semanas posterior a la cual se reinicia el proceso el 11 de agosto. De acuerdo con el planeamiento, se desarrollaron 9 sesiones sustentadas en el diagnóstico de entrada. (duración promedio 100 min.).

Fortalezas: Destacan el esfuerzo y la constancia en el proceso.

Limitantes: constantes llegadas tardías, Interrupciones (ruido externo de mascotas, familiares entre otros) y poca participación o desinterés en el proceso.

B. Relato de lo Ocurrido.

Para efectos de la construcción del relato se consideran las sesiones en las que se identifican aspectos relacionados a los cambios terapéuticos más relevantes que se suscitaron en el sistema familiar.

Para las tres primeras sesiones el grupo se caracterizó por una participación de mujeres mayores de edad, en la cual, M.B.R (hermana de la persona identificada) fungió como compradora, su liderazgo lo reflejaba en los comentarios y aportes constantes que realizaba. Por su parte G.R. (Madre) y E.Z.M. (Esposa) se desempeñaban como visitantes, sus aportes eran escasos y limitados, se percibía gran tensión entre ambas lo que obstaculizaba la participación principalmente de E.Z.M. (Esposa) que se mostraba silente, conducta reiterada hasta la cuarta sesión donde abandonan el proceso G.R. (Madre) por alteraciones en su salud, M.B.R (hermana) por considerar que los que

deben participar en la intervención es la familia directa y P.B.Z (hija Mayor) por razones de estudios, se incorpora D.B.Z. (Hija menor) de 16 años.

Con su participación la dinámica dio un giro inesperado, E.Z.M. (Esposa), jerarquizaba la comunicación y ejercía poder, pasa a desempeñar un rol de compradora, mientras que D.B.Z. (Hija menor) variaba de visitante a compradora. Por su reciente integración se decide retomar los temas de autoestima y comunicación con el fin, además, de generar empatía. Los aportes de D.B.Z. (hija menor) eran claros y fuertes, permitiendo una visión amplia de las relaciones intrafamiliares, que hasta ese momento habían sido invisibilizadas, D.B.Z. (Hija menor) se asume como aliado terapéutico, lo que generó gran empatía para consolidar el proceso.

El cambio en la relación con el terapeuta permitió un nivel de autenticidad en los temas tratados y profundidad al momento de la intervención, así por ejemplo es mediante los aportes de D.B.Z. (Hija menor) que se evidencia el tipo de comunicación que se percibe en la familia expresando: “Yo creo que mala, a veces con todos, todo es grito y también cuesta mucho que digan gracias y por favor...” (Comunicación Personal, Sesión 4, 11 de agosto, 2016)

Para la Quinta sesión: El estrés en mi vida, realizada el 12 de agosto del 2017, cuyos objetivos específicos consideraron: Facilitar la reflexión sobre el estrés y sus efectos en el entorno intra e interpersonal del sistema familiar; Promover la comprensión sobre la importancia de la percepción (Emociones y sentimientos) ante la capacidad para enfrentar las situaciones cotidianas personales y las de su familiar; Identificar los estímulos de los entornos externos, interno y creado que influyen en su persona como factores potenciadores del estrés.

La Fase social, fue guiada mediante la Actividad “Rueda de Muecas” para introducir la estrategia de la risoterapia, dónde las clientes debían comentar algo diferente que habían identificado durante la semana, al decirlo como un globo, ambas se mostraban relajadas, E.Z.M (Esposa) compartía sus comentarios con tranquilidad, presentaba además mucha energía, mientras que D.B.Z (Hija menor) continua con una expresión clara y coherente de sus sentimientos y pensamientos, durante esta fase se destaca la cercanía entre las clientes.. Ambas acuerdan que se han podido “comunicarse mejor...” (Familia Herrán, Comunicación Personal, Sesión 5, 19 de agosto, 2016).

Para la fase de Interacción, la Actividad titula: “Nuestra Realidad” permitió que la familia comprendiera la importancia de la percepción (5 sentidos), emociones y sentimientos al afrontar la

cotidianidad mediante 5 pruebas y ambientaciones especiales que estimulaban o inhibían el uso de los diferentes sentidos y emociones, además construyen una historia que permite la comprensión de la teoría del estrés y sus estrategias de afrontamiento, al identificar los elementos involucrados desde la técnica de la redefinición y externalización de sus situaciones cotidianas, a continuación el relato:

“...Esa persona necesita ayuda es una persona bipolar, a veces esta triste y a veces feliz...necesita ayuda, pero no busca la manera de que le ayuden...es antisocial, quiere resolver las cosas el mismo sin que nadie le ayude, pero es muy positivo por eso no quiere que nadie le ayude y quiere resolverlo solo pero no le resulta, entonces finalmente él tiene que buscar ayuda y lo busca en los pocos amigos que tiene...”
(Familia Herrán, Comunicación Personal, Sesión 5, 19 de agosto, 2016).

La construcción del relato permitió desde la técnica de la metáfora y la deconstrucción de la situación planteada, que los clientes se identificaran con cada elemento que confrontó el personaje de la historia: su condición, la búsqueda de la ayuda, la forma en que se visualiza el personaje, la situación que enfrentaba, según lo comenta D.B.Z. (hija menor): “...tal vez vio que la situación no era tan complicada y ella quiso resolverla sola pero no pudo y eso creció...” (Comunicación Personal, Sesión 5, 19 de agosto, 2016)

Emerge el tema de la condición de su padre y mediante la técnica de la externalización, la familia visualizó las situaciones de estrés desde lo vivido, lo que permite un intercambio por primera vez de su sentir, a continuación, un fragmento de lo comentado:

D.Z.M. (hija Menor): En realidad papi no quiere ayuda...y eso me duele.

Facilitador: ¿Y cómo afrontas eso que sientes D.B.Z. (Hija Menor)?

D.Z.M. (hija Menor): Diay dejándolo... (con lágrimas en sus ojos)

Facilitador: ¿Quieres hablar más de eso, veo lágrimas en tus ojos?

(Pero quien contesta es la madre.)

La familia reconoce que prevalece como forma de afrontamiento la evitación, pero mediante la técnica de la redefinición comprende que existen otras formas como el “enfrentar la situación” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 5, 19 de agosto 2016)

Posterior a la fase de pausa, el elogio se desarrolló desde la técnica de connotaciones positivas, dónde se reforzó a la familia, la disposición de cada uno de los miembros en el proceso y la apertura que han tenido a comunicar sus sentimientos.

La tarea se orienta a que la familia identifique cuales son los mecanismos de afrontamiento que más utiliza durante la semana y si son efectivos, se insta además a continuar con la bitácora personal.

La fase de consejo de experto comprendió la retroalimentación y consolidación de los conceptos elaborados por la familia con el fin de ampliarlos.

La fase de cierre de la despedida, se realiza una técnica de Relajación, al respecto comentan: “...me siento diferente, me siento como liviana...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 5, 19 de agosto 2016)

La sesión seis del 25 de agosto del 2016, se desarrolló bajo los objetivos de identificar los estímulos de los entornos externos, interno y creado que influyen en su persona como factores potenciadores del estrés; facilitar el análisis de los roles para reestablecer la variable evolutiva y sociocultural de los familiares con un miembro en proceso paliativo y promover el aprendizaje de nuevas herramientas de afrontamiento que les permita reestablecer su energía intra e interpersonal.

En la fase social posterior a la bienvenida y al identificar lo nuevo durante la semana, la familia confirma que no realiza la tarea por no tener “tiempo...para pensar” (E.Z.M. (esposa) Comunicación Personal, Sesión 6, 25 de agosto del 2016) por lo cual se retomó lo relacionado con las estrategias de afrontamiento del estrés mediante la metáfora del Escudo (estrategia de creación propia) y su fortalecimiento, dónde se construye, desde los aportes de sus experiencias cotidianas, la relación de las estrategias de afrontamiento que provienen de cada uno, como mecanismos personales que funcionan para enfrentar las situaciones de la vida, al igual que un escudo que nos protege. Muchos de sus aportes se orientaron por un lado a la queja por todas las labores en E.Z.M. (esposa) y a la capacidad que tuvo D.B.Z. (hija menor) de visualizar como fácil un examen que realizó, en relación con las estrategias comentaron:

“... yo solo hago y al final, del día estoy cansada y agotada y lo enfrente acostándome y durmiéndome...” (E.Z.M. (esposa), Comunicación Personal Sesión 6, 25 de agosto 2016).

Comentan que cuando algo le genera estrés es "...pasar por alto muchas cosas y no hacerlas..." (E.Z.M. (esposa), Comunicación Personal Sesión 6, 25 de agosto 2016). Se confronta con la pregunta ¿Qué pasaría si usted no lo hace? A lo que responde "Díay tengo más trabajo". (E.Z.M. (esposa), Comunicación Personal Sesión 6, 25 de agosto 2016)

Los ejemplos externados por los clientes al indagar en las situaciones de estrés, se basaron exclusivamente en los entornos laborales y escolares, por lo que se hace uso de la técnica de enfocar para centrar la atención en la situación vivida con su familiar, y reconocen como mecanismos de afrontamiento para E.Z.M. "Dormir", mientras que para D.B.Z "bañarse" porque: "siente que todo se le va" (Comunicación Personal Sesión 6, 25 de agosto 2016) pero cuando existen situaciones familiares D.B.Z, prefiere "dormir" por otra parte E.Z.M. (esposa) comenta: "Bueno yo enfrentar la situación porque le guste a uno o no, aunque en esa situación le digan defectos de uno... que yo estoy haciendo algo mal, enfrentar..." (E.Z.M. (esposa), Comunicación Personal Sesión 6, 25 de agosto 2016).

Ambas concuerdan que no son tan efectivas pero que continúan el día a día, sin embargo, para la fase de interacción, el tema emergente se relacionó con lo externado por D.B.Z (hija menor) al afirmar que ella se duerme para evitar a su madre; lo anterior provocó la necesidad de abordar la situación inmediata y dejar de lado los objetivos a tratar en dicha sesión, ante lo externado E.Z.M (Esposa) con gran asombro y molestia comenta: "... me despierto, son las 10 o 11 de la noche y D. con el uniforme...veo que el cepillo de D. está seco es que no se ha lavado los dientes..." (Comunicación Personal Sesión 6, 25 de agosto 2016).

La madre evidencia en su comunicación no verbal constante control con la mirada hacia su hija, y distintas expresiones faciales, así como control, al externar su preocupación por el poco compromiso de su hija en los estudios, en su conducta, en sus hábitos y rutinas cotidianas. El constante fracaso escolar y aparente poco compromiso con el proceso educativo es lo que desde la perspectiva de la madre la hace actuar de esa manera, argumentando,

...a mí lo que me ha preocupado es que estudie... cuando yo vengo no la encuentro estudiando... pero si yo la viera que saca buenas notas, que la veo buscando información, yo ni me metería con ella, pero como no..." (E.Z.M (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 6, 25 de agosto 2016)

E.Z.M. (Esposa) externa además la concepción de la adolescencia mediante expresiones como “indecisos” e “irresponsables” y agrega: “me preocupa que no cumplan con la responsabilidad” (Comunicación Personal, Sesión 6, 25 de agosto 2016) constantemente expresa las aspiraciones que tiene para con su hija y refiere:

“...diay yo no sé qué estaré haciendo mal...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 6, 25 de agosto 2016)

“Qué pasa cuando uno no le dice nada a alguien...hay desinterés sobres la otra persona...si yo llego y nada más hola...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 6, 25 de agosto, 2016)

El constante control ejercido por su madre rompe con la interacción hacia D.B.Z. (Hija menor) lo que generó gran hermetismo y llanto desconsolado durante la sesión, que se aborda con técnicas de respiración e intervención en crisis.

D.B.Z. (Hija menor), por su parte, entre llanto y gestos de angustia, externa la inconformidad de la relación y el trato que recibe por parte de su madre comentando, “...mami cree que yo no hago nada...porque estoy haciendo otra cosa cuando llega...” y refiere “...es todo si no como, si me duermo temprano, si me duermo tarde, si los dientes, si no me levanto...” (D.B.Z. (Hija menor), Comunicación Personal, Sesión 6, 25 de agosto, 2016)

Mediante la técnica del enfoque se colabora con D.B.Z. (Hija menor) para autodefinirse; al respecto comenta que se ve como una persona “...grande de edad...”. y lo demuestra con “madurez” al “ver las cosas de otro punto de vista...”, se considera “responsable, hago todos los trabajos y los trabajos los terminé en el cole el día que me los dejan...” (D.B.Z. (Hija menor), Comunicación Personal, Sesión 6, 25 de agosto, 2016)

La técnica de de-construcción de la queja de ambos clientes, permite que la madre se muestre objetiva y cuestione la situación desde su rol comentando: “yo no quiero que ella piense que es para hacerla sentir mal... Yo le digo las cosas para que madure para que suba, suba, suba...” E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 6, 25 de agosto, 2016)

Además, refuerza su comentario con aspectos positivos de su hija; sin embargo, se dirige hacia la facilitadora, por lo que se orienta a que se exprese hacia su hija:

“...Verdad que yo se lo he dicho que estoy muy orgullosa de usted, que es muy capaz y nunca le he dicho que es tonta ni nada es muy inteligente...” E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 6, 25 de agosto, 2016)

D.B.Z. (Hija menor) posterior a un silencio y a la intervención desde un diálogo socrático, verbaliza que “la dejen sola para sentirse responsable en todo...” (Comunicación Personal, Sesión 6, 25 de agosto, 2016)

A lo que la madre agrega:

“...que la deje estudiar en el momento que desee, que, si tiene que presentar un trabajo que yo no le diga, si necesita un material en todo eso si habría entonces que darle la oportunidad...usted quiere que yo le dé la oportunidad? (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 6, 25 de agosto 2016.)

D.B.Z (hija menor) solamente afirmaba con su cabeza, mantenía la mirada hacia el suelo y las lágrimas fluían.

La fase del elogio se orientó a felicitar a cada uno por permitirse el expresar lo que sienten y desde la connotación positiva a destacar el rol de una madre interesada en el bienestar de su hija. Para la tarea se les solicitó a los clientes que buscaran espacios para conversar y comunicarse de una mejor manera. Si bien el consejo de experto fue una constante durante todo el desarrollo de la sesión en temas de comunicación, se profundiza en este punto mediante la técnica de la redefinición, al conceptualizar de forma positiva la etapa de la adolescencia y a analizar los roles que cumple la madre con relación a su hija.

Posterior a la sesión, según lo comenta la madre, se establece en el sistema filial un nuevo contrato que se orienta a brindar mayor autonomía y diferenciación hacia las partes implicadas,

“Le dije tiene que ser responsable porque para llevarnos en paz...yo no voy a estar encima ni nada...le dije que la quería, que era muy importante para mí, la abraza y que me dijera si estaba fallando en algo... nos sirvió anoche porque ella dijo lo que ella sentía yo creo que se liberó y yo la entendí... y le dije que está bueno que haya dicho lo que sentía...porque había cosas que yo no sabía, ando un poquito tranquila porque voy a soltarla...” (E.Z.M.(Esposa), Comunicación Personal, Sesión 7, 1 de setiembre, 2016)

Para la sesión 8, desarrollada el 1 de setiembre del 2016 desde los objetivos de construir un nuevo significado de la enfermedad y la muerte que le permita, a la persona y su familia, redefinir su experiencia; reforzar la variable psicológica, espiritual y evolutiva al analizar los significados del proceso vivido; promover un espacio para que la familia redefina su experiencia y reconstruya la relación con lo que se ha perdido para reforzar la variable espiritual, psicológica, fisiológica, sociocultural. La temática por desarrollar fue el duelo y la pérdida bajo la técnica El significado de Nuestra vida, según calendario se desarrollaría en la sesión 7, sin embargo, se decide esperar a D.B.Z. (Hija menor) que se ausentó a la sesión por razones de estudio, al considerarse un tema fundamental para el sistema.

La fase social se inicia con la pregunta circular ¿cómo han estado y que hay de nuevo en su semana y cómo les ha ido con las nuevas reglas que ellos mismos establecieron? (Facilitadora, Comunicación Personal, 1 de setiembre, 2016) a lo que responde:

“bien” (D.B.Z (hija menor), Comunicación Personal, 1 de setiembre, 2016)

“...un poco difícil...pero dándole confianza a ella...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, 1 de setiembre, 2016)

Ambas describen su relación “más amena, ya no pelean tanto, con más unión...” (Familia Herrán, Comunicación Personal, 1 de setiembre, 2016) se busca desde la técnica de las excepciones, identificar los momentos en que se han sentido así y mediante la técnica de intensidad acentuarlos.

Con el fin de continuar reforzando el vínculo, se inicia la fase de interacción desde la técnica de la metáfora y mediante la lectura del Eclesiastés. La familia realizó un recorrido por las vivencias relacionadas en el proceso vivido con su familiar, descrito desde el momento de la crisis, el proceso y el momento presente. Esta sesión significó para la familia un encuentro, al ser la primera vez que externaban las vivencias personales, se muestran a continuación algunos fragmentos relevantes con relación al momento de la crisis;

“...fue muy duro, fueron cambios fuertes el empezar a trabajar, el ir y venir tener una responsabilidad que tienes una persona y saber que cuando vuelva ahí iba a estar esa persona enferma...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, 1 de setiembre, 2016)

“Yo no sabía, todos los grandes hablaban y a nosotros no nos decían nada, nos dejaron a fuera... no sé me sentí mal pero no podía decir...nada a nadie... lo que sentía, me los guardé...no venía a la casa porque no quería verlo así...” (D.B.Z (hija menor, Comunicación Personal, Sesión 8, 1 de setiembre, 2016)

Mediante la deconstrucción de la queja, la familia profundiza en lo vivido durante esos momentos; además, establece remembranzas claves en el vínculo afectivo que se mantenía con su padre/esposo, refiriendo: “Me hace falta que salgamos mi papá y yo a jugar... que se enoje que hable, porque de verdad no me acuerdo de cómo hablaba... o cuando me ayudaba para que mami no me regañara...” (D.B.Z. (Hija menor), Comunicación Personal, Sesión 8, 1 de setiembre, 2016)

La familia desde la externalización ubica el significado de la condición actual de su padre/esposo comentado: “...lo que siento, es un vacío, aunque él este, hace falta lo que él era...es pensar que se mantenga así o que se mejore...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 8, 1 de setiembre, 2016)

Posterior a este proceso de compartir y analizar la situación actual con su familiar, los miembros de la familia logran desde la técnica de la redefinición asignar a su situación actual un significado positivo, comentando,

“...papi fumó desde los 14 años y yo no quiero fumar un cigarro ni nada ni estar sin dientes...es una lección...” (D.B.Z. (hija menor), Comunicación Personal, Sesión 8, 1 de setiembre, 2016)

“Yo siempre decía yo creo que Dios no me manda pruebas porque yo no las voy a soportar, no voy a ser capaz, y cuando llego esta prueba, yo saqué fuerzas no sé ni de dónde... me quedaba sorprendida por lo que hacía instantáneamente...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 8, 1 de setiembre, 2016)

“...quisiera que volviera a hablar, aunque fuera mal hablado...pero ahora él es muy cariñoso y como atento, ya uno ni sabe que quiere lo del pasado o lo del presente...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 8, 1 de setiembre, 2016)

Además, se destacan los nuevos momentos compartidos, permitiendo una aceptación de la realidad familiar, comentando: “Yo creo que uno comparte con él y uno le gusta ponerlo a hacer cosas...la idea es que se sienta bien y no se deprima...nadie...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 8, 1 de setiembre, 2016)

Posterior a la pausa, la Fase de Elogio se centró en la capacidad de la familia para compartir, al abrir sus corazones, y el reforzar a la familia como la red de apoyo principal en los momentos más difíciles de la vida, se reconoce la claridad de D.B.Z. (hija menor) para expresar sus emociones y la sinceridad con que se muestra en cada momento.

Para la tarea se invita a la familia a continuar compartiendo los momentos para que renueven su comunicación y que se permitan el compartir sus experiencias y sentimientos al comer, salir o realizar alguna otra actividad juntas.

En la fase de consejo de Experto se profundiza el tema del duelo y la pérdida (ya que se trabajó durante toda la sesión) de cómo ésta vivencia puede afectar a cada miembro y a la familia: Se realiza una construcción en conjunto con la familia de los principales tópicos, lo que contribuye a la redefinición de su situación, la familia acuerda que no sabía que tenían que realizar un duelo porque nada más se hace cuando alguien muere por lo que desde la técnica de la redefinición reconocen que han vivido “...un duelo de emociones y sentimientos...” (Familia Herrán, Comunicación Personal, Sesión 8, 1 de setiembre, 2016)

Se percibe gran camaradería entre los clientes y empatía, demostrado en risas, miradas acompañadas de gran calidez.

Fase de Cierre: La despedida del sistema familiar además de aclarar dudas y reforzar algunos comentarios realizados por los clientes, se realiza con el Ritual: “La despedida”, dónde se le entrega una hoja en blanco a cada una, con el fin de que escriban ahí, una carta de despedida a sus temores, sentimientos y den la bienvenida a todo aquello que esperan de esta nueva etapa. La carta posteriormente fue quemada, lo que, desde la técnica de la metáfora, significa el decidir construirnos nuevamente al “reinventarnos” para tener una mejor calidad de vida.

C. Síntesis del proceso

Para la síntesis del proceso se consideran los principales cambios observados en el sistema desarrollados por eje temático.

Eje temático: La autoestima.

La familia reflexionó sobre la concepción de la autoestima y su importancia para el intercambio adecuado de energía entre el sistema cliente. (persona y familia) y el entorno (interno, externo y creado) y concluyen que la autoestima es una construcción personal y social dónde influye lo que otros piensan y expresan de nosotros, definen a la autoestima como el dominio de conocerse y un

motor que los impulsa a seguir adelante, mejorando y enfrentando las situaciones cotidianas. Platean entre la importancia de una autoestima positiva, la consecución de una buena relación familiar, así como “Le ayuda a uno a estar seguro de uno mismo, no tener temor de decir lo que uno tiene que decir...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 4, 11 de agosto, 2016)

Al finalizar la intervención se observa a E.Z.M. (Esposa) con mayor seguridad tanto en los aportes que ella brinda como en su expresión corporal y verbal aseverando: “En este proceso me he descubierto... yo puedo opinar, puedo decir, puedo sentir...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016). Por su parte D.B.Z (hija menor) comenta: “...me hizo estar consciente de mi vida...” (Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

Eje Temático. La Comunicación.

La familia comprendió la importancia de la comunicación efectiva para el intercambio de energía intra, inter y extrapersonal, al considerar que se comunican consigo mismas y con el entorno, reconocen el tipo de comunicación que prevalece en el sistema, siendo disfuncional y evasivo, comprenden además los factores que intervienen en la calidad: lo que piensan o vayan a pensar de nosotros, la expresión verbal y no verbal, así como las emociones. Finalmente se instaura en la familia, herramientas de comunicación basado en la asertividad, lo que contribuyó al intercambio adecuado de energía, al fortalecer las líneas de resistencia, al externar sus vivencias positivas y negativas, tanto cotidianas como con su familiar, en relación a alguna situación relevante, del cual afirman que la han utilizado: “Y vieras la comunicación es todo porque ya yo lo digo con respeto y todo muy bien...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

Consideran además que una buena comunicación, es base para disminuir las diferencias y que se logra únicamente: “sacar el tiempo para estar ahí, escuchar y dejar lo demás...hablar con respeto...” (Familia Herrán, Comunicación Personal, Sesión 4, 11 de agosto, 2016)

Eje Temático: El Estrés.

La familia comprende la influencia tanto del estrés cotidiano relacionado a sus roles personales y los relacionados a su familiar, y acuerdan que: “...los cinco sentidos influyen en la percepción de nuestra cotidianidad y en la comunicación con el entorno...” (Familia Herrán, Sesión 5, 19 de agosto 2016); comprenden la evaluación cognitiva que se realiza ante las situaciones, así como la influencia de los pensamientos automáticos que se suscitan, comentando “depende del pensamiento

me puedo estresar más...” Plantean que la mejor forma para controlar o disminuir el estrés es cambiando uno mismo, refiriendo: “Cambiar uno la forma de ver las cosas...” (Familia Herrán, Sesión 5, 19 de agosto 2016). Indican, además, que las características personales hacen a las personas reaccionar y enfrentar de forma distinta las situaciones cotidianas. Con relación a los recursos de afrontamiento mencionan, “el escudo, es como una maya que tiene uno para protegerse...” (E.Z.M. (Esposa) Comunicación Personal, Sesión 5, 19 de agosto, 2016). Construyen la concepción de estrés comentado: “...las cosas que pasan todos los días que a uno lo impacientan y lo alteran...” (D.B.Z. (Hija Menor), Comunicación Personal, Sesión 5, 19 de agosto, 2016).

Se reestructura los marcos cognitivos relacionados al ciclo vital, los roles, así como la experiencia de vida, con lo que se establece una nueva forma de interacción en el sistema que permita la diferenciación y autonomía durante el proceso con lo que se fortalece la variable psicológica, evolutiva y sociocultural que se ve reflejado en la toma de decisiones y en la reubicación del ciclo vital.

“Y vieras D. súper bien...ella se ha empuchado con los exámenes y todo, yo no me he metido con ella...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

“Me siento muy bien...porque me he puesto a estudiar de mi parte y si salgo bien...soy yo... y bien...que nació de mí...” (D.B.Z. (Hija menor), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

Eje Temático: La Pérdida.

Los miembros de la familia exploraron los significados del proceso vivido, con lo que se logra redefinir la experiencia, al reconstruir la relación con la enfermedad, consideran: “...si lo hubiéramos compartido hubiera dolido menos y más que aceptar la situación para enfrentar la situación...” (Familia Herrán, Comunicación Personal, Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016). Por su parte el analizar cada momento de vida y su efecto en nosotros, es una “ayuda a aceptar y ver diferentes las cosas...” y afrontarlas de mejor forma, reconocen que el duelo significa un cambio comentado “Uno si lo vivió, pero en el corre, corre, no puede pensar más...y esto nos ayuda aprender y a cambiar...” (E.Z.M. (Esposa) Comunicación Personal, Sesión 8, 1 de setiembre 2016)

Se reestablece la variable evolutiva y sociocultural, al fortalecer la integración familiar resultando en relaciones fusionadas,

“Lo que vivimos reforzó la relación con mi papá, con mi esposo y entre nosotros...”

(Familia Herrán, Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

“Hay mucha tranquilidad, hay como más colaboración...han estado ayudando y colaborando...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

L.2 Familia Naranjo.

A. Contexto de la Situación.

La alianza terapéutica se acuerda los miércoles a partir de las 6:00 p.m. Se ubica en la casa de habitación de M.M.D (segunda hija), siendo la sala de la residencia el espacio designado, la cual contaba con los inmuebles necesarios para albergar a 7 personas y ubicarlo según las necesidades de las sesiones (forma circular, separando las alianzas o coaliciones que se identificaron durante el proceso).

El proceso terapéutico en este sistema familiar se inicia el 13 de julio del 2016, se desarrollaron 9 sesiones (duración promedio de 160 min.) Se cuenta con la participación 2 hijas y un hijo de la persona identificada (M.M.D., A.M.D., M.M.D (hija) así como dos nietas (M.C.M., M.T.M.) para la primera sesión surge el reclamo del sistema por la nula participación de sus otros hermanos y hermanas, por lo que se les recomienda invitarlos con el fin de generar mayor compromiso y visualizar la dinámica de todo el sistema. Para la segunda sesión participan todos los miembros del sistema fraternal (7 hermanos); sin embargo, finalizan la intervención únicamente M.M.D. (segunda hija), C.M.D. (hija Menor), M.M.D (hija mayor), H.M.D (hijo menor) y las dos nietas.

Fortalezas: Muestran gran compromiso e interés en el proceso desarrollado, así como en el bienestar de sus familiares, gran resiliencia y tendencia a mejorar. Actitud positiva de H.M.D (hijo menor) lo que propició la apertura del sistema.

Limitantes: La tendencia de M.M.D. (segunda hija) a la queja, lo que sabotaba los progresos del sistema; el atender al familiar de forma constante, representaba una distracción significativa en el proceso de la sesión, debido a que tienen que levantarse y estar atentos, conducta exacerbada

principalmente en M.M.D. (segunda hija) en momentos de introspectivos de la sesión; sesiones extensas para generar la participación de todos los clientes.

B. Relato de lo Ocurrido.

Para efectos de la construcción del relato se consideran las sesiones en las que se identificaron aspectos relacionados a los cambios terapéuticos más relevantes que se suscitaron en el sistema familiar.

Este es un grupo familiar liderado por mujeres, con escasa participación de los hombres, mantiene un modelo de relación terapéutica mostrando a M.M.D. (segunda hija) como demandante, M.M.D (hija mayor) como compradora, y a M.C.M (nieta), M.T.M (nieta) y A.M.D. (Hijo) como visitantes.

Se identificó el poder y jerarquía en M.M.D. (segunda hija) quien externaba mayores aportes verbales con tendencia a la queja, lo que influenciaba a los demás miembros y condicionaba de esta manera la participación en el proceso. C.M.D. (hija menor) se muestra muy participativa; sin embargo, dispersa la información y los temas que se desarrollan, toma la palabra constantemente.

La tercera sesión llamada Contacto Íntimo, fue desarrollada el día 27 de julio bajo los objetivos de: Promover la comprensión sobre la importancia de la comunicación efectiva para el intercambio de energía intra, inter y extrapersonal; Identificar los principales obstáculos en la comunicación cotidiana que interfieren con el intercambio de energía intra, inter y extrapersonal; Promover la comunicación asertiva en el sistema, al instaurar herramientas de comunicación que contribuyan al intercambio de energía entre el entorno interno, externo y creado con el fin de reforzar la variable psicológicas, sociocultural, evolutiva y espiritual. En ella se encontraban presentes únicamente M.M.D. (segunda hija), M.T.M. (nieta), M.M.D (hija mayor), M.C.M (nieta) y C.M.D (hija menor), se separan las alianzas entre los asistentes con el fin de incrementar la interacción entre todos los clientes.

Así, la fase social, se inició con la actividad de bienvenida a cada uno de los miembros y la pregunta ¿qué hay de nuevo en la semana?; al respecto la familia muestra gran disposición y alegan que la tarea de la sesión 2 (consistía en completar durante 1 semana las frases relacionadas a los pilares de la autoestima, por ejemplo: Vivir de manera consciente significa para mí...) los hizo pensar más en cada uno. Por lo tanto, desde la técnica de las excepciones se profundizó en los

cambios que cada integrante experimento al cumplir todos con la tarea, entre estos: “reforzar valores... reflexionar y mejorar individualmente...a buscar propósito en sus vidas... valorar las pequeñas cosas...a valorarse...” (Familia Naranjo, Comunicación Personal, Sesión 3, 27 de julio, 2016). Dichos aportes fueron constantemente reforzados durante toda la sesión.

La fase de Interacción fue precedida por el video foro “Kismet Dinner” que, desde la técnica de la metáfora, contribuyó a que se iniciara un conversatorio sobre la comunicación prevalente en el sistema familiar, comentando éste: “Poca comunicación si hay... si uno quiere hablar algo entonces lo hace molesto si no hay comunicación...” (M.M.D (segunda hija), Comunicación Personal, Sesión 3, 27 de julio, 2016)

Adjudican la poca comunicación, a la falta de colaboración y tensión que existe dentro del sistema familiar, todo ello provocado por el proceso de cuidado del familiar, expresando en relación con los hermanos que no están presentes: “Ellos saben que estamos cansadas y saben que la situación es difícil, pero nadie ha dicho nada...” (C.M.D. (hija Menor), Comunicación Personal, Sesión 3, 27 de julio, 2016). M.M.D (hija).

Consideran que “Quizás esto era de familia... porque mis papás eran muy reservados... entonces, como han sido las familias vengán a repercutir, tal vez a nosotros mismos, es que somos cerrados... Ni con las hermanas...” (Familia Naranjo Comunicación Personal, Sesión 3, 27 de julio, 2016), siendo el género y el cuidado un tema emergente.

Con el fin de enfatizar en la importancia de la comunicación en las personas presentes, se realiza la lectura del Contacto Íntimo de Virginia Satir, desarrollada bajo la técnica del enfoque, de la cual comentan: “Habla de nosotros de saber expresarse...” (C.M.D. (hija menor), Comunicación Personal, Sesión 3, 27 de julio, 2016); reconocen que no existe ningún contacto íntimo consigo mismo, lo que provocó además cuestionamientos acerca de sus relaciones intrafamiliares comentando, “Pensamos que quizás las cosas estaban bien pero nos estamos dando cuenta que no, que hay algo mal...” (M.M.D. (segunda hija), Comunicación Personal, Sesión 3, 27 julio, 2016)

La resistencia en los subsistemas se evidenciaba en poca participación, al mantenerse callados durante el desarrollo de la sesión.

Posterior a la pausa, en la fase de elogio, se destacan todas las connotaciones positivas que se evidenciaron al comunicarse y el reconocer el esfuerzo realizado, reforzándose al sistema con la actividad “Reconociéndonos” (creación propia), la cual consistió en dar a cada participante un

papelito en el cual debían anotar características positivas que admiraran de los otros miembros de la familia para posteriormente pegarlos en la espalda de cada uno; luego las personas colocados en una fila procedieron con la lectura de las características señaladas a la persona que se ubicaba adelante. La actividad permitió instaurar en el sistema, otra forma de comunicación asertiva, al expresar y aceptar los elogios, al compartir la percepción que tenían de los otros y a propiciar el contacto físico; sus rostros reflejaban mucha alegría y sonrisas. Además, comentaron que es extraño que le digan las cosas pero que se sienten bien; algunos adjetivos utilizados por la familia Naranjo fueron: “Luchadora, trabajadora, buena hermana y le gusta ayudar” (características de M.M.D. (segunda hija), “Humilde, colaboradora, servicial y buena hija...” (Características de M.C.M.); “Responsable, correcta, cariñosa, amable” (Características de M.T.M.); “Amable, dadivosa, emprendedora, trabajadora” Características de M.M.D (hija mayor); “Buena madre, servicial, alegre y amable” (Características de C.M.D (hija menor) (Comunicación Personal, Sesión 3, 27 de julio, 2016)

Para la fase de la Tarea, se insta a la familia a buscar espacios en los que puedan establecer contacto verbal (actividades, cenas, espacios recreativos) con el fin de fortalecer las líneas de comunicación.

Durante la Fase de consejo de Experto, se ampliaron los temas emergentes relacionados al cuidado de la madre y las demandas, que tanto a nivel familiar como individual implica; además, la ausencia de los hermanos en el proceso, las hace cuestionar de forma constante su actuar, analizando la influencia del género en el cuidado de los otros, con tendencia a justificar la labor de los otros y minimizar su actuar, si bien se permite el que la familia principalmente M.M.D (segunda Hija) y M.M.D (hija) externen su sentir, se muestra reiteradamente su necesidad de compartir su experiencia personal. Para la fase de cierre, la despedida de los clientes fue elaborada desde la “Abrazoterapia”, cuyo fin fue reforzar los vínculos y la cercanía del sistema, se realizaron comentarios como los siguientes: “...Dios los Bendiga...muchas gracias...seguimos la otra semana...” (Familia Naranjo, Comunicación Personal, Sesión 3, 27 de julio del 2019) las personas finalizan satisfechas y muy contentas.

La quinta sesión, del 10 de agosto del 2016, consideró los objetivos de Identificar los estímulos de los entornos externos, interno y creado que influyen en su persona como factores potenciadores del estrés; Facilitar el análisis de los roles para reestablecer la variable evolutiva y sociocultural de los

familiares con un miembro en proceso paliativo, Promover el aprendizaje de nuevas herramientas de afrontamiento que les permita reestablecer su energía intra e interpersonal. Para esta sesión durante la fase social se le da la bienvenida a todos y en especial a H.M.D. (hijo menor), quien se integra posterior a tres sesiones de ausencia y aporta una perspectiva en contraposición a M.M.D. (Segunda hija). Los participantes comparten con él, los temas abordados hasta ese momento de la intervención, posteriormente se abre formalmente la sesión con la pregunta circular ¿cómo han estado y que hay de nuevo?, sin embargo todos mencionaron que la tarea (reunirse todo el sistema fraternal) no se había realizado por demandas de familia, trabajo, salud entre otros; por lo cual se les insta, y desde la técnica de las excepciones, se profundiza en ideas, conductas que puedan facilitar una solución; por lo que al encontrarse cercanos al día de la madre, proponen hacer “un café” aunque sea de 1 hora. Entrelazan el tema del cuidado y las constantes dificultades que enfrentan, expresando: “Estamos cansadas de cuidar a mamá...” (C.M.D. (hija menor) Comunicación Personal, Sesión 5, 10 de agosto, 2016) por lo que la facilitadora desde la técnica de la deconstrucción insta a que la familia exprese su sentir, en relación al cuidado, haciendo uso de la metáfora del carrusel a lo que expresan: “mamá está en el centro y nosotras vamos alrededor” (M.M.D. (segunda Hija), Comunicación Personal, sesión 5, 10 de agosto, 2016)

En la fase de interacción, debido a la preocupación en la familia, se continua desde la técnica Deconstruir la queja, dónde expresan las dificultades en relación con el cuidado y el síndrome del cuidador que han experimentado, siendo un tema nuevo hasta el momento. Emerge en la familia la necesidad de replantear la colaboración en el cuidado por parte de todos los miembros, así sus aportes y vivencias fueron claves para analizar aspectos relacionados con: el cuidado y su sentir al respecto, el permitir que otros participen en el proceso, los sentimientos de culpa por el cansancio, entre otros; generando un análisis de la poca disposición a la ayuda por parte de otros miembros del sistema familiar, comentando “...es un poco difícil porque talvez uno quiere ayudar pero a ellas les da vergüenza, porque la protegen, entonces como va ayudar uno...” (M.T.M. (nieta), Comunicación Personal, Sesión 4, 3 de agosto). Al respecto, M.M.D. y C.M.D comentan “Es que yo creo que mientras hayan hijas la obligación es de la hija...” (Comunicación Personal, Sesión 5, 10 de agosto, 2016)

En este sentido, se invita a la familia a analizar las fortalezas que poseen; sin embargo, todos permanecieron en silencio, comentando M.T.M (nieta) lo siguiente: “...tal vez cada familia en su

núcleo tiene y a nivel individual pero así todos juntos no...” (Comunicación Personal, Sesión 5, 10 de agosto 2016); por tal razón, se enfoca en las características individuales que cada subsistema puede aportar a la familia y al cuidado, en lo que cada una se destaca, y mediante una lluvia de ideas se concluye que la forma de hacer evidentes todas las fortalezas individuales en la familia es mediante: “una cooperación mutua...” (Familia Naranjo, Comunicación Personal, Sesión 5, 10 de agosto, 2016).

Debido al intercambio de ideas realizado, se genera un nuevo rol de cuidado, que logra integrar a todas las personas presentes, y consideran que para el cumplimiento del nuevo rol de cuidado deben mostrar: “Responsabilidad, voluntad, cariño, ayuda, apoyo, motivación, aceptación del proceso que se vive y del apoyo de la colaboración...” (Familia Naranjo, Comunicación Personal, Sesión 5, 10 de agosto 2016). Por otra parte, las cuidadoras principales deben: “Aceptar la ayuda y ceder el espacio... cooperar con ellos...ayudarlos a que se alineen...” (M.M.D (segunda hija) C.M.D (hija menor, Comunicación Personal, Sesión 5, 10 de agosto 2016)

En esta sesión, se da participación de todos los integrantes, destacándose M.T.M. (nieta), quien se mostraba muy segura e interesada en el proceso en contraposición a sus conductas iniciales.

Posterior a la fase de pausa, el elogio se orientó a engrandecer desde las connotaciones positivas, el consolidarse como un sistema donde prevaleció la comunicación asertiva, la conciencia de lo valioso de cada individuo para la familia, así como la disposición durante la sesión, se enfatiza a que como sistema van a compartir la responsabilidad.

La tarea se orientó a invitar a la familia a cumplir con el nuevo rol de cuidado, y mantener ese vínculo que se había consolidado en ese momento.

La fase de experto fue una constante durante la sesión, tanto en temas de comunicación, como la influencia del género y el síndrome del cuidador, esto se trabajó desde la técnica de la redefinición con la canción: ¡Hoy puede ser un gran día!, de Joan Manuel Serrat, con el fin de generar esperanza en el sistema

Para la fase de cierre, se concreta el día y la hora del próximo y, posteriormente se realiza con ejercicios de Respiración, para lo cual se ambienta el entorno con música de relajación y se apagan las luces.

El tema de la pérdida y el duelo desarrollado bajo el título: “El significado de vivir”, se introdujo desde la sesión 6, pero se profundiza en la sesión siete y ocho, para efectos del relato se considera

únicamente la sesión 8, realizada el día 31 de octubre. El fin de esta sesión fue: construir un nuevo significado de la enfermedad y la muerte que le permita, a la persona y su familia, redefinir su experiencia; reforzar la variable psicológica, espiritual y evolutiva al analizar los significados del proceso vivido, promover un espacio para que la familia redefina su experiencia y reconstruya la relación con lo que se ha perdido para reforzar la variable espiritual, psicológica, fisiológica, sociocultural, fortalecer las variables, psicológica, sociocultural, evolutivas y espiritual al reinventar su historia mediante la construcción de su proyecto de vida y fortalecer las estrategias de afrontamiento de la familia al propiciar la vivencia de la pérdida y despego afectivo anticipado.

La fase social de esta sesión da inicio con la pregunta circular ¿cómo han estado y que hay de nuevo? Aquí los miembros del sistema se muestran desilusionados por no poder reunir a toda la familia (actividad familiar que habían organizado); a lo que se refuerza la importancia de las personas que sí estuvieron presentes, además, seguidamente, se enfoca al sistema familiar en la tarea, la cual consistía en escribir los buenos y los malos momentos para darles un significado y crear conciencia sobre ellos. Al respecto, el sistema familiar se muestra más dispuesto a compartir sus sentimientos y temores en torno a sus situaciones de la niñez y de la vida diaria.

La fase de interacción se introduce con la “Lectura del Eclesiastés”, aquí la familia mediante una exposición participativa, expresas su vivencia entorno a las pérdidas y algunos aspectos relevantes. Se realiza una lluvia de ideas de las pérdidas en la vida y se rescata el siguiente relato:

“Una pérdida no es un ser querido, puede ser algo material: la casa, el carro, no sé incluso la billetera con los papeles la licencia... y si hay otras perdidas sentimentales, talvez el darse cuenta que la persona que uno quiere no lo quiere a uno o el darse cuenta que un amigo ya no es de confianza...hasta la perdida de una mascota...”
(C.M.D (hija menor), Comunicación Personal, sesión 8, 31 de agosto, 2016)

Se evidencia en C.M.D. (hija menor) y H.M.D (hijo menor) mayor afectación por la condición de la madre, comentando:

“...la pérdida de memoria, la salud...porque cuando se pierde es algo terrible...es algo de lo que usted sufre y todos a su alrededor no sé si ella sufre, pero nosotros sí...” (C.M.D. (hija menor), Comunicación Personal, sesión 8, 31 de agosto, 2016)

Si bien los miembros establecen como las pérdidas más significativas las de sus seres queridos, hijos, padres, esposos, incluyen procesos relacionados al estudio, oportunidades y el tiempo.

Se transcribe el relato de M.M.D. (segunda hija) en relación con sus pérdidas:

“Para mí la pérdida de mi hijo, pero para poder hablarle tengo que aceptar el verlo consumirse en las drogas, el perder la salud, el proceso que yo viví...ver a una hija que se está divorciando, que perdió el matrimonio, el hijo...el acompañar a una persona en la enfermedad, no porque lo quisiera, porque lo dejé de querer...porque desde soltera me humilló; a lo último me tocó verlo en la enfermedad y verlo ahí viejo hueso en pellejo el acompañar a un ser humano hasta el final duele...”
(Comunicación Personal, sesión 8, 31 de agosto, 2016)

Se promueve desde la técnica de la redefinición, la reconstrucción de la relación con las personas significativas, lo que provoca en los participantes una oleada de remembranzas que generan sentimientos, expresados en: “Que bonito y que emoción el recordarlos a todos...” (Familia Naranjo, Comunicación Personal, sesión 8, 31 de agosto, 2016). Consideran que los recuerdos son fundamentales para mantener el vínculo con las personas, al expresar que ayudan a “mantenerlos vivos en nuestros corazoncitos...” (M.M.D (hija mayor), Comunicación Personal, sesión 8, 31 de agosto, 2016)

Si bien todos acuerdan que las pérdidas duelen, la sesión finaliza al externar “La pérdida no solo es dolor si no recordar momentos bellos hermosos... y estar mejor nosotros...” (Familia Naranjo, Comunicación Personal, sesión 8, 31 de agosto, 2016)

Se percibía en M.M.D. (segunda hija) con actitud defensiva y explosiva, inclusive expresó “ya no quiero decir nada”, lo que la llevo a levantarse de la sala, volviendo unos minutos después, serena y participativa, y comenta: “mi pérdida es de una madre cariñosa de un aprender a atenderla diferente...” (Comunicación Personal, sesión 8, 31 de agosto, 2016)

Posterior a la fase de Pausa, el elogio se basó en ese cambio que se ha observado en un ambiente de comprensión y camaradería, que los ayudó a construir una imagen personal y de familia más consolidado.

En la fase de la tarea, se insta a la familia a continuar realizando todas las cosas que han sido de beneficio tanto personal como familiar y que ha provocado un cambio dentro del sistema, se refuerza la capacidad de aprender de las experiencias y empoderarse de sus vidas.

La fase de consejo de experto se desarrolló desde la redefinición de la perdida y el duelo anticipado, considerando el impacto que representa tanto a nivel personal como familiar.

Para el cierre, además del agradecimiento por la disposición en el proceso, se realiza un ritual de despedida dónde mediante una carta, los miembros de la familia le escriben a esa pérdida o duelo significativo en su vida, la cual eses quemada posteriormente. Se percibe un entorno de gran emotividad y al mismo tiempo alegría entre la familia, acompañado de contacto físico, abrazos, y gestos de gran empatía entre todos.

C. Síntesis del proceso.

Eje Temático: La autoestima.

Las familias reflexionaron sobre la concepción, influencia e importancia de la autoestima, acuerdan que es una construcción personal y social, consideran que la buena actitud así como Dios es determinante para desarrollarla, expresan: “Tratar de que todo salga bien... si uno está fallando en algo, colaborar para que se mejore... para mí todo es la fe en Dios y es la base de esto...” (H.M.D. (hijo menor), Comunicación Personal, Sesión 2, 22 de junio, 2016)

La familia fortalece su autoestima, y comentan que al ser conscientes y tomar un momento para pensar en sí mismos, genera una diferencia positiva en la cotidianidad, comentado:

“Claro que si hubo diferencia, nunca lo había hecho, como pensar en mí, entonces cambio un poco la rutina, porque talvez uno no piensa en uno, solo trabaja, uno hace esto y lo otro o porque uno se sentó y se puso a pensar... (C.M.D. (hija menor), Comunicación Personal, Sesión 3, 29 de junio, 2016)

“he mejorado mucho yo me he sentido diferente y estoy tratando de ver las cosas buenas como el ser fuerte, he estado muy bien... (M.M.D. (segunda hija), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

“...yo me he sentido útil, y más segura de mí, con más interés en todo...” (M.C.M. (nieta), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

“Yo me siento muy bien, creo que he aprendido a valorarme más porque yo no me valoraba tanto, pero yo valgo mucho...” (C.M.D. (hija menor), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

La interacción familiar al otorgar valor a la experiencia y forma de pensar de cada uno propició la seguridad para mostrarse de forma autentica ante los otros, al fortalecer y maximizar los recurso internos y externos de los subsistemas.

Eje Temático: La comunicación.

La familia comprendió la importancia de la comunicación, al profundizar y generar conciencia de la comunicación interna del sistema y al reconocer que se destaca en el grupo familiar, la comunicación no asertiva. Interiorizan, además los factores que pueden inferir en lograr una mejor comunicación como: la escucha, la comunicación asertiva y no asertiva, e instauran formas de comunicación entre estos el estribillo de la asertividad. Reconocen que el compartir sus emociones, les genera tranquilidad personal y mejores relaciones familiares, si pasa lo contrario trae consigo implicaciones negativas, expresando: "...si nos aguantamos todo, nos enfermamos..." (C.M.D. (hija menor), Comunicación Personal, Sesión 3, 29 de junio, 2016)

Al influir en las líneas de comunicación, se instaura en el sistema la cohesión familiar que refuerza el vínculo de los miembros implicados; lo anterior fue un cambio que se percibió en las sesiones, al incrementar la confianza y generar un espacio de encuentro de las experiencias de vida, siendo la primera vez que las compartían.

Eje Temático: El estrés en mi vida.

La familia se permite un espacio para externar su sentir en relación con el proceso del cuidado y reconoce los riesgos de exponerse por tiempos prolongados a factores como el cuidado, lo que les permite describir sus efectos: "...estrés, cansancio, fatiga, estar solo en eso..." (C.M.D. (hija menor), Comunicación Personal, Sesión 4, 3 de agosto, 2016)

La familia comprende la importancia de la percepción ante la capacidad para enfrentar las situaciones cotidianas, identificar los principales causantes del estrés, y analizar los mecanismos de afrontamiento; consideran a Dios como el principal soporte o escudo para enfrentar las situaciones de la vida, al otorgar voluntad. Por su parte, integran algunas estrategias que podrían contribuir a mejorar la situación de estrés, comentando que el compartir su vivencia es la mejor manera para combatir el estrés, aunado a las nuevas herramientas de afrontamiento basadas en estrategias alternativas que les permita reestablecer su energía intra e interpersonal, se consolida a la familia como un sistema, al incrementar la empatía y cohesión familiar.

A nivel de la línea normal, la familia expresa que han reconocido los factores que les genera estrés, expresan sentirse tranquilos, porque las cuidadoras principales tienen más tiempo para ellas, por el apoyo que se ha vivido, perciben, su entorno con cambios significativos comentando:

“si yo veo que las cosas han cambiado para bien de todos...y esperamos que Dios nos de vida y salud para enfrentar, porque entre todos es más fácil... (M.M.D (hija mayor), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

Yo creo que hemos sentido el cambio, de viaje se nota la ayuda que nos han dado todos... (C.M.D. (Hija menor), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

Yo digo que es uno el que tiene que cambiar, y a veces uno cae en el mismo rol de ella, en eso yo estoy tratando de cambiar...porque estoy aceptando...ella no puede cambiar...entonces soy yo...” (M.M.D. (segunda hija), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

Yo voy a estar bien, yo porque, si yo estoy mal, todo va a estar mal alrededor...” (M.M.D. (segunda hija), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

Eje Temático: El Género.

El nivel de profundidad con que se desarrolló el tema permitió a la familia externar sus vivencias más profundas, al comprender e identificar la influencia del Género en su vida y reasignarle un nuevo significado, así lo expresa M.M.D. (segunda Hija): “...soy alguien fuerte...” (Comunicación Personal, Sesión 6, 17 de agosto, 2016) dicho eje temático reforzó el eje de la autoestima.

Algunos momentos significativos que se reconocen son: tipo de socialización y roles, privación de experiencias y pocos beneficios por ser mujeres, influencia en la consecución de la identidad, influencia de los patrones de crianza en la conformación de la nueva familia, la familia muestra apertura en sus emociones y comparte por primera vez experiencias personales, que causaban asombro entre los miembros, así como los temores y los sufrimientos provocados por una vida patriarcalmente marcada.

Eje Temático: La Pérdida.

Debido a que las pérdidas elaboradas se desprendían desde diversos momentos, la familia redefinió su vivencia al revisar los significados de los procesos vividos y fortalecer su individualidad y visión de mundo más allá del duelo al replantearse sus propósitos en la vida y permitirse el crecimiento personal, con lo anterior, se fortalece las variables psicológicas, sociocultural, evolutivas y espiritual al reinventar su historia.

L.3 Familia Policías

A. Contexto de la Situación.

El contexto se desarrolló en la casa de habitación, distribuida de la siguiente manera: sala, comedor, cocina en el mismo cubículo, cuarto de baño y dormitorio. La actividad se desarrolló en el comedor de la residencia.

El contacto terapéutico se suscitó el 5 de agosto del 2016, se acuerda realizar la intervención dos veces por semana e iniciar a las 2:00 p.m.; sin embargo, la mayoría de las actividades inician las 2:30 p.m. debido a la atención que brindaban en ese momento al familiar. (duración promedio 100 min.)

Con esta familia se realizó una negociación en relación con las tareas, los clientes solicitaron que fueran conversadas.

Fortalezas: Disposición para participar en las actividades, gran empatía y preocupación por su familia.

Limitantes: El ruido externo (ladridos, construcción), atención constante al familiar, resistencia por parte de C.S.A (tía) al proceso.

B. Recuperación del proceso.

Al inicio del proceso la conducta de C.S.A. (tía) se mostraba anuente y participativa, pero durante el desarrollo se caracterizó por indiferencia y resistencia, en varias ocasiones priorizó eventos como reuniones o convivió con la familia, lo que infería desinterés en el proceso, o provocaba dispersión en los momentos en que se encontraba en las sesiones, esto a pesar de ser ella la mayor implicada en el cuidado de su hijo, situación que causó retrocesos constantes con tendencia a repetir los ejes temáticos o poca profundidad, al menos en las tres primeras sesiones, aquí los temas eran dirigidos a la promoción y el mantenimiento de la autoestima y la comunicación. Estas sesiones fueron desarrollados únicamente con F.E.M. (tío) por lo que ella se reconoce como una aliada terapéutica, ya que con sus aportes lidera y guía la intervención.

Para efectos del relato, se consideran las sesiones, dónde se identifican aspectos relacionados a los cambios terapéuticos más relevantes que se suscitaron en el sistema familiar, la cuarta sesión, se realizaría por acuerdo previo con la familia el día de la madre, sin embargo, se cancela debido a

que se le presenta a C.S.A. (tía) un compromiso, se replantea para el martes 16 de agosto, dónde se considerarían los siguientes objetivos: Construir un nuevo significado de la enfermedad y la muerte que le permita, a la persona y su familia, redefinir su experiencia; reforzar la variable psicológica, espiritual y evolutiva al analizar los significados del proceso vivido.

La fase social se inicia con la pregunta circular ¿cómo están y que hay de nuevo? Los clientes profundizaron en su rutina y las situaciones relacionadas al cuidado de su “hijo”; sin embargo, emergían en C.S.A (tía) la historia vivida con su familiar: su hijo. Su relato mostraba mucha angustia, así se decide iniciar con el proceso de duelo anticipado. Es importante acotar, que dichas sesiones eran consideradas dentro del plan en la séptima y octava sesión.

La fase de la interacción se propicia en la familia con la técnica de-construcción de la queja, comentando,

“Si, pero se veía muy negrito y débil...solo me llegaba a ver y se iba, yo le ofrecía comidita y decía no tengo ganas de comer ni de nada... solo en la calle...tenía frío y todo...el me esperaba y se venía conmigo, comía y se iba... le decía quédate y no quería...” (C.S.A (tía), Comunicación Personal, Sesión 4, 16 de agosto 2016)

“yo sabía que algo pasaba porque tenía, dos tres cuatro llamadas a mi teléfono y llame y me dijeron que debía presentarse de inmediato...estaba muy preocupado...” (F.E.M. (Tío), Comunicación Personal, Sesión 4, 16 de agosto 2016)

La familia plantea que ha sufrido gran discriminación por parte de los centros hospitalarios, provocando gran dolor a la familia: “Cuando ya empezó la enfermedad, lo miraban mal y todo...” (C.S.A. (tía), Comunicación Personal, Sesión 4, 16 de agosto 2016)

Entre los momentos que evocan, destacan las pérdidas de seres queridos, siendo la de sus padres y algunos hermanos, los que han calado en su vida, acuerdan que el hablar de ellos, así como las fotos, les permiten recordarlos, al respecto refieren lo siguiente: “cuando colocho lo manda a traer a uno...ya no hay nada... pero yo siempre estoy con la idea por eso yo los tengo ahí (fotos)...ellos dicen que los muertos ya no están ...pero yo los recuerdo...” (C.S.A. (tía), Comunicación Personal, Sesión 4, 16 de agosto 2016)

Un evento que ha marcado a la familia, es la ausencia de la familia consanguínea de M.R. (persona identificada) durante el proceso, aseverando que él extraña a su madre, la cual “le dijo un día que lo iba a llamar, pero nunca llamo...” (F.E.M. (tío), Comunicación Personal, Sesión 4, 16 de agosto 2016)

agosto 2016); además comentan: “La mamá de él dice que fue por mí que él está así...” (C.S.A. (Tía), Comunicación Personal, Sesión 4, 16 de agosto 2016)

Cuando se orienta a los participantes a evocar la vida compartida con su hijo, destacan todo tipo de eventos desde características personales, conductas y recuerdos negativos, refiriendo:

“no le gustaba que le dijeran cosas cuando llegaba tarde ni nada... el comportamiento era malo, malcriado...” (F.E.M. (tío), Comunicación Personal, Sesión 4, 16 de agosto 2016)

“Le gustaban las manualidades y hacia piñatas y algo me daba... él quería ser padre...” (C.S.A. (Tía), Comunicación Personal, Sesión 4, 16 de agosto 2016)

“Una vez que veníamos me dijo que yo era culpable de las cosas y me trato mal, y me saco las lágrimas y todo, y me sentí que mi cabeza me iba a explotar y todo...y otro día lo fui a ver porque estaba enfermo...me dice usted que viene hacer váyase de aquí no me venga a ver... entonces un día fui pero no entré, tres días fui así, y lo veía por la ventana y preguntaba si yo había llegado... pero ya después de eso no se portó así...y yo lo chineaba y todo...” (C.S.A (Tía), Comunicación Personal, Sesión 4, 16 de agosto 2016)

“Yo cada año le hacía su cumpleaños y su piñata, el 10 de junio...y eso le gustaba a él...” (C.S.A (Tía), Comunicación Personal, Sesión 4, 16 de agosto 2016).

De la discusión de saberes desde sus propias vivencias se construyen las concepciones de la salud, enfermedad, muerte y duelo/pérdida; la familia redefine y externa sus concepciones y temores en relación a dichos temas, además comparten los deseos de M.D. (persona identificada) en relación a los procesos fúnebres, Surgen en C.S.A. (tía), gran preocupación relacionada con el proceso del ritual y la asistencia de personas al funeral, comentando: “he estado pensando que si la gente va a venir, si la gente me va acompañar...como yo no soy de aquí y vi un entierro y estaba solito solito...” (C.S.A. (tía), Comunicación Personal, Sesión 5, 22 de agosto, 2016)

Se evidenciaba además, duda y desacuerdo en realizar una actividad religiosa comentado: “No le voy hacer misa...ni debería...no sé las hermanas quieren que lo quemen pero él quiere en tierra...” (C.S.A. (tía)Comunicación Personal, Sesión 5, 22 de agosto, 2016); por su parte F.E.M. (Tío) expresaba: “Yo lo que quiero es un ritual, la misa con el responso como tiene que ser...como

despedirlo, decirle que le vaya bien, que le vaya bonito... en su momento se dará, pero que tenga algún sentido...” (Comunicación Personal, Sesión 5, 22 de agosto, 2016)

C.S.A. (tía), adjudica su negativa al desprecio vivido en las actividades religiosas y comenta que: “cuando uno es nicaragüense... cuando le van a dar la paz, lo hacen a un lado... y a los pastores les dijimos lo que él tenía y nunca más volvieron...” (Comunicación Personal, Sesión 6, 22 de agosto 2016), concluyen que va a ser como M. lo deseaba.

En la fase de elogio y desde la connotación positiva, se destaca la apertura que C.S.A (tía) mostró durante el desarrollo de los temas tratados.

En la fase de consejo de experto, se consideraron además de los temas del duelo y la pérdida, los temas del síndrome del cuidador y del género, esto por ser un emergente durante la sesión, C.S.A. (tía) se mostraba muy interesada y participativa con los temas.

Para la fase de cierre, se realiza la despedida, posterior a la cual se practican ejercicios de respiración, y se observa tranquilidad y un bienestar generalizado en los miembros del sistema.

La sesión 5 del 22 de agosto del 2016, desarrollada desde los objetivos de promover un espacio para que la familia redefine su experiencia y reconstruya la relación con lo que se ha perdido para reforzar la variable espiritual, psicológica, fisiológica, sociocultural; fortalecer las variables, psicológica, sociocultural, evolutivas y espiritual al reinventar su historia mediante la construcción de su proyecto de vida; fortalecer las estrategias de afrontamiento de la familia al propiciar la vivencia de la pérdida y despego afectivo anticipado. En esta sesión la fase social da inicio con la pregunta circular ¿qué hay de nuevo?, la familia expresa más tranquilidad con relación al tema tratado, se evidencia gran disposición e interés en la sesión.

La fase de interacción se desarrolla entorno a la lectura del Eclesiastés, lo que da paso en la familia para realizar un recorrido de sus experiencias de vida y expresan: “...estos momentos reflejan la vida!” (Familia Policía, Comunicación Personal, Sesión 5, 22 de agosto, 2016)

Desde la técnica del enfoque, se les cuestiona ¿cómo estos momentos han sido significativos en su vida? A lo que responden “...comprenderlos van a significar algo...” (F.E.M. (tío) Comunicación Personal, Sesión 5, 22 de agosto, 2016) Se continúa con la técnica del enfoque en busca de nuevos significados para la situación vivida con su hijo, y consideran que el recordarlo es una forma de ritual y dar un significado a lo que viven

“...todos los recuerdos de M. y nos dio positivo porque lo estábamos recordando y en su momento lo estamos despidiendo con buenos, malos, regulares, recuerdos, es una acción de despedida, es un ritual...” (F.E.M. (tío) Comunicación Personal, Sesión 5, 22 de agosto, 2016)

Comentan que han logrado pasar de ver todo difícil a aceptar la situación, y verlo a él (M.D.) de una forma más amplia.

Posterior al encuentro realizado con su historia de vida, se realiza la actividad: “El Ritual”, dónde la familia debía escribir una carta a su familiar cuyo contenido era elección personal. A continuación, el texto completo de los relatos:

“Querido y apreciado M....te recordaré...siempre como la persona que fuiste desordenado, malcriado y falto de respeto y con las inclinaciones religiosas que me agrado mucho... sé que hubieron momentos desagradables, por discutir, por ordenarte algo...fuiste falto de respeto con tu tía...siempre te recordaré como el ahijado y como el hijo que no tuve...Tu Padrino” (F.E.M. (tío) Comunicación Personal, Sesión 6, 26 de agosto, 2016)

Por su parte, C.S.A (tía), mostraba gran temor, vos temblorosa y expresiones contantes de: “no puedo” que se redefinen de forma inmediata “si puede, usted es muy capaz” finalmente lee su carta:

“Querido M...voy a decirte que te quiero mucho y cuando no estabas y venias tarde por el colegio, yo me preocupe tanto que cuando venias mi corazón se alegraba...por eso cuando no estés aquí conmigo voy a estar muy triste, con el corazón comprimido, talvez llorando, llorando sola y recordándote mi niño, te amo como el hijo que nunca tuve... mi niño yo te Amo y por eso pienso en lo mucho que te quiero y me vas hacer falta, y mi alma en el más allá te acuerdes de mi tu tía C., Te quiero mucho...” (C.S.A. (tía), Comunicación Personal, Sesión 6, 26 de agosto, 2016)

Posteriormente se da un silencio prolongado, que fue interrumpido por F.E.M. (tío) al comentar: “...Un tiempo para llorar y un tiempo para reír un tiempo para bailar, ¿se acuerda cuando bailábamos? (Comunicación Personal, Sesión 5, 22 de agosto, 2016) le permite a C.S.A (tía) externar su sentir comentando: “...escribí lo que me salió del alma...estoy bien...” (Comunicación Personal, Sesión 5, 22 de agosto, 2016)

Se plantea a continuación algunos extractos importantes de lo vivido:

“... un acto de tranquilidad del deber cumplido, como nosotros le dijimos vamos a estar con vos al final de tus días, no te preocupes, tranquilo...hasta el día que lo vaya a llamar el señor...y entregarlo a la tierra...” (F.E.M. (Tío), Comunicación Personal, Sesión 5, 22 de agosto, 2016)

“yo no voy a sufrir mucho...yo me siento como conforme de haberlo atendido, de haberle dado todo en la enfermedad, de que lo estoy viendo y que lo he chineado y todo entonces eso me llena no voy a sufrir mucho...” (C.S.A. (tía), Comunicación Personal, Sesión 5, 22 de agosto, 2016)

En relación con el proceso de duelo que vivirán posterior a la muerte de su hijo refieren:

“Después de los primeros 8 días o después, va a ser duro y hay que superarlo... lo voy a recordar bien... como lo sentimos como una compañía...siempre fuimos 3...nunca fue eventual, siempre estuvo en el inventario...” (F.E.M. (tío), Comunicación Personal, Sesión 5, 22 de agosto, 2016)

“Yo me voy a sentir bien porque lo he atendido tranquila, ya no hay cura... solo esperar la voluntad de Dios y me siento tranquila, porque sé que lo he cuidado como él lo merece...me parece cuando él se muera lo voy a ver ahí en el baño...” (C.S.A. (Tía), Comunicación Personal, Sesión 5, 22 de agosto, 2016)

La Fase de elogio posterior a la pausa reconoce desde las connotaciones positivas la espiritualidad, la cual en la familia corresponde a un cimiento que les da una fuerza extra para enfrentar las dificultades con su familiar, así como la fortaleza para compartir sus sentimientos más profundos ante la situación con su familiar.

En la fase de consejo de experto reforzó la importancia de compartir su sentir para comprender mejor su experiencia de vida.

Fase de cierre posterior a la despedida y el agradecimiento se realiza la relajación de Jacobs y se insta a los miembros de la familia a realizarla.

C. Síntesis del Proceso.

Se muestran a continuación los principales aprendizajes del sistema numerados mediante los ejes temáticos,

Eje Temático: La autoestima.

La familia comprende la importancia de la autoestima y su construcción en el proceso que enfrentan, se realiza una intervención primaria en este tema, al propiciar el reconocimiento y el fortalecimiento de la autoestima al “Nacer de los comportamientos, de la forma de ser la persona de cómo ve el cuerpo de uno...la otra parte es poner de su parte para llegar a esos términos...” (M.E.F. (tío), Comunicación Personal, Sesión 2, 8 de agosto 2016), Desde las creencias de la familia, lo que los otros perciben de ellos, es un reflejo de su buen actuar, expresando: “si yo tengo un comportamiento con mi esposa o mis hermanos eso se va a reflejar...en los demás...entonces lo demás son los que van a decir...” (M.E.F. (tío), Comunicación Personal, Sesión 2,8 de agosto 2016)

Eje Temático: La comunicación.

La familia genera consciencia sobre la comunicación asertiva y no asertiva que prevalece, así como la influencia en el sistema familiar, interiorizan los aspectos que deben regir para lograr una buena comunicación; sin embargo, adjudican que ahora la vida es una rutina, dónde todo está estipulado. A pesar de lo anterior, la familia pone en práctica el estribillo de la asertividad como nuevas estrategias de comunicación, expresando “son cosas que he entendido que uno lo sabe, pero no lo hace pero que hay que decir lo que uno siente...” (M.E.F. (Tío), Comunicación Personal, Sesión 3, 12 de agosto, 2016)

Eje Temático: El Estrés.

La familia identifica la influencia del estrés en su cotidianidad, las implicaciones tanto a nivel físico como mental, siendo muchos los síntomas presentes principalmente en C.S.A. (Tía) se hace referencia a: “...En el mundo no hay estrés, lo que hay es gente escogiendo pensamiento estresante...eso me pasa a mí... yo todo el día paso en eso...y pienso y pienso...” (Comunicación Personal, Sesión 7, 29 de agosto, 2016)

Acuerdan que la mejor forma de enfrentarlo es dando valor a los recursos de afrontamiento ya existentes como son: la actividad física o el compartir sus experiencias; además se fortalece el vínculo parental con el fin de ser una red de apoyo ante el proceso vivenciado, acompañado de la integración de técnicas alternativas como estrategias para enfrentar la demanda de funciones, al respecto C.S.A. (Tía) expresa, “me han servido un montón” (Comunicación Personal, Sesión 7, 26 de agosto, 2016)

Se analizan en conjunto con esta temática la concepción de ayuda, ya que para C.S.A. (tía) es difícil recibirla, así como los estereotipos relacionados a la enfermedad del familiar.

Eje Temático: El Duelo anticipado.

La familia logró redefinir su experiencia y revisar los significado del proceso vivido, al realizar un duelo, logran comprender que a pesar de lo doloroso de las despedidas, los procesos nos ayudan a ver la vida, las personas y nosotros mismos de una mejor manera, lo que les permite visualizar el proceso que afrontaran y dar posibles estrategias a los eventos comentando: "...tener más paciencia, ni tener temor de que el muera...porque eso tiene que suceder me tiene más tranquila, no pensar tanto... me siento como más positiva..." (C.S.A (tía), Comunicación Personal, Sesión 7, 26 de agosto, 2016)

Con el proceso vivido, desde lo expuesto por la familia les permitió: "expresar lo que tenía guardado...la libero de alguna manera...del peso y alguna carga..." (Familia Policía, Comunicación Personal, Sesión 7, 26 de agosto, 2016); además logran reflexionar en los conceptos como salud, enfermedad, muerte y duelo, que son base para la construcción de su vivencia. Finalmente, mediante el análisis de los roles, así como el planteamiento del proyecto de vida, la familia reconstruye un mundo de posibilidades que brindan los procesos de pérdida.

La familia fortalece el vínculo con su hijo y redefine su relación con M. D. (persona identificada), con el proceso de enfermedad vivido, así como la eventual condición de muerte, al expresar sus emociones y crear empatía por la situación que afrontan lo que representó para C.S.A (tía) un cambio, mostrado en la anuencia a los temas y compromiso en el proceso

M. Evaluación del Proceso Vivido

Es importante acotar que la evaluación del proceso vivido dónde se determina el alcance del objetivo general, considero la pregunta de escalas (considerado en el apartado de Terapia Breve Centrada en Soluciones), desde un análisis de la realidad de las familias y los postulados de Neuman; además el genograma en caso pertinente y bitácoras por sesiones, todo lo anterior orientado a identificar y evidenciar los cambios que se han instituido en las familias. A continuación, se muestra la información por familia, analizando los cambios incorporados a los subsistemas, al sistema y el entorno.

N. Perfil de Salida:

N.1 Perfil de Salida Familia Herrán.

La actividad se realiza en el comedor de la casa con música de fondo, sus vivencias dieron un matiz de mucha tranquilidad, el bienestar se percibía y los comentarios surgían entre risas de cómo se sintieron al inicio del proceso y como están ahora. La pregunta de escala da apertura a la sesión ambas concuerdan que se ubican en 8, y lo que les falta para llegar al objetivo del mayor puntaje (10) es:

“En mi caso un poquito más de seguridad, ya no tanto como al principio... porque ahora puedo comunicarme sin temor... y con seguridad...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

“Creo que hablar más... y no hablar tan repugnante...” (D.B.Z. (Hija menor) Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

Se movilizan y optimizan los recursos internos y externos en la estructura básica mediante el empoderamiento de actitudes y conductas.

“En este proceso me he descubierto... yo puedo opinar puedo decir puedo sentir...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

“Yo al principio no quería porque a mí estas cosas no me gustan... (D.B.Z. (Hija menor), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

“Me siento muy bien...porque me he puesto a estudiar de mi parte y si salgo bien...soy yo... y bien...que nació de mí...” (D.B.Z. (Hija menor), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

Se crea conciencia en el sistema de los principales estresores y la reacción ante los mismos al reconocer su origen y alcance, “Bueno es que desde que a él le pasó. yo siempre me he enfocado en que lo que él necesite, y ha sido el primer lugar en mi caso...ya yo no me mentalizo que no solo está él...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

Se altera la percepción de la vivencia experimentada lo que contribuye a una visión diferente de lo sucedido:

“...lo que paso si fue mucho dolor, pero si a estas alturas el estaría bien, la familia no estaría unida y todos estarían por su lado...no habría una relación familiar... la

enfermedad es como dolorosa, pero con un poquito de alegría.” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

“no puedo cambiar nada...y prefiero hacer lo posible por cambiar yo... creo que acepte más... (D.B.Z. (Hija menor), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

Finalmente, con relación al proceso vivido comentan:

“Fue muy importante me sentí muy bien, porque fue un peso que se me fue de encima, me liberé y me dio tranquilidad...” (D.B.Z. (Hija menor), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

“Lo importante, es ver esas cosas que surgieron de esta situación, esos beneficios...si un giro completamente.” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

“Interesante...he aprendido mucho, me he desenvuelto un poquito más, no me lo esperaba...Yo esperaba como charlas acerca de él de mejorar la atención para él...sólo a él...” (E.Z.M (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

N.2 Perfil de Salida Familia Naranjo.

La sesión se desarrolló en la casa de habitación, todos colocados en un círculo, se percibía gran camaradería e interacción entre todos los asistentes, se percibía un entorno de gran alegría, cuyas relaciones se mostraban fuertes. M.M.D (segunda hija) se muestra como líder positiva y M.C.M. se muestra muy empoderada. La pregunta de escala permite el análisis del proceso, todos consideran que iniciaron en uno y actualmente se encuentran 8 (M.M.D. (segunda hija) M.T.M. (nieta), C.M.D (hija menor) M.M.D. (hija mayor) mientras M.C.M. (nieta) y H.M.D (hijo menor) refieren ubicarse en 7, consideran que para llegar a 10 deben realizar lo siguiente:

“el punto adicional, poner en práctica todo lo que hemos aprendido y cuando usted no esté, mejorar y comunicarnos y cuando el grupo sea más grande, va a ser un 10 y cuando ellos sean un poco más conscientes de la situación” (M.T.M. (nieta), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

“...me veo y me siento diferente, creo que me falta el dedicarme más a mí. (C.M.D. (hija menor), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

“... me falta tal vez comprensión de mi parte hacia ella, porque ella rechaza todo...” (M.M.D (hija), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

M.C.M. (nieta) y H.M.D (hijo menor) analizan su proceso desde la atención y cuidado que brindan a su familiar y consideran que ahí es donde se debe reforzar.

“Claro que sí, porque a veces uno no sabía por ignorancia, pero yo digo solo el hecho de preocuparme por mí, el sacar mi espacio, el de hablar eso es una gran ventaja...” (M.M.D (hija mayor), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 setiembre, 2016)

Con relación al proceso vivido expresan que fue un proceso tanto personal como familiar y refieren: “...sé que lo que hemos aprendido lo vamos a llevar adelante y nos va a ayudar a sostener...” (M.M.D. (segunda hija), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

N.3 Perfil de Salida Familia Policía.

La sesión final se realizó en la casa de habitación, C.S.A (Tía) se mostraba confiada y espontánea. Posterior a la pregunta de escala, F.E.M. (tío) refiere que un nueve mientras que C.S.A (Tía) un 8. Si bien se consolida aún más la alianza en la familia, los logros evidenciados se ubican en los subsistemas, según comentan en relación con su hijo: “creo que cambio mentalmente...me cuidó más con más ganas... es duro... estoy más...tranquila.” (C.S.A (Tía), Comunicación Personal, Sesión 9, 1 de setiembre, 2016)

Refiere que no le gustó hablar del duelo pero que cambio la forma de ver el proceso, al respecto comenta “es muy duro y con él ahí...me ayudó, yo pensaba que voy a hacer cuando él no este y pudimos pensar en la costura y tener mi mente más clara...y a pensar en mí...” (C.S.A (Tía), Comunicación Personal, Sesión 9, 1 de setiembre, 2016)

Por su parte F.E.M. (tío) comenta que el proceso ha significado: “hablar y llorar, fue algo muy profundo...hubieron recuerdos...y sentimientos...” (Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016); además refiere que nunca se hacían comentarios relacionados al tema de la muerte y siente que: “uno saca todo, se siente

diferente...como que no le queda guardado...” (F.E.M. (tío), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

Con relación a cómo perciben el funcionamiento de la familia, expresan que “ha habido un cambio...porque habían cosas que no se permitían y ahora hemos podido expresar...” (F.E.M. (Tío), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

Consideran que es C.S.A. (tía) en la que más ha calado el proceso, al mostrarse identificada con lo expuesto comentado, “me pongo a pensar que es cierto lo que se ha dicho...” (Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

En relación con el entorno, expresan que al compartir lo que sentían, generó un sentimiento de tranquilidad, ya que se sienten preparados ante la partida de él y comentan “...ayuda en eso de ver de forma diferente...” (C.S.A. (tía) Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

En relación con el proceso expresan: “Son cambios significativos porque nunca conversábamos con nadie de estas cosas...muy bien por todo, una escuela porque hay experiencias que tenemos y que se reunió con la teoría...” (F.E.M. (tío), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

El seguimiento ha sido tanto presencial (un mes posterior de la intervención) como por llamadas telefónicas (cada dos o tres meses) ha demostrado en las familias alcances en los subsistemas y en la integración de los procesos vividos a sus vidas.

La familia Herrán expresa gran autonomía y autoconfianza en sus miembros, la familia Naranjo, continúan con el rol construido, así como el cumplimiento de su proyecto de vida, mientras que la familia Policía ha podido afrontar de mejor manera la intervención y demandas de su hijo.

O. La Facilitadora y el Proceso

El análisis realizado del proceso fue desarrollado desde las etapas del Proceso de atención de enfermería.

Etapas de Valoración: El proceso vivido desde toda perspectiva representó un desafío creador, el planteamiento del anteproyecto, así como las coordinaciones que se realizaron fueron en sus inicios malogrados. La propuesta desarrollada, sufrió cambios constantes desde el planteamiento inicial, con la selección de la población, ya que las posibles dificultades en las distintas etapas eran constantemente subrayadas y cuestionadas.

Etapa Diagnóstica: La recolección y análisis de los datos posterior a la implementación del perfil de entrada, implicó un proceso complejo, debido a que contempló al total de las familias abordadas: 5 familias cada una entre 3 y 7 miembros. El abandono de dos sistemas obliga a una nueva selección de familias, lo que representó un momento muy desconcertante para la facilitadora y la organización de la investigación aplicada.

Etapa Planificación: Posterior al análisis reflexivo de las necesidades identificadas, se determina que el plan de atención de enfermería propuesto cumple con los objetivos, temas y las estrategias necesarias para satisfacer las necesidades de los sistemas; sin embargo, aspectos específicos de las familias, provocan retrasos con relación al cronograma elaborado. Por su parte, a pesar de que en todas las sesiones siempre se acudió a la hora prevista, los contratiempos de las familias, así como sus ocupaciones cotidianas fueron de peso; actitudes como dejarlo fuera de la casa o no estar atento a la llegada del facilitador.

Etapa de Implementación: Cabe destacar en este aspecto, que el acercamiento e identificación lograda al implementar la estrategia de visita domiciliar, representó un punto fuerte de la investigación aplicada, pero a su vez un factor contradictorio, ya que las personas al encontrarse en su ambiente los hacía continuar con las responsabilidades de su hogar, lo anterior generaba constantes interrupciones que entorpecían la línea de desarrollo.

Etapa de Evaluación: fueron aspectos positivos y relevantes durante el proceso, ya que mediante un análisis objetivo de constante reevaluación teórica permitió identificar aspectos para profundizar o replantear en los distintos temas.

El desarrollo, alcance de los objetivos y la consecución del proyecto fue un proceso que llevó al límite mis capacidades personales y profesionales, que cuestione en muchos momentos, represento un desafío creador desde toda perspectiva, pero a pesar de las situaciones varias sabía que podía lograrlo con mucho esfuerzo y creyendo firmemente en mis capacidades personales y profesionales. Si bien la familia creció, yo crecí con ellos integralmente, fue un estar con el otro, compartir con ellas sus vivencias de dónde surgió una relación más allá de un encuadre terapéutico.

Una experiencia que ha consolidado, además mi pericia como profesional y representa un premio al esfuerzo realizado al vivenciar de forma tangible lo que expresa Orozo (citado en Jara, 2002) en relación con la sistematización:

De vez en vez con los ojos del otro,

Tratar de ver cómo se lee la vida,

Y así tejer las miradas distintas,

En una red al horizonte (p.201)

Tercer Capítulo: Reflexiones de fondo

El presente capítulo es guiado por una serie de preguntas que se le realizan directamente al proceso vivido, se muestra a continuación el desarrollo de dichas interrogantes.

¿Se identificó algún eje de convergencia de las familias en la realidad o realidades analizadas?

Las realidades de las familias abordadas son determinadas por los procesos mórbidos ubicados en las fases crónicas y terminales, que para Mora (2005) y Neimeyer (2002) provocan en las familias inestabilidad, aspecto convergente para todas las familias en el resultado del perfil de entrada aplicado, lo que muestra desorganización secundaria al proceso de enfermedad de su familiar.

Lo anterior, evidenció en mayor grado la comunicación ineficaz, pocas redes de apoyo, mecanismos de afrontamiento deficientes al estrés, así como la incapacidad para visualizar de forma veraz su realidad.

Si bien cada sistema es único, los intercambios que se suscitan en el núcleo familiar se transfieren y son impactadas por el entorno interno y externo, por ende al ser la familia un reflejo de la sociedad, sus experiencias son de igual manera causadas por un desinterés social en los procesos emocionales y una cultura que desvaloriza la integralidad del individuo; la sociedad desde una perspectiva de salud no capacita a sus individuos para sobrellevar los procesos relacionados con el dolor emocional, que acarrean gran desolación y vacíos tanto en los individuos como en los sistemas familiares ya que son en su mayoría capacitados para brindar cuidados asistenciales a su familiar enfermo, así lo evidencia lo expresado por E.Z.M (familia Herrán) al comentar lo siguiente en relación a la intervención: "...Yo esperaba como charlas acerca de él de mejorar la atención para él...sólo a él..." (E.Z.M (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

La invisibilización de sus necesidades, los hace un grupo vulnerable, por la incapacidad para comprender y adaptarse a su nueva realidad, lo que dificulta el enfrentar la crisis e incrementa las disfunciones en sus miembros dando paso a alteraciones mentales según lo comenta Astudillo y Mendinueta (2002) y Novellas y Pajuello (2014)

Las familias comprenden un espacio de desarrollo humano y primera institución encargada de la socialización del individuo, al cual moldean según sus creencias, tradiciones, conductas, valores sociales y culturalmente aceptados; es decir, es en la familia resultado de la influencia social, donde se conciben las bases y estructuras mentales que los lleva a afrontar o no conductas para sobrellevar las experiencias de la vida y la salud no es la excepción, sin embargo la condición de sufrimiento en la que se ubican las familias por la actual etapa vital, condiciona la capacidad de afrontamiento, que aunado al poco o nulo acompañamiento desde los distintos sectores de salud dificultan un aprendizaje en habilidades para la vida que permitan a la familia visualizar la situación como un desafío y no como una amenaza que impacta los recursos personales y psicológicos por las alteraciones a nivel emocional y cognitivo, lo que para Chapman y Gravin en Bayes, (2001) los lleva a la pérdida de control de su realidad.

Es importante acotar que los procesos de duelo en nuestra cultura son justificados cuando se da la muerte de un ser querido; sin embargo se contraponen, el poco reconocimiento que los otros tipos de pérdida tienen para la sociedad, por lo que la tendencia apresurada por responder a las presiones externas y continuar con su “normalidad” imposibilitan el tiempo de transición necesario para que se construya un duelo según lo comenta Pérez, (2002); más si este corresponde a la pérdida de salud por lo cual, las familias en su afán de atender las necesidades inmediatas educativas, económicas y atención de su familiar, dejan de lado, las necesidades emocionales y la trascendencia de las mismas en su vida, haciéndolos ajenos ante su realidad.

Si bien la familia afronta durante la línea de vida, crisis vitales, que los lleva a procesos de aprendizaje continuos que influyen directamente sobre su dinámica con el fin único de adaptarse a los desafíos cotidianos, por su conformación de sistema, mantiene una reciprocidad e intercambio dinámico con el entorno que lo rodea, y esa interacción con contextos sociales macros específicos los hace por la experiencia compartida, asumir conductas y estilos de vida particulares que las definen como parte de esos grupos sociales, por lo tanto se debe promover la implementación de intervenciones como las realizadas para impactar positivamente a la sociedad, al concebir cambios relevantes en su estructura básica: la familia.

¿Cuáles fueron los momentos más significativos que favorecieron un cambio en la función de los sistemas familiares ante la intervención de Enfermería en Salud Mental realizada?

La intervención de Enfermería desarrollada en sus distintas etapas se orientó a razonar sobre las experiencias, percepciones, pensamientos y sentimientos de la estructura básica, en relación con las variables y el proceso de enfermedad, constatando que se vieron alteradas por la situación de crisis que las ubicó en un estado de enfermedad.

Sin embargo, al posicionarse desde los principios de la Terapia Breve Centrada, las pequeñas modificaciones en el sistema o acciones como el hecho de participar en la intervención, indica un efecto que conduce hacia el cambio y posibilitó el acompañar a los sistemas en la construcción de sus soluciones, mediante cambios pequeños que provoquen diferencias significativas a largo plazo; sin embargo para comprender los cambios que se suscitaron dentro de los clientes, es importante recordar la integración que realiza el Modelo de Sistemas de la Teoría familiar Sistémica, el cual se visualiza en la figura siguiente:

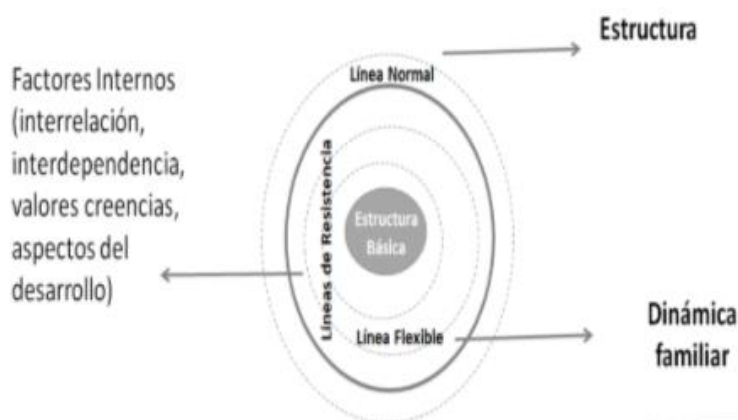


Figura 7: Modelo del Sistema Familiar según Neuman

Se mencionan a continuación los cambios más significativos dentro de los sistemas:

Familia Herrán: la alianza terapéutica que se establece con la hija permite evidenciar la realidad familiar con lo que se reencuadra a la madre ante su constructo cognitivo del rol que juega su hija y se ubica al sistema familiar en el ciclo vital que posee en ese momento.

Familia Naranjo: Se organiza al sistema al reasignar nuevos roles para que afronten las demandas del cuidado de su familiar.

Familia Policía: la deconstrucción y redefinición de la situación vivenciada con su hijo en tres momentos (el antes, el durante y el después de la enfermedad) permitió el asignar nuevos significados a los procesos vividos

El espacio construido, permitió evidenciar las dificultades interaccionales secundarias a la situación sufrida, por lo que, desde la intervención, los participantes crearon la introspección necesaria de su realidad, al partir de la expresión de sus sentimientos y verdaderas necesidades en los distintos momentos de la crisis de su familiar. Este espacio significó para las familias un primer encuentro de expresión de sentimientos, lo que proporcionó información clara y la posibilidad de participación por parte de todos los miembros, por lo que la cooperación y comprensión que se suscitó, provocó un cambio en la dinámica familiar sistémica, lo que repercutió en el sentido de pertenencia al permitir mayor autenticidad de todos los miembros en el proceso.

Los cambios desde el Modelo de sistema permite analizar la reestructuración de las distintas líneas así la reestructuración cognitiva en las creencias del sistema en cuanto a la adolescencia, a los roles según el género, en los procesos de pérdida y duelo, el identificar la causa de la crisis, el establecer una nueva estrategia de resolución de conflictos el cual pasa de la evasión a la resolución y la adquisición de nuevas estrategias entre otros, permitió el impactar la línea flexible y con esto reestablecer las conductas de los miembros en las relaciones transaccionales interpersonales vivenciada, con lo cual se crea consciencia y se consolida la dinámica familiar al reconstituir esta línea nuevamente como factor protector ante la invasión de futuros factores estresores y la reacción a estos. Algunas expresiones de las familias se anotan a continuación:

“Son cambios significativos porque nunca conversábamos con nadie de estas cosas...muy bien por todo, una escuela porque hay experiencias que tenemos y que se reunió con la teoría...” (F.E.M. (tío), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

“Fue muy importante me sentí muy bien porque fue un peso que se me fue de encima me liberé y me dio tranquilidad...” (D.B.Z. (Hija menor), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

“Lo importante es ver esas cosas que surgieron de esta situación, esos beneficios...si un giro completamente.” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

Por otra parte, al hacer evidentes las situaciones relacionadas con los patrones de comunicación intrafamiliar demostrado en desarticulación y aglutinamiento, así como la importancia de la vinculación intrafamiliar desde el análisis de sus roles dentro del sistema y la incorporación de nuevas estrategias de afrontamiento, restableció la línea normal de defensa al permitir mediante el intercambio desde sus realidades crear líneas de comunicación en muchos de los sistemas ausentes y organizar a los subsistemas con lo cual les permite afrontar las realidades desde el ciclo vital en el que se encuentra, refiriendo,

“... yo puedo opinar puedo decir puedo sentir...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

“En mi caso un poquito más de seguridad ya no tanto como al principio... porque ahora puedo comunicarme sin temor... y con seguridad...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

“ha habido un cambio...porque habían cosas que no se permitían y ahora hemos podido expresar...” (F.E.M. (Tío), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

Es importante acotar que la intervención desde sus sesiones iniciales integro aspectos individuales, que potenciaban la autoestima y el autoconocimiento en los subsistemas y en el sistema, dicha temática fue una constante en el proceso con lo cual los sistemas reforzaron e identificaron nuevos recursos internos y externos que fueron sustento para la protección de la estructura y con esto la reestructuración de la línea de resistencia algunos

“...me veo y me siento diferente, creo que me falta el dedicarme más a mí.” (C.M.D. (hija menor), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

“... yo digo solo el hecho de preocuparme por mí, el sacar mi espacio, el de hablar eso es una gran ventaja...” (M.M.D (hija mayor), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 setiembre, 2016)

“ha habido un cambio...porque habían cosas que no se permitían y ahora hemos podido expresar...” (F.E.M. (Tío), Comunicación Personal, Sesión 9, 7 de setiembre, 2016)

“creo que cambie mentalmente... estoy más...tranquila.” (C.S.A (Tía), Comunicación Personal, Sesión 9, 1 de setiembre, 2016)

“En este proceso me he descubierto...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

Todos los cambios según lo plantea Neuman y Fawcett (2002), permiten la retroalimentación del sistema lo que facilita la transformación que desde una prevención terciaria se genera al movilizar los factores y afectar positivamente las variables de cada línea hasta estabilizar el sistema y fomentar su funcionalidad, con lo cual se reconstituye al sistema familiar al generar los cambios necesarios orientados a reactivar y hacer un uso efectivo de los recursos movilizados hacia la negentropía.

¿Cuál fue el aporte a la calidad de vida de las familias desde Enfermería en Salud Mental?

Neimeyer (2002) sugiere la importancia de que la familia en un entorno de comprensión puedan compartir sus emociones desde sus experiencias vitales más profundas, por lo tanto la intervención de Enfermería en Salud Mental y los tópicos considerados en las sesiones, propició un entorno para la morfogénesis que mediante el plan de atención de enfermería elaborado, corroboró la premisa que al encontrarse las variables inmersas en las líneas de defensa, normal y resistencia, la influencia y los cambios positivos que se suscitaron sobre éstas, provocó una especie de onda expansiva que retroalimenta a las líneas, transmitidos a su vez por potenciales de acción que facilitan el intercambio de energía y orienten al sistema hacia su óptimo bienestar mediante la canalización de sentimientos de forma dinámica y constructiva. (Neuman y Fawcett (2002); Neimeyer, 2002)

La injerencia de Enfermería en Salud Mental en la intervención desarrollada desde el proceso de atención de enfermería desde el Modelo de Sistemas de Neuman, fue la herramienta que propició una visión holística de las múltiples interacciones y necesidades emergentes y cambiantes de cada familia, su constante reevaluación otorgó el nivel de flexibilidad requerido para responder a las demandas desde un saber y hacer arraigado en los principios de enfermería de construir con el otro el mejor estado de bienestar posible durante la intervención pero que perdure en el tiempo.

Se propició en este caso específico, el reequilibrar el sistema, al permitir a los subsistemas ser auténticos ante sus propios familiares, al reconocer las diferencias en los procesos individuales relacionados a la pérdida, y con ello construir como lo refiere Pérez (2002) “límites más flexibles” por impactar desde las acciones de enfermería las distintas líneas que conforman al cliente y

facilitar la transformación del sistema para readaptarse y responder a las necesidades dinámicas de los sujetos que la conforman siempre orientado a conservar la armonía.

Por tanto, los espacios formados desde una discusión de saberes mediante la interacción de las creencias, temores e intereses permitieron generar la empatía necesaria para la comprensión de sus experiencias y de los vínculos orientados al empoderamiento del sistema familiar, lo que promovió la elaboración de un proceso de duelo adaptativo que se logró por la redefinición de las situaciones vividas, aseverando:

“me siento feliz, es tener una expectativa de vida...” (E.Z.M. (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 7, 26 de agosto 2016)

“La pérdida no solo es dolor, si no recordar momentos bellos hermosos... y estar mejor nosotros...” (Familia Naranjo, Comunicación Personal, sesión 8, 31 de agosto, 2016)

“...soy alguien fuerte...” (M.M.D. (segunda hija), Comunicación Personal, Sesión 6, 17 de agosto, 2016)

“Me siento muy bien...porque me he puesto a estudiar de mi parte y si salgo bien...soy yo... y bien...que nació de mí...” (D.B.Z. (Hija menor), Comunicación Personal, Sesión 9, 26 de setiembre, 2016)

**¿Cómo perciben las familias los factores estresores posterior a la intervención realizada?
¿Cómo se evidencia el cambio en las familias en los estresores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales?**

Antes de profundizar en los aspectos cuestionados es importante realizar un encuadre de la concepción de dichos factores estresantes; por un lado la Teoría de Neuman y Fawcett (2002), plantea a los estresores como fuerzas que pueden causar inestabilidad mediante una tensión dentro del sistema, la percepción de los recursos con los que se cuenta influyen en el afrontamiento ante dichos factores, mientras que para Minuchin (2004) existen demandas en momentos transicionales llamados problemas de idiosincrasia, que obliga a la familia a negociar su estructura, ambos postulados sugieren que ante pautas transicionales cómo los duelos o procesos de pérdida se requiere una readaptación del funcionamiento interno.

Los duelos, por su parte, son reconocidos culturalmente como espacios permitidos de dolor y emociones que desde la teoría de Neuman y Fawcett (2002) corresponden a uno de los principales factores estresores que atentan contra el continuo de salud-enfermedad que desestabiliza al sistema y todos sus componentes, el cómo la familia experimentaba individualmente su realidad denotaba en la mayoría una evaluación cognitiva amenazante y dañina (Lazarus y Folkman, 1991) que si bien se relacionaban al proceso vivido con su familiar, correspondían más a constructos mentales consecuencia de la inestabilidad en el entorno creado, aspectos relevantes desde el punto de vista de apoyo emocional (Bayes, 2001)

La intervención de Enfermería en Salud Mental y su influencia en las distintas partes de la estructura básica, permitió a todos los sistemas involucrados, reinventarse y reconstruir una nueva realidad, provocando cambios en las estructuras mentales y relacionales que influyeron en la evaluación cognitiva; además la intervención directa sobre las líneas normal de defensa y la línea flexible de defensa contribuyó a que las familias adquirieran nuevos recursos y reforzaran algunos ya existentes, facilitando el cambio en la estructura básica, mediante una intervención terciaria, gracias al tratamiento de síntomas así como la readaptación y reeducación del sistema al influir en los estresores de las siguiente manera:

Factores Estresores Intrafamiliares

Desarrollo de una autoestima positiva mediante el fortalecimiento de sus pilares

Reconocer la pérdida y dar un nuevo significado

Mecanismos de afrontamiento tanto personales como familiares más flexibles

Modificación de algunos patrones de pensamiento.

Capacidad para reconocer y compartir las emociones

Factores Estresores Interfamiliares

Reconocimiento de las habilidades personales y su función en el sistema

Adquisición de herramientas para una comunicación asertiva efectiva

Análisis de los roles de los miembros de la familia y su impacto en el sistema

Generar conciencia de su realidad y con esto restablecer la función del sistema.

Fomento de los recursos de afrontamiento existentes y adquisición de nuevos para sobrellevar el estrés

Factores Estresores Extrafamiliares

Incrementar la cohesión familiar y con esto a la familia como principal red de apoyo y soporte emocional.

Por lo que, la intervención al influir en el entorno propició la movilización de los recursos en los sistemas, con lo que las familias adquirieron un sentido de capacidad para iniciar el proceso de cambio al reestablecer la integridad mediante el intercambio adecuado de energía en el entorno creado (Neuman y Fawcett, 2002), contrastando los principios propuestos por Minuchin (2004) al plantear que “el contexto afecta los procesos internos... las modificaciones del contexto producen cambios en el individuo” (p. 31).

Algunas expresiones de los grupos familiares que sustentan lo planteado se muestran a continuación:

“Yo siempre decía yo creo que Dios no me manda pruebas, porque yo no las voy a soportar, no voy a ser capaz, y cuando llegó está prueba yo saqué fuerzas, no sé ni de dónde...que ni yo misma me conocía... me quedaba sorprendida por lo que hacía instantáneamente...” (E.Z.M (Esposa), Comunicación Personal, Sesión 8, 1 de setiembre, 2016)

“Cambiar uno la forma de ver las cosas... cuando uno la ve diferente cuando uno quiere cambiar uno mismo...” (Familia Herrán, Sesión 5, 19 de agosto 2016).

Un punto importante a destacar, fue que a pesar de que las variables fisiológica, psicológica, evolutiva y social se encontraban muy comprometidas o poco desarrolladas dónde los estresores intra e interpersonales influían de forma negativa, la variable espiritual mostraba un patrón totalmente opuesto, el mismo constituyó el principal recurso en todos los sistemas, lo que fue aprovechado como una herramienta para cultivar la esperanza, así como una visión a futuro que los sistemas obviaban, demostrando como lo plantea Newman y Fawcett (2001) que es el motor potenciador que transforma al individuo positivamente y lo lleva a actuar de forma consecuente.

¿Cuál fue la dinámica familiar prevalente en las familias y su impacto en el cumplimiento del objetivo?

La dinámica Familiar definida por Peñalva (2001) como todos aquellos procesos relacionales, constatados durante las sesiones permitieron dilucidar las interacciones cotidianas de los

individuos, caracterizadas por estructuras organizativas y comunicativas cerradas, con límites muy rígidos, dónde destacaba un líder que guiaba las intervenciones y conductas emocionales de la mayoría, evidenciado en llegadas tardías, olvidos ocasionales de la hora en que se realizaría la intervención, distracciones constantes justificadas en el deber de atender al familiar, sobre todo si el tema tratado generaba sentimientos de angustia en los individuos.

La característica de sistemas cerrados, acompañados por nudos familiares que imposibilitan el mejorar la interacción, corresponden a las situaciones que la Intervención de Enfermería en Salud Mental suscitaron, al atentar contra la continuidad de la familia por tal razón, el sistema asumió la morfostásis (Maganto, 1995) cómo estrategia para mantener la identidad del sistema compensando los roles y conductas de sus integrantes desde una posición de resistencia, que es definida por Singer (1969), como “toda conducta que aparentemente obstruye el develamiento y la comprensión terapéutica” (p. 206); esto a su vez, lleva al sujeto a ejecutar acciones para evitar el contacto con sus sentimientos, su realidad y las consecuencias para sí mismo y su entorno.

Otro conflicto en el cumplimiento del objetivo, consistió en que las familias, a pesar de compartir lazos de sangre, no constituían un sistema en que el individuo satisficiera sus necesidades individuales ni familiares, siendo la desarticulación la característica predominante, lo que aunado a las constantes fluctuaciones de los participantes principalmente de las familias Naranjo y Herrán durante las primeras sesiones, entorpeció la resonancia del sistema familiar a intervenir, lo anterior generó el reconocimiento de las necesidades de forma parcial, ya que las identificadas no constituían las necesidades reales del sistema, mismas que fueron surgiendo conforme el proceso de cohesión entre los sistemas y estos con el facilitador se fueron desarrollando.

A pesar de las limitaciones identificadas, el grado de intimidad e identificación alcanzado, permitió el rapport necesario para generar la veracidad del proceso y facilitar el cumplimiento de los objetivos; lo que para De Shazer (1998) corresponde al proceso de adaptación y comprende: “un tipo especial de intimidad receptividad o armonía...todos los participantes prestan mucha atención a lo que los otros dicen” (p.109) así lo evidencian la siguiente frase: “Se siente muy bien, una paz, el solo hecho de que le ponga atención, uno siente aquello adentro que estamos tristes o bravos, pero cuando uno habla, se siente muy bien...(C.M.D. (hija menor), Comunicación Personal, Sesión 3, 29 de junio, 2016)

Esta adaptabilidad que sufrió la estructura básica, facilitó la construcción de una Intervención de Enfermería en Salud Mental capaz de transformar el entorno interno, al generar cambios en el externo y movilizar en el entorno creado la energía equilibrada para que los sistemas ordenaran y fueran conscientes de los procesos individuales y familiares vivenciados, comentando: “Cambiar uno la forma de ver las cosas... cuando uno la ve diferente, cuando uno quiere cambiar uno mismo...” (Familia Herrán, Sesión 5, 19 de agosto 2016)

¿Cómo entender el proceso de evolución mostrado en las familias partiendo de sus experiencias y la metodología planteada para la intervención de Enfermería en Salud Mental?

La intervención de Enfermería en Salud Mental propició mediante la conceptualización de la familia como sistema desde el modelo de sistemas de Neuman y los principios de Minuchin un espacio que permitieran el generar conciencia de las realidades vivenciadas en las familias, disfrazadas de poco tiempo, distanciamiento y a mí no me pasa nada, guiados bajo estándares de humanismo y sensibilización.

Así, los postulados de dichos autores defienden que el cliente es influenciado de forma recíproca por el entorno con el cual mantiene una constante interacción, mediante las variables, buscando siempre la morfostásis; sin embargo, los tópicos tratados en cada sesión y desarrollados bajo los lineamientos de la Terapia Breve Centrada en Soluciones y sus técnicas dirigidas a propiciar en los sistemas el “hacer algo o ver algo de modo diferente” (De Shazer, 1998, p. 33) inducían a un autoanálisis que reforzaba las variables psicológicas, fisiológicas, socioculturales, evolutivas para con ello facilitar la morfogénesis necesaria tanto a nivel cognitivo como conductual.

Los puntos centrales que facilitaron el proceso contemplaron una profesional que se desempeñó como facilitadora para que las experiencias se mostraran de forma natural y según las necesidades de sus clientes, en algunos casos incluyendo al descubrimiento guiado (Semerari, 2002) y estrategias que forman parte de la entrevista interventiva como lo fueron las preguntas de afrontamiento, secuencia pesimista, más que la búsqueda de excepciones por prevalecer la cultura centrada en los problemas.

Por otra parte, la posibilidad que nos brinda la Terapia Breve de construir soluciones que parten de objetivos reales aunado al enfoque de prevención terciaria desde la teoría de sistemas de

Neuman, se logra dar un significado a su experiencia y encontrar los recursos para satisfacer sus necesidades en un proceso de constante reconstitución del sistema (Neuman y Fawcett, 2002). Desde esta perspectiva la intervención permitió comprender al proceso como un espacio que validó las vivencias, creencias, sentimientos y experiencias del sistema familiar, al generar una intervención en colaboración con el cliente y desarrollada en su contexto más íntimo, para iniciar conductas voluntarias que contribuyeran a favorecer el proceso de aceptación. (Bayes, 2001). Lo anterior se evidencia en algunos fragmentos que se anotan a continuación:

“expresar lo que tenía guardado... nos liberó de alguna manera...del peso y alguna carga...” (Familia Policía, Comunicación Personal, Sesión 7, 26 de agosto, 2016)

“...fue muy significativo, como que todo queda ahí y ahora es empezar...” (M.C.M. (nieta), Comunicación Personal, Sesión, 8, 31 de agosto 2016)

¿Cómo comprender el concepto de Salud Mental en la familia y la intervención realizada a partir de lo experimentado?

La familia como unidad de análisis desde una concepción sistémica, es el entorno donde se gestan los comportamientos esenciales implicados en la salud, pero a la vez, se construyen y aprenden las creencias y temores en relación a la vida cotidiana, define al yo mediante la contemplación del individuo desde una visión holística, que lo lleva a realizarse como ser humano, implica además el entorno inmediato con el que el sujeto se reconoce, por lo que la familia debe cumplir con la tarea de otorgar a sus miembros, el equilibrio necesario para afrontar las vicisitudes de la vida; sin embargo la interrelación e interacción que resulta del convivio entre los subsistemas se encuentran diferenciados por líneas casi invisibles: los límites de los entornos intra, inter y el creado se encuentran sobrepuestos y su exposición constante a los otros miembros, los hace vulnerables por las interrelación problemática que pueden surgir durante la vida.

El estado de desequilibrio de las relaciones familiares, por la incapacidad para poder reestructurarse secundario a la percepción alterada de su realidad, fueron aspectos que atentaron contra la Salud Mental del sistema, ya que las crisis que se suscitaron secundario al proceso, corresponden a los esfuerzos fallidos de las familias por evitar el sufrimiento (Lacasta et al., 2005), e incrementaron la rigidez en los sistemas, con modelos evitativos de respuesta que aunados a las

crisis de cada uno de los miembros, generó mayor distanciamiento y silencio, lo que limitó la readaptación del sistema, y dio paso a duelos familiares desadaptativos (Pérez, 2002); dicho planteamiento permite comprender el concepto de salud-bienestar de la familia, al plantear que aunque exista en los sistemas un paciente identificado que sufra una condición física, mental o social, el síntoma se traslada a todos los miembros, por lo que la situación al convertirse en un problema interaccional no sólo es responsabilidad de un miembro sino de todo el sistema familiar, un ejemplo claro es lo vivido en la familia Herrán, la madre en su afán de evitar el dolor a su hija se torna muy preocupada por la misma lo que afecta su interacción.

Ante este panorama, el desarrollar la intervención de Enfermería en Salud Mental desde una posición epistemológica humanista-fenomenológica y un paradigma transformador, proporcionó conocimiento y aprendizaje significativo desde la interpretación y análisis de las vivencias durante el proceso paliativo a nivel familiar; implicó además un cuidado transformador, que influyó en el empoderamiento de los grupos sociales en su realidad, para orientarlos hacia la consecución de una vida de calidad, gracias a “la reorganización de la estructura, en un nivel complejo y diferente”. (Prigogine, Allen y Herman en Kerouac et al., 1996, p.15-16),

De esta manera se promueve el desarrollo máximo de las capacidades del sistema cliente para contrarrestar los principales factores predisponentes de la alteración mental: intolerancia, estigma, discriminación, estilos de vida, deterioro de las relaciones (Malvarez, 2011) para generar un entorno que establezca las relaciones familiares y sus miembros, siendo este el objetivo que Newman plantea para las familias. (Newman y Fawcett, 2002)

Cuarto Capítulo: Puntos de llegada

Conclusiones

Los procesos idiosincráticos que enfrentan los sistemas familiares desencadenan reacciones biopsicosociales por contar con herramientas insuficientes para afrontarlos sin embargo, la intervención en Salud Mental al provocar modificaciones en la percepción dinámica de la continua relación entre el cliente, el entorno y los factores estresores, permitió reforzar las regulaciones compensatorias de retroalimentación del sistema para de esta manera contribuir al continuo salud-enfermedad, lo que evidencia la flexibilidad y capacidad de enfermería en salud mental ante clientes complejos cómo lo son los sistemas familiares al partir de las necesidades reales de ese grupo social.

La intervención se aleja de la concepción patocéntrica, al desenfocar las situaciones de la familia de la enfermedad, para partir de las necesidades de sus miembros y evidenciar, que la enfermedad dentro de la familia se convierte en un síntoma que se transfiere como un problema interaccional en todos los miembros, dichos problemas atentan contra la capacidad de adaptación del sistema, que provoca inestabilidad del bienestar y hace evidentes los requerimientos de una intervención oportuna de cuidado en los sistemas familiares.

La experiencia consolida el concepto de salud como construcción de experiencias de sentimientos y significados en la cotidianidad de la vida y como resultado de una sociedad que se transforma constantemente, lo anterior fue mediante la implementación del Proceso de Atención de Enfermería desarrollado desde una posición epistemológica humanista sustentada en el paradigma transformador que dio validez a las experiencias del individuo como resultado de la interacción con su entorno; de un rol de facilitadora que acepta y respeta las subjetividades del otro al abandonar su posición de experta para adentrarse al sistema familiar desde su contexto y lograr que sea la persona la que se autoanalice e introyecte y construya.

El eje de sistematización requirió de un proceso de reconstrucción de la historia minucioso que al analizar el rol de todos los implicados en el proceso desde la subjetividad de sus actores bajo la luz de la Teoría que sustenta el trabajo, permitió evidenciar los puntos fuertes de la intervención como lo son: el construir con el otro nuevos saberes mediante la introspección de sus experiencias, un estar con el otro, que facilitó la elaboración de la matriz de ordenamiento y reconstrucción para

identificar los momentos más significativos de la experiencia y fundamentar los marcos teóricos que sustentan la investigación aplicada.

A pesar de ser en la familia donde se conciben las bases y estructuras mentales de los individuos en la salud, son grupos sociales excluidos carentes de apoyo en lo que respecta a brindar asesoría para la movilización de los recursos necesarios para ajustarse a las demandas de la cotidianidad, por lo que la estructuración de la intervención creó un sistema de cuidado basado en las interconexiones de todos los elementos vinculados, lo que favoreció la búsqueda del bienestar ante la influencia de un entorno cambiante como lo provocado por un proceso paliativo.

La postura crítica que demanda la sistematización, fue posible por la injerencia de la teoría del Modelo de Sistemas de Neuman con la implementación de la Terapia Breve Centrada en soluciones, permitió deslumbrar de forma holística las percepciones y motivaciones que interactuaban en las familias, facilitando la comprensión total del sistema abordado y la retroalimentación constante desde las intervenciones sugeridas; lo que otorgó a la Intervención de Enfermería en Salud Mental, un carácter dinámico, diversificado y flexible con la capacidad para acompañar a las familias y responder a las demandas suscitadas, mediante la reflexión teórica de los conocimientos surgidos desde la experiencia.

Al fundamentar la intervención en los ejes social y de sistemas y servicios expuestos en la Política Nacional de Salud Mental (2012-2021) logró fomentar por un lado la promoción de la salud mental mediante acciones intersectoriales y por otro, la desconcentración de recurso humano, con lo que se reforzó el modelo de promoción y atención integral comunitaria en el primer nivel de atención al hacer a las familias protagonistas en cada uno de sus procesos.

La resistencia más que una amenaza a la intervención comprende una respuesta esperada, lo cual se comprende al profundizar en las características de respuestas de los sistemas familiares y en su significado como una estrategia del sistema para protegerse y mantener su homeostasis, cuya tendencia es acentuarse ante procesos como los descritos.

Según lo observado en las familias intervenidas en relación con las variables se identifican alteraciones de importancia en las áreas fisiológica, psicológica, sociocultural y evolutiva; sin embargo y a pesar de su influencia en la variable espiritual, se puede aseverar que ésta aumentó ante las situaciones, hecho que fue utilizado como una estrategia para reforzar la esperanza y fomentar el bienestar.

La fundamentación teórica que sustenta la investigación aplicada, evidencia el uso del Modelo de Sistemas de Neuman desde un acompañamiento orientado al bienestar y a la consideración de las percepciones y motivaciones del sistema como fundamento para la etapa de valoración, que al ser combinado con la teoría de sistemas específicamente con la Terapia breve centrada en soluciones, conforman un aporte metodológico que evidencia la flexibilidad y capacidad de Enfermería en Salud Mental ante clientes complejos cómo lo son los sistemas familiares.

Los alcances de la investigación aplicada a nivel sistémico pueden describirse desde los pequeños cambios instaurados en los sistemas desde la sesión uno, que se orientan a la reconstitución del equilibrio del sistema mediante el ajuste o movilización de los recursos que impactan cada línea desde un nivel de prevención terciario hasta establecer al sistema y regresar al nivel primario.

La Comprensión conceptual de la familia desde la teoría sistémica propició la dirección de un proceso sustentando en la valoración de cada uno de los elementos constitutivos que guiaron la práctica de enfermería, contempladas en el proceso de atención de enfermería, desde un análisis riguroso de la información bajo la luz de Neuman y sus principios, así como una fase de implementación que integra además, el principio del establecimiento de la meta terapéutica de la terapia breve centrada en soluciones y que enriquece la metodología, al posibilitar su constante modificación en respuesta a las necesidades emergentes y cambiantes del sistema.

Al comparar la intervención bajo la luz de la Política Nacional de Salud Mental, desde toda perspectiva, su aporte representa un beneficio en la reducción de las alteraciones mentales, al ofrecer una intervención innovadora en la población a tratar, lo anterior nos permite reflexionar sobre las áreas de acción de la Enfermería en Salud Mental para ampliar los campos de acción mediante propuestas que lleven a enfermería a ser protagonista en los distintos campos dónde se gesta la salud y establecer alianzas que beneficien a la sociedad y su rol determinante en la construcción de la salud.

La interacción teórica metodológica que se logra al combinar a Neuman con la Teoría familiar sistémica específicamente la Terapia Breve Centrada en Soluciones hace relevante enfatizar el porqué de su importancia. Si bien el Modelo de Sistemas considera a Minuchin para la comprensión del sistema familiar, su estructuración teórica presenta limitaciones importantes que son abordados desde la Terapia Breve Centrada en soluciones, al considerar al cliente poseedor de los recursos

necesarios para solucionar sus situaciones, al caracterizarse por gran flexibilidad en el proceso y dar validez a los pequeños cambios en periodos determinados, generó mayor coherencia entre la teoría y los principios que rigieron la investigación aplicada.

La investigación aplicada desde la evidencia refuerza las dimensiones del conocimiento de enfermería, desde la construcción de un conocimiento teórico-práctico específico para este grupo poblacional que otorga a la Enfermería en Salud Mental y sus estrategias la capacidad de otorgar una visión integral a los grupos de atención interdisciplinarios desde el conocimiento de su hacer.

El Proceso de Atención de enfermería constituyo la estrategia de contención ante los cambios dinámicos familiares, esto evidenció que la educación y la práctica son elementos interdependientes que potencian los efectos de la intervención y favorecen el crecimiento de la disciplina desde la generación de sus propios conceptos teóricos.

Recomendaciones

Como fuerza indiscutible del sector salud, los Enfermeros y Enfermeras en Salud Mental debemos trascender los espacios hospitalarios y centrar nuestras fuerzas en la comunidad, específicamente en la familia al ser el grupo por excelencia para ejecutar acciones de promoción, prevención y mantenimiento de la salud, por representar un espacio donde se gestan las principales conductas relacionadas a la salud, así como permitir una interacción e impacto multigeneracional que generará una participación colectiva de los individuos en los procesos de salud, por lo tanto entidades como el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Salud debe promover la inclusión de este recurso humano para disminuir la atención en los sectores especializados de salud y reorientar su visión a una atención primaria en salud.

Las alteraciones mental han sido visualizado desde un paradigma positivista con tendencia a medicalizar las alteraciones de la convivencia social, por tal razón es que ha prevalecido la poca cultura de desarrollar actividades preventivas, que desde la salud mental debe enfocarse a fortalecer las relaciones de convivencia en los distintos grupos y especial en la familia, por tal razón es imperante el desarrollo de intervenciones como la planteada por grupos orientados a la salud y principalmente por las Unidades de Cuidados Paliativos así como por Equipos Básicos de Atención en Salud desde las etapas iniciales de los procesos mórbidos para implementar las pericias personales y grupales que otorguen a los sistemas familiares la capacidad para afrontar las

situaciones desde una visión que contemple un proceso preventivo en el continuo salud-enfermedad, con el fin de disminuir la recurrencia de los miembros en los servicios de salud, por alteraciones de salud encubiertos en condiciones de estrés, poca capacidad de manejo de las crisis, de las emociones, violencia, adicciones entre otros.

Al ser los procesos de afrontamiento en su mayoría aprendizajes sociales que invisibilizan el dolor emocional, las instituciones educativas y de salud en sus programas de enfermería como de extensión docente y de capacitación, deben reforzar por un lado el conocimiento teórico de los procesos de pérdida, duelo para incrementar en el personal de Enfermería en Salud Mental, las competencias teóricos-prácticos necesarios en temas tan puntuales como estos y su capacidad indiscutible de percibir a la familia desde una posición sistémica para disminuir los riesgos de alteraciones mentales por invisibilizar las crisis de este tan importante grupo social.

Por la complejidad que representa el desarrollar las distintas etapas de la presente investigación aplicada, se considera imperante la participación de un equipo de trabajo o la aceptación por parte de la Universidad de Costa Rica y el sistema de posgrados, el intervenir a un solo sistema familiar cuando sea desarrollado por un único facilitador con el fin de propiciar mayor fluidez en el mismo.

Es importante destacar que las sesiones fueron desarrolladas respondiendo a las situaciones identificadas de enfermería desde cinco temáticas, las cuales pueden ser consideradas como ejes únicos de implementación para futuras sistematizaciones en los sistemas familiares.

Con el fin de evidenciar el papel trascendental de intervención de Enfermería y su aporte a la disciplina, es indispensable que, para intervenciones futuras con familias, se desarrolle una sistematización que plante como columna vertebral, las experiencias y vivencias del facilitador desde el contexto profesional, para evidenciar aún más el impacto de la especialidad en Salud Mental en los distintos niveles de atención y específicamente en los sistemas familiares.

Se insta al facilitador de una futura sistematización crear acercamientos con cada uno de los miembros previos al abordaje sistémico, con el fin de disminuir los mitos y temores entorno a dichas intervenciones y generar, una relación cooperativa que contribuya y facilite la construcción del proceso, lo anterior debido al desconocimiento de las familias en intervenciones desarrolladas bajo esta modalidad.

El abordaje familiar representa un reto, debido al constante cambio en las dinámicas familiares disfrazadas de resistencia, además del riesgo del facilitador a formar parte del entorno del sistema

al cual interviene, por lo que, con el fin de realizar un abordaje eficiente y eficaz, el profesional debe poseer los conocimientos teóricos y metodológicos con el fin de evitar negligencias en su abordaje, y poseer además las herramientas para confrontar algunos temas amenazantes para nuestra integridad por ser sensibles desde la perspectiva personal. Por lo anterior, es relevante desde una posición objetiva, ser críticos de nuestro desempeño dentro del sistema y contar con la guía de un experto ya que de lo contrario corremos el riesgo de asumir la dinámica que la familia desarrolla y más que facilitador pasaríamos a ser un miembro más del sistema.

Al ser el proceso desarrollado en un periodo de tiempo determinado, la Terapia Breve Centrada en Soluciones representa un aporte metodológico de importancia que se ajustaba a las demandas del proceso, por lograr cambios significativos, concretos y evidentes en un periodo de tiempo determinado, por lo tanto, su implementación puede ser útil en procesos que implique la intervención individual u otros sujetos y grupos de interés.

Debido a la necesidad sentida del conocimiento del sistema familiar en relación con la condición de la persona identificada: su patología y posible evolución; dichos temas pueden ser desarrollados desde la estrategia de consejo de experto para construir un vínculo que surja de las necesidades que rodean el síntoma.

Limitaciones

La ubicación geográfica de las familias implicaba el traslado de material y equipo de gran valor, aunado a la preparación de los materiales utilizados, tanto su diseño, la implementación (material de trabajo, copias, folders entre otros) como el refrigerio, demandó una inversión económica elevada principalmente por significar un recargo considerable para un único responsable.

Al ser solo un facilitador, la toma de fotografías implicaba un distractor en las actividades a realizar, por lo cual se contó únicamente con las grabaciones, bitácoras y otros registros escritos con previa autorización por parte de los sistemas familiares.

El desarrollar la intervención en la casa de habitación de las familias, representó uno de los mayores obstáculos, ya que, al encontrarse en su ambiente, muchos de los miembros continuaban con sus actividades cotidianas, lo que generaba distractores que impedían el desarrollo adecuado de la sesión.

Lecciones Aprendidas

El proceso personal que se desarrolló en conjunto con la elaboración de la investigación aplicada permitió a la facilitadora visualizar de forma analítica su realidad, confrontada a las experiencias impactantes de las familias, lo que ha contribuido a una mayor sensibilización y capacidad de empatía como al conocimiento personal. He logrado comprender el dicho que dice que “el que mucho corre poco alcanza”, ya que, en la vida, todo tiene su momento por más que luchemos contra la corriente, algunas veces debemos dar tiempo y confrontarnos con nuestra realidad, para finalmente aseverar que la constancia tiene su recompensa.

En el ámbito profesional, he constatado lo que plantea Jara, al mencionar que muchas veces desconocemos el bagaje de conocimiento teórico que las disciplinas poseen hasta que lo analizamos de forma objetiva y lo confrontamos con los procesos prácticos.

El proceso constructivo de generar saberes partiendo de la experiencia fue desafiante y muy enriquecedor, fue evidenciar la evolución del conocimiento en el campo de acción, que se transformó en un aporte esencial a la calidad de vida de las familias.

Las familias requieren de una guía en los momentos donde sus recursos son deficientes para enfrentar las crisis vitales y Enfermería en Salud Mental, cuenta con el bagaje de conocimientos, capacidad y sensibilidad humana necesaria en la intervención de familias.

Elaborar procesos de pérdida o duelos deben representar una parte fundamental de la vida de los individuos cómo lo es el celebrar el éxito, para poder construir una vida con significado y esperanza.

Para lograr un enfoque humanista, debemos desarrollarlas desde una posición libre de señalamiento y etiquetas para que el rol sea auténtico y realmente enfocado en las personas y sus necesidades.

El dar valor a los saberes personales, implica una forma de inclusión haciendo a los sistemas proactivos en los procesos que emprenden.

Las teorías o estrategias por utilizar dependen de las necesidades y las características de las familias, más que del tipo de familia en sí, por lo tanto, nada está escrito y la creatividad del arte de enfermería desde el conocimiento de la disciplina permite implementar estrategias, (aunque las mismas sean de creación propia) para generar los cambios necesarios dentro del sistema.

Evidencié los alcances que desde el sustento científico tiene el proceso de atención de enfermería, y las estrategias que lo llevan a ser el medio para demostrar la complejidad de nuestra labor.

En relación con los cambios, todos los cambios identificados en las familias son significativos y que al igual que los procesos individuales que se dan en periodos determinados dentro del sistema familiar, estos se evidenciarán con el tiempo, dichos cambios pueden incluir: el que la familia reciba la intervención o permanezca sentado durante la intervención, que demuestren compromiso al realizar las tareas, o el que se muestren activos en el proceso entre otros.

Al realizar una intervención de esta magnitud y no considerar la teoría familiar sistémica, el facilitador corre el riesgo de realizar una intervención que invisibiliza las necesidades que cómo sistema familiar son determinantes para el éxito del proceso.

Las necesidades de los clientes son dinámicas y cambiantes, por lo cual la investigación aplicada realizada, no implica un proceso terminado, es un proceso en constante actualización y valoración que desde su planteamiento responde a las necesidades cambiantes del cliente.

El rol del facilitador cómo herramienta, debe estar muy bien sustentado para evitar que la dinámica familiar lo absorba, por lo que la objetividad nos permite una posición crítica del proceso y su vivencia.

La enfermedad en la familia representa una crisis del desarrollo que interviene en las relaciones del sistema familiar provocando inestabilidad.

El considerar dentro de la construcción del saber a la resistencia cómo un proceso que contribuye al cambio más que una amenaza para el mismo, facilita la intervención.

Las teorías utilizadas aportan saber a la Enfermería de cómo intervenir de forma adecuada a estos grupos sociales al ampliar la noción de las realidades humanas y el impacto que se puede provocar desde una intervención cómo la realizada.

Somos seres sociales inmersos en realidades similares pero que, al ser evaluadas desde nuestras realidades personales, nos hace diferenciarnos como individuos concedores y responsables de nuestras vidas, y permite una mayor identificación de su situación.

Al generar un cambio en alguno de los entornos, interno y externo, repercute en la conducta de las personas involucradas, con lo que se genera conductas en busca del bienestar del sistema.

Al empoderar a los sistemas y hacerlos capaces desde una construcción lingüística, como lo plantea la Terapia Breve Centrada en soluciones, genera la colaboración necesaria para la apertura al cambio.

La familia representa el espacio de transformación por excelencia, al representar los vínculos afectivos más importantes y evidenciar su capacidad de modelar a los individuos, por lo que destaco su consideración en todos los procesos de desarrollo humano, aunque la intervención no sea orientada exclusivamente al grupo familiar.

Bibliografía

- Albarrán, A.; Macías T. (2007) *Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud Guadalajara, Investigación en Salud, volumen (IX) 118-124, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/142/14290206.pdf>
- Alcántara, G. (2008) La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *SAPIENS Revista Universitaria de Investigación*, vol. (9), 1. pp. (93-107) Venezuela. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. (2002) *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. 4ª. Pamplona: EUNSA;
- Astudillo W. Mendinueta C., Orbegozo A. (2002) Presente y futuro de los Cuidados Paliativos. *Avances recientes en Cuidados Paliativos*. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. (15-46). Recuperado de: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/svasca00/01.dir/svasca0001.pdf
- Araya, V.; Alfaro, M.; Andonegui, M. (2007) Constructivismo, Orígenes y Percepciones. *Laurus*, vol. (13), pp.76-92 Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/761/76111485004.pdf>
- Avellaneda, L (2003) Intervención de Enfermería en los Cuidados Paliativos. *Revista de Actualizaciones en Enfermería*. vol. (06), 22-28. Recuperado de: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-64/enfermeria6403-intervencion/#sthash.5DW7zEe1.dpuf>
- Ávila-Agüero, M. (2009) Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*. Vol. (51). San José, Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002
- Bayebach, M. (1999) INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN LAS SOLUCIONES. En Navarro Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos (Eds.), *Intervención y*

- Prevención en Salud Mental. Salamanca: Amarú. (pp. 211-245) Recuperado de: <https://psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/12/TERAPIA-BREVE-CENTRADA-EN-LAS-SOLUCIONES.pdf>
- Bermejo, J. Sánchez, E. (2007) Grupos de ayuda mutua en el duelo: eficacia y perspectivas. *Rev. MAPFRE MEDICINA*, vol. 18 (2), pp. 82-90. Recuperado de: https://josecarlosbermejo.es/sites/default/files/articulo_grupos_ayuda_mutua.pdf
- Campos, J. (2000). Los factores terapéuticos: ¿qué es lo que produce cambios en los grupos? *Alternativas Cuadernos de Trabajo Social*. vol. 8, pp. 205-229. Recuperado de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5757/1/ALT_08_09.pdf
- Cibanal, L. (2007) A propósito de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. *Rev. Esp. Sanid. Penit*; vol. 9, pp. 34-37. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v9n2/editorial.pdf>
- Cid M., Montes de Oca R., Hernández., O. (2014) La familia en el cuidado de la salud. *Rev. Méd, Electrón.* Jul-Ago 36 (4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema08.htm>
- Chaves, V., Jara, E., Monge, C., Ramírez, M., (2006) *Sistematización de un proceso terapéutico desarrollado con cuatro sistemas familiares que cuentan con un miembro que presenta una alteración mental*. San José. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica.
- Colegio de Enfermeras de Salud Mental. (2011) *Política Nacional de Enfermería 2011-2021*, Primera Edición San José Costa Rica. Recuperado de: <http://www.enfermeria.cr/documentos/PoliticasydeEnfermeriaEdicion1.pdf>
- Codorniu, M. Bleda, E. Alburquerque, L. Guanter, J. Adell, F. García, A. Barquero, D. (2011) Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index Enfermería*, vol. (20), 1-2 Granada. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S11321296201100>
- Cubillo, X. (2006) Visita domiciliaria integral para actuar en salud familiar. Conferencia: VIII Congreso Chileno de Medicina Familiar. *Medwave* vol.7. Recuperado de: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/949>

- De Shazer, S. (1988) *Claves en psicoterapia Breve. Una teoría de la solución*. Barcelona, España. Editorial Gedisa, S. A.
- Del Rio, I., Palma, A. (2007) Cuidados Paliativos: historia y desarrollo. *Boletín de la Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile*. Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl:16080/publ/Boletin/20071/CuidadosPaliativos.pdf>
- Dos Santos, G., Santos da Silva, M., DeMontigny, F. (2016) Necesidades Prioritárias Referidas Pelas Famílias De Pessoas Com Doenças Raras. *Enfermagem*, vol. 25, pp. 1-9 Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/714/71447791011.pdf>
- Feo O. (2004) Las funciones esenciales y la reorientación de los servicios de salud hacia un enfoque de prevención. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 22 (Especial): 73-79. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021908>
- Fornés, J. (2003) Enfermería en Salud Mental. Cómo Cuidar al cuidador y a nosotros mismos. *Rev. Enfermería Global*, vol. 2, pp. 1-11., Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/658/690>
- Gallardo AI. (2011) Evolución del conocimiento en enfermería. *Medwave*. Vol. (11), pp. 4. Recuperado de: <http://www.medwave.cl/medios/medwave/Abril2011/1/medwave.2011.04.5001.pdf>
- García, C. Grau, J. Infante, O. (2013) Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 30 (1), pp.121-13. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n1/mgi12114.pdf>
- García, J., Vélez, C. (2013) América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas *Rev. Salud Pública*. Vol. 15 (5), pp. 731-742, Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n5/v15n5a09.pdf>
- Gómez, M. (2007) *Manual de Técnicas y Dinámicas*. México, Villahermosa. ECOSUR. Recuperado de: <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/02/zManual-de-Tecnicas-y-Dinamicas.pdf>.
- Gomis, D. (2008) *Manual de enfermería. Teoría más práctica*. Tercera Edición: Buenos Aires: Librería Akadia.

- Góngora, J., Beyebach, M. (1995) *Avances en Terapia Familiar Sistémica*. España Editorial Paidós.
- Godínez, A., Calvo, G. (2014) *Sistematización de experiencia de una intervención de enfermería en salud mental desde el modelo de Sistemas de Betty Newman, para el afrontamiento del estrés en la cotidianidad de un grupo de mujeres con trabajo remunerado, de la zona de Guácimo, I Semestre 2014*. San José. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica.
- Guijarro, C. (2017) *Aspectos psicológicos del paciente terminal: el adolescente y la familia*. Tesis para optar por el Grado de Enfermería, España. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/24662>
- Gutiérrez, J. (2008) *Cuadernos Metodológicos: Dinámicas del grupo de discusión*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas. Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=L5sDCMoz6eoC&oi=fnd&pg=PA7&dq=tipos+de+grupo+en+dinamica+de+grupo&ots=bIT7PMsT1X&sig=tyWqnqv4Ag_44v0TeY7M-492UVw#v=onepage&q=tipos%20de%20grupo%20en%20dinamica%20de%20grupo&f=false
- Gutiérrez, M., Martínez, M.; Mora, M. (2013) *Programa educativo de Enfermería para el autocuidado dirigido a familias en procesos paliativos de la asociación Caminemos Juntos (ASCAJU) de Cartago*. Tesis de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. San José. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica.
- Hagman G. (1995). Mourning: a review and reconsideration. *International Journal of Psychoanalysis* (76), 909 -925.
- Hernández, G. (1997) *Caracterización del Paradigma Humanista. Módulo Fundamentos del Desarrollo de la Tecnología Educativa (Bases Psicopedagógicas)*. México: Editado por ILCE- OEA. Recuperado de: https://comenio.files.wordpress.com/2007/08/paradigma_humanista.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2015) *Anuario estadístico (2012-2013)* Compendio de datos Actualizados en el país San José, Costa Rica. Recuperado de:

- http://www.inec.go.cr/wwwisis/documentos/INEC/Anuario_Estadistico/Anuario_Estadistico_2012-2013.pdf
- Jara, O. (2012) *Sistematización de Experiencias Prácticas y Teoría para otros Mundos Posibles*. (1 ed.). San José, Costa Rica. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja
- Lacasta, M. Novelles, C, Bleda, M. (2005) *Guía para familiares en duelo: Recomendado por la sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. Alfinlibros. Barcelona. Recuperado de:
http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/doc_guia_para_familiares_en_duelo.pdf
- Latorre, J. Beneit, P. (1994) *Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*, Lumen, Argentina
- Lluch, M. (2004) *Enfermería Psicosocial y de salud mental: marco conceptual y metodológico*. Universitat de Barcelona. Recuperado de:
https://books.google.co.cr/books?id=GUxO5wKzj_YC&pg=PA6&lpg=PA6&dq=enfermeria+psicosocial+y+salud+mental+articulos+cientificos&source=bl&ots=1g-1q8WotD&sig=0lZ4kxb9ct0dP1bR3u_KZQAIqU4&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=enfermeria%20psicosocial%20y%20salud%20mental%20articulos%20cientificos&f=true
- Lazarus, R., Folkman, S. (1991) *Estrés y procesos cognitivos*. España. Editorial Gedisa.
- Maganto, C. (2004) *Capítulo 1. La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo*. Recuperado de: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/39c.pdf
- Malvarez, S. (2009). *Promoción de la salud mental*. En Rodríguez, J. Salud Mental en la Comunidad. Segunda Edición. Washington D.C.: OPS.
- Malvarez, S. (2011) Salud Mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de Enfermería. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. Vol. 4. Recuperado de: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/238/RIdeC.v4n2.22.Especialidades-2.pdf>
- Martínez, J., Amador, B., Guerra, M. (2017) Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*. Vol. (16), Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/255721/214141>

- Martínez, M. (2006) *Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona*. Polis (15) URL: <http://polis.revues.org/4914>. ISSN: 0718-6568
- Meza, M. (2007) *Enfermería en la Atención de los trastornos mentales según perfil epidemiológico en Costa Rica*. Antología Rotación en Psiquiatría. Universidad de Costa Rica, p.p. 67-129.
- Meza, M. (2015) *Antología para el curso Abordaje de enfermería en salud mental para las personas con alteraciones de la salud física*. San José, Universidad de Costa Rica.
- Mézerville, G. (2005) *Ejes de Salud Mental: los procesos de Autoestima, Dar y Recibir Afecto y adaptación al Estrés*. Costa Rica: Mad
- Ministerio de Salud (2016) *Política Nacional de Salud 2016-2020*. San José, Costa Rica
Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/964-plan-nacional-de-salud-2016-2020/file>
- Ministerio de Salud (2012) *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*, San José, Costa Rica.
Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1558-politica-nacional-de-salud-mental/file>
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2008) *Situación e indicadores de salud*. Obtenido de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2009/vlsituacion.pdf
- Ministerio de Salud de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la salud. (2008) *Informe del Sistema de Salud Mental en Costa Rica*. Recuperado de: <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/informe.pdf>
- Mora, E (2005). Ensayo: La atención de enfermería sobre el impacto de la enfermedad crónica en la familia. *Enfermería en Costa Rica*. vol. 26(1) Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v26n1/4.pdf>
- Morales, G., Pérez, J., Menares, M. (2003) Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol. (XII), pp. 9-25. Recuperado de: <http://200.89.78.45/index.php/RDP/article/viewFile/17293/18033>

- Morrison, M. (1999) *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. España: Harcourt Brace S.A.
- Navarro, A. (1999) *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú, Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111j.pdf>
- Navarro, J, Beyebach, M. (1995) *Avances en Terapia Familiar Sistémica*. Editorial Paidós. España.
- Neimeyer, R. (2002) *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. España: Paidós.
- Newman, B., Fawcett, J. (2002) *The Neuman Systems model*. New Jersey: Prentice Hall.
- Ochoa de Alda, I. (1995) *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. España: Biblioteca de psicología. Textos Universitarios.
- OMS (1978). *Atención primaria de Salud, Alma Ata. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud*. Organización Mundial de la Salud, Suecia. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
- OMS (2007) *Control del cáncer. Aplicación de los Conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas específicos*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf
- OPS (2007) *La renovación de la atención primaria en salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS* Washington, D.C: Recuperado de: https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf
- OMS (2009) *Subsanar las desigualdades en una generación*. Buenos Aires, Argentina: Journal S.A. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
- Organización Mundial de la salud. (2010) *Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2010*. Recuperado de: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
- Ortiz, I., Herrera, C., Ulate, M. (1999) *Programa de atención a nivel domiciliario a personas con dolor Crónico y/ o fase terminal.*) Tesis para optar por el Grado de Licenciatura en Enfermería. San José. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica.

- PAHO (2012) Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Peñalva, C. (2001) Evaluación del Funcionamiento Familiar por medio de la Entrevista Estructural”. *Revista Salud Mental*, Vol.: 24. México. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam012f.pdf>
- Pérez, B. (2002). El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. *Aquichán*, 2(1), 24-26. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100005&lng=en&tlng=es.
- Pezzano, G. (2001) Rogers su Pensamiento Profesional y su filosofía personal. *Psicología desde el Caribe*, vol. 7, pp. 60-69. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21300705.pdf>
- Riveros, E. (2014) La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*, 12(2), pp.135- 186, ISSN 2077-2161. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v12n2/v12n2a1.pdf>
- Rodríguez, A. (2010) Cuidador y el enfermo en el final de la vida –familia y/o persona significativa *Enfermería Global*. Vol. (18) pp.1-9. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/revision3.pdf>
- Rodríguez, A (2012) Aspectos bioéticos de los cuidados paliativos. *Enfermería en Costa Rica*; Vol. 33 (1) pp. 32-40. Recuperado de: <http://www.binass.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n1/art6.pdf>
- Rodríguez, A.; Beyebach, M. (1994) *Terapia Sistémica Breve: Trabajando con los recursos de las personas*. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro. Recuperado de: <https://www.psicoterapias.es/publicaciones/art%C3%ADculos-para-descargar/>
- Rodríguez, M., Montes de Oca, R., Hernández, O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. *Revista Médica Electrónica*, Vol. 36(4) pp. 462-472. Recuperado de <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1108>

- Rodríguez, V., Soto C. (2013). *El cuidado de Enfermería: Visión humanista desde la experiencia de vida, una perspectiva en Salud Mental*, Hospital San Juan de Dios, marzo-Junio. Universidad de Costa Rica, San José.
- Ruiz, M., Coca, M. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*, vol.5(1), pp. 53 - 69. doi:10.5209/rev PSIC.2008.v5.n1.16351
- Smilkstein, G. (1978) *The Family APGAR: A Proposal for a family function Test and its use by Physicians*. The Journal of Family Practice, volume (6), Washington.
- Steen, S. (2015) Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives: *International Journal of Palliative Nursing*. Volumen. (21), 79-86. Recuperado de:
<http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=13576321&AN=101144818&h=HK4cUdbreIUe8zZn8LYFElusS0RLInuSQat%2boEvHQukJNCHqPgRIJGARL%2fYCKtyrUOmoEaqww%2fSsYa5RuuP%2fGw%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d13576321%26AN%3d101144818>
- Tejeda, Y. (2011). The family as therapeutic agent in the palliative cares. *MEDISAN* Vol. 15(2), pp.197-203. Recuperado en 18 de julio de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000200008&lng=es&tlng=en
- Torres, C. (2014) *Sistematización de la intervención de enfermería en salud mental para fortalecer la salud mental en un grupo de madres de niños y niñas que asisten al centro integral semillitas de vida: Un estudio desde el modelo de sistemas de Betty Newman, Heredia, I Semestre 2014*. San José. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica.
- Universidad de Antioquia. (2004). Las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano. *Rev. Fac. Nac. de Salud Pública*; 22 (Especial): 141-142. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021915>

- UNESCO (2006) Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Francia.
Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180S.pdf>
- Vaquiroy, S., Stieповich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 17-24. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>
- Vargas, W. (2006) Atención Primaria de Salud en Acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>
- Vuori, H. (1985) The role of School of Public Health in the Development of Primary Health Care. *Health Policy*, 4:221-230. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0168851085900363>
- Waldow, V. (2013) Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm.* Vol. 23(4) pp. 234-238, Brasil. Recuperado de: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>
- Waldenfels, B. (2017) Fenomenología de la experiencia en Edmund Husserl. ARETE, Revista de Filosofía Vol. XXIX, N° 2, 2017 pp. 409-426 Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/arete/v29n2/a08v29n2.pdf>

Anexos

Anexo 1: Carta de solicitud



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

PPCE Programa de Posgrado en
Ciencias de la Enfermería

6 de mayo del 2016
PPCE-178-2016

M.Sc. Sandra Áyales
Psicóloga
Asociación Cuidados Paliativos, La Unión

Estimada Señora:

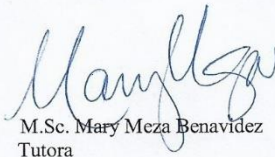
Como parte del requisito final para obtener el grado de Magister en Ciencias de la Enfermería en Salud Mental de la Universidad de Costa Rica, los estudiantes deben cumplir con una residencia por lo cual, me dirijo a usted para solicitar permita a la Estudiante Carolina Soto Aguilar céd.: 1-1056-0243 desarrollar una Intervención de Enfermería en Salud Mental desde el Modelo de Sistemas de Betty Newman, para el acompañamiento de Familias con un miembro en proceso paliativo. Asociación Cuidado Paliativo La Unión, 2016: una experiencia de sistematización.

El objetivo general contempla el Desarrollar una Intervención de Enfermería en Salud mental basado en el modelo de Sistemas de Betty Newman para el fortalecimiento de recursos de afrontamiento ante las vicisitudes psicosociales que acarrea el ser familia de una persona en proceso paliativo, la finalidad es promover en la familia calidad de vida y de esta manera beneficiar además a la persona que enfrenta el proceso salud - enfermedad.

La metodología consideraría la visita domiciliar de tres familias, cuyo proceso se desarrollaría en 8 sesiones semanales, con una duración de hora y media, donde se consideraran temas relacionados con la salud-enfermedad, el estrés, significado, vivencia, técnicas de afrontamiento entre otros. El proceso se iniciará con una sesión diagnóstica que generará los objetivos de toda la intervención.

El interés de desarrollar este proceso con este grupo, radica en que la salud corresponde a una construcción social vinculada con las vivencias personales del sujeto por lo cual enfermería en salud mental surge como ciencia con orientación holística, centrada en la persona con el fin de promover, mantener y recuperar la salud tanto del individuo como de las familias y las comunidades con el fin de promover las habilidades que potencien la capacidad del ser humano para alcanzar su óptimo bienestar, desde el cuidado del individuo en la interacción con su entorno.

Atentamente,


M.Sc. Mary Meza Benavidez
Tutora

Maestría de Enfermería en Salud Mental



Anexo 2: Carta de Aprobación

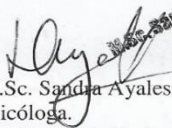
Cartago, 12 de mayo 2016

M.Sc. Mary Meza Benavidez
Tutora Maestría Profesional en Salud Mental.
Universidad de Costa Rica

Muy Estimada:

La misiva es para comunicarle que la Asociación Cuidados Paliativos de La Unión, aprueba la participación de la estudiante Carolina Soto Aguilar, céd. 1-1056-0243 bajo la modalidad de voluntariado en nuestra institución, para que desarrolle la Intervención de Enfermería en Salud Mental desde el Modelo de Sistemas de Betty Newman, para el acompañamiento de Familias con un miembro en proceso paliativo. Asociación Cuidado Paliativo La Unión, 2016: una experiencia de sistematización.

Sin más, se despide


M.Sc. Sandra Ayales
Psicóloga.
Asociación Cuidados Paliativos de La Unión.



Anexo 3: Unidad de Análisis

Tabla 8
Unidad de análisis

CATEGORÍA	OBJETIVO	EJES DE LA CATEGORÍA	PREGUNTAS
Experiencias y percepción	Analizar las experiencias y percepciones de la persona con relación a su salud y a la de su familiar	Experiencias Percepción Patrones de defensa Expectativas	<p>¿Cómo percibe su situación de salud actual? ¿Cómo se ha sentido con relación a esa situación? ¿Cómo se sintió ante el diagnóstico de su condición? Cuando piensa en su salud a largo plazo, ¿Cómo la ve? ¿Qué situaciones cree usted que influyen en su situación de Salud? ¿Cómo se sintió ante el diagnóstico de su familiar? ¿Cómo percibe usted la situación de su familiar? ¿Cómo visualiza la situación en un futuro? Describa el impacto del proceso a nivel familiar ¿Cómo ha enfrentado usted la enfermedad de su familiar?</p>
Variables	Explorar pensamientos y sentimientos de la persona en relación a las variables de estudio y hacia el proceso de enfermedad de su familiar	Fisiológica Psicológica Espiritual Socio cultural Evolutiva	<p><u>Fisiológica</u> ¿Cómo se siente con relación a su condición física? ¿Cómo ha sido la condición de salud en su vida? ¿Actualmente cómo ve su condición física? ¿Cómo están sus pruebas de laboratorio? ¿Lleva control? ¿Cuáles tratamientos realiza? ¿Para usted como se manifiesta su condición de salud o problema de enfermedad? ¿El proceso de enfermedad de su familiar ha influido en su condición física? ¿Cómo?</p> <p><u>Psicológica</u> ¿Psicológicamente usted se siente...? ¿Cómo se percibe como persona? Cuando experimenta una situación difícil: ¿Cómo se siente, A quién acude? Sus sentimientos más frecuentes son... ¿Cómo percibe el proceso paliativo que vive su familia? ¿Cómo se siente usted en relación a ese proceso?</p> <p><u>Espiritual</u></p>

			<p>¿Para usted qué es espiritualidad? ¿Cómo vive usted la espiritualidad ¿Recibe ayuda espiritual para sobrellevar el proceso paliativo que vive su familia?</p> <p><u>Socio cultural</u> ¿Qué costumbres son las más importantes para usted, su familia o el lugar dónde vive? ¿Actualmente ha modificado sus costumbres o roles cotidianos? ¿Ha variado o cambiado el desenvolvimiento en el ámbito familiar, social o laboral, (¿en relación con la situación?</p> <p><u>Evolutiva</u> ¿Cómo se siente en esta etapa de su vida? En esta fase de su vida, ¿Cree usted que han cambiado algunas cosas? ¿Qué opina sobre sus metas?</p>
Estresores	Conocer las principales fuentes de estrés de la persona, sus reacciones, estrategias de afrontamiento y recursos con los que cuenta	Intrapersonales Interpersonales Extrapersonales	<p>¿Qué situaciones le generan estrés? ¿Cómo se manifiesta el estrés en su vida? ¿Cómo lo afronta? ¿Le han resultado las formas de afrontamiento?</p>
Expectativa del proceso.	Determinar las expectativas de los participantes en relación con el proceso a desarrollar	Intervención en salud mental	<p>¿Conoce usted de intervenciones de enfermería en salud mental? ¿Ha participado en alguna otra intervención de este tipo? ¿Qué espera de esta intervención a nivel individual? ¿Qué espera de está a nivel familia?</p>
Grado de reacción	Determinar el efecto de las variables sobre las líneas de defensa, resistencia y estructura básica	Línea flexible, normal de defensa Líneas de resistencia Estructura básica	Interpretación de la especialista en Salud Mental

Nota: Autoría Propia.

Anexo 4: Entrevista de Enfermería

Intervención de Enfermería en Salud Mental desde el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo: Una experiencia de sistematización. Asociación Cuidado Paliativo de la Unión, 2016.

Entrevista Individual

Se presenta a continuación la Entrevista de aplicación individual, sustentada en el Modelo de sistemas de Betty Neuman, para familias con un miembro en proceso paliativo. La finalidad del instrumento es el analizar las situaciones actuales tanto personales como entorno al proceso paliativo que se enfrenta.

El instrumento comprende 4 ejes, para un total de 37 preguntas abiertas. En las que se incluyen: A. Experiencias y percepciones, C. Variables, D. Fuentes de estrés, E.. Expectativa del proceso. La información brindada en el presente instrumento se manejará con total confidencialidad y será utilizada exclusivamente con fines académicos.

De antemano muchas gracias por su colaboración!!!

A. Experiencias y percepción

Objetivo: Analizar las experiencias y percepciones de la persona en relación a su salud y a la de su familiar.

¿Cómo percibe su situación actual de salud?

¿Cómo se ha sentido en relación a esa situación?

¿Cómo se sintió ante el diagnóstico de su condición?

¿Cuándo piensa en su salud a largo plazo ¿Cómo la ve?

¿Qué situaciones cree usted que influyen en su situación de salud?

¿Qué estrategias ha utilizado en el pasado para enfrentar situaciones similares a la actual?

En relación a la vivencia de su familiar:

¿Cómo se sintió ante el diagnóstico de su familiar?

¿Cómo percibe usted la situación de su familiar?

¿Cómo visualiza la situación en un futuro?

Describe el impacto del proceso a nivel familiar

A. Variables

Objetivo: Explorar pensamientos y sentimientos de la persona en relación a las variables de estudio y hacia el proceso de enfermedad de su familiar.

Fisiológica

¿Cómo se siente en relación a su condición Física

Cómo ha sido la condición de salud en su vida

Actualmente ¿cómo ve su condición física?

Lleva control de laboratorio ¿cómo se encuentra? ¿Qué tratamientos utiliza?

Para usted, ¿cómo se manifiesta su condición de salud o problema de enfermedad?

¿El proceso de enfermedad de su familiar ha influido en su condición física? ¿Cómo?

Psicológica Personal

Desde una posición psicológica ¿cómo se siente usted?

¿Cómo se percibe cómo persona? (Autoestima, auto concepto, autoimagen, autoafirmación)

Cuando experimenta una situación difícil? ¿cómo la resuelve?, ¿a quién acude?

En un día normal cuales son sus sentimientos:

¿Cómo se siente usted en relación a ese proceso que vive su familia??

Espiritual

Para usted ¿qué es la espiritualidad?

¿Cómo vive usted la espiritualidad?

¿Recibe ayuda espiritual para sobrellevar el proceso paliativo que vive su familia?

Sociocultural

¿Ha modificado sus costumbres o roles cotidianos actualmente?

Ha variado o cambiado el desenvolvimiento en el ámbito social familiar o laboral (en relación a la situación)

Al hablar de recreación: como la vive usted.

Evolutiva

¿Cómo se siente usted en esta etapa de su vida?

En este momento de su vida ¿cree que han cambiando algunas cosas?,
¿Cuáles? ¿Por qué?

¿Qué opina sobre sus metas?

¿Cuál ha sido la evolución del proceso en su familiar?

A. Fuentes de Estrés o estresantes.

Objetivo: Conocer las principales fuentes de estrés de la persona, sus reacciones, estrategias de afrontamiento y recursos con los que cuenta.

¿Qué situaciones le generan estrés?

¿Cómo se manifiesta el estrés en sus vida?

¿Cómo lo afronta?

¿Le han dado resultado las formas de afrontamiento?

B. Expectativa del proceso.

Objetivo: Determinar las expectativas de los participantes en relación al proceso a desarrollar.

¿Conoce usted de intervenciones de enfermería en salud mental. Ha participado en alguna intervención de este tipo?

¿Qué espera de esta intervención a nivel individual y familiar?

Anexo 5: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
 Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Sistema de Estudios de Posgrado Ciencias de la Enfermería Énfasis en Salud Mental

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Intervención de Enfermería en Salud Mental desde el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, para el acompañamiento de familias con un miembro en proceso paliativo: Una experiencia de sistematización. Asociación Cuidado Paliativo de la Unión, 2016.

Nombre del Investigador Principal: Dra. Carolina Soto Aguilar

Nombre del participante: _____

- A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** El interés del proceso se sustenta en el objetivo general del mismo, el cual es Desarrollar una intervención terapéutica de enfermería en salud mental en tres familias con un miembro en proceso paliativo para promover la calidad de vida por medio del acompañamiento al sistema. Para lo cual las familias involucradas deben tener la disposición de participar en el proceso que tendrá una duración de 8 sesiones de hora y media cada uno, aproximadamente dos meses de duración.
- B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Su participación en el presente proceso inicia al aceptar la participación voluntaria en el mismo, firmando el consentimiento actual. Su intervención iniciará con una sesión diagnóstica dónde se aplicaran instrumentos tales como el Apgar familiar, Genograma, Entrevista Individual desde el enfoque de Betty Newman y otros que darán paso a los objetivos posteriores de la intervención. Posteriormente se desarrollará semanalmente según el día y hora a convenir por los participantes en la casa de habitación de la familia. Al aceptar ser parte de la población en estudio, debe saber que la información obtenida del mismo será confidencial y utilizada solamente para fines académicos. Las sesiones serán grabadas (audio) para que la información recopilada sustente el proceso sistemático de la práctica.
- C. RIESGOS:**
1. La participación en este estudio puede significar un riesgo en la pérdida de privacidad ya que las sesiones se desarrollaran en la casa de habitación de la familia..
 2. Esta investigación aplicada no implica procedimientos invasivos, sin embargo, si sufriera algún daño como consecuencia del proceso a que será sometido para la realización de este estudio, se realizará una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

- D. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que obtendrá será tener una mejor calidad de vida al poseer las herramientas necesarias para el afrontamiento del proceso de enfermedad de su familiar, así como la adquisición de conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad.
- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la Dra. Carolina Soto Aguilar (investigadora). sobre este estudio y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Mary Meza Benavidez al teléfono (25111935) en el horario de los lunes de 1 a 2 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS –Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad) fecha