



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TEMA:

**“La intervención del Trabajo Social en la Salud Mental de adultos del centro de salud
N1 de la ciudad de Ambato”**

AUTOR:

Doménica Marcela Salazar Vásquez

TUTOR:

Dra.: Eulalia Pino Loza

Ambato – Ecuador

2020-2021

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

CERTIFICA:

En calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema “LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL DE ADULTOS, DEL CENTRO DE SALUD N1 DE LA CIUDAD DE AMBATO” de la señorita Doménica Marcela Salazar Vásquez , egresada de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato, considero que dicho trabajo de Graduación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a Evaluación del Tribunal de Grado, que el H. Consejo Directivo de la Facultad designe, para su correspondiente estudio y calificación.

Ambato, 23 de Marzo del 2021



Firmado electrónicamente por:

**EULALIA
DOLORES PINO**

Dra. Eulalia Pino Loza

CC.0601607922

Tutora

AUDITORIA

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas en el trabajo de titulación, presentado con el tema: **“LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL DE ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD N1 DE LA CIUDAD DE AMBATO”**, le corresponde exclusivamente a mi persona, Domenica Marcela Salazar Vásquez, egresado de la Facultad de Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato certificando que el contenido del presente trabajo investigativo son de mi completa autoría a excepción de las citas bibliográficas.



Domenica Marcela Salazar Vásquez

CC. 1804758512

Autora

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este trabajo de investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos patrimoniales del presente trabajo de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta Tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad.



Domenica Marcela Salazar Vásquez

CC. 1804758512

Autora

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Los Miembros del Tribunal de Grado APRUEBAN el Trabajo de Investigación sobre el tema: **“LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL DE ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD N1 DE LA CIUDAD DE AMBATO”**, presentado por la Srta. Domenica Marcela Salazar Vásquez, de conformidad con el Reglamento de Graduación para Obtener el Título Terminal de Tercer Nivel de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, 8 de abril del 2021

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación definitivamente es dedicado para mi Dios a quien siempre he puesto en sus manos mis acciones y decisiones, aceptando su voluntad en el transcurso de cada uno de mis logros, y como no dedicárselo también a todos los miembros de mi familia quienes siempre pudieron ver en mí una hija, una hermana, una sobrina capaz de lograr cada meta que me proponga, es por eso que dedico cada uno de mis sueños y mis objetivos a mis padres Marcelo Salazar y Jimena Vásquez que desde el primero momento estuvieron apoyándome con amor, con apoyo moral y sobre todo con confianza de que todo su esfuerzo será recompensando, y para alguien muy especial que estoy segura donde sea que se encuentre estaría muy orgullosa de la persona que soy ahora a mi querida abuelita Isabel.

Domenica Salazar V.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar inmensamente mi agradecimiento hacia mis tías las cuales han sido parte fundamental de mi vida, y hoy de mi preparación como profesional con el apoyo incondicional en cada una de las situaciones más felices y difíciles que he podido atravesar.

Gracias a Mery Salazar por tomar el lugar de mi tía, mi amiga, mi confidente, mi consejera, mi madre... por creer y querer siempre lo mejor para mí.

A mi tía Roció Vásquez por animarme siempre a demostrar lo capaz que puedo llegar a ser en mis acciones como persona y como profesional.

A mi tía Gabriela Vásquez, por estar presente en cada momento de felicidad y de preocupación y demostrar su cariño y preocupación por mí.

A mi querida Carmita que sin obligación alguna ha estado en cada momento de mi vida demostrando su amor y orgullo por la persona que soy ahora.

Agradezco también a mi hermano Andrés, quien admiro por su dedicación, su valor como ser humano y su apoyo como hijo, demostrándome que se puede superar cualquier obstáculo que se nos atravesase en la vida.

Y como no agradecer a mis queridas amigas Gabriela, Anita, Kimberley y Karla quienes tuve la bendición de conocer para aprender un poco de cada una de ellas y entender el significado de amistad.

Y por último y no menos importante a mi querida Tutora Eulalia Pino Loza que más que una docente ha sido una guía tanto profesional como espiritual desde el momento que tuve la dicha de conocer.

Gracias a todos quienes creyeron en mí.

Domenica Salazar V.

INDICE GENERAL

TEMA:.....	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	¡Error! Marcador no definido.
AUDITORIA	i
DERECHOS DE AUTOR	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE GENERAL	vi
INDICE DE TABLAS	vii
INDICE DE GRÁFICOS	ix
TEMA:.....	xi
RESUMEN EJECUTIVO	xi
EXECUTIVE SUMMARY	xiv
CAPÍTULO I	1
Antecedentes investigativos	1
Situación de la problemática	1
Problema científico	13
Delimitación del objeto de Investigación	13
Delimitación de Contenidos	13
Delimitación Espacial	13
Unidades de Observación:.....	14
Delimitación temporal:.....	14
Desarrollo Teórico	14
Marco Conceptual de la variable independiente:.....	46
Intervención de Trabajo Social.....	46
Variable dependiente: Salud mental en adultos	58
Objetivos.....	65
Objetivo General	65
Objetivos Específicos	65
Hipótesis	65
CAPITULO II.....	66

Metodología.....	66
Enfoque de la investigación	66
Modalidad Básica de Investigación.....	68
Investigación de Campo:.....	68
Investigación documental bibliográfica.....	68
Investigación científica	69
Tipos de investigación.....	69
Descriptiva:	69
Explicativa:	70
Correccional:	70
Población y muestra	71
Técnicas e instrumentos	71
Plan de Recolección de Información	75
Plan de Procesamiento de la Información	76
CAPITULO III.....	77
Análisis e interpretación de resultados	77
Datos socio – demográficos	77
Análisis y discusión de los resultados sociodemográficos.....	79
Test de funcionamiento familiar (FFSIL)3.....	80
Escala de Bienestar Mental De Warwick- Edinburgo	102
Discusión de resultados.....	128
Verificación de Hipótesis	130
CAPITULO IV	131
Conclusiones y Recomendaciones	131
Conclusiones:.....	131
Recomendaciones:.....	132
Anexos	134
Bibliografía.....	141

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Población.....	71
------------------------	----

Tabla 2 Técnicas e instrumentos	71
Tabla 3 Variable Independiente: Salud mental en adultos.....	73
Tabla 4 Variable Independiente: Intervención de trabajo social.....	74
Tabla 5 Plan de recolección de información	75
Tabla 6 Genero.....	77
Tabla 7 Edad	78
Tabla 8 Usuarios que asisten al centro de salud área de SAI.....	78
Tabla 9 Escala Cual-Cuantitativa.....	81
Tabla 10 Cohesión.....	82
Tabla 11 Armonía	83
Tabla 12 Roles.....	84
Tabla 13 Afectividad.....	86
Tabla 14 Comunicación asertiva.....	87
Tabla 15 Adaptabilidad	89
Tabla 16 Permeabilidad.....	90
Tabla 17 Cohesión.....	92
Tabla 18 Roles.....	93
Tabla 19 Adaptabilidad	95
Tabla 20 Comunicación familiar.....	96
Tabla 21 Permeabilidad.....	97
Tabla 22 Armonía	99
Tabla 23 Afectividad.....	100
Tabla 24 Escala Cual - Cuantitativa.....	102
Tabla 25 Estado de animo	103
Tabla 26 Aceptación personal.....	104
Tabla 27 Estado de animo	106
Tabla 28 Interés Social.....	107
Tabla 29 Energía	109
Tabla 30 Estado de animo	110
Tabla 31 Estado de animo	112
Tabla 32 Estado de animo	113
Tabla 33 Estado de animo	115
Tabla 34 Estado de animo	116
Tabla 35 Estado de animo	117
Tabla 36 Estado de animo	119
Tabla 37 Estado de animo	120
Tabla 38 Estado de animo	121
Tabla 39 Tabla cruzada entre la pregunta 4 y 14 en tes de funcionalidad familiar..	123
Tabla 40. Calculo Chi cuadrado del Tes de Funcionalidad Familiar.....	124
Tabla 41 Tabla de distribución del Tes de Funcionalidad Familiar.....	125
Tabla 42 Tabla cruzada entre la pregunta 8 y 10 en La Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo.....	126

Tabla 43 Calculo Chi cuadrado en La Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo.....	127
Tabla 44 Tabla de distribución en La Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo.....	127

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Modelo Sistémico	37
Gráfico 2 Genero.....	77
Gráfico 3 Edad	78
Gráfico 4 Causas	79
Gráfico 5 ¿Se toman decisiones para cosas importantes de la familia?	82
Gráfico 6 ¿En mi casa predomina la armonía?	83
Gráfico 7 ¿En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades?.....	85
Gráfico 8 ¿Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana? .	86
Gráfico 9 ¿Nos expresamos de forma clara y directa?.....	88
Gráfico 10 ¿Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos?.....	89
Gráfico 11 ¿Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes?	91
Gráfico 12 ¿Cuándo alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan?	92
Gráfico 13 ¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado?.....	94
Gráfico 14 ¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?	95
Gráfico 15 ¿Podemos conversar diversos temas sin temor?	97
Gráfico 16 ¿Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas?	98
Gráfico 17 ¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar?	99
Gráfico 18 ¿Nos demostramos el cariño que nos tenemos?.....	101
Gráfico 19 ¿Me he sentido optimista respecto al futuro?	103
Gráfico 20 ¿Me he sentido útil?	105
Gráfico 21 ¿Me he sentido relajado/a?.....	106
Gráfico 22 ¿He sentido interés por los demás?	108
Gráfico 23 ¿He tenido energía de sobra?	109
Gráfico 24 ¿He enfrentado bien los problemas?	111
Gráfico 25 ¿He podido pensar con claridad?	112
Gráfico 26 ¿Me he sentido bien conmigo mismo/a?.....	114
Gráfico 27 ¿Me he sentido cercano/a los demás?	115
Gráfico 28 ¿Me he sentido seguro/a (con confianza)?.....	116
Gráfico 29 ¿He sido capaz de tomar mis propias decisiones?	118
Gráfico 30 ¿Me he sentido querido/a y valorado/a?	119

Gráfico 31 ¿Me he interesado por cosas nuevas?	120
Gráfico 32 ¿Me he sentido alegre?.....	122

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA TRABAJO SOCIAL

TEMA:

“La intervención del Trabajo Social en la Salud Mental de adultos del centro de salud N1 de la ciudad de Ambato”

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación corresponde a las variables Intervención de Trabajo Social y Salud Mental en personas que asisten al centro de Salud N1 de ciudad de Ambato. El objetivo fue determinar la incidencia del trabajo social en la salud mental de adultos en edad temprana, posterior a la investigación se determina que la intervención del trabajo social tiene una gran importancia en la salud mental de cada individuo, específicamente cuando se trabaja en el entorno familiar que es el principal centro de desarrollo del ser humano, donde se fundan, costumbres, pensamientos y conductas. En conformidad con los resultados obtenidos se puede evidenciar que es necesario una intervención del trabajador social desde el entorno familiar proporcionándole tanto al individuo como a la misma familia un enfoque más claro para la toma de decisiones. Las características que definen la situación de las personas que tienen conductas afectadas, son claramente la falta de afectividad familiar, causando inestabilidad en las relaciones interpersonales. La metodología responde de acuerdo con los materiales aplicados y la naturaleza de los datos utilizando para un enfoque cuali – cuantitativo.

Palabras claves: Intervención del Trabajo Social, Salud mental, personas con conductas afectadas

EXECUTIVE SUMMARY

The research corresponds to the variables Intervention of Social Work and Mental Health in people who attend the N1 Health Center in the city of Ambato. The objective was to determine the incidence of social work in the mental health of early adults, after the investigation it is determined that the intervention of social work has a great importance in the mental health of each individual, specifically when working in the environment family that is the main center of human development, where customs, thoughts and behaviors are founded. In accordance with the results obtained, it can be evidenced that a social worker intervention is necessary from the family environment, providing both the individual and the family itself with a clearer approach for decision-making. The characteristics that define the situation of people who have affected behaviors are clearly the lack of family affection, causing instability in interpersonal relationships. The methodology responds according to the applied materials and the nature of the data using for a quali - quantitative approach.

Keywords: Social Work Intervention, Mental Health, people with affected behaviors.

CAPÍTULO I

Antecedentes investigativos

Situación de la problemática

La salud mental es igual de importante como la de la salud física, ambas conforman el bienestar de las personas, las comunidades y la sociedad en general, sin embargo, de los 7700 millones de personas que se estima existe en el mundo sufren de alguna afectación mental o de comportamientos de conductas afectadas de los cuales un mínimo de porcentaje de ella se encuentra en atención. Expertos en bienestar de salud mental individual, destacan que las personas no son felices o infelices por lo que les suceda, sino más bien por lo que piensan sobre lo que está ocurriendo en su vida. Es así como actualmente y gracias a los avances y aportes de ciencias como la psiquiatría, la psicología y la neurociencia, entre otras, se conoce que los padecimientos o trastornos en la salud mental están asociados en su mayoría a interrelaciones complejas, desde el siglo pasado comenzo a considerarse la importancia de los factores biológicos, psicológicos y sociales para un abordaje integro en personas con salud mental decadente.

En la agenda de la Salud Pública contemporánea, la salud mental ocupa un lugar importante, con un resultado de diversas evaluaciones que auguran su notable deterioro en un futuro inmediato. La tardía identificación de la salud mental como problema de Salud Pública responde a un complejo conjunto de interrelaciones entre lo que se percibe como del ámbito público y lo que pertenece al ámbito íntimo y doméstico, esta percepción procede de conceptos y distinciones sociales, como aquellos que concretan lo sano y lo enfermo de acuerdo con circunstancias socioculturales concretas que evolucionan históricamente.

Desde una perspectiva histórica, las enfermedades mentales se han encontrado constantemente en los límites entre las interpretaciones naturalistas y sobrenaturales

de la enfermedad, lo que también ha contribuido a su tardía incorporación como problema de salud.

La Salud mental describe la posibilidad de desarrollar la capacidad de los individuos y comunidades lo cual les permite alcanzar sus propios objetivos, en efecto la salud mental es un tema de interés general, puesto que afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un fragmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto forma un desafío importante para el desarrollo general. No existe un grupo de personas que sea inmune a padecer ciertas conductas afectadas, sin embargo, quienes se ven más vulnerables y corren el riesgo más alto de tenerlo, es en los pobres, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, personas que padecen de depresión, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado.

El concepto oficial de salud mental propuesto por la OMS, se remonta hasta los orígenes del Movimiento de Higiene Mental estadounidense en 1908 con la aparición del libro de Clifford Beers *A Mind That Found Itself*. El carácter pragmatista de los Estados Unidos, enlazado con las corrientes filosóficas, epistemológicas y científicas de comienzos del siglo xx, llevó a considerar la higiene mental como un problema de sanidad pública, que debía ser atendido mediante la combinación de un trabajo profiláctico con intervenciones de tipo comunitario. La Primera Guerra Mundial acentuó la impronta práctica del Movimiento de Higiene Mental y de la psiquiatría estadounidenses y favoreció, asimismo, la creación de Ligas de Higiene Mental en otros países, impulso que había sido promovido por Beers fundamentalmente, con el propósito de crear un Comité Internacional de Higiene Mental.

Entendemos la salud mental como lo opuesto a la enfermedad mental, a la que tendemos a considerar como sinónimo de “locura”. Por tanto, la salud mental sería la ausencia de locura; de este modo se podría concluir fácilmente que la salud mental es la situación de la mayor parte de las personas, mientras que solo unos pocos, considerados como raros, sufren “locura”. (Truffino, 2012)

La salud mental representa un equilibrio psíquico que se traduce en consecuencias personales y sociales positivas, es, un “bien estar” que va más allá del “estar bien” y apunta al “bien. Esto quiere decir que la salud mental es un cierto fundamento para el

despliegue de la persona para su perfeccionamiento, al tiempo que éste puede contribuir a la salud mental. (Truffino, 2012)

La salud mental es indudablemente un problema de salud pública a nivel mundial y, sin embargo, el Atlas de Salud Mental 2017 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que a nivel global actualmente hay menos de un profesional en salud mental por cada diez mil habitantes. Es necesario seguir apostando por la prevención y la atención especializada, así como por la inversión de políticas y recursos centrados en la comunidad para que, en la medida de lo posible, la persona pueda llevar a cabo el proceso de recuperación en su propio entorno. (IMSERSO, 2018)

De acuerdo con varios informes de la OMS, los trastornos mentales representan el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe. Un sistema de salud mental eficiente es vital para poder reducir esta elevada carga que se traduce en morbilidad, mortalidad y discapacidad; así como para cerrar la alta brecha en términos de personas enfermas que no están recibiendo ningún tipo de tratamiento. La creciente carga de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe se ha convertido en un problema demasiado relevante como para seguir siendo ignorado.

Una revisión realizada por OPS (2010) sobre estudios epidemiológicos, reveló una prevalencia anual estimada de 1% para psicosis no afectivas, 4.9% para depresión mayor y 5.7% para dependencia de alcohol. La brecha de tratamiento, es decir, la proporción de personas con enfermedades mentales que no reciben ningún grado de atención es muy alta, así, más de un tercio de las personas con psicosis no afectiva, más de la mitad con trastornos de ansiedad y tres cuartas partes con dependencia de alcohol, no recibieron ningún tipo de atención en salud mental en los servicios especializados, ni en los servicios generales de salud. (Ministerio de Salud Pública de Colombia, 2014)

La salud mental genera actualmente un serio problema de salud pública no controlado y que va en aumento. Frente a la imperiosa necesidad de tomar medidas ante el crecimiento del índice de pacientes que padecen problemas de salud mental a nivel mundial, los estados miembros de la OMS, a partir de la última Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2012 crean un plan integral de salud mental que abarque los servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas. (Lara, 2017)

El 72% de los países poseen políticas y planes específicos en salud mental.

El 97% refieren fomentar la transición hacia los servicios básicos en su comunidad.

El 85% considera que sus políticas/planes ponen especial atención en respetar los derechos humanos en personas con trastorno mental, discapacidades psicosociales y grupos marginados. El 81% valora que sus políticas van encaminadas a ofrecer la posibilidad de vivir de forma independiente e integrada en la comunidad.

El 82% contempla que las personas con trastorno mental formen parte en el proceso de toma de decisiones de los propios planes de salud mental. (Atlas Salud Our P e r f o r Mental, 2018)

El sistema de salud mental en Ecuador ha evolucionado en la última década, siendo uno de sus principales logros el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Colectivo e Intercultural (MAIS-FCI), donde se estipula que la salud mental no sólo depende de factores biológicos sino también de las condiciones de vida. También reconoce el protagonismo de los usuarios, las familias y las organizaciones sociales, así como el rol central de los profesionales de la salud, en especial los que integran los servicios de atención primaria. (Baena, 2018)

Sin embargo, el sistema de salud mental del Ecuador aún se encuentra en un proceso de transición entre un modelo hospital céntrico y un modelo de atención comunitaria. El Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental 2015-2017 constituyen un avance significativo en este proceso, en la medida en que conciben la atención en salud mental desde un enfoque comunitario, a través de estrategias tales como el desarrollo de servicios ambulatorios en el primer nivel, la creación del mecanismo de supervisión de enlace desde el segundo nivel para brindar apoyo técnico al personal de atención primaria en salud, así como el proceso de desinstitucionalización. (OMS & MSP, 2015)

Es importante mencionar que el MAIS considera la salud mental como una dimensión prioritaria en el sector salud; en sus lineamientos generales plantea la incorporación del enfoque de salud mental comunitaria a nivel de la planeación y organización de servicios, enmarcada dentro de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

El Modelo de Atención enumera una serie de falencias en el sistema de salud mental ecuatoriano, entre otras la asignación presupuestaria según un modelo hospital céntrico, una accesibilidad limitada a los servicios de salud mental debida al estigma y a la insuficiencia de profesionales en los tres niveles, una escasa articulación entre los niveles de atención, una limitada participación de familias y usuarios y la carencia de servicios de salud mental comunitarios. Asimismo, esta normativa detalla la pirámide de combinación óptima de servicios de salud mental de la OMS y las recomendaciones que formula esta organización, como son la disminución de tamaño de los hospitales psiquiátricos, la creación de servicios comunitarios y de unidades de atención en los hospitales generales y la integración de la salud mental en la APS.(OMS & MSP, 2015)

En el “Día Mundial de la Salud Mental”, que se conmemora cada 10 de octubre, este derecho de estado fortalece su cobertura y garantiza la atención por medio de la red de salud mental comunitaria, que incluye 591 servicios ambulatorios, 69 servicios intensivos, 105 unidades de salud mental hospitalaria, 128 unidades de intervención en crisis, 12 centros especializados para el tratamiento de alcohol y otras drogas (CETAD), un centro ambulatorio y un hospital especializado en salud mental.

El MSP durante el 2018 asistió a 1’010.249 personas con problemas de salud mental y, en 2019, la cifra aumentó a 2’078.638 en los tres niveles de atención. Durante la pandemia sanitaria por la COVID-19, el MSP atendió a 231 mil personas con problemas de salud mental, a través de la teleasistencia, atención presencial y regular que se han brindado durante este año.

La salud mental puede asumirse entonces como un constructo multidisciplinario que integra condiciones personales, determinantes sociales y políticas públicas. En situaciones de desastres, epidemias y otras emergencias humanitarias, se producen cambios bruscos en las dinámicas relacionales, lo cual tiene un impacto importante en la salud mental (en ocasiones, poco abordada por ser menos visible en estadios iniciales).

Ante la aparición del brote epidémico de una enfermedad infecciosa producida por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), también conocida como COVID-19 (acrónimo del inglés *CO*rona*VI*rus *D*isease 2019), las

autoridades sanitarias y gubernamentales han adoptado medidas que intentan limiten al máximo la propagación de la enfermedad. Entre estas se encuentran la cuarentena y el aislamiento.

Si bien aún es pronto para poder evaluar los efectos que la epidemia y las medidas para su contención van a tener sobre la salud mental de las poblaciones, se plantea una serie de repercusiones esperadas, y es hacia la prevención de estas que deben enfocarse las intervenciones.

Desde la perspectiva de la salud mental, una epidemia de gran magnitud implica una perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada. Puede considerarse, incluso, que toda la población sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida. Así es que se estima un incremento de la incidencia de trastornos psíquicos (entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo con la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad). Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicológicos y sociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades, la mayoría serán reacciones normales ante una situación anormal. Los efectos, generalmente, son más marcados en las poblaciones que viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud.

Aunque cada persona reacciona de modo distinto ante situaciones estresantes, una epidemia infecciosa como la actual implica el distanciamiento social, la cuarentena y el aislamiento, por lo que los sentimientos que se experimentan con más frecuencia son Ansiedad, Preocupación Miedo en relación con:

- El propio estado de salud y el de familiares, amigos y conocidos.
- La experiencia de autoobservación, o de ser observado por otros, por síntomas y signos de haber contraído la infección.
- El tiempo que está restando al trabajo por este proceso, con la consecuente pérdida de ingresos y seguridad en el puesto de trabajo, así como las repercusiones familiares que esto conlleva.

- La necesidad de prever el abastecimiento de alimentos, medicamentos, cuidados médicos u otros bienes necesarios.
- La preocupación por poder seguir cuidando a familiares.
- La incertidumbre o frustración por desconocer la duración de esta situación.
- La soledad asociada con el sentimiento de haber sido excluido del mundo y sus seres queridos.
- El malestar o la rabia ante la posibilidad de ser contagiado por la negligencia de “otros”.
- El aburrimiento y frustración por no estar conectado a la rutina habitual de la vida.
- El deseo de beber alcohol o consumir sustancias de abuso para afrontar esta situación.
- Los síntomas depresivos como desesperanza, cambios en el apetito o alteraciones del sueño.

Para ello, el Gobierno Nacional activó el programa gratuito “Juntos Salimos de Esta”, con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), universidades y organizaciones de la sociedad civil, con el fin de brindar un abordaje integral para la identificación y gestión de las necesidades emocionales de la población, con psicoeducación, a través de redes sociales y la página www.coronavirusecuador.com. Además de primeros auxilios psicológicos por medio de la línea 171, opción 6, y atención profesional en los servicios de salud de los diferentes subsistemas de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria. (Anónimo, 2020)

Como hito histórico fundamental, debemos hacer mención del año 1978, año en que la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Alma Ata, reafirma con decisión, la definición de la salud adaptada en 1948, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, es un derecho fundamental. Este hito histórico, que supuso el desarrollo de nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas, supuso no solo acentuar el carácter social de las disciplinas sanitarias, sino también el carácter interdisciplinar de las intervenciones en salud, interdisciplinariedad que

incluyó el Trabajo Social como la profesión de referencia para la parte social de esta nueva concepción de la salud. Todos los países asumen esta nueva concepción de la salud y reorganizan sus estructuras y sistemas sanitarios para poder conseguirla y desarrollarla.

El trabajador social enfrenta la pobreza, las desigualdades, los desequilibrios, las inequidades, las injusticias sociales, los índices de enfermedades mentales, los índices de violencia familiar, suicidios y problemas relacionados con la justicia de menores, los problemas de género y las discriminaciones socio- económicas, de identidad sexual, conflictos culturales, laborales y con pueblos indígenas. La integridad de los problemas de la sociedad recae en el ámbito de acción del trabajador social profesional. (Portugal, 2007)

El Trabajo Social nació vinculado a la ciencia médica y se remonta a finales del siglo XIX, manteniendo desde entonces una estrecha relación con ella.

Desde un principio, el Trabajo Social Sanitario se caracterizó por facilitar una asistencia directa basándose en el contacto personal, en la comprensión y el soporte emocional de las personas que pasaban por un proceso de enfermedad y a sus familiares, mediante un trabajo de ayuda para la reubicación de sus circunstancias personales y familiares debido a los cambios sufridos, consecuencia de la enfermedad o la muerte.

En España, igual que en otros muchos países, fue un médico, el Doctor Roviralta, quien impulsó la creación de la primera escuela de Trabajo Social, en Barcelona en el año 1932. Internacionalmente el primer servicio de Trabajo Social hospitalario se creó en 1903 en el Massachussets General Hospital de Boston

En la década de los 50, aparecen los Servicios de Asistencia Social en los hospitales y poco después se inician los esfuerzos del colectivo profesional para constituir las primeras Asociaciones Profesionales de Asistentes Sociales, que desembocarían, años más tarde, en los Colegios Profesionales actuales. Ya el extinto Instituto Nacional de Previsión, en la circular 28/1977, definía cuales eran las funciones de los Trabajadores Sociales en los hospitales.

Desde la década de los años 60, una de las figuras emblemáticas del Trabajo Social, Gordon Hamilton decía que “el asistente social encuentra trastornos, frustraciones y traumas que surgen de la vida familiar, y tiene que tratar con estas desviaciones. Para muchas personas no son accesibles los psiquiatras, ni procuran este tipo de tratamiento. Los asistentes sociales constantemente tratan con personas que, proyectando sus problemas en factores sociales o en otras personas, no buscan inicialmente ayuda porque no reconocen su auto implicación. Es inevitable que los asistentes sociales se preparen para la psicoterapia”, cuando el Trabajo Social opera en los servicios de la salud mental, sean estos hogares psiquiátricos, servicios de psiquiatría, centros de rehabilitación psicosociales, centros comunitarios de salud mental, comunidades terapéuticas u otros dispositivos que componen la red de servicios de salud mental. Van delimitando una rama especializada en Trabajo Social denominado Trabajo Social Clínico. Especialidad que para algunos profesionales del gremio es totalmente desconocida, para otros una práctica marginal y para algunos otros ejercida pero no sistematizada teórica o metodológicamente. Llegado a este punto, es necesario responder acerca del origen de esta rama del Trabajo Social. (Isabel Antipan Pilquinao y Diego Reyes Barría, 2013).

El Trabajo Social Clínico nace del antiguo Trabajo Social de Caso, integrado con el Trabajo Psicosocial o Terapia Psicosocial y se fortalece con el ejercicio profesional.

La relación entre Clínica y Trabajo Social hace necesario revisar el método de Trabajo Social de Casos, que desde sus inicios se refirió a la preocupación por las particularidades de los individuos y sus familias. Al respecto, Fombuena & Martí (2006), inspiradas en sociólogos contemporáneos como Giddens, 1994; Théry, 1997 y Beck, 1998, manifiestan que “en la actualidad, el Trabajo Social de Casos pasa por un fuerte renacer, al amparo de las teorías vinculadas con el sujeto y con la formación del mismo”.

Este renacer constituiría la base para la práctica clínica individualizada y familiar en los distintos dispositivos de acción profesional. En el contexto histórico de desarrollo del método, trabajo de caso estuvo desde sus inicios influenciado por el modelo médico, específicamente por la clínica psiquiátrica y psicoanalítica (Hill, 1986). Desde una relectura actual, la precursora del Trabajo Social, Mary Richmond, sería una profesional clínica incipiente, puesto que insertó el método clínico al tratamiento de

caso social, enfocándolo desde sus inicios, al estudio y tratamiento de subjetividad singular del individuo. El trabajo de caso de Richmond (1993) se estableció “como el conjunto de métodos que desarrollará la personalidad reajustando consciente e individualmente al hombre en su medio social”.

El desarrollo de la reforma psiquiátrica de 1984 supuso un impulso importante para el Trabajo Social sanitario en los diferentes servicios de Salud Mental, incluyendo a los trabajadores sociales dentro de los equipos multiprofesionales de salud mental, dado los efectos positivos, validados científicamente, que el tratamiento social ejerce sobre estos enfermos y sus familiares.

Es así de habitual, desde hace casi un siglo, la presencia de Diplomados en Trabajo Social en equipos multiprofesionales que actúan en el ámbito de la salud, como lo demuestra el hecho de existir dentro de la propia Historia Clínica de los pacientes una Historia Social, en muchos servicios informatizadas e integradas mutuamente.

El Trabajo Social Sanitario supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades..

Desde sus orígenes el trabajo social se caracterizó como una profesión en permanente búsqueda de referencias teóricas y metodológicas desde otras perspectivas disciplinares que pueden ser interpretadas como un intento de construcción de un arsenal teórico y metodológico que le posibilitara una intervención profesional con base, para dar respuesta a la diversidad de problemáticas sociales. (Mendoza, 2018)

Para Eva Garcés “el Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la

población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental. Estamos hablando, por consiguiente, de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares”.(Isabel Antipan Pilquinao y Diego Reyes Barría, 2013)

Para Barker “El Trabajo Social Clínico es la aplicación profesional de los métodos y teorías del Trabajo Social al diagnóstico, tratamiento y prevención de disfunciones psicosociales, incluyendo desordenes emocionales, mentales y conductuales”. Así mismo, la N.A.S.W dice que: “El Trabajo Social Clínico tiene un enfoque primario sobre el bienestar mental, emocional y conductual de individuos, parejas, familias y grupos. Se centra en un acercamiento holístico a la psicoterapia y a la relación del cliente con su medio ambiente.

El Trabajo Social Clínico ve la relación del cliente con su medio ambiente como esencial para la planificación de un tratamiento. Por lo tanto, los trabajadores sociales, a menudo son los primeros en diagnosticar y tratar a personas con desórdenes mentales y varias perturbaciones emocionales conductuales. Los trabajadores sociales clínicos son esenciales para una variedad de establecimientos centrados en el cliente, que incluyen centros comunitarios de salud mental, hospitales, programas de tratamiento por uso de sustancias, colegios, centros de cuidados de salud primaria, agencias de bienestar del niño, servicios de vejez, programas de asistencia de empleados y establecimientos de práctica privada”.

El Trabajo Social en Salud Mental ha estado influenciado por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica, el marco normativo a nivel nacional y autonómico y los planes de salud mental que se han ido implementando. En este marco, los trabajadores sociales en Salud Mental han ido construyendo un modo de hacer que ha ido configurando su perfil y rol profesional, marcado por una especificidad propia en este ámbito. Los pilares básicos del Trabajo Social en Salud mental han sido la especialización, la formación continuada y el trabajo interdisciplinar. (GARCÉS, 2010)

La intervención social en el campo de la salud mental fue una de las primeras prácticas que realizó el trabajo social desde sus orígenes, ya que, como planteaba Mary Richmond en *Social Diagnosis* (1917: 434), “la insania y la debilidad mental nos llevan más lejos aún de lo que nos lleva el alcoholismo, a internarnos en el territorio en el cual los datos médicos y los sociales no se pueden separar tácitamente”. (Méndez et al., 2013)

La intervención profesional que se basa en los fundamentos éticos, epistemológicos y metodológicos del Trabajo Social, desde un enfoque global, plural y de calidad. Estos planteamientos del Trabajo Social parten de una concepción dinámica de la persona que se inscribe en un contexto social, histórico, político, económico y cultural de la realidad social, conectando con otras disciplinas y profesionales. (Expósito, 2004)

Desde el trabajo social asumido como trans disciplina se pretende reflexionar sobre las bases complejas necesarias para abrir caminos hacia una teoría de la intervención, construida desde una investigación coherente y orgánica a la profesión. La idea es aportar a la conformación de un corpus que supere y asuma la tradición tecnológica dando respuesta a tres desafíos: la conformación de procesos investigativos inclusivos y colaborativos con los sujetos, la reversibilidad de técnicas de diagnóstico e intervención en recursos de investigación, e incluir lo simbólico como dimensión fundamental e inseparable de las prácticas cotidianas y las estructuras sociales de los sujetos de estudio e intervención del trabajo social. (Ortega, 2003)

La intervención en Trabajo Social se puede entender como una forma de acción social, consciente y deliberada, que se realiza de manera expresa, integra supuestos ideológicos, políticos, filosóficos con procedimientos metodológicos en fundamentaciones que la sustentan. Supone un proceso que parte del conocimiento de problemáticas: se identifican actores, situaciones y circunstancias para evitar desviaciones; se reconocen diferentes realidades subjetivas construidas mediante representaciones y comprensión interna de los hechos, desde perspectivas particularizan tés; se apoya en teorías sociales que juegan un papel explicativo y guían el conocimiento, proceso y resultados. (Corvalán, 1996, en Cifuentes: 2008: 59-60)

Sin la intervención de Trabajo Social en la salud mental, sería un poco difícil el nexo del psicólogo con el paciente para su injerencia psicológica puesto que el Trabajador

Social hace su intervención desde una contemplación más social, es quien identifica y humaniza los sujetos, desarrollándose a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, tanto en niveles de promoción, asistencia o rehabilitación capacitando y orientando a las personas para el empleo de sus propios recursos en la satisfacción de sus necesidades mediante la comunicación, la resiliencia y el trabajo en red.

Si no se interviene desde el Trabajo Social se podría enfrentar a una realidad con estadísticas mucho más altas en lo que se refiere a la salud mental a consecuencia de la desestabilidad emocional, mayor impacto de depresión, consumo de alcohol, aislamiento, desempleo etc.

En un sentido similar, pero desde el Trabajo Social, Fombuena (2012, p.18) citando a Alayrangues (2011) señala que: “La clínica es una ciencia, inicialmente médica hoy en día extendida a otras disciplinas como la Psicología, la Sociología y el Trabajo Social, que se fundamenta en la escucha del otro y en la acción que de ésta se deriva. Requiere una recopilación cuidadosa del conjunto de los factores intervinientes y del establecimiento de una relación cuasi personal e interpersonal entre usuarios y trabajadores sociales. También implica una interpretación ordenada y a la vez intuitiva de los datos y de las relaciones”.

Problema científico

¿Cómo incide la intervención del Trabajo Social en la Salud Mental de adultos del centro de salud N1 de la ciudad de Ambato?

Delimitación del objeto de Investigación

Delimitación de Contenidos

CAMPO: Trabajo social

ÁREA: Salud

ASPECTO: Salud mental

Delimitación Espacial

Centro de Salud N1 de la ciudad de Ambato ubicado en ingahurco calles Chile y México

Unidades de Observación:

Oficia de del centro de salud

SAI

Área de psicología

Área médica general

Delimitación temporal:

Octubre 2020 – febrero 2021

Desarrollo Teórico

La salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, describe a la manera como cada uno de nosotros nos relacionamos con otros en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto diario con quienes nos rodean y, en general, en la comunidad. Percibe la manera en que cada uno armoniza sus deseos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a los problemas de la vida.

El estado mental también forma parte de la evaluación del estado de salud de cualquier persona, porque, sin duda, no se puede ostentar un nivel óptimo de salud y un deficitario estado mental. Por tanto, el concepto de “salud mental” va implícito en el concepto de salud y además como algo indisociable.

En cualquier caso, la salud y, por tanto, la salud mental, desde una perspectiva actual, se contempla como un proceso dinámico, por el cual todas las personas a lo largo de la vida cruzamos por diferentes períodos en los que el grado de salud varía dentro de ese proceso continuo

La salud mental depende de: cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas, y en qué forma uno responde a las demandas de la vida. En cuanto al ámbito social se habla de salud mental comunitaria que implica el desarrollo

general de los aspectos psicosociales y conductuales, la percepción de la salud y la calidad de vida por parte de la población, la forma con que se cubren las necesidades básicas y se aseguran los derechos humanos y la atención de problemas mentales.

Los problemas de salud mental no son producidos por una “debilidad personal”. La mayoría de estos se deben a una combinación de antecedentes familiares y de factores ambientales, biológicos y psicosociales.

Mucha gente piensa en la “enfermedad” mental cuando escuchan la expresión “salud mental”. No obstante, salud mental es mucho más que la ausencia de trastorno mental. La salud mental es un don que todos queremos poseer, independientemente de si lo designamos o no con ese nombre. Cuando hablamos de felicidad, tranquilidad, goce o satisfacción, casi siempre nos estamos refiriendo a la salud mental.

Para sobrevivir y poder obtener una salud mental estable, los seres humanos necesitamos de la ayuda de los adultos durante un período de tiempo relativamente largo cuando aún no tenemos un estado de personalidad propia, este hecho ha llevado a todas las sociedades a organizarse en torno a grupos de personas que generalmente conocemos con el nombre de familia. Dada la enorme cantidad de modalidades que los diferentes grupos humanos han inventado para organizar su convivencia, podríamos afirmar que la familia se está constantemente redefiniendo, “la familia es un grupo humano de especial importancia para el desarrollo psicosocial de la persona.

Las relaciones y los vínculos que se establecen durante la infancia u la adolescencia dentro del grupo familiar van a influir en gran medida en el desarrollo y calidad de los lazos afectivos que se generen y mantengan a lo largo de la vida. En la familia concurren individuos con características propias que van evolucionando tanto en su dimensión de seres independientes, como en su faceta de miembros de la misma. En este sentido, la familia constituye un contexto de socialización y de desarrollo no sólo para los hijos sino también para los padres. (Martínez Borda, 2007)

Por otra parte, y siguiendo con la familia recogemos una idea que nos parece importante “El ideal de familia nuclear cerrada se ha desmoronado; sin embargo, esto no significa necesariamente una pérdida del rol de la familia y de sus vínculos. Las relaciones de parentesco, lejos de dejar de existir, parece que toman nuevas fuerzas y se convierten en un valor sólido” (Iglesias de Ussel, 1998)

Durante los últimos años, numerosas investigaciones han destacado el importante papel de las relaciones interpersonales en la salud y el bienestar

Diversos estudios han mostrado que los individuos que cuentan con una extensa red de vínculos sociales viven más años que quienes disponen de escasos contactos interpersonales (Berkman y Syme, 1979).

La integración en una red de vínculos interpersonales fomenta el sentido de pertenencia y proporciona oportunidades para la participación social, la realización de actividades agradables y el disfrute de experiencias positivas en compañía de otras personas. La interacción con otras personas resulta fundamental en el desarrollo de la propia identidad y autoestima, haciendo posible la representación de diversos roles e incrementando la percepción de estabilidad y control sobre el entorno (Cohen, 2003; Cohen et al., 2000; Vaux, 1988).

Las relaciones interpersonales constituyen además una importante fuente de recursos psicosociales de diversa índole, facilitando información y consejo, ayuda material e instrumental, y apoyo emocional o afectivo. Entendiendo que muchos de los problemas de salud mental son influenciados o adquiridos por las malas relaciones interpersonales que posee la persona durante su vida, formando así una personalidad con conductas afectadas.

Ackerman (1996) señala al respecto que la conformación de la personalidad requiere el apoyo de la identidad familiar, y que, a su vez, la identidad familiar requiere el apoyo de una comunidad más amplia. En esta lógica, la identidad de cada persona estaría sujeta a factores exógenos al propio ámbito familiar que tienen un claro impacto en la formación de la personalidad.

Tras abordar el tema del vínculo familiar conviene analizar algunos aspectos del funcionamiento familiar muy relevantes en la conformación de la personalidad. Los estudios de David Olson nos permiten adentrarnos en este tema. Este autor refiere tres variables para la comprensión del funcionamiento familiar: cohesión familiar, adaptabilidad y comunicación (Olson, 1979).

Estos estudios se basaron en la teoría, la investigación y la terapia familiar. Se revisaron casos clínicos y no clínicos, y se pudieron establecer conclusiones muy

relevantes de cara al impacto psicológico que tienen en cada miembro de la familia las dimensiones referidas.(Martínez Priego et al., 2014)

Creando que la salud mental de cada persona viene arraigada desde la interrelación familiar donde el individuo forja sus características propias, tomando en cuenta conductas que muchas veces no son adecuadas para su bienestar tanto personal como emocional, por este motivo se cree necesario contar con un protocolo de intervención epistemológico, metodológico y ético que faciliten a los profesionales agilizar la atención y contar con procesos de intervención sistémica en casos de problemas de salud mental, por eso es importante abordar el tema desde el punto de vista social, donde se desarrolla la capacidad de interacción entre el Trabajador Social y el usuario generando resultados de impactos satisfactorios evidenciando una actitud equilibrada y objetiva, tanto del profesional mejorando las condiciones y calidad de vida del usuario. Actualmente el Trabajador Social es el encargado de la intervención con grupos de personas con conductas afectadas, psíquicas, cognitivas que carecen sentido de identidad, cuya tarea principal es la de generar espacios en donde el usuario se interrelacione con su familia y con el medio externo, abarcando un trabajo interdisciplinario y buscando principalmente una actitud neutral entre el profesional y el usuario.

La intervención del trabajo social en este ámbito de la salud tiene comienzo en los EEUU, al principio del siglo XX donde se incorporan a los profesionales de trabajo social a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a los trastornos y afectaciones mentales. Adolph Meyer, consideraba que era necesario para el tratamiento de los pacientes una completa información sobre las intervenciones sociales. Los servicios de la salud mental, denominados servicios de psiquiatría, centros de rehabilitación psicosociales, centros comunitarios de salud mental, u otros tipos, constituyen instituciones tradicionales en donde se ha desarrollado una rama especializada de Trabajo Social denominada Trabajo Social Clínico.

Un hito decisivo en el origen del trabajo social clínico fue la declinación del trabajo de caso en la década de los 60 (Strean, 1978). En este período, la llegada de la preocupación con los derechos civiles, la pobreza, el racismo y la injusticia civil, comenzó a apuntar hacia la hegemonía de los activistas y planificadores sociales en

el campo de trabajo social. Se registró una baja en opciones de servicio para trabajadores de caso.

Este hecho, en la década de los 70, se unió a la llegada de los programas de bachillerato, comenzando a contratarse este tipo de profesional para el servicio directo. Una variedad de estudios en la época comenzó a apuntar a la ineffectividad de la práctica directa en caso y grupo. Surgieron entonces dos grupos encontrados: aquellos que representan el servicio directo y los que representan la atención al nivel macro y a su efecto en los individuos y familias. El primero grupo, originador del trabajo social clínico, postulaba que la primera obligación del trabajo social era atender a aquellos individuos, familias y grupos víctimas de los problemas sociales más amplios. Comenzó a fortalecerse el grupo orientado a la ayuda directa y se creó en 1972 la revista Trabajo Social Clínico. Aumentó la incursión de los profesionales en trabajo social al ámbito de la práctica privada con clientela de clase media, la cual prefería ver al trabajador/a social en su oficina antes que en una agencia o clínica. Cobró auge así el concepto de trabajo social clínico. (Para & Practica, 2003)

Herbert Streaan (1978) comenta que el trabajo social clínico es sinónimo de "psicoterapia y algo más". El algo más se refiere al hecho de que el profesional de ayuda no se limita al trabajar con el ámbito intrapsíquico, sino que "no pierde de vista las transacciones e interacciones del cliente con su órbita social, pero concentra, sin embargo, en modificar aquellas fuerzas en el ambiente del cliente que impiden su funcionamiento personal e interpersonal". Añade que: "se reconoce que todos los individuos, ricos y pobres son compelidos por deseos, ansiedades, defensas, fortalezas y debilidades inconscientes del ego... y muchos practicantes del trabajo social clínico utilizan como contextos teóricos para la práctica la teoría de sistemas, teoría de roles, teoría psicoanalítica y a la psicología del ego"

Desde los años 60, autores como Castellanos (1962), hasta Rodríguez, Gómez & Mangas en 2014 en la actualidad, han establecido que la práctica clínica con personas y familias es parte de la esencia constitutiva del Trabajo Social, reconociendo nexos con corrientes psicoterapéuticas, psicosociales y psiquiátricas. Del mismo modo, han distinguido relaciones entre Trabajo Social, Psicoterapia y Salud Mental.

Ante la especificidad del conocimiento que implica el Trabajo Social Clínico, surge la necesidad de clarificar, en primer término, por qué es necesaria la especialización en Trabajo Social. Miranda en Ituarte (1992) señala que, de lo contrario, se obligaría el rol del trabajador social a un campo limitado, meramente asistencialista, centrado en carencias económicas, gestión de recursos y trámites institucionales, sin competencias específicas de tratamiento, provocando un sentido de profesión de segunda categoría, que coartaría las posibilidades de especialización terapéutica, lo que es una necesidad para el campo laboral y la formación en competencias para el trabajo con personas. (Huaiquiche & Bastías, 2016)

El Trabajo Social de Casos, desde sus cimientos ha tenido relación con la terapia y psicoterapia. En este sentido, Antipán & Reyes mencionan que: “el Trabajo Social Clínico nace del Casework (Trabajo Social de Caso), complementándose con los modelos de Trabajo Psicosocial o Terapia Psicosocial y se fortaleció con el ejercicio profesional de trabajadores(as) sociales en servicios psiquiátricos”. La naturaleza clínica del Casework y las facilidades de desarrollo práctico en instituciones especializadas, originó tempranamente que fuera empleado y adaptado a los contextos psiquiátricos en donde operaban trabajadores sociales. Obligó a los profesionales a introducir en el método de casos, otros fundamentos teóricos para enriquecer su praxis. Desde los 50 y hasta principios del 2000, fueron la psicopatología, teorías de la personalidad, neurología, terapia sistémica, psicoanálisis y escuelas psicoterapéuticas incipientes que entregaban algunas directrices para el trabajo con pacientes complejos, con problemas de salud mental, y específicamente con familias que poseían algún miembro que padecía de trastornos psicóticos como esquizofrenia. (Huaiquiche & Bastías, 2016)

El TSC es una práctica especializada del trabajo social y un proceso relacional psicoterapéutico que trata de ayudar a un cliente a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando sus capacidades personales y los recursos de su contexto socio relacional

Trabajo social clínico es un término que denomina servicios profesionales realizados para y en nombre de los clientes cuando el objetivo es mantener y mejorar el funcionamiento psicosocial del individuo, familias y grupos, el trabajo social clínico

no se centra en la patología sino más bien abarca las funciones de desarrollo, prevención y terapia. se preocupa por maximizar la disponibilidad de los recursos intrapersonales, interpersonales y ambientales para el beneficio de los clientes.

La práctica clínica en Trabajo Social

El Trabajo Social y específicamente la práctica del trabajo social de casos será una primera práctica clínica social con personas en situaciones de privación y pobreza. Los trabajadores sociales de casos son la vertiente clínica iniciática en los Estados Unidos en el tratamiento de personas y familias que se encontraban en críticas situaciones de desigualdad y exclusión social. Su práctica nace en las sociedades de caridad y organizaciones filantrópicas a finales del siglo XIX (Fernández, 2008) para posteriormente profesionalizarse mediante el desarrollo técnico y científico de Mary Ellen Richmond dando origen al trabajo de caso como una aproximación metodológica para la resolución de problemas sociales que presentan los individuos. El casework como método del Trabajo Social en sus inicios estuvo influenciado por el modelo médico, la clínica psiquiátrica y psicoanalítica (Hill, 1986/1999). Esta característica metódica ilustra a Mary Richmond como una clínica naciente para los profesionales del Trabajo Social, ya que con la inserción del método clínico al tratamiento de caso social individual implicó tempranamente el estudio y tratamiento de la subjetividad del individuo con su medio social

Para Richmond las principales intervenciones que debía realizar el trabajador social con las personas tenían que basarse en:

- Comprensión de la individualidad y de las características personales
- Comprensión de los recursos, de los peligros y de las influencias del medio social
- Acción directa de la mentalidad de la asistente social sobre la del cliente que consulta
- Acción indirecta ejercida por el medio social

Richmond originó la constitución de un proceso metodológico (que tiempo después sería llamado modelo diagnóstico o clínico normativo en Trabajo Social por sus discípulos) influenciado por el modelo médico constituyendo la célula de lo clínico al interior del Trabajo Social.(Matheus Alberto de Souza, 2016)

"El trabajador social clínico es un proveedor de atención de salud para individuos, familias y grupos cuando hay problemas en el funcionamiento biopsicosocial. Los objetivos del trabajador social clínico son tanto preventivos como terapéuticos y los métodos utilizados son variados, éstos incluyen cualquier combinación de psicoterapia clínica, psicoterapia de grupo, terapia familiar e intervenciones con los sistemas sociales y el medio ambiente" (Pinkus et.al., 1977)

“Trabajo Social Clínico es un término que designa servicios profesionales para y en nombre de los clientes cuando el propósito es mantener y mejorar el funcionamiento psicosocial de individuos, familias y grupos pequeños. No se enfoca a la patología. Abarca las funciones de desarrollo, prevención y terapia. Se preocupa por maximizar la disponibilidad de recursos intrapersonales, interpersonales y ambientales” (Northen, 1982)

Kisnerman (1987, p.113. Las cursivas son mías) y Salinas (2010) afirman que se rotuló de diagnóstica a esta escuela debido a que “por acentuar precisamente la importancia del diagnóstico para poder solucionar los problemas sociales, fue bautizada con el nombre de diagnóstica o clínica normativa. No obstante, sería con Gordon Hamilton quien por 1940 introduciría el concepto psicosocial, señalando que el caso, el problema y el tratamiento deber considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial”.

Las psicoterapias humanistas también estuvieron presentes en modelos clínicos de Trabajo Social (Payne, 1995) aportando a los trabajadores sociales en sus valores (ya que los valores de esta disciplina son esencialmente humanistas) y, por otra parte, con la influencia de ideas fenomenológicas, existenciales y de interacción simbólica sirvieron como base para la comprensión de los seres humanos desde una actitud más flexible y menos condenatoria sobre los problemas que los aquejan. El enfoque humanista “considera al hombre en sí como un ser potencialmente libre y creativo, cuyo comportamiento puede depender más de su marco conceptual interno, que de la coacción de impulsos internos o de la presión de fuerzas exteriores”

Considerando que los modelos de intervención del Trabajador Social son diversos y de mucha utilidad en cualquier ámbito, la psicoterapia integrativa no podía dejar de ser significativa ante un modelo clínico.

La Psicoterapia Integrativa tiene en cuenta muchas visiones del funcionamiento humano: psicodinámica, centrada en el cliente, conductista, terapia familiar, terapia Gestalt, psicoterapia corporal de influencia Reichiana, teorías de las relaciones objétales y psicología psicoanalítica además del Análisis Transaccional, que es la base principal de la teoría y métodos. Cada una proporciona una explicación válida sobre la función psicológica y la conducta, y cada una se ve reforzada cuando se integra de forma selectiva con las demás (Erskine y Moursund, 1988)

El concepto de contacto interno y externo se emplea dentro de una perspectiva del desarrollo humano, en el que cada etapa de la vida presenta tareas evolutivas intensificadas, sensibilidades únicas en relación con otras personas y oportunidades de nuevos aprendizajes.

El trabajo psicoterapéutico se dirige, recientemente, hacia un esfuerzo encaminado a reunir los elementos específicos que conforman las diversas psicoterapias existentes y que se aplican a los clientes desde un punto de vista particular. En este sentido, la integración supone una actitud abierta y sin dogmas que permite a los psicoterapeutas ofrecer respuestas flexibles y creativas a la problemática individual de cada cliente (Beitman, Goldfried y Norcross, 1989; Beutler, Moleiro y Penela, 2004; Corsi, 2005).

El origen etimológico de la palabra psicoterapia proviene, de los vocablos psico (del griego psiche, cuyo significado es espíritu, alma o ser) y terapia (del griego therapeutikos que significa asistente o aquel que cuida de otro). En ese sentido, psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al “ser” de otra persona. En términos generales, los psicoterapeutas ejecutan esta función escuchando al cliente, poniéndole atención, ofreciéndole comprensión y respeto, respondiendo de tal manera que lo ayude a encontrar soluciones a las situaciones que los aqueja (Ávila, 1994; Coderch, 1987; Kleinke, 1998)

La psicoterapia integrativa responde a las necesidades de aquellas personas que sobrellevan conductas afectadas, y en el ámbito de la clínica aplicada, los tiempos no están para subutilizar fuerzas de cambio. Es así que, en el marco de la psicoterapia integrativa, las fuerzas de cambio del individuo (motivación al cambio, expectativas de cambio), las fuerzas de cambio del profesional que practica la terapia psicoterapia integrativa (calidez, empatía, capacidad motivacional, conocimientos), las fuerzas de

cambio de la alianza terapéutica (sintonía fina en la interacción), las fuerzas de cambio de cada paradigma etiológico avalado por la investigación, las técnicas específicas, el uso de los psicofármacos, etc., aportan potencia a un proceso que lo requiere con creces. En lugar de obligar al usuario a que progrese por una vía, se le ofrecen múltiples vías de progreso las cuales serán recorridas sistemáticamente en función del diagnóstico, de las necesidades clínicas y de las motivaciones en el aquí y ahora.

Otra de las técnicas más utilizadas en el ámbito clínico en situación de conductas afectadas es la terapia interpersonal, su eficacia como técnica sirve para disminuir los niveles ansiosos depresivos. La finalidad fue probar que esta técnica comúnmente utilizada en casos de duelo, conflicto de pareja y depresión generalizada puede ser de gran utilidad para estos casos. Estudio fundamentado en la propuesta de Adolf Meyer quien afirma que la salud y los trastornos mentales aparecen como resultado de intentos de adaptación a un ambiente cambiante ya que el ser humano, sobre todo, se desenvuelve en un ambiente social. (Ramadhani Khija, ludovick Uttoh, 2015)

La psicoterapia interpersonal, es una terapia focal, a corto plazo y de duración limitada que hace énfasis en las relaciones interpersonales actuales del usuario, aunque reconoce el papel de los factores genéticos, bioquímicos, del desarrollo y la personalidad en la etiología y vulnerabilidad para la depresión.

El grupo de Klerman (y la terapia interpersonal) constituye, junto con el de Beck (y la terapia cognitivo-conductual), la excepción a la desaparición de las publicaciones sobre psicoterapia en las revistas de psiquiatría durante los años 80. Klerman y sus colaboradores, en este manual inicial, (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984) se refieren a la terapia interpersonal de la depresión como basada en un enfoque pluralista, no doctrinario y empírico, construido sobre la experiencia clínica y la evidencia experimental. Se trata de un procedimiento específicamente diseñado para intervenir sobre trastornos depresivos. (Ramadhani Khija, ludovick Uttoh, 2015)

Se consideran los fundamentos empíricos de la propuesta, como tales, recogen observaciones procedentes de campos de investigación, que ponen de manifiesto la importancia de los acontecimientos interpersonales en los trastornos.

Entre estos fundamentos están los siguientes:

- Relaciones interpersonales y estados de ánimo normales:

Los trabajos de Bowlby sobre la necesidad de vinculación en humanos y primates mencionan cierta capacidad que desarrollan los recién nacidos cuando pierden o están ausentes los lazos afectivos cierta sintomatología que son muy parecidos a los cuadros depresivos. Esto se mantiene hasta la edad adulta y esto en los humanos se puede hacer evidente no solo ante el caso de pérdida sino también en aspectos representativos de lo mismo o cuando se anticipan a esto. En los trabajos de varios autores acerca del duelo muestran procesos afectivos consecuentes a acontecimientos en la esfera interpersonal.

- Relaciones interpersonales como antecedente de la depresión: el papel de la experiencia infantil. Calidad de la relación paterno-filial en la infancia (Parker, 1979) y un cierto riesgo de desarrollo de cuadros depresivos en la edad adulta por la pérdida de alguno de los dos progenitores en edades representativas del desarrollo en la edad adulta. En estudios realizados por Rolf y Gamezy en 1974 se considera la evidencia de que tienen mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental y cuadros patológicos en depresión los hijos de los pacientes deprimidos o factores también predisponentes como el rechazo de estas imágenes importantes para él, llegando a veces hasta a la negligencia, o bien el abuso parental también.

- Dificultades interpersonales como antecedente de depresión clínica en la vida adulta: Este postulado trae a mención algunas áreas de estudio que aclararán mucho mejor los fundamentos básicos, y sobre todo empíricos. Como primera área mencionaremos el estrés y acontecimientos vitales donde los trabajos clásicos de Holmes y Cols (1950) nos proporcionan datos importantes como la incidencia de 37 enfermedades respiratorias tras acontecimientos estresantes, siendo estos los más frecuentes los conflictos de pareja u otros conflictos crónicos, aunque también hay teorías que sostienen que estos resultados pueden ser solo una casualidad entre estos hechos.

- Personalidad y depresión:

No existen estudios prospectivos y la supuesta evidencia sobre predisposición se evidencia en estudios de pacientes lo que se presta a importantes sesgos. Por esto en la terapia interpersonal de la depresión de la personalidad se considera como un factor que condiciona la aplicación de la técnica y causante de problemas recurrentes.

Harry Stack Sullivan (1892-1949), llegó a plantear que, en última instancia, lo que era un psiquiatra es un experto en relaciones interpersonales y, a desarrollar todo un arsenal teórico en el que los acontecimientos de la salud y trastornos mentales (incluidos los más graves, a los que esta escuela dedicó particular atención) aparecen en términos de relaciones interpersonales (Sullivan, 1953, 1954, 1955, 1956). Aunque algo del clima propuesto por Sullivan sobre todo el recogido en su célebre texto sobre la entrevista psiquiátrica se trasluce en el manual de Klerman, ninguno de sus conceptos claves (ansiedad, dinamismo, campo interpersonal, teoremas...) son utilizados en él.

La psicoterapia interpersonal es una modalidad de psicoterapia breve, focalizada y de tiempo limitado. Se centra en acontecimientos interpersonales conectados con el suceso actual por el cual es el motivo de buscar asistencia, a la vez que da importancia a factores genéticos, bioquímicos, evolutivos y de la personalidad como predominantes para adquirir los trastornos mentales. Originalmente fue diseñada esta terapia para tratamiento en las necesidades de trastornos depresivos. Con el mismo enfoque se han creado adaptaciones para otros trastornos mentales.

En el tema de salud mental menciona la concepción de los trastornos mentales, como síndromes psicopatológicos se conciben no como manifestaciones de un conflicto interno ni como síntomas ni estados de ánimo, sino como entidades clínicas bien definidas tal y como son descritas en las clasificaciones oficiales de los trastornos mentales. Es decir que se tiene claro que siempre estamos frente a una enfermedad. Conviene destacar que ni la atención ni el efecto de esta forma estratégica de definir los problemas son psico patologizar manifestaciones normales. Se consideran tres componentes implicados en los procesos psicopatológicos, primero los síntomas, característicos y precipitados por factores biológicos y psicológicos, segundo las relaciones sociales e interpersonales, que derivan de patrones adquiridos en la infancia y en otras interacciones sociales significativas del tipo de soporte social actual y de la

capacidad de adaptación del individuo, y como último componente la personalidad y el carácter, rasgos persistentes de funcionamiento que determinan la reacción del individuo a los acontecimientos interpersonales y forman parte de la vulnerabilidad en condiciones patológicas. (Ramadhani Khija, Ludovick Uttoh, 2015)

La terapia interpersonal es una intervención psicoterapéutica especialmente diseñada para pacientes que presentan síntomas de ansiedad o depresión en relación con acontecimientos vitales estresantes y que no tienen un trastorno mental grave. Se trata de un tratamiento breve focalizado en el funcionamiento psicosocial actual del paciente y que puede ser practicado por profesionales de Atención Primaria previamente entrenados (médicos, enfermeros, trabajadores sociales). En ella se presta la mayor atención a cambios recientes en la vida del paciente, a situaciones de estrés emocional en el entorno familiar, laboral, etc., y a dificultades en las relaciones interpersonales. Se parte de la base de que tales acontecimientos actúan como factores desencadenantes o mantenedores de los síntomas psíquicos. La TIP se desarrolla a partir de la Terapia Interpersonal creada por Klerman et al. en 1984 para el tratamiento de la depresión y su eficacia ha sido probada en numerosos estudios científicos. La intervención se caracteriza por:

- Las estrategias
- Las técnicas
- La actitud terapéutica.

Está descrita en un manual en el que se precisan minuciosamente las actuaciones sesión a sesión. El objetivo de la terapia interpersonal es reducir el estrés y los síntomas, mejorar el funcionamiento social y, en última instancia, reducir la utilización inapropiada de los servicios sanitarios. Esto se lleva a cabo mediante la identificación de los factores que contribuyen al estrés actual, que generan dificultades de adaptación y ayudando al paciente a encontrar estrategias más eficaces para afrontarlos.

Estrategias TIP

Las estrategias suponen trabajar en tres fases que vienen definidas por unos objetivos específicos en cada uno de ellas, así como unas tareas concretas al servicio de tales objetivos que son las que guían la actividad del terapeuta. Las fases iniciales están dedicadas al diagnóstico psicopatológico y de los problemas interpersonales en cuyo

contexto surgen los síntomas a la psicoeducación del paciente y la familia; a determinar las áreas problema que vas a ser el foco del trabajo en sesiones intermedias, en las fases intermedias el trabajo se centra en el área que ha sido identificada como relacionada con los síntomas.

Técnicas

El desempeño de este tipo de tratamientos requiere el dominio de algunas técnicas generales de entrevista y manejo clínico y el de algunas técnicas específicas. Sin embargo, es importante puntualizar que la TIP se caracteriza por sus estrategias, no por sus técnicas. Las técnicas específicas utilizadas en la TIP, agrupadas en 7 grandes grupos:

- a) técnicas exploratorias
- b) propiciación de los afectos
- c) clarificación
- d) análisis comunicacional
- e) uso de la relación terapéutica
- f) modificación de conducta
- g) técnicas auxiliares (contrato, encuadre, etc.).

Actitud terapéutica

El manual define aquellos aspectos de la actitud terapéutica que diferencian la TIP de otras intervenciones psicoterapéuticas. Son los siguientes:

- a) el terapeuta actúa como abogado del paciente, no es neutral
- b) la relación terapéutica no es una relación de amistad, se puede ser próximo, pero no un amigo fuera de las sesiones
- c) el terapeuta es activo a la hora de ayudar al paciente a hablar de sus dificultades y en la realización de tareas y puesta en práctica de logros.

Considerando la psicoterapia como una técnica funcional ante conductas afectadas es importante centrarse también en la psicoterapia comunitaria la se encargaba de promover la salud mental y la lucha contra la pobreza social.

El objetivo principal de la Psicología Comunitaria es el estudio de los factores psicosociales que intervienen en el desarrollo y progreso de los individuos en un contexto social y en las relaciones entre: individuo-grupo, social-ambiente.

Su base teórica y metodológica se fundamenta en otras disciplinas como la Antropología, la Sociología, la Psicología Social y la Salud. Sus investigaciones abordan desde la prevención de la violencia de género hasta el consumo de drogas o la promoción del bienestar social y laboral.

Leo Mann (1978), considera que son tres las áreas fundamentales que constituyen el objeto de la Psicología Comunitaria: el análisis de procesos sociales; el estudio de las interacciones en un sistema social específico y el diseño de intervenciones sociales.

Julien Rappaport (1977), la define como "la búsqueda de alternativas a normas sociales establecidas". Se reconoce así una orientación evidentemente social a esta disciplina y un rol muy activo tanto al psicólogo, como a su tradicional objeto de estudio: el hombre. Que esta vez es el hombre en su comunidad. Sin embargo, es todavía una definición muy vaga. Aproximadamente, podríamos describir a la Psicología Comunitaria como la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en su estructura social. Esta definición implica que el rol del psicólogo y de otros profesionales orientados por los mismos objetivos y con los cuales trabajará conjuntamente, ya que como en el caso de la Psicología Social, de donde se desprende, su campo es interdisciplinario, será el de un agente de cambio y ese rol estará ligado a aspectos de detección de potencialidades, de auspicio de las mismas y de cambio en los modos de enfrentar la realidad, de interpretarla y de reaccionar ante ella. El elemento a subrayar en esta definición es el colocar el centro de gravedad del control y del poder en la comunidad, no en el agente interventor, en el técnico, ni en organismos promotores de cualquier signo u origen .(Montero, 1984)

Principios fundamentales de la psicología comunitaria

Se trata entonces de una psicología apoyada en tres principios básicos:

1. Autogestión de los sujetos que constituyen su área de estudio. Lo cual significa que el objeto estudiado es también sujeto estudiante y que toda transformación repercute sobre todos los individuos involucrados en la relación, incluido el psicólogo agente de cambio.
2. Como corolario de lo anterior y pivote básico de la teoría, el centro de poder cae en la comunidad. La acción del psicólogo consistirá en lograr que esa comunidad adquiera conciencia de su situación y sus necesidades y asuma el proyecto de su transformación, asumiendo el control de su actividad. Esto significa oposición a cualquier forma de paternalismo-autoritarismo-intervencionismo.
3. La unión imprescindible entre teoría y praxis, una forma de lograr una explicación integradora y una comprensión verdadera de la situación. (Montero, 1984)

La intervención de Trabajo Social Clínico

Trabajo Social Clínico, se caracteriza operacionalmente por los siguientes tres rasgos:

Por la naturaleza de la institución: Dependiendo del ámbito en donde está inserto el trabajador social (Centros Comunitarios de Salud Mental, Servicios de Psiquiatría, Comunidades Terapéuticas, Centros de Rehabilitación Psicosociales Integrales, hogares protegidos, etc).

Por las problemáticas de los usuarios: Cuando los problemas están vinculados a la atención emocional, relacional, salud y de organización familiar, disfuncionalidad social y patologías mentales.

Por el tipo de consulta, ayuda y/o servicio: Cuando la demanda de los usuarios está orientada a solicitar apoyo, gestión, terapia, orientación y reparación de los vínculos de la persona tanto a nivel familiar como social. (Isabel Antipán Pilquinao y Diego Reyes Barría, 2013)

Modelos de intervención en Trabajo Social

Werner Lutz define “Un modelo puede consistir en una serie de principios de acción con respecto a un fenómeno definido o a una experiencia. Se formula en un lenguaje ordinario con el que se define el fenómeno hacia el cual se dirigen los principios de acción. El modelo da una idea general de por qué esos principios en particular son utilizados. Especifica las metas hacia las cuales esos principios de acción van dirigidos, y los métodos y técnicas que se emplearán. Especifica además las condiciones ambientales dentro de las cuales esos principios podrán ser mejor utilizados o aplicados.(Echeverría Casorla & Jacob Habitt, 1987).

A lo largo de la evolución histórica del Trabajo Social se han ido generando diferentes modelos de práctica profesional, fundamentados en bases teóricas diferentes. Además, dichos modelos han ido cambiando y evolucionando al mismo tiempo que crecía la diversidad metodológica y epistemológica del Trabajo Social. Hay que señalar que las distintas series de modelos no son entes aislados sí, no corresponden a “mundos distintos”, ni a diferentes formas de sentir o pensar la realidad; simplemente, son formas diferentes de analizar los hechos o problemas sociales, diferentes formas de observarlos, que condicionan la forma de intervenir sobre ellos. Algunos modelos no han perdurado en el tiempo, otros han permanecido pese a los cambios sociales, otros están emergiendo con fuerza. (Garro, Modelos y métodos de la intervención social , 2007)

Este dinamismo se puede observar en la actualidad con la aparición de nuevos modelos de intervención fundamentados en la investigación desde el Trabajo Social. Se destacan aquellos modelos que tienen mayor consistencia teórica y metodológica y que históricamente han ejercido una mayor influencia en la práctica del Trabajo Social, como son:

- Modelo psicodinámico
- Modelo de intervención en crisis.
- Modelo centrado en la tarea.
- Modelo conductual-cognitivo.
- Modelo humanista y existencial
- Modelo crítico/radical.

- Modelo de gestión de casos.
- Modelo sistémico. (Garro, Modelos y Métodos de intervención en Trabajo Social, 2007)

Modelo psicodinámico

Sin duda alguna, las primeras y grandes influencias teóricas que recibió el Trabajo Social provinieron de los, entonces, deslumbrantes progresos científicos a los que llegaron disciplinas como la psicología y la psiquiatría. Su influencia se tradujo en el Trabajo Social en que, en lugar de conceder primordial atención a los problemas económicos y sociológicos del cliente, se empezó a otorgar mayor importancia al conocimiento de sus problemas psicológicos y emocionales. La teoría psicoanalítica propone un modelo de desarrollo de la personalidad basado en la existencia de fuerzas opuestas que procuran conseguir un equilibrio dinámico.

La teoría psicodinámica ha aportado un núcleo de conocimiento importante al Trabajo Social sobre el comportamiento intrapsíquico e interpersonal que ha sido aplicado a la práctica del Trabajo Social más allá de la primera mitad del siglo xx. Pone su atención en mejorar y facilitar el desarrollo de la personalidad de los individuos, que ha podido verse entorpecida por diferentes conflictos psíquicos que han afectado de forma traumática a estas personas, condicionando y explicando la situación en la que se encuentran. La teoría psicoanalítica busca tratar e intervenir en el estado «interno» del individuo con el fin de cambiar la conducta «externa». El objetivo es hacer conscientes los conflictos inconscientes y desde ahí mejorar el funcionamiento general de las personas. (Garro, Modelos y Metodos de intervencion en Trabajo Social , 2007)

Modelo de modificación de conducta

El conductismo es una corriente de la psicología que provocó una revolución dentro de la misma, ya que fija el objeto de su interés en comprender e interpretar el comportamiento observable (externo) de las personas y no tanto en analizar e interpretar la conciencia (interno), como venía siéndolo hasta aquel momento.

El Trabajo Social, al igual que ocurrió con los descubrimientos y avances en psicodinámicos, se vio atraído por esta nueva corriente, que tiene en cuenta las situaciones especiales que controlan la conducta del problema, más que los factores

que han contribuido a su desarrollo, como lo hacía el modelo psicodinámico. Se tiene en cuenta el «aquí y el ahora», más que las experiencias del pasado, lo cual según Jehu (1979) “constituye un enfoque más práctico y adecuado para muchos problemas, pacientes y trabajadores sociales” (Jehu, 1979: 29). Según este modelo, hay dos estrategias de tratamiento, que pueden ser utilizadas de forma aislada ° conjunta: una de ellas consiste en modificar las respuestas del cliente ante los factores que gobiernan su medio ambiente, sin cambiar de forma deliberada este último, y la otra, en cambiar los factores que imperan en el ambiente, como una manera de modificar la «conducta problema». El éxito de este modelo en Trabajo Social radicó en su capacidad para obtener resultados tangibles, medibles y evaluables. (Garro, Modelos y Metodos de intervencion en Trabajo Social , 2007)

La intervención en crisis

Es un método de ayuda dirigido apoyar a una persona y/o familia o grupo para que puedan afrontar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos (daño físico y psicológico, estigmas emocionales) se aminoren e incremente la posibilidad de crecimiento, de nuevas habilidades. opciones y perspectivas vitales. La intervención en crisis significa, de alguna forma, apoyar de forma activa en la situación vital a una persona que está experimentando una ruptura vital y apoyarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y así recuperar el equilibrio emocional. (Garro, Modelos y Métodos de intervención en Trabajo Social, 2007)

El modelo centrado en la tarea

Se encuentra diseñado para ayudar en la resolución de dificultades que experimentan las personas en interacción con sus situaciones sociales, donde los sentimientos internos y las preocupaciones provienen de acontecimientos del mundo externo. Es un modelo que se centra básicamente en el trabajo conjunto entre trabajador social y usuario dentro de unos límites temporales marcados a través de un procedimiento muy claro y sencillo. Además, este modelo pretende proporcionar a los clientes una experiencia gratificante en la solución de problemas de tal forma que los clientes mejoren en su capacidad de afrontar las dificultades y puedan aprender a través del proceso. Los conceptos básicos en los que se basa este modelo de intervención son los siguientes: - La selección de un problema como problema diana, del conjunto de

problemas que presenta el usuario. La definición y la utilización de las tareas para abordar el problema seleccionado. Una continuada revisión y negociación entre cliente y trabajador social. La utilización de límites temporales marcados en la solución del problema. (Garro, Modelos y Metodos de intervencion en Trabajo Social , 2007)

El modelo humanista y existencial

Es un modelo que ha tenido una gran repercusión en el Trabajo Social, porque proponen, más que unas determinadas técnicas de intervención o una determinada estructuración esta una filosofía de intervención que se encuentra muy acorde con los pilares en los que se asienta el Trabajo Social, como son el máximo respeto a la persona que necesita apoyo y la no imposición del proceso de intervención.

El Trabajo Social humanista respeta la diversidad, la pertenencia étnica, la cultura, los estilos de vida y de opinión, denuncia las formas de violencia y de discriminación, rechaza la estandarización y el modelamiento del ser humano, respetando la capacidad de acción y de elección de éste, impulsando la cooperación, el trabajo comunitario y la comunicación. (Garro, Modelos y Métodos de intervención en Trabajo Social, 2007)

El Trabajo Social crítico

Trae a la escena de la intervención social la importancia de la estructura social y la dominación/opresión en el análisis de los problemas sociales. Los primeros enfoques de la práctica crítica se encontraban claramente fundamentados en la teoría marxista, donde la clase social era la categoría conceptual clave en el análisis y la respuesta de la opresión. (Garro, Modelos y Métodos de intervención en Trabajo Social, 2007)

La gestión de casos

Es un modelo que aparece en el Trabajo Social como resultado de la preocupación por ofrecer una intervención cada vez más eficiente, eficaz y al mismo tiempo más económica. Para tal fin, se adoptan fundamentos teóricos que provienen de disciplinas más relacionadas con la economía, la empresa y el comercio. (Garro, Modelos y Métodos de intervención en Trabajo Social, 2007)

El modelo sistémico

La intervención en Trabajo Social es un modelo especialmente conocido y reconocido en la actualidad, tiene en cuenta que lo propio del Trabajo Social no es ni lo psicológico, ni lo clínico, ni lo médico, ni lo terapéutico, sino que es lo social. El pensamiento sistémico ofrece una visión de las circularidades, de los cambios e interdependencias existentes entre la sociedad y la persona, que no ofrecen otros marcos de referencia utilizados por el Trabajo Social. El modelo evita explicaciones lineales y deterministas de causa-efecto sobre la conducta y los fenómenos sociales. Desde esta perspectiva, el Trabajo Social sistémico no considera los problemas sólo como atributos de las personas, sino que entiende los problemas humanos como resultado de interacciones, de comunicaciones deficientes entre diferentes tipos de sistemas. La perspectiva sistémica pone especial énfasis en los procesos vitales de adaptación y de interacción recíproca entre las personas y sus entornos físicos y sociales. Para ello, el Trabajo Social sistémico define como principales propósitos de su intervención mejorar la interacción, la comunicación de las personas con los sistemas que les rodean; mejorar las capacidades de las personas para solucionar los problemas; enlazar a las personas con aquellos sistemas que puedan prestarles servicios, recursos y oportunidades; exigir que estos sistemas funcionen de forma eficaz y humana y contribuir al desarrollo y mejora de la política social. (Garro, Modelos y Métodos de intervención en Trabajo Social, 2007)

Con base en las aplicaciones en la medicina, Richmond retoma los pasos de: estudio, diagnóstico y tratamiento, para darle un giro y recrearlo como método para Trabajo Social desde un enfoque cualitativo que se enriquece con el aporte, primero, de los métodos de investigación pragmático o de interpretación y comprensivo de Weber; segundo, con los métodos educativos centrados en el aprendizaje por descubrimiento y en el aprender haciendo de Montessori, y resolución de problemas de Dewey; tercero, con los métodos psicológicos de progreso afectivo de Baldwin y asociación de ideas o por contradicción de James; y, por último, el método lógico de Sidgwick o método inferencial. Se podría afirmar que la inspiración de Richmond desde la fuente médica, la cual hace que el modelo se tilde como clínico (curar), puede venir de su relación con el médico Richard Cabot quien, desde el enfoque médico no clásico, sino desde la visión social, le hace una crítica al mismo modelo clínico de la medicina.

Kisnerman considera, junto con Richmond, que dicho modelo “da el paso hacia el Trabajo Social profesional e institucionalizado”

Richmond intuye un modelo cognitivo-relacional, para algunos psicossocial que recrea desde la concepción misma de un Trabajo Social que, en mayor porcentaje en Estados Unidos, atendía casos en contraste con la prevalencia de un Trabajo Social general en los ejes de investigaciones sociales, reforma social y prestación de servicios sociales colectivos, como formas de Trabajo Social señalados por la autora y orientadas a: “La mejora de la situación del individuo o las familias, uno a uno¹⁸, y no a la mejora del colectivo” (Richmond, 2005, 4).

Las bases onto epistemológicas del modelo corresponden con lineamientos de un paradigma humanista-existencial con los siguientes supuestos:

- Pensamiento holista y no fragmentario de la realidad para comprender la unidad de trabajo como un todo en interconexión. Perspectiva sistémica basada en la teoría general de sistemas publicada posteriormente
- Visión de un mundo cambiante con individuos personalidades diferenciados socialmente, pero en estrecha relación con el ambiente o “Visión no dicotómica en la relación individuo-sociedad”
- Concepción de un individuo auto determinado con capacidad para auto ayudarse y dar ayuda solidaria, hacer transformaciones en la la vida y modificar sus entornos para adaptarse activamente recreando su medio. Se señala que, para Trabajo Social de caso, el ser humano es cambiante, capaz de aprender y de aprovechar las oportunidades.
- La comunicación como la base de las relaciones interpersonales, la responsabilidad y la participación democrática como fundamentos de la libertad.
- El conocimiento científico se articula a la experiencia vital en su condición objetiva y a la vivencia en su condición subjetiva. El objeto no existe fuera de la conciencia.
- Relación o unidad entre conocer y hacer como base de la investigación social y principio metodológico de la práctica profesional.

- La sociedad como un todo que antecede a la mente individual. “El individuo consciente y pensante, es lógicamente imposible sin un grupo social que le preceda”
- Experiencia, relaciones sociales y culturales como variantes o factores asociados al desarrollo de la personalidad en el marco de una sociedad que se configura no solo como medio sino como fuente de ésta. Ideario de Mead (adoptado por Richmond) que señala: “Se ha designado a veces bajo el nombre de la esta explicación de la vida y del desarrollo mental del hombre”. Postura que se contrapone a la visión de una inteligencia residenciada solo en la cabeza del hombre. Mentalidad humana (pensamiento-acción) viva, cambiante, mutable, potenciable, como: “Fuerza constructiva consciente”.
- La cultura o como condición del desarrollo humano además de las variables herencia y medio. “Es una herencia en el sentido de que el hombre la adquiere por su nacimiento. Además de esta herencia, tenemos que contar también todos los efectos que ejerce: la educación, la religión, el gobierno y las relaciones sociales sobre la existencia del individuo, libre de sus movimientos y que participa en la vida social”
- Igualdad de todos los hombres en términos de derechos humanos, pero singularidad o diferencias individuales según rasgos de la personalidad. En palabras de Feliz Adler “Decir que cada hombre es igual a sus semejantes, significa que cada uno tiene los mismos derechos a volverse diferente de los otros, a adquirir una personalidad distinta, a proyectar su propio rayo en el haz de diversos colores cuya combinación forma la luz blanca de la vida espiritual”
- Desarrollo y habilidades de razonamiento, creación de oportunidades y formación de valores son herramientas de un desarrollo humano esforzado por atender no solo los problemas sino las necesidades de adaptación del hombre. En palabras de Richmond, comunicarse en las esferas de lo tangible y lo intangible mediante el uso de operaciones mentales y la formación en valores.
- Las causas de los hechos sociales no se encuentran ni en los factores biológicos y psicológicos del individuo, ni en la sociedad. Causas personales y sociales interaccionan entre sí como situaciones relacionales en choque “cambiando lugares como causa y efecto”

- La interacción o relaciones interpersonales en situación modela la capacidad mental de los individuos, quienes aprehenden, por medio de la socialización, el proyecto cultural para interpretar su propia experiencia vivencia o tener un propio punto de vista de una situación. Su capacidad transformativa les permite reflexionar sobre sí mismos, tomar decisiones y adaptarse creativamente al medio introduciendo las modificaciones necesarias.
- La familia como el eje de las relaciones sociales. Eje de la democratización del mundo que, no obstante, no logra un proyecto de adaptación creativa por su falta de flexibilidad en las interacciones. “No se puede obtener estabilidad si nos obstinamos en una rigidez llevada al exceso” (Richmond, 1962, 121-122).

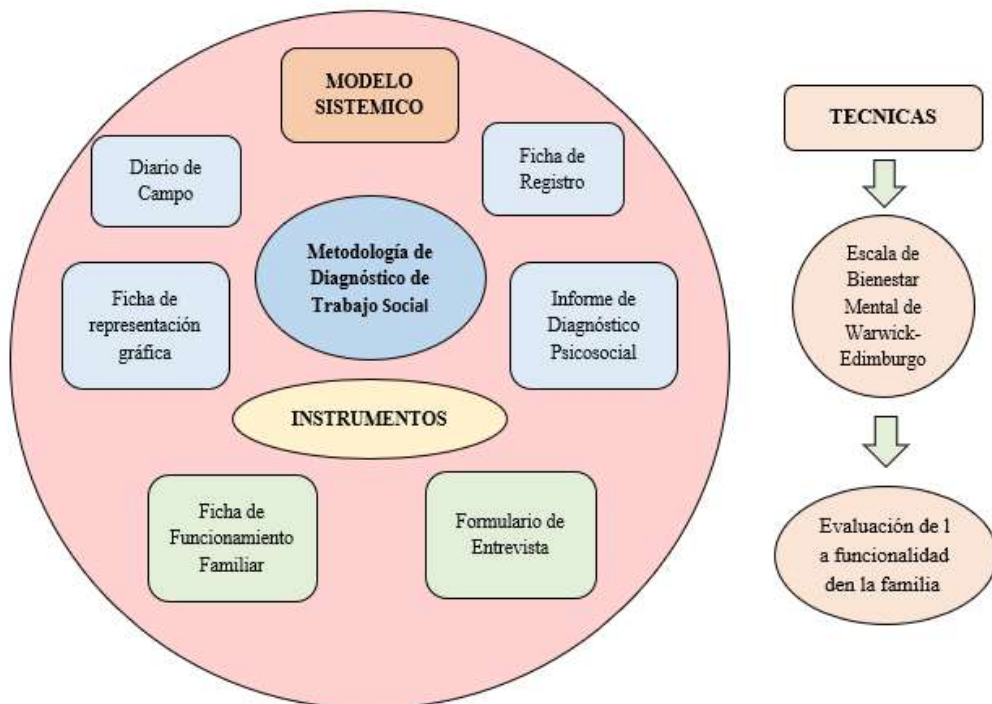


Gráfico 1 Modelo Sistémico
Fuente: Investigadora
Elaboración: Doménica Salazar

El Rol del Trabajo Social en la Salud Mental

La salud forma parte de muchas de las áreas en que los trabajadores sociales pueden desempeñarse como profesionales, la notabilidad de los mismos ha ganado cada vez más peso dentro del personal que atiende a personas con problemas de salud mental.

El ámbito de la salud mental es uno de los lugares donde el/la trabajador/a social puede desempeñar su práctica.

Una de las funciones más importantes que ejerce el trabajador social es la atención directa con los pacientes, su familia y las redes de relación dentro de su desarrollo como profesional, el proceso se despliega en cuatro etapas de mucha importancia entre ellas: el estudio, diagnóstico, tratamiento y evaluación, procesos que inician cuando el paciente o su familia se dirigen al trabajador social, quien realizara su intervención a través de la observación y la escucha que el profesional pueda recoger la información necesaria que le permita conocer al individuo y su situación de una manera más directa, realizando un diagnostico social el cual permitirá que el trabajador social tenga una visión más clara de la realidad, problemas y necesidades que precise el paciente, al finalizar esta etapa, el trabajador social empieza el tratamiento de la problemática psicosocial lo cual le permitirá realizar la intervención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, entendiendo estos ámbitos como un trabajo sistémico que se interrelacionan y con las que trabajan al mismo tiempo, lo que significa que ante una problemática social, la atención se enfoca en las necesidades del paciente, la prevención y la ayuda; así como la gestión de los recursos sociales.

Sí bien las actividades desempeñadas por los Trabajadores Sociales en la salud mental son diferentes de acuerdo con el centro donde prestan sus servicios, la finalidad del trabajo y los objetivos del equipo partiendo de una serie de funciones básicas: función de atención directa, función preventiva y función de coordinación. (Garcés, 2010:340)

El rol del Trabajador Social en el contexto de la salud mental según (Goffman, 2004):

Consiste en atender y cuidar los diversos aspectos sociales que confluyen en el enfermo mental: entre ellos destacan la adaptación al trabajo y a la familia, que son aspectos que con suma frecuencia repercuten en la enfermedad mental, influyendo en su evolución y por otra parte se ven influidos a su vez por la enfermedad mental, convirtiéndose en un auténtico círculo vicioso: un buen ejemplo podría ser, el enfermo que ha sufrido una recaída esquizofrénica, en cuya crisis abandona injustificadamente el trabajo, incluso agredió a sus familiares más cercanos, se encuentra después de remitido, el paciente se encuentra con pequeñas dificultades de adaptación que le hacen difícil soportar el entorno que lo rodea. Es función del Trabajador Social actuar

de tal forma, que la adaptación del enfermo y su ambiente sea lo más satisfactoria posible para ambos. (Goffman, 2004:130)

Funciones del trabajador social

Los trabajadores sociales son un elemento más del equipo interdisciplinario y aportan los instrumentos necesarios para conseguir los objetivos para los cuales fueron creados estos servicios.

El Plan de Salud Mental define estas funciones como:

- Diagnóstico
- Orientación
- Tratamiento y seguimiento

Las intervenciones en trabajo social se centrarán en mejorar la interacción entre el usuario y su medio sociofamiliar cuando esta interacción resulte problemática.

Atención directa

Trabajo individual o familiar - Entrevista de acogida o primera visita de trabajo social

Se estructura de la siguiente manera:

- Proceso de análisis de la demanda
- Evaluación sociofamiliar
- Elaboración de la historia social
- Análisis y detección de las situaciones de riesgo y/o de las necesidades individuales o familiares
- Valoración de aquellos casos susceptibles de ser atendidos por el Servicio de Atención Domiciliaria

Trabajo del caso con el equipo interdisciplinario

Se trata de estructurar un plan de trabajo con el usuario y/o familia en función de las necesidades detectadas.

Intervención social - Trabajo directo con el usuario

- Acompañar al usuario en la asimilación del proceso de cambio y favorecer sus socializaciones
- Realizar visitas a domicilio para valorar e intervenir en la situación sociofamiliar
- Abarcar el ámbito formativo y laboral mediante la investigación de los recursos adecuados para promover la rehabilitación y la reinserción sociolaboral
- Promover la autonomía y la capacitación del usuario, fomentando los recursos internos y externos que posee
- Incidir ante situaciones ambientales que provoquen estrés, protegiendo la emergencia de recaídas
- Dar a conocer los recursos de la Red de Salud Mental
- Seguimiento y evaluación del proceso de intervención
- Fomentar las actividades de ocio
- Facilitar la continuidad asistencial

Trabajo directo con familias

- Dar apoyo y contención a las familias para que participen del proceso de cambio
- Asesorar y orientar en casos de incapacitación y tutela

Trabajo grupal

Se trata de una intervención dirigida a un grupo de personas (pacientes o familiares) que comparten una dificultad similar. Este modelo de intervención se plantea para:

- Interrelacionar personas que están en la misma situación

- Compartir y aprovechar las experiencias de los demás, ampliando el abanico de posibles actuaciones ante un conflicto
- Redescubrir las propias capacidades de escucha y de reflexión, facilitando la percepción de uno mismo como fuente de ayuda y no solamente como receptor
- Generalizar la experiencia grupal en otros contextos
- Evitar el aislamiento potenciando la comunicación y el intercambio

Instrumentos para potencializar la praxis del Trabajador Social

En el proceso de posicionamiento del Trabajo Social como una disciplina, ésta se ha atribuido de teorías, metodologías, técnicas e instrumentos las cuales le han permitido desenvolver sus prácticas y planes de acción.

Los fundamentos teóricos metodológicos antes mencionados son la orientación y la columna vertebral para el análisis e intervención social en cualquier contexto familiar, comunal e institucional, Así como se tiene un corpus teórico y metodológico, también se tiene un apartado instrumental específico que potencializará y descifrará las tramas sociales a las que enfrenta el profesional.

Entre los más utilizados para una intervención en el ámbito de la salud podemos nombrar los siguientes instrumentos:

Familiograma: está diseñado para evaluar el funcionamiento de la familia, así como para detectar las relaciones interpersonales de los miembros del sistema, es una representación gráfica y excelente sistema de registro. Este instrumento se utiliza con frecuencia atendiendo casos a nivel institucional en los ámbitos de salud y asistencia social, es un sustento metodológico que se añade a un estudio de caso a profundidad para determinar diversas acciones hacia el usuario o la familia.

Ecomapa: es una representación gráfica de las relaciones familiares o personales que se tiene con el entorno Es un instrumento complementario al familiograma utilizado mayormente en la atención a casos, en el ambiente del Trabajo Social escolar, también se puede hacer una adecuación comunitario de este instrumentos.

Apgar familiar: se utiliza para medir la funcionabilidad familiar percibida por los miembros del sistema. Mide la adaptación. participación, crecimiento, afecto y

resolución se utiliza en los ambientes de la salud pública o psiquiátricos, se apoya de modelos como el de intervención en crisis, psicosocial, o clínico para una mayor comprensión de los casos

Mapa de redes: es una gráfica tipo radio para medir mediante gradientes la intensidad o lejanía que el usuario tiene con diversas esferas sociales tales como familia externa, trabajo, comunidad etc. Sirve para identificar potencialidades de la red de apoyo mediante un análisis biopsicosocial puede ser utilizado en el Trabajo Social de caso, es un instrumento de gran importancia para el análisis familiar

Entrevista (individual, grupal, colaterales): instrumento que se utiliza para el conocimiento a profundidad de determinados contextos o personas, se apoya del dialogo-análisis, y rapport para conseguir la información adecuada Su uso primordial es el conocimiento de las causantes de los problemas sociales que le atañen a los grupos sociales o familiares, este instrumento es utilizado de manera recurrente en Trabajo Social en cualquier institución

Diario de campo: libreta de medianas dimensiones para su fácil acogimiento en el uniforme o mochila la cual se utiliza para anotar los sucesos, sensaciones y emociones que el Trabajador Social experimenta en ambientes principalmente comunitarios, aunque también se puede usar en las instituciones Este instrumento nos permitirá sistematizar la experiencia, el diario de campo se acompaña de las técnicas observación y análisis para una comprensión integral de los fenómenos sociales

Diagnóstico social: uno de los instrumentos fundamentales y esenciales de la práctica del Trabajador Social nos permite conocer las problemáticas y necesidades de un grupo etario para posterior intervenir mediante un plan de mejora, resaltando las capacidades autogestoras d los participantes/usuarios Se utiliza en los 3 niveles de intervención caso, grupo y comunidad, así como en ambientes institucionales y académicos, se apoya de la investigación, análisis, observación para comprender las causas y necesidades de los usuarios en determinados contextos

Sociograma: es un instrumento para medir las relaciones interpersonales tales como la afinidad o rivalidad son esencial para conocer las redes de comunicación familiar, mediante 5 preguntas que se realizan a cada miembro y después se esquematiza nos podremos dar cuenta de las interacciones familiares. Este instrumento coadyuva el

análisis familiar se utiliza para casos en concreto y se apoya de otros como el ecomapa, familiograma y apgar para el análisis holístico familiar

Estudio socioeconómico: es uno de los instrumentos más utilizados por el Trabajador Social que le sirve para conocer y determinar algún tipo de beneficio a un usuario Se apoya de la entrevista a profundidad (colaterales) y de la visita domiciliaria para cumplir su objetivo, lo utilizan empresas e instituciones escolares o asistenciales para dictaminar apoyos o conocer la realidad socioeconómica de los sujetos, el método que se utiliza aquí es el de caso.

Diagnóstico participativo: este diagnóstico no solo lo realizara el experto (Trabajador Social) sino que tomara en cuenta a la comunidad que se investiga para generar procesos más certeros de acción Este instrumento se utiliza en el método de comunidad y se apoya del rapport, identificación de líderes y grupos focales para llevar a cabo el diagnóstico

Encuesta: una serie de preguntas cortas que se realiza a un determinado sector para conocer en consenso opinión acerca de una situación determinada Este instrumento es utilizado en el ámbito comunitario se utiliza en las primeras inmersiones al campo para conocer la situación de esa región

Diagnóstico comunitario: es la valoración que hace el Trabajador Social acerca de las carencias, estructura social, y ámbito geográfico de un espacio comunitario, es la antesala de la programación/planeación Se utiliza en el Trabajo Social comunitario para conocer la realidad de ese sector vulnerable se apoya del recorrido sensorial, entrevistas y el análisis reflexivo para ser concretado en su totalidad

Genograma: el ultimo, pero no menos importante el genograma familiar que se denomina una herramienta esencial para este ámbito puesto que es una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) de la información básica de, al menos, tres generaciones de una familia. Incluye información sobre su estructura, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos para que, de esta forma, proporcione a simple vista una gran cantidad de información, que permite no sólo conocer a la familia, sino realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, la evolución del problema a lo largo del tiempo, su relación con el ciclo vital de la familia, etc. (Compañ et al., 2012)

La construcción de un genograma familiar se compone de tres fases sucesivas:

- 1) trazado de la estructura familiar;
- 2) recogida de la información básica sobre la familia; y
- 3) delineado de las relaciones familiares.

El genograma en sí mismo también se emplea como una intervención terapéutica para generar cambios en las familias. Por ejemplo:

Implicar a la familia, el genograma proporciona un acceso rápido a contenidos con fuerte carga emocional desde un planteamiento aparentemente rutinario que elimina la sensación de amenaza para hablar de estos temas. De esta forma, las familias más reservadas pueden abrirse a discutir estos aspectos familiares en un formato tan estructurado, cuestionar el sistema: la familia suele llegar a terapia con ideas bastante rígidas acerca de cuál es el problema y quién es el que debe cambiar. La información que se presenta a través del genograma es una forma de empezar a modificar estas creencias al no centrarse tan solo en el síntoma y en su portador.

Aclarar pautas familiares: compartir las hipótesis clínicas derivadas del genograma de forma que la familia las pueda aceptar o rechazar es una forma de empezar a aclarar estas pautas (p. ej. repetición intergeneracional de síntomas). Con el nuevo significado que adquiere así el síntoma se pueden trabajar nuevas relaciones dentro de la familia.

El uso de genograma en el contexto clínico fue ampliamente difundido por McGoldrick y Gerson (1985).

El informe social: Es un instrumento de la práctica profesional que surge de la intencionalidad del momento metodológico. La propia práctica del Trabajador Social ha hecho del informe una de las instancias de legitimación o n de la profesión. Estas dos posibilidades, tienen que ver con el lugar que le otorgamos al informe: como parte constitutiva de nuestro accionar o como requerimiento externo (de las instituciones, otros profesionales, etc.).

De este modo, se puede hablar de una marcada tendencia por considerarlo un requisito institucional, llegando a constituirse en instrumento de evaluación de nuestro trabajo por parte de "otros". La lógica de la "eficacia y eficiencia" de las instituciones formales

define, en no pocas oportunidades, el buen o mal desempeño de un trabajador social según la cantidad de informes que realiza: eficientísimo que ha llevado en muchos espacios a reducir el informe a meras fichas o formularios que se llenan a manera de encuestas: el "socioeconómico" o la "ficha social. En términos generales, el informe social da cuenta de un trabajo profesional de acuerdo con una intencionalidad, a objetivos. De esta manera su contenido estará centrado en un para qué. El profesional debe plantear, según la intervención, cuando y para que se elabora un informe, teniendo en cuenta la particularidad de la situación objeto de la acción profesional, y el encuadre institucional. (Villela, 2013)

En Trabajo Social el estudio social individual, que se manifiesta en un informe, es el instrumento más utilizado, al cual se llega por medio de la aplicación de técnicas como la entrevista, la visita domiciliar e institucional, el juego de roles, etc., el cual participan como elementos fundamentales: la persona, el problema, el proceso y el especialista en trabajo social del caso, con el objetivo común de aclarar la situación (diagnosticar) y buscar la solución de los problemas (tratamiento).

Como técnicas más utilizadas durante la intervención son las siguientes:

- Observación: mirar minuciosamente y con detenimiento alguna situación, persona o contexto, para obtener conocimiento sobre su comportamiento y características. Se utiliza en los 3 métodos de intervención: caso, grupo, comunidad, para el conocimiento de los individuos y colectivos.
- Visita domiciliaria: es la acción de dirigirse a un domicilio determinado con el objetivo conseguir información, detectar necesidades y valorar la situación de la persona/usuario. Se utiliza en el trabajo de campo, asistencial y Trabajo Social empresarial para el conocimiento de la persona en sus núcleos sociales primarios.
- Rapport: es el fenómeno en el cual dos o más personas están en sintonía y hay un establecimiento de confianza. Es imprescindible el logro de esta técnica para el estudio de casos y familias, puesto que es puente de comunicación.
- Investigación: proceso de efectuar estrategias con el fin de descubrir o conocer un suceso determinado, la investigación se plantea como una acción en todos los campos de intervención del Trabajador Social. Es de suma importancia que se efectúe, para la creación de novedosas estrategias de intervención social.

- **Análisis:** examen detallado y a profundidad de una cosa/persona/contexto/situación, para conocer sus características y cualidades y así extraer determinadas conclusiones.
- Es una acción que subyace en la observación investigativa, que nos permite reflexionar y ver con claridad las situaciones que analizamos. Se utiliza en todo proceso metodológico del Trabajador Social.
- **Dialogo informal:** conversación oral y espontánea entre dos o más personas con el fin de obtener información y generar confianza. Se utiliza mayormente para crear rapport con las comunidades y usuarios y así obtener datos estratégicos.
- **Sociodrama:** es una representación tipo teatral acerca de situaciones, problemas o sucesos que atañen a un determinado grupo. Se utiliza para quitar barreras comunicacionales y tensiones, se utiliza en el Trabajo Social de grupo e institucional.
- **Sondeo:** exploración de un área/terreno/comunidad con el fin de averiguar datos sobre la misma. Este técnico se utiliza en el Trabajo Social comunitario y el Trabajo Social familiar como un primer momento para conocer una situación a profundidad.
- **Ciclo vital familiar:** son etapas emocionales e intelectuales que toda persona pasa o pasar en algún determinado momento de su vida. Estas etapas contienen cambios físicos, desajustes y cambios de temperamento. Esta técnica utilizada en el Trabajo Social familiar y clínico para el conocimiento a profundidad de interacciones y problemas familiares, se utiliza acompañada de modelos de intervención como el clínico o el sistémico.

Marco Conceptual de la variable independiente:

Intervención de Trabajo Social

La intervención profesional en trabajo social, es una disciplina que hace parte de las llamadas Ciencias Sociales y Humanas y hoy se encuentran cuestionadas y al mismo tiempo confrontadas por la existencia de los nuevos contextos, los actores sociales, las instituciones y las agendas de las políticas públicas; en esa perspectiva se destaca los desafíos que en las actuales circunstancias tienen que asumir las distintas profesiones y disciplinas, en tanto la intervención social, se devela hoy como un campo social de análisis desde el punto de vista epistemológico, teórico-conceptual, metodológico y ético-político. (Ospina, 2009).

En síntesis, la intervención en lo social desde la vista profesional tiene que ser analizada y abordada como un proceso social complejo, es fundamental para conceptualizar no solo el papel del método sino también de la metodología, tanto que la intervención en lo social es ante todo una construcción social, que debe abordar y comprender la dinámica de los procesos sociales en curso, con el fin de formular las respectivas estrategias de acción social.

La intervención del Trabajo Social es un proceso sistemático y coherente que se lleva a cabo frente a problemáticas sociales no resueltas, que se desarrolla a través de acciones con carácter de educar y generar procesos organizativos, que llevan implícitos una ideología orientada fundamentalmente a la modificación y transformación de las maneras de ver, actuar y sentir de los individuos en su inserción social. Existen modalidades de intervención, ya sea desde arriba, por medio de organismos de planificación y del orden institucional o desde abajo, propiciada por las organizaciones comunitarias de base. (Ander-Egg, 1986).

Método

Del griego metús, proposición que da idea de “movimientos” y odos que significa “camino”. Consiste en el conjunto de pasos o etapas sucesivas, ordenados lógicamente y encaminados al logro de un objetivo específico, en una realidad temporal -espacial concreta y con una finalidad determinada. Representa el esquema sistematizado que permita alcanzar las metas paso a paso.

Como proceso sistemático y relacionado con el conocimiento científico de la realidad transformativa como recurso indispensable en la gestión profesional que permite avances y resultados satisfactorios en el desarrollo de los propósitos y funciones establecidas. (Ander-Egg, 1986).

Según Boris (1983), un método es un conjunto de procedimientos estructurados, formales, sistematizados, científicamente fundamentados, característicos de una profesión y/o de la investigación. Los Métodos variarán según propósitos que se destinen y estrategia social que se imponga.

Metodología

La metodología es considerada como el estudio de los métodos, es una estrategia general para concebir y coordinar un conjunto de operaciones mentales; confiere estructura al proceso, ordena las operaciones cognoscitivas (acción-reflexión) y las prácticas en la acción racional profesional, agrupa los principios teóricos y epistemológicos, así como los métodos para conocer o actuar sobre una realidad, tiende a ser de carácter general y en consecuencia no siempre ofrece procedimientos. (Claudia Marcela Barreto Acosta, Jesus Alfredo Benavides Erazo, Adriana Marcela Garavito Jiménez, Natty Andrea Gordillo Forero, 2003).

Para Mendoza María del Carmen (1990), la metodología es un procedimiento rigurosamente planeado y diseñado para descubrir las formas de existencia de los procesos objetivos, desentrañar sus conexiones; generalizar y profundizar los conocimientos y demostrarlos con rigor racional.

Instrumentos:

Instrumentos/herramientas: constituyen las vías perceptibles y evidentes que faciliten y sean un vínculo para una mejor intervención-acción a nivel micro y macro social. Así como se tiene un corpus teórico y metodológico, también se tiene un apartado instrumental específico que potencializará y descifrará las tramas sociales a las que nos enfrentemos en la vida cotidiana profesional. (Cedillo, 2017)

Diagnostico Social

Es la primera fase de la planificación social. En esta etapa se realiza la investigación de base que permite conocer los distintos factores que inciden en la problemática social, describir la realidad, detectar y analizar los problemas (Ander-Egg, 1986)

El diagnóstico social (en el que se incluye también el tratamiento) está concebido de acuerdo con el modelo de actuación profesional de la medicina; ello no es de extrañarse que Mary Richmond realizó buena parte de su trabajo junto a un médico. En otras palabras: lo primero que se planteó sobre el diagnóstico social se elaboró sobre el modelo médico-clínico y tiene que ver con lo que hemos hablado sobre el traspaso de este concepto del campo de la medicina al de las ciencias y tecnologías sociales.

Otro aspecto que quisiéramos señalar es el proceso que propone Mary Richmond para realizar un diagnóstico social. aunque ella incluye en el libro todas las fases del proceso de intervención social. Comienza con lo que ella llama la "evidencia social" (los hechos que, tomados en su conjunto. indican la naturaleza de las dificultades sociales de un detenido cliente y los instrumentos para su solución). Sigue luego con las "inferencias", que para Richmond son el "proceso racional por el cual pasamos de hechos conocidos a hechos desconocidos". A partir de "evidencias e inferencias", se inicia el proceso hacia el diagnóstico. que explica a través de los procedimientos que se utilizan y que comporta cuatro fases:

- Entrevista con el cliente.
- Primeros contactos con la familia inmediata del cliente.
- Búsqueda de otras fuentes y uso de la intuición.

Cuidadosa ponderación de cada uno de los ítems estudiados y la interpretación de todos los datos recopilados. (Ander-Egg & Aguilar Idáñez, 2001)

Estudio socio económico

Realización de diferentes acciones destinadas a lograr la consecución de evidencia objetiva acerca de la situación del o la estudiante, a partir de la entrevista, análisis documental, verificación telefónica, visita domiciliaria, entre otras.

Herramientas

Las herramientas sirven para seleccionar el modo de intervención y los objetivos, así como para evaluar el progreso de este. Al ser administrados en diferentes momentos nos dan información sobre los cambios que en los factores de riesgo se van produciendo. Estos instrumentos son capaces de identificar tanto las áreas donde el plan de intervención ha tenido éxito como aquellas donde debería modificarse la actuación. (Yagüe, 2007)

Constituyen las vías tangibles y palpables que faciliten y sean un vehículo para una mejor intervención-acción a nivel micro y macrosocial, por ejemplo, el diario de campo, los expedientes, manuales de procedimientos

Técnicas

Se incorpora una breve síntesis de los datos más significativos, realizando un análisis de su incidencia en la situación descrita anteriormente. Asimismo, el/la profesional emite un dictamen profesional y propuesta de intervención, de acuerdo con el objetivo del informe. Las técnicas ayudan a analizar los beneficios obtenidos y conocer sobre qué variables se ha incidido. (Aranaga, 2012)

El conjunto de procedimientos intangibles los cuales se apoyan de los instrumentos para el análisis societal integral y holístico, algunos ejemplos de estos son la observación, la visita domiciliaria y el Rapport. Es de suma importancia precisar, definir y conocer a qué se refiere cada una de estas herramientas y medios, puesto que el dominio por estos, influenciará el análisis e intervención con los grupos, familias, comunidades y los ambientes institucionales/empresariales de cualquier índole.

Entrevista

La entrevista en la intervención profesional desde los aportes de la investigación social cualitativa. La entrevista resulta casi imprescindible en aquellas investigaciones cuyo principal objetivo es recuperar la perspectiva de los sujetos protagonistas del problema que se estudia, dar cuenta de la vivencia individual o colectiva de ciertos acontecimientos sociales, desandar significados y discursos y/o analizar trayectorias de vida. De la misma manera, en la intervención profesional (Herrero, Vanesa; Carranza, Keyla, 2016)

La entrevista en Trabajo Social, como lo señalan las autoras es un proceso de indagación y comunicación en la que se advierten símbolos, gestos, ademanes' aunque se puede correr el riesgo de caer en lo personal o subjetivo que amenace el análisis del problema por parte del Trabajador Social bajador Social, quitándole de esa manera calidad a la entrevista. No podemos desconocer que la entrevista es un método inicial de recopilación de datos personales, de los comportamientos y reacciones frente al problema que se presenta; es el punto de partida de todo proceso de investigación, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación.

Tipos de entrevista:

En Servicio Social tenemos diferentes tipos de entrevistas, estos dependerán de los objetivos que se persigan. Tenemos en primer lugar, las entrevistas para establecer relaciones. Este tipo es muy importante, porque de ellas dependerá el futuro trabajo a realizar. No es posible lograr una verdadera promoción del ser humano, si no hemos establecido una relación positiva con él. Una vez lograda esta relación es necesario que tratemos de mantenerla, para que el proceso pueda llevarse a cabo adecuadamente.

La entrevista de investigación, la que consiste en obtener una amplia información sobre la historia social o personal del cliente. En este tipo de entrevista, el Trabajador Social se preocupa por lograr identificar a la persona, conocer sus limitaciones, sus actitudes, opiniones y características personales, para llegar a un diagnóstico preciso de la situación del cliente. La habilidad del Trabajador Social en lo que se refiere a obtener e interpretar esa historia, puede ser la base para facilitar o dificultar la investigación detallada posteriormente.

Y, por último, tenemos la entrevista terapéutica o educativa, que es la que pretende obtener la promoción del individuo, mediante el plan conjunto de acción. Este se basará en la investigación realizada. A pesar de que se hace esta clasificación de acuerdo con el objetivo que se persigue, en la práctica los diferentes tipos de entrevista no se dan por separado. En la aplicación de la técnica, los objetivos que perseguimos coexisten con una constante propia de cada situación. Esto sucede, cuando el problema o situación se trata en una o varias sesiones de entrevista. (Florisabel & Delgado, n.d.)

Observación

Es el procedimiento que utilizamos en nuestra vida cotidiana para adquirir conocimientos; buena parte de lo que aprendemos es observado. Para la ciencia experimental, entendida la observación en su sentido amplio, es su base y punto de partida. Desde el punto de vista de las técnicas de investigación, considera como uno de los procedimientos para la recogida de datos, la observación consiste en utilizar los propios sentidos del investigador para observar los hechos y realidades sociales, presentes y a la gente en el contexto real en donde desarrolla normalmente sus actividades. (Ander-Egg, 1986)

En el amplio campo de la investigación la observación puede ser entendida por algunos como un método; para otros es una técnica; y aun cuando existen puntos de contacto entre método y técnica, existe una diferencia esencial; al primero lo determina en gran medida el área de estudio al que corresponde la investigación, mientras que la segunda es aplicable independientemente del área de estudio; en este sentido y para fines de este documento definiremos a la observación como una técnica que mediante la aplicación de ciertos recursos permite la organización, coherencia y economía de los esfuerzos realizados durante el desarrollo de una investigación; de esta forma, esta técnica tendrá una organización y una coherencia dependiente al método utilizado.(Campos y Covarrubias & Lule Martínez, 2012)

Al respecto Bunge (2007) señala que, la observación es el procedimiento empírico elemental de la ciencia que tiene como objeto de estudio uno o varios hechos, objetos o fenómenos de la realidad actual; por lo que en el caso de las ciencias naturales, cualquier dato observado será considerado como algo factual, verdadero o contundente; a diferencia, dentro de las ciencias sociales, el dato será el resultado que se obtiene del proceso entre los sujetos y sus relaciones por lo que no es tan factual y pudiera ser subjetivo. (Campos y Covarrubias & Lule Martínez, 2012)

Planificación

La planificación es la función que determina por anticipado; cuales son los objetivos que deben cumplirse y que debe hacerse para alcanzarlos. Así mismo la Planificación es un proceso permanente y continua, no se anota en plan de acción y es realizada continuamente en la empresa. Por otro lado, implica, donde se pretende llevar, establecer objetivos y detallar los planes necesarios para lograrlo.

Para Ander Egg planificar es la acción consistente en utilizar un conjunto de procedimiento mediante los cuales se introduce una mayor racionalidad y organización, es un conjunto de actividades y acciones articuladas entre sí que, previstas anticipadamente, tiene el propósito de influir en el curso de determinados acontecimientos, con el fin de alcanzar una situación elegida.

Informe Social

Es una herramienta de Comunicación y es un instrumento para fundamentar la toma de decisiones (juez, director) (Ander-Egg, 1986).

El Informe Social es el producto del proceso de diagnóstico, destinado a dar cuenta de la situación de vida de una persona, grupo o familia, en un tiempo y lugar determinado. El diagnóstico implica la realización de una investigación cualitativa acotada y particularizada en una situación singular. Desde una perspectiva profesional, los Informes son la intervención profesional documentada en un ámbito particular y en un tiempo social e históricamente determinado. Implican el comienzo de una construcción teórico-metodológica. La participación activa del sujeto de la intervención profesional, es central en la producción de conocimiento sobre la dinámica social.

El Informe Social es el producto del proceso de diagnóstico, destinado a dar cuenta de la situación de vida de una persona, grupo o familia, en un tiempo y lugar determinado. El diagnóstico implica la realización de una investigación cualitativa acotada y particularizada en una situación singular. Desde una perspectiva profesional, los Informes son la intervención profesional documentada en un ámbito particular y en un tiempo social e históricamente determinado. Implican el comienzo de una construcción teórico-metodológica. La participación activa del sujeto de la intervención profesional, es central en la producción de conocimiento sobre la dinámica social.

Es necesario rescatar tanto su palabra, como aquellas expresiones que den cuenta de cómo esa persona siente y expresa determinada problemática. Indagar acerca de la vida cotidiana de los sujetos, nos da elementos para poder dar cuenta de la complejidad de la realidad social en la que intervenimos.

La génesis de un Informe Social es la expresión institucional de una problemática determinada, y el fundamento de este es la intervención como intento de solución en dicha situación. Para transformar esta situación, construimos estrategias desde una perspectiva teórica, con una intencionalidad, las que se irán replanteando permanentemente si tenemos en cuenta el movimiento propio de la vida cotidiana de los sujetos. Metodológicamente, desde la acción profesional, la realización del Informe, puede configurar la intervención total en el caso particular, o bien, una acción puntual, en el marco de un trabajo más amplio. (Gómez et al., 2002)

Recursos

Los recursos son medios que las organizaciones poseen para realizar sus tareas y lograr sus objetivos: son bienes o servicios utilizados en la ejecución de las labores organizacionales.

Profesionalmente, el Trabajador(a) Social se ocupa, desde una perspectiva sistémica, sincrética, de los asuntos o problemas que acontecen a las personas en su interacción con el medio físico y social, que obstaculizan la satisfacción de sus necesidades y su desarrollo, procurando que identifiquen y utilicen los recursos potenciales que poseen. Para esto, el profesional debe tener presente los diversos sistemas de recursos en que las personas se desarrollan:

- a) Sistema natural: incluye amigos, familiares, compañeros de trabajo, otros, de los cuales se recibe apoyo económico, social y emocional.
- b) Sistema formal: constituido por los organismos o grupos a los cuales se pertenece.
- c) Sistema institucional: comprende programas y servicios ejecutados por entes gubernamentales y no gubernamentales. Puede referirse a hospitales, servicios sociales, otros." (Fandiño, 1992).

El ser humano está relacionado con diversos sistemas que se articulan entre sí, en procura de su bienestar en una sociedad y realidad que se encuentran en proceso de constante cambio. Considerando lo expuesto, el Trabajo Social, dada sus características en cuanto a contenidos teóricos y prácticos, facilita la intervención en áreas de diversa índole como: Salud, Infancia, Vivienda, Educación, Recursos Humanos. De esta forma logra integrar elementos de su propia perspectiva, en la solución de conflictos o necesidades en las relaciones sociales que suelen ser difíciles de resolver por los afectados; por lo consiguiente, requieren de una intervención externa. (Mesen Fonseca, 2000)

Visita domiciliaria

En el terreno de la salud, hay una crisis epistemológica, teórica y metodológica que se manifiesta en la falta de capacidad para captar la complejidad de los fenómenos que constituyen la tríada Salud -Enfermedad- Sociedad. Desde la salud colectiva se viene ampliando esa mirada, reconociendo la complejidad desde lo cultural, lo social

y lo histórico, para articular lo teórico con lo práctico, lo individual con lo colectivo y lo cualitativo con lo cuantitativo, como una totalidad (García, 2006, Verneaux, 1999).

Las universidades y el modelo de atención primaria en salud han visto necesario considerar la familia, la comunidad y el entorno sociocultural como fuentes de información validadas para la formación del personal sanitario. (Zuliani-Arango et al., 2015)

El modelo de atención primaria en salud busca acercarse a las problemáticas de la comunidad para dar respuesta a las expectativas de los sujetos pacientes y sus familias en condiciones crónicas o estados terminales; sin embargo, se considera que también es válido para acercarse a las familias en la promoción y acompañamiento durante la crianza. La visita domiciliaria, a pesar de haber sido pensada más como una estrategia de atención, prevención, tratamiento y rehabilitación, no ha sido reconocida como una estrategia pedagógica que aporta a la formación integral, siendo un instrumento de evaluación más utilizado por profesionales de trabajo social, enfermería y terapéuticos, que por médicos. (Gérvas & Pérez, 2010).

Acción Social

El concepto Acción Social se utiliza frecuentemente como sinónimo de Bienestar Social o de Servicios Sociales restringiendo así todo su contenido a una de sus formas, que aun siendo hoy la más significativa, no es la única, ni lo ha sido a lo largo de la Historia. Ander-Egg (1984:2) define este concepto como " toda actividad consciente, organizada y dirigida de manera individual o colectiva, que de modo expreso tiene por finalidad actuar sobre el medio social, para mantener una situación, mejorarla o transformarla". Otras autoras como Montserrat Colomer (1983) entienden que la Acción Social tiene como finalidad "conseguir la mejora de las condiciones de vida de todos los ciudadanos y a la satisfacción de las necesidades básicas de los mismos, para terminar con la injusticia social". Así, liga este concepto al Bienestar Social y afirma que en cierta forma entra en oposición con la mera acción benéfica. De las Heras y Cortajarena (1979) sitúan la Acción Social en el campo de la relación entre el binomio necesidades y recursos; para ellas esa relación se caracteriza por el conflicto por lo que es necesaria una intervención intencionada, que es precisamente, lo que denominan Acción Social.

Bienestar Social

El concepto de Bienestar Social es un concepto relativamente nuevo, puesto que como indica Moix (1986:35) “con un sentido científico sólo se ha desarrollado recientemente al compás de y en conexión con los problemas sociales de nuestra sociedad industrial”. Para este autor el término implica la idea de que los grupos políticos organizados tienen la obligación de proveer a las necesidades más apremiantes de los ciudadanos menos afortunados, con cargo a fondos públicos y mediante los correspondientes sistemas de protección. Su popularización en castellano procede de la traducción del inglés del término “Social Welfare” que a su vez procede de la voz alemana “wohlfart” cuyo significado etimológico es “tener buen viaje”, implicando la idea de viajar cómodamente por el camino de la vida. A pesar de la popularidad que hoy en día tiene el concepto de Bienestar social, revisando los trabajos de diferentes autores encontramos que existe una notable vaguedad tanto en su definición como en su utilización. Algunos autores lo emplean “para designar el conjunto de leyes, por una parte, y los programas, beneficios y servicios que por otra parte se establecen para asegurar o robustecer la provisión de todo aquello que se consideran las necesidades básicas para el bienestar humano y el mejoramiento social” (Ander-Egg, 1984:33); otras instituciones lo utilizan para referirse sólo a una parte de tales leyes, programas y servicios.

Calidad de vida

Actualmente, entra en escena, muy ligado al bienestar social, el concepto de Calidad de Vida que como afirma Setién (1993: 56) es, así mismo, “elusivo y abstracto”. Según la autora se suele utilizar como sinónimo de bienestar, aunque para muchos va más allá, englobando aspectos no contemplados en el bienestar, siendo éste una condición, pero insuficiente. En esa línea Solomon y otros (1980) definen Calidad de Vida como “un concepto inclusivo, que cubre todos los aspectos de la vida, tal y como son experimentados por los individuos. Comprende tanto la satisfacción material de las necesidades como los aspectos de la vida relacionados con el desarrollo personal, la autorrealización y un ecosistema equilibrado. También Levy y Anderson (1980) entienden la calidad de Vida como un concepto complejo y multidimensional: compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa (...) Incluye aspectos tales

como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros. Autores como Alguacil (1999: 145) comparten esa idea de complejidad y multidimensionalidad, pero entienden que es fundamental subrayar el protagonismo que la percepción de los problemas medioambientales y la crisis ecológica ha tenido sobre la construcción de la idea de calidad de vida. Desde su punto de vista la dimensión ambiental es “una protagonista de primer orden en la construcción del concepto”.

Política Social

Las cuestiones que conciernen a la Política Social en una sociedad moderna son, como indica Montoro (1997: 33), tan importantes y afectan tanto a la vida de los ciudadanos y a la distribución de los recursos en nuestras sociedades que no es sorprendente que haya un enorme número de estudiosos dedicados a este tema. Así encontramos multitud de definiciones que no siempre son coincidentes puesto que, como es lógico, están fundamentadas en las diferentes perspectivas, concepciones del mundo, ideologías, de los respectivos autores. La expresión Política Social comenzó a utilizarse a mediados del siglo XIX; parece ser que fue Robert Mohl quien empleó por primera vez la expresión política social en 1945 para referirse a una teoría de regulación de los fines sociales diferente de la política jurídica imperante por aquellos momentos en la Teoría del Estado.

Asistencia social

“La Asistencia Social es la acción de asistir; dar ayuda, dar elementos económicos, médicos, etc. para que alguien (persona) se ayude en su manutención diaria y en sus necesidades básicas, entre ellas la salud”. (Carapia, 1978)

Mary Richmond, en su obra de 1922 sobre el caso social individual (II), define el Servicio Social como el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social. Se entiende por medio social un espacio que abarca los demás seres humanos, y que excluye todo aquello que no tiene influencia real sobre la vida emotiva, mental y espiritual

Posteriormente, los aportes de Hamilton (1951), de L. de Bray y J. Tuerlinckx (1960), incorporan las áreas de la pobreza, la enfermedad y la desintegración familiar, con la

posibilidad de un análisis más allá de los problemas individuales. Hamilton, por ejemplo, explica que existe una relación dual entre el bienestar y la conducta social, la cual es precisamente la que da consistencia e individualidad al trabajo social. Esta circunstancia, a su criterio, hace previsible el desarrollo lento y fatigoso de la profesión, por cuanto tendrá oposición en las esferas de poder. cuando se constituya el esfuerzo de hombres libres que intentan crear sus propias condiciones de bienestar.

Gestión Social

La Gestión Social es una forma de trabajo del profesional del Trabajo Social donde se promueve el desarrollo comunitario, regional y nacional, dando lugar y espacio en todas las personas, ya que es importante su participación para que la organización sea de beneficio para todos los sectores de la comunidad atendida, pero esto no se podrá lograr si el profesional desconoce el proceso de gestión social a seguir para la capacitación y organización eficientes y eficaces que lleven al desarrollo de la comunidad. La gestión social en el desempeño del trabajador social es un arma muy importante ya que de ella dependerán los cambios cuali cuantitativos que la población atendida pueda llegar a tener.

“Así la gestión social, es un medio para hacerle frente a los grandes problemas emergentes de la modernidad. En un plano más operativo la gestión junto a sus herramientas genera una mayor potencia para la construcción de una sociedad emancipadora en la modernidad”

Variable dependiente: Salud mental en adultos

La salud mental incluye una amplia escala de actividades directa o indirectamente relacionadas con el bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

El bienestar mental es un componente fundamental de la definición de salud según la OMS. La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad (Salud, 2013).

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

Entre los grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias.

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos.

Factor Social

Los factores sociales son conductas múltiples que explican la aparición o desarrollo de los hechos sociales. Estas pueden ser de diferentes índoles. Se refiere a la influencia que tiene la sociedad, la crisis económica; la desigualdad social; crecimiento demográfico descontrolado.

Factores, hablamos de cosas, de elementos reales, que existen en nuestro mundo y que por su naturaleza son importantes.

Sociales, hace referencia a lo social, a todo aquello que ocurre en una sociedad, o sea en un conjunto de seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común. (Rosario, 2018)

Factores psicológicos

Es la relación entre sociedad e individuo.

Otto Klinerberg define al factor psicológico como “Estudio científico de las actividades del individuo influidos por otros individuos”. Para Gino Germani es

“Estudio de conducta manifiesta y encubierta de individuos y con los que se relaciona”.

Factores biológicos

Es la interacción que tiene con el ambiente, mejorando los resultados asociados a salud. La conducta promotora de salud es un resultado determinado por características y experiencias individuales previas, y por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos (Morín, 20163).

Adicción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Drogadicción

Según la OMS, definen como droga a “toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia”.

Alcoholismo

A finales del siglo XVIII, Benjamín Rush en Estados Unidos definió la “ebriedad habitual” como una condición involuntaria, una enfermedad causada por los “licores espirituosos”.³ De sus escritos, se identifican tres ideas sobre la enfermedad:

- El alcohol como causa del problema.
- La pérdida de control como síntoma característico.
- La abstinencia como única cura efectiva (Jorge Sánchez-Mejorada Fernández, 2007)

Aislamiento Social

Se define como la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Los factores que contribuyen a la ausencia de relaciones personales satisfactorias:

Falta de personas significativas de soporte (familiares, amigos, grupo), recursos personales inadecuados, diferencias culturales con el grupo mayoritario, enviude, emigración, procesos degenerativos e invalidante en su propia persona y/o en familiares cercanos (en el caso de ser el cuidador primario). Situación económica muy desfavorecida (pobreza) (MANUELA, 2019)

Soledad

La primera definición de soledad fue desarrollada por Salinas, entendiéndola como "la distancia interior que percibe una persona en relación con otros". Otros autores han dado un paso más en la conceptualización de la soledad, por otro lado, la soledad social se centra en la ausencia de una red social de apoyo (Amalia Coca Barbado y Jorge Luís Gómez González, 2015).

Estrés

Se define como la reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia.

La respuesta al estrés es nuestra particular forma de afrontar y adaptarnos a las diversas situaciones y demandas que nos vamos encontrando, es una respuesta que aparece cuando percibimos que nuestros recursos no son suficientes para afrontar los problemas (Regueiro, 2019).

Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su

forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (Organización Mundial de la Salud, 2002)

Ansiedad

De acuerdo con el autor Lazarus, la ansiedad viene a ser una postura de alerta, de agitación, inquietud e incomodidad del estado de ánimo, que provoca reacciones o actitudes determinadas a la situación o hecho que la provoca, en ella entran en juego diversos mecanismos que ayudan a enfrentar dicha situación que se percibe como amenazante. Es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia a pesar de lo cual, hoy en día, se confunde con una patología. Esta confusión se debe a que este trastorno puede acabar, bajo determinadas circunstancias que abundan en ciertos modos de vida, desencadenando problemas de salud grave (Psychology, 2016)

Violencia

La OMS define la violencia como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS, 2002)

Violencia física

Es cualquier acción que ocasiona un daño no accidental, utilizando la fuerza física o alguna clase de armamento u objeto que pueda causar o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas. Puede producirse a través de acciones y lenguajes, pero también de silencios e inacciones y es generalmente condenada por la ética, la moral y el derecho.

Violencia Psicológica

La violencia psicológica como “cualquier acción u omisión directa o indirecta cuyo propósito sea controlar o degradar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta u omisión que

produzcan un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, el desarrollo integral y las posibilidades personales” (desarrollo, 2017)

Violencia Intrafamiliar

Abarca todo aquel comportamiento de violencia física, sexual o psicológica que llega a poner en situación de peligro la seguridad o el bienestar de una persona del grupo familiar; el comportamiento de las personas que recurren tanto a la fuerza física como al chantaje emocional; las amenazas que dan lugar al recurso a la fuerza física, entre las que se incluye la violencia sexual, tanto en la familia como en el hogar (VAREA, 2016).

Exclusión Social

El origen histórico del término exclusión² puede ser atribuido según Hilary Silver (Silver, 1995) a René Lenoir, quien en 1974 estimó que un diez por ciento de la población francesa estaba excluido. Una idea que esta autora señala, y sobre la que quizá pueda ser interesante reflexionar, es que este autor se refería a “categorías sociales desprotegidas por los seguros sociales de aquel tiempo; es decir, se trata de individuos que se encuentran excluidos del Estado del Bienestar.

Desempleo

El desempleo es una situación que se da cuando la cantidad de personas que buscan trabajo (demanda de empleo) excede el número de empleos disponibles (oferta de empleo).

Pobreza

La pobreza hace referencia a la carencia de recursos materiales suficientes para atender las necesidades básicas de una población determinada, que impide vivir de una forma digna. La noción de pobreza alude a "factores materiales cuantificables, a aquellos parámetros que en una sociedad pueden ser considerados en un momento determinado como el mínimo vital necesario para poder vivir adecuadamente. El pobre es el que carece de estos medios y, por lo tanto, lo es en un sentido contextual, en función del propio desarrollo global y de los estándares de la sociedad en la que vive" (Tezanos 1999: 17).

Intervención

Significa admitir la existencia de un proceso social pre - existente. en que los actores sociales de ese proceso han configurado una historia, un mapa mental de representaciones y percepciones de la problemática que se quiere abordar y una estrategia de salida adecuada a esa problemática donde un agente externo, el clínico, se incorpora transitoriamente a dicho proceso modificando su funcionamiento en grados variables".

Intervención Clínica

"Es el conjunto de estrategias desarrolladas por el Trabajador Social de Casos en orden a lograr que el cliente desarrolle una comprensión de sí mismo y de su situación comprometiéndolo activamente con el tratamiento".

Cliente

"Corresponde a una visión integrada de quién presenta el síntoma; persona-familia, integrado por diversos subsistemas cuyas estructuras y funciones se interrelacionan e interactúan para generar constantemente una síntesis única, creativa, dinámica, que es más que la suma de sus partes"

Problema

"Desde la perspectiva holística se plantea que todo sistema posee un cúmulo de energía vital, la que fluye dinámicamente dentro de él, buscando la homeostasis, el equilibrio, la adaptación, repartiendo la energía entre los subsistemas, es decir, dirigiéndose a aquellos puntos del sistema que no son capaces de entregar una respuesta satisfactoria a las demandas internas y externas. Así el problema es un estado de pérdida del balance homeostático del sistema debido a la acción de diversos factores que se conjugan para alterar el equilibrio".

Trabajo Psicosocial

"Se refiere a las relaciones de las personas entre sí y de las personas y su ambiente social, incluyendo dos dimensiones: Una instrumental y una afectivo - emocional".

Caso

"Es un conjunto de hechos inusuales que se concentran en un momento y en una persona y su familia y que provoca sentimientos angustiosos que no es posible manejar por sí mismos y que necesita ser conocido y tratado por un agente externo"
¿En qué consiste el Modelo Clínico? Todas las disciplinas cuyo norte es el ser humano y su derecho al bienestar intervienen en una unidad habitualmente denominada "Caso"

Objetivos

Objetivo General

Analizar como el trabajo social incide en salud de mental de adultos en edad temprana del centro de salud N1 de la ciudad de Ambato

Objetivos Específicos

- Identificar estrategias de intervención del Trabajo Social frente a la Salud mental en adulto en edad temprana.
- Determinar los factores de la salud mental en adultos en edad temprana.
- Elaborar una propuesta de intervención desde el Trabajo Social de adultos en edad temprana.

Hipótesis

La intervención del trabajo social ejerce una influencia importante en la salud mental de los adultos del centro de salud.

CAPITULO II

Metodología

Enfoque de la investigación

La investigación es un proceso innato que posee cada persona durante toda su vida; sin embargo, la investigación en salud y sociedad conlleva, además de un interés y una necesidad total, la indagación para una comprensión de los fenómenos sociales involucra una búsqueda constante por aumentar conocimientos y transformar, de manera positiva, la realidad y el desarrollo integral del ser humano. Según varios autores positivistas influenciados por muchos de los científicos más reconocidos en el mundo entero, se fundamentaron con “el mundo social puede estudiarse de manera similar al mundo natural” (tal como se investigan los átomos, las moléculas, los planetas y los invertebrados; se pueden analizar los patrones de conducta de los trabajadores, las razones de las enfermedades mentales, los efectos de un método educativo sobre el aprendizaje o las migraciones humanas) y existe un método exclusivo para indagar ese mundo social, que es libre de los valores del investigador. (Hernández et al., 2010).

En la presente investigación se aplicará el enfoque cuali-cuantitativo, que tiene como finalidad conocer las estrategias nuevas y ya utilizadas en la intervención por parte del profesional de Trabajo Social en el centro de salud N1 de la ciudad de Ambato.

El tema tomado en consideración en la presente investigación tendrá un enfoque cuantitativo y cualitativo. Se estudiarán las cualidades para determinar el propósito del tema de investigación en curso, procediendo de esta manera a observar la problemática utilizando recursos que puedan servir de apoyo en el análisis del problema en relación con las personas afectadas, utilizando información estadística de la institución a investigar. En este enfoque

se maneja de forma sistémica la recolección y vinculación de datos que facilite el entendimiento más propicio del fenómeno. (Guelmes & Nieto, 2015)

Enfoque Cuantitativo

Se entiende que la investigación cuantitativa parte de datos evidenciables. Hernández, Fernández y Baptista la definen expresando: “usa la recolección de datos para probar hipótesis con base a medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”

El enfoque cuantitativo le otorga tres principales elementos que lo caracterizan:

1. Recolectar datos en forma de puntuaciones (que se originan en las matemáticas). Es decir, los atributos de fenómenos, objetos, animales, personas y colectividades mayores con medidas y ubicados numéricamente.
2. Analizar tales datos numéricos en términos de variación
3. La esencia del análisis implica comparar grupos o relacionar factores sobre tales atributos mediante técnicas estadísticas, (en caso de las ciencias del comportamiento, mediante experimentos y estudios causales o correlacionales.)

La investigación cuantitativa ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista basado en conteos y magnitudes. También, brinda una gran posibilidad de repetición y se centra en puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares.

Enfoque cualitativo

Según Lincoln y Denzin, la investigación cualitativa es un campo interdisciplinar, transdisciplinar y en muchas ocasiones multidisciplinar, atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas. la investigación cualitativa es muchas cosas al mismo tiempo, es multiparadigmático en su enfoque multi metodológico. Están sometidas a la perspectiva naturalista y a la comprensión interpretativa de la experiencia humana, al mismo tiempo el campo es inherentemente político y construido por múltiples posiciones éticas y políticas. el investigador cualitativo se somete a una doble tensión

simultáneamente, por una parte, es atraído por una amplia sensibilidad, interpretativa, postmoderna, feminista y crítica; por otra, puede serlo por unas concepciones más positivistas, post positivistas, humanistas y naturalistas de la experiencia humana y su análisis.

El constructivismo como uno de los “padres” del enfoque cualitativo le otorga los énfasis principales que lo caracterizan:

- El reconocimiento de que el investigador necesita encuadrar en los estudios los puntos de vista de los participantes.
- La necesidad de inquirir cuestiones abiertas.
- Dado que el contexto cultural es fundamental, los datos deben recolectarse en los lugares donde las personas realizan sus actividades cotidianas.
- La investigación debe ser útil para mejorar la forma en que viven los individuos.
- Más que variables “exactas” lo que se estudia son conceptos, cuya esencia no solamente se captura a través de mediciones.

Modalidad Básica de Investigación

Investigación de Campo:

La investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información, pero no altera las condiciones existentes. De allí su carácter de investigación no experimental (Arias, 2012).

Según Ramírez (2010), la investigación de campo puede ser extensiva, cuando se realiza en muestras y en poblaciones enteras (censos); e intensiva cuando se concentra en casos particulares, sin la posibilidad de generalizar los resultados.

Investigación documental bibliográfica

Consiste en una descripción cuidadosa y ordenada del conocimiento publicado, seguido de una interpretación. En este tipo de investigación, se estudian los problemas con el propósito

de ampliar y profundar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente de trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos. La originalidad del estudio se refleja en el enfoque, criterios, conceptualizaciones, reflexiones, conclusiones, recomendaciones y, en general, con el pensamiento del autor.

El trabajo de revisión bibliográfica constituye una etapa fundamental de todo proyecto de investigación y debe garantizar la obtención de la información más relevante en el campo de estudio, de un universo de documentos que puede ser muy extenso (Gómez-Luna, Eduardo, & Fernando-Navas, Diego, & Aponte-Mayor, Guillermo, & Betancourt-Buitrago, Luis Andrés, 2014).

Investigación científica

Corresponde a la observación directa de la realidad. Es un estudio intensivo del estado actual e interacción con el ambiente del individuo, grupo o comunidad. Se entiende por este tipo de investigación, el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad: en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios. (Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Tesis Doctorales. 1998)

Tipos de investigación

Los tipos de investigación que se tomara serán los siguientes: Descriptivo, correlacional y exploratorio:

Descriptiva:

La investigación descriptiva trabaja sobre las realidades de los hechos y sus características fundamentales es de presentarnos una interpretación correcta.

La investigación descriptiva es uno de los tipos o procedimientos investigativos más populares y utilizados por los principiantes en la actividad investigativa. Los trabajos de grado, en los pregrados y en muchas de las maestrías, son estudios de carácter

eminentemente descriptivo. En tales estudios se muestran, narran, reseñan o identifican hechos, situaciones, rasgos, características de un objeto de estudio, o se diseñan productos, modelos, prototipos, guías, etcétera, pero no se dan explicaciones o razones de las situaciones, los hechos, los fenómenos, etcétera (BERNAL, 2010).

Explicativa:

Así como se afirma que la investigación descriptiva es el nivel básico de la investigación científica, la investigación explicativa o causal es para muchos expertos el ideal y nivel culmen de la investigación no experimental, el modelo de investigación “no experimental” por antonomasia. La investigación explicativa tiene como fundamento la prueba de hipótesis y busca que las conclusiones lleven a la formulación o al contraste de leyes o principios científicos. Las investigaciones en que el investigador se plantea como objetivos estudiar el porqué de las cosas, los hechos, los fenómenos o las situaciones, se denominan explicativas. En la investigación explicativa se analizan causas y efectos de la relación entre variables (BERNAL, 2010).

Correccional:

Para Salkind (1998), la investigación correlacional tiene como propósito mostrar o examinar la relación entre variables o resultados de variables. De acuerdo con este autor, uno de los puntos importantes respecto a la investigación correlacional es examinar relaciones entre variables o sus resultados, pero en ningún momento explica que una sea la causa de la otra. En otras palabras, la correlación examina asociaciones, pero no relaciones causales, donde un cambio en un factor influye directamente en un cambio, la investigación correlacional respecto de las investigaciones descriptiva e histórica es que proporciona indicios de la relación que podría existir entre dos o más cosas, o de qué tan bien uno o más datos podrían predecir un resultado específico. La investigación correlacional utiliza un índice numérico llamado coeficiente de correlación (Salkind, 1998).

Población y muestra

Para la elaboración de la investigación se va a trabajar con la población perteneciente a los usuarios del centro de salud N1 de la ciudad de Ambato, quienes requieren servicios del equipo multidisciplinario del área de SAI (Servicio Ambulatorio Intensivo). Y muestra de profesionales.

En este caso la población involucrada en la presente investigación está constituida por 44 personas los mismos que pertenecen al Centro de Salud N1 de la Ciudad de Ambato.

Población:

Tabla 1 Población

Unidades de Observación	Número
Usuarios del centro de salud área SAI	30
Médicos	4
Psicólogos	4
Trabajador social	2
Pasantes	4
TOTAL	44

Fuente: Investigadora

Elaboración: Doménica Salazar

Bajo este contexto se confirma que para el desarrollo de la presente investigación se contara con una población definida ya que se conoce el universo de elementos que serán objeto de estudio.

Técnicas e instrumentos

En la investigación se utilizarán las siguientes técnicas e instrumentos.

Tabla 2 Técnicas e instrumentos

Tipos de información	Técnicas de investigación	Instrumentos de investigación
----------------------	---------------------------	-------------------------------

1. Información Secundaria	1.1 Lectura Científica	1.1.1 Tesis de grado 1.1.2 Libros 1.1.3 Artículos Científicos 1.1.4 Publicaciones de revistas
2. Información Primaria	2.1 Encuesta 2.2 Entrevista	2.1.1 Cuestionario estructurado Encuesta validada por experto.

Fuente: Investigadora

Elaboración: Doménica Salazar

Tabla 3 Variable Dependiente: Salud mental en adultos

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMES BÁSICOS	TÉCNICA/INSTRUMENTO
<p>La salud mental tiene que ver con la vida diaria del ser humano, se refiere a la manera de cómo cada uno se relaciona con las actividades en general.</p> <p>La salud mental está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades.</p> <p>La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ámbito clínico ▪ Ámbito socio emocional ▪ Ámbito cultural ▪ Habilidades socio emocionales ▪ Cuidado mental ▪ Reintegración Social ▪ Emociones personales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definiciones sobre salud mental ▪ Características ▪ Clases de salud mental (conductas afectadas socioemocionales) ▪ Factores Socio emocionales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión ▪ Exclusión social ▪ Adicciones ▪ Depresión ▪ Aislamiento ▪ Violencia ▪ Desestabilidad emocional ▪ Violencia ▪ Grado de ansiedad 	<p>¿Conoce usted la definición correcta de lo que significa Salud Mental</p> <p>¿Cómo identificar a una persona que padezca de alguna enfermedad mental?</p> <p>¿Conoce cuáles son las principales enfermedades mentales?</p> <p>¿Cree usted que es importante trabajar en la salud mental de adultos?</p> <p>¿Conoce usted cuales son los factores para padecer de una enfermedad mental?</p> <p>¿Es importante la acción social en el proceso de la estabilidad del adulto?</p>	<p>Técnica: Encuesta dirigida a los pacientes y profesionales del centro de salud</p> <p>Instrumento: Cuestionario dispuesto para el equipo multidisciplinario que es parte del área de atención a adultos con problemas de salud mental.</p> <p>Test: Elaborado y ejecutado por el psicólogo para resultados pertinentes.</p>

Elaboración: Domenica Salazar

Tabla 4 Variable Independiente: Intervención de trabajo social

<u>CONCEPTUALIZACIÓN</u>	<u>DIMENSIONES</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>ÍTEMES BÁSICOS</u>	<u>TÉCNICA/INSTRUMENTO</u>
<p>El Trabajo Social concibe la salud y la enfermedad como hechos sociales colectivos que superan la concepción biológica y trascienden la intervención más allá de las ciencias médicas, involucrando a las ciencias sociales en procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación. En este marco, considera el área de la salud como uno de sus campos tradicionales de ejercicio profesional definiéndose como, una actividad profesional de tipo clínico que implica de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y de otro, el tratamiento (individual, familiar y/o grupal) de la problemática psicosocial que incide en el proceso de salud- enfermedad, dentro del contexto general de tratamiento y en orden al logro de objetivos de salud y rehabilitación psicosocial. Conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al equipo de salud, así como al propio enfermo y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de objetivos de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos personales y sociales. • Necesidades básicas. • Mecanismos de dinámica social. • Solución de problemas. • Seguimiento de una situación familiar. • Derivación de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de intervención social. • Diagnostico Social. • Mapa de redes • Informe Social • Seguimiento de casos. • Estudio Socio económico. • Matriz/Análisis • Plan de fortalecimiento institucional. • Visita Domiciliaria. • La investigación y la intervención. • Entrevista 	<p>¿Conoce usted en que consiste la intervención del Trabajo Social?</p> <p>¿Cuándo es recomendable la intervención social?</p> <p>¿Es necesaria la intervención de Trabajo Social en el área de la salud?</p> <p>¿Cree usted que es importante enfocarse en la mediación social para encontrar soluciones a problemas?</p> <p>¿Las metodologías abordadas en el tema son las adecuadas para el desarrollo de un buen plan social?</p> <p>¿Es importante la acción social en el proceso de la estabilidad del adulto?</p>	<p>Técnica: Encuesta dirigida a los pacientes y profesionales del centro de salud</p> <p>Instrumento: Cuestionario dispuesto para el equipo multidisciplinario que es parte del área de atención a adultos con problemas de salud mental.</p>

Elaboración: Domenica Salazar

Plan de Recolección de Información

Tabla 5 Plan de recolección de información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Determinar la incidencia de la intervención del Trabajo Social de la aplicabilidad de los modelos psico-socio-pedagógicos en la rehabilitación de los adolescentes infractores del Centro de Adolescentes Infractores del Cantón Ambato
2. ¿De qué personas u objetos?	Adultos de edad temprana del centro de salud N1 de la ciudad de Ambato
3. ¿Sobre qué aspectos?	Indicadores
4. ¿Quién? ¿Quiénes?	Investigadora Domenica Salazar
5. ¿Cuándo?	Octubre 2020 - febrero 2021
6. ¿Dónde?	Zona centro de Ambato
7. ¿Cuántas veces?	Dos veces: prueba piloto y prueba definitiva
8. ¿Qué técnicas de recolección?	Encuestas y Entrevistas
9. ¿Con qué?	Instrumentos: cuestionario de entrevista
10. ¿En qué situación?	En el Centro de salud N1 de la ciudad Ambato de manera virtual

Fuente: Investigadora

Elaborado: Doménica Salazar

Plan de Procesamiento de la Información

Para analizar la información recolectada a través los instrumentos de investigación, se procederá de la siguiente manera inicialmente con la revisión y sistematización de la información donde se realizará la respectiva verificación de los datos obtenidos en la aplicación de la encuesta con preguntas de tipo cerradas, se aplicará un paquete informático para la obtención de los resultados. Luego, la tabulación de la información se procede a realizar el respectivo conteo de los datos y respuestas dadas a las diferentes preguntas. Después, el respectivo análisis de los datos donde se representan los datos obtenidos en el proceso de investigación a través de gráficos estadísticos y finalmente la interpretación, se realizará el aporte sobre los aspectos claves para la elaboración de la propuesta y poder establecer conclusiones y recomendaciones en la investigación.

CAPITULO III

Análisis e interpretación de resultados

Cuestionario dirigido a personas que acuden al SAI (servicio ambulatorio intensivo)

El proceso de interpretación de los resultados de la encuesta consta de dos apartados, el primero es identificar cual es estado funcional del individuo con su familia con el Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad familiar, y el segundo es una Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo frente a la problemática de salud mental.

Datos socio – demográficos

Tabla 6 Genero

Genero	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Hombre	18	60%	60	60
Mujer	12	40%	40	100
Total	30	100%		

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

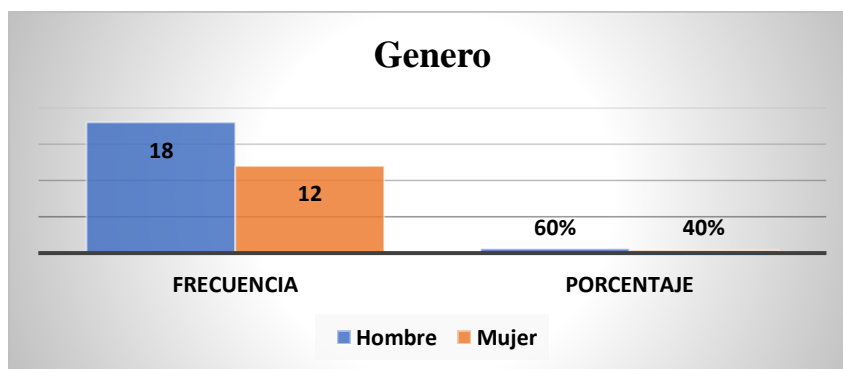


Gráfico 2 Genero

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Tabla 7 Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
18-20	4	13%	13	13
22-25	5	17%	17	30
26-30	8	27%	27	57
32-33	6	20%	20	77
35-45	7	23%	23	100

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

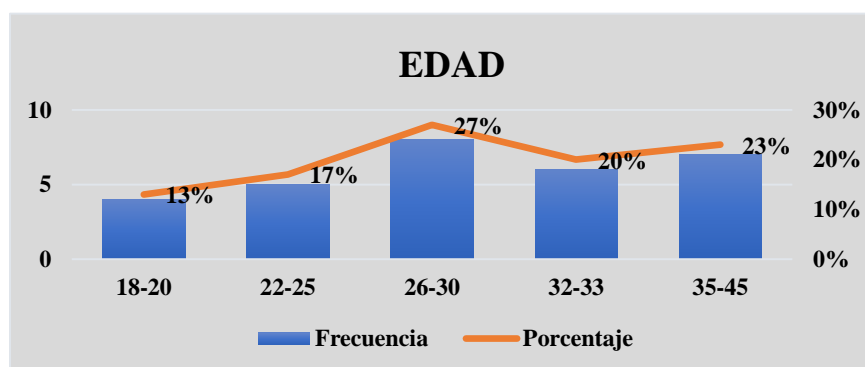


Gráfico 3 Edad

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Tabla 8 Usuarios que asisten al centro de salud área de SAI

Causa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Consumo de alcohol	12	40%	40	40
Problemas con drogas	4	13%	13	53
Depresión	11	37%	37	90
Enfermedad mental	3	10%	10	100
Total:	30	100%		

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

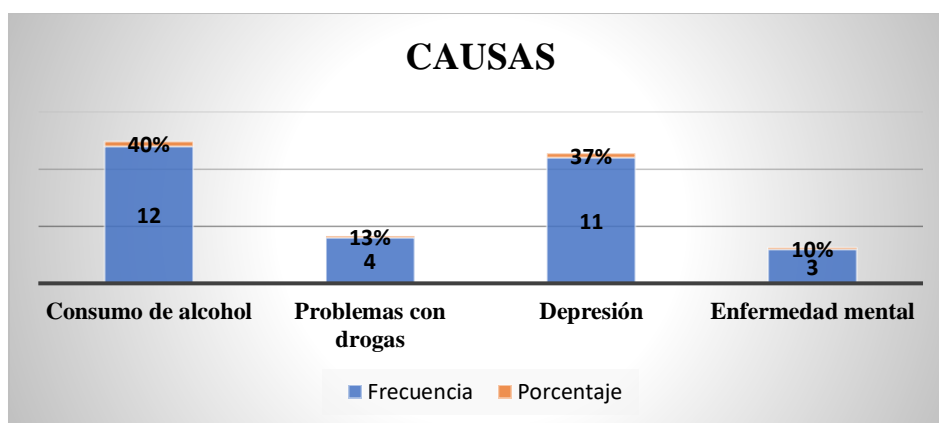


Gráfico 4 Causas

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis y discusión de los resultados sociodemográficos

La investigación se realizó a 30 personas pertenecientes al área de SAI (Servicio Ambulatorio Intensivo) de centro de salud N1 de la ciudad de Ambato, conformado la con un rango del 60% de la población por hombres y 40% por mujeres, quienes cuentan con un rango de edad entre los 18 a 50 años, la mayor parte de usuarios que acuden al SAI lo hacen por diferentes problemáticas sociales tal como podemos observar en la tabla.3 donde un 40% de personas tiene problemas de consumo de alcohol identificándola como la primera y más importante problemática, seguida con 37% por personas con depresión . SAI brinda tratamiento en a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. En situaciones de consumo problemático de drogas, redes de apoyo social deshabilitados, estos casos son evaluados por el equipo de salud interdisciplinario, que busque la inclusión social y autonomía de la persona. En este sentido podemos darnos cuenta que los principales problemas que identificamos están vinculados al alcoholismo y a la depresión que son enfermedades adquiridas, es decir que las relaciones interpersonales están siendo afectadas y deterioradas en el entorno familiar, son estas consecuencias exclusivas de lo que se refiere al contacto social es decir, a su mala relación familiar, al tener un desconocimiento de quienes son, a donde van, o al no tener un proyecto de vida, sintiendo inconformidad con lo que hacen, la depresión es una muestra de tristeza un agotamiento en cuanto a sus relaciones que las utilizan para escapar situaciones, este

problema se suscita por cuestión de alteración de roles, pérdidas familiares, divorcios y muchas de las ocasiones por tener malas relaciones dentro del hogar.

El consumo perjudicial de alcohol se refiere a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física como en su salud mental por ejemplo depresión como resultantes del consumo (López Trigo et al., 2013).

Existe consistencia entre diversos estudios en cuanto a que quienes padecen depresión y trastornos del estado de ánimo tienen mayor riesgo de dependencia de alcohol y viceversa (Regier et al. 1990; Merikangas et al. 1998; Swendson et al. 1998; Kringlen et al. 2001; de Graaf et al. 2002; Petrakis et al. 2002; Sonne y Brady, 2002). Los dependientes del alcohol muestran un riesgo entre dos y tres veces mayor de padecer trastornos depresivos (Hilarski y Wodarki, 2001; Schuckit, 1996; Swendson et al. 1998).

Test de funcionamiento familiar (FFSIL)3

Es un instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Para poder entender la aplicación del instrumento se hace necesario dividir el dos aspectos la metodología de la propuesta.

1. Test de funcionamiento familiar FF.SIL consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

No. de Situaciones Variables que mide

1 y 8 Cohesión

2 y 13 Armonía

5 y 11 Comunicación

7 y 12 Permeabilidad

4 y 14 Afectividad

3 y 9 Roles

6 y 10 Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que estas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa - Escala Cuantitativa

Tabla 9 Escala Cualitativa-Cuantitativa

Casi nunca 1 punto
Pocas veces 2 puntos.
A veces 3 puntos.
Muchas veces 4 puntos.
Casi siempre 5 puntos.

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativas, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

De 70 a 57 puntos. Familias funcionales

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

2. La aplicación del test en familias tiene algún grado de disfuncionalidad, basados en elementos objetivos y evidentes entre las relaciones de sus miembros, consiste en aplicarle el instrumento a un miembro de la familia, preferentemente al jefe de núcleo o al miembro que tenga estrechos lazos de afectividad o consanguinidad con el miembro o los miembros que produzca el desequilibrio en la dinámica relacional del grupo familiar. (Ortega et al., 1999)

Pregunta 1. ¿Se toman decisiones para cosas importantes de la familia?

Tabla 10 Cohesión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	8	27%	27	27
Pocas veces	4	13%	13	40
Algunas veces	3	10%	10	50
Muchas veces	20	17%	17	67
Casi Siempre	10	33%	33	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

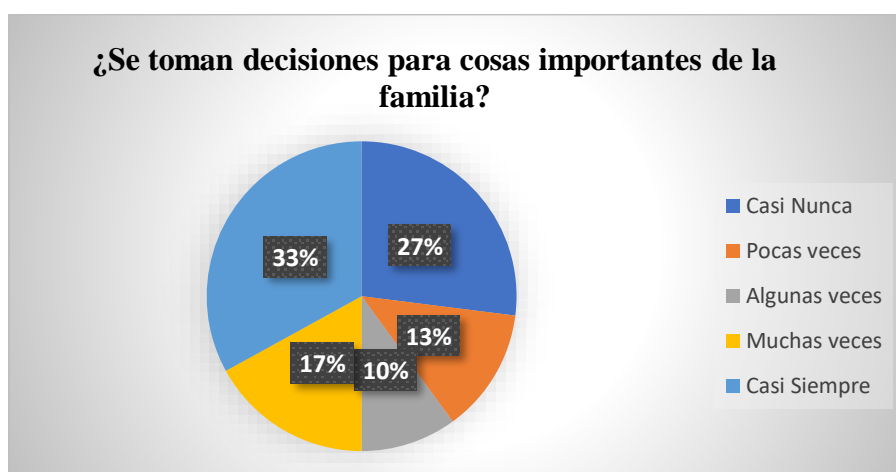


Gráfico 5 ¿Se toman decisiones para cosas importantes de la familia?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

En esta pregunta de toma de decisiones, se evidencia que el mayor porcentaje de la población que es un 60% corresponde al 33% de participantes que casi siempre suelen ser parte de la toma de decisiones en sus hogares y el 27% casi nunca tienen esa cohesión necesaria para ser parte de las decisiones familiares y un porcentaje mínimo del 10% solo en determinadas ocasiones son participes de las mismas.

En un sistema familiar se toma en cuenta la unión, la estabilidad y sobre todo la cohesión que se tiene dentro del entorno familiar ya que esta se define como el vínculo emocional que los integrantes de la familia tienen entre sí, podemos observar que la mayor parte de usuarios no tienen una participación en la toma de decisiones dentro de la familia considerando esto un alto grado en que los miembros de la familia no están conectados entre sí.

La cohesión familiar es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar, entendida como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan, medidos en términos de relaciones más frecuentes y estrechas entre ellos, y que se expresa generalmente en actitudes de apoyo mutuo, realización de actividades juntos y afecto recíproco (Hernández et al., 2017).

Pregunta 2. ¿En mi casa predomina la armonía?

Tabla 11 Armonía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	7	23%	23	23
Pocas veces	6	20%	20	43
Algunas veces	4	13%	13	56
Muchas veces	5	17%	17	73
Casi Siempre	8	27%	27	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas



Gráfico 6 ¿En mi casa predomina la armonía?

Análisis e interpretación

Se puede establecer que en la pregunta que trata sobre la armonía dentro del hogar, existe un 27% de usuarios que manifiestan que casi siempre prevalece la armonía en sus hogares permitiéndoles conservar un equilibrio emocional positivo, mientras que el 23% mencionan que de ninguna manera se logra tener dicha armonía dentro de su familia creando un ambiente de inestabilidad emocional, por otro lado entre las respuestas algunas veces y muchas veces se encuentran en punto medio arrojando resultados del 20% y el 13% determinando que no es tan recurrente una relación de armonía pero que si suelen tener.

En este sentido identificamos un porcentaje significado de armonía dentro del hogar de cada persona encuestada, sin embargo, entendemos que no todos mantienen dicha armonía ocasionando malas relaciones interpersonales dentro del hogar, lo que conlleva a tomar decisiones y acciones no muy favorables para cada individuo.

La armonía es el entendimiento entre los miembros de la familia que se expresa en momentos de ánimos armónicos, dialogantes y con entrega, sustentados en valores y principios de vida, hasta conseguir vivir en la verdad y lograr un desarrollo moral, intelectual, económico y espiritual, evitando excesos cuidando las condiciones del medio.

La Armonía Familiar, se basa en los Valores de Vida. Sin embargo, en la actualidad las condiciones Sociales, Económicas y Culturales, en estos tiempos es un impedimento para que la familia no pueda cumplir la Meta, porque se ha dejado ganar por la Violencia Intrafamiliar (Guisamana et al., 2014).

Pregunta 3. ¿En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades?

Tabla 12 Roles

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	7	33%	33	33
Pocas veces	6	17%	17	50
Algunas veces	4	17%	17	67
Muchas veces	5	13%	13	80
Casi Siempre	8	20%	20	100

Total	30	100%	100	
--------------	-----------	-------------	------------	--

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

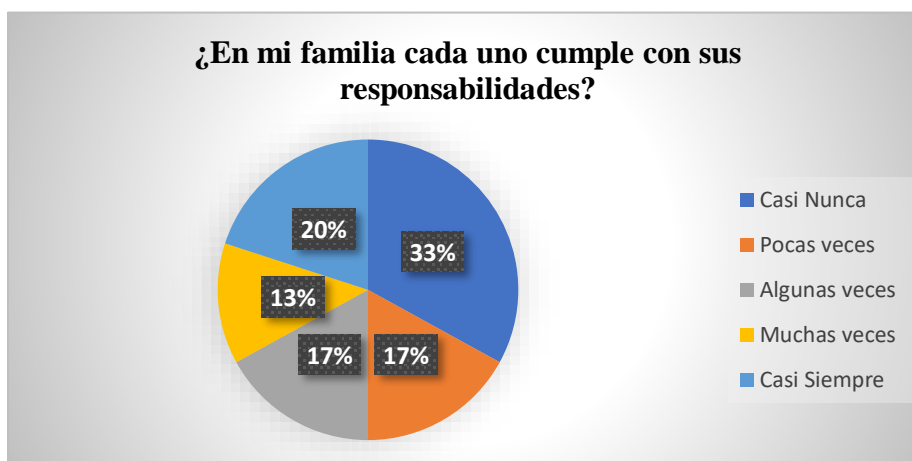


Gráfico 7 ¿En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

En la pregunta, sobre si cada miembro del hogar cumple con sus responsabilidades podemos determinar que existe un 33% de negatividad hacia la misma, tomando en cuenta la respuesta de que casi nunca cumplen con las responsabilidades que tienen en el hogar demostrando que no existe colaboración familiar, mientras que con un porcentaje del 20% que es una cuarta parte de los usuarios encuestados indican que el mayor tiempo si logran mantener una dinámica de actividades para cada miembro de la familia, seguido de un porcentaje equivalente al 17% entre las respuestas pocas veces y algunas veces que establecen que no es tan recurrente el hábito de realizar las actividades del hogar.

La dinámica de roles dentro de la familia es el punto clave para mantener buenas relaciones con cada miembro, desarrollando responsabilidades que les permitan ser parte de su crecimiento personal, es por eso que debido a los resultados obtenidos se puede identificar que la mayoría de encuestados no mantienen una dinámica familiar correcta, lo que ocasiona irresponsabilidad y despreocupación de mantener buenas relaciones.

La familia cumple varias funciones que hacen de ella una institución única. Pedro Luis Castro explica” Las actividades y relaciones intrafamiliares, que se agrupan en

funciones familiares, están encaminadas a la satisfacción de importantes necesidades de sus miembros, no como individuos aislados, sino en estrecha interdependencia. Pero, además, a través de ellas en esa vida grupal se produce la formación y transformación de la personalidad de sus integrantes. O sea, estas actividades y relaciones intrafamiliares tienen la propiedad de transmitir los conocimientos iniciales y formar en los hijos las primeras cualidades de la personalidad que son la condición para su asimilación ulterior del resto de las relaciones sociales (Martín Cala, Tamayo-Megret, 2013)

Pregunta 4. ¿Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana?

Tabla 13 Afectividad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	12	40%	40	40
Pocas veces	4	13%	13	43
Algunas veces	5	17%	17	60
Muchas veces	4	13%	13	73
Casi Siempre	5	17%	17	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

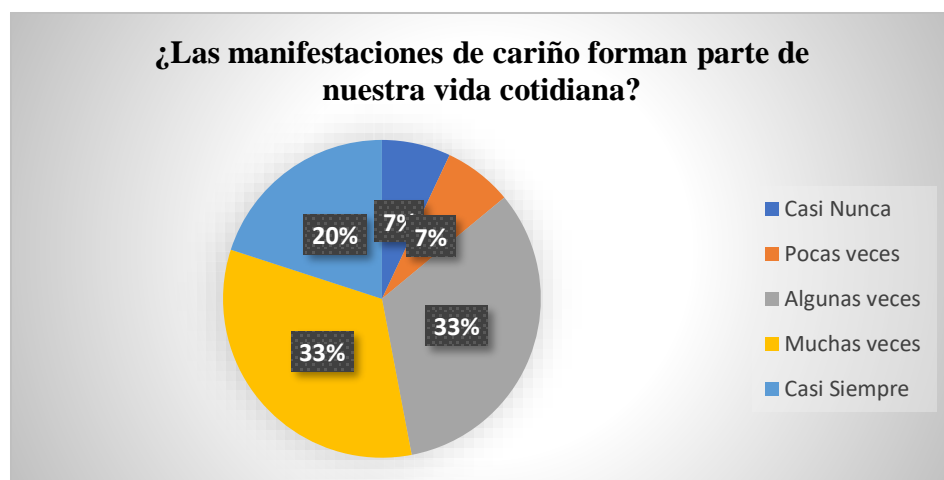


Gráfico 8 ¿Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana?

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Podemos analizar que existen dos resultados semejantes a un 33% entre las respuestas muchas veces y algunas veces, determinando que gran parte de los encuestados si manifiestan relaciones de afectividad dentro de su entorno familiar, confirmando con un 20% las respuestas de casi siempre, logran demostrar afecto familiar mientras que el 14% manifiesta que la demostración de cariño no es parte de su vida cotidiana.

Con estos resultados podemos identificar que existen respuestas positivas referente a la manifestación de afecto dentro del hogar lo cual permite mantener lazos de cariño y confianza provocando estabilidad emocional positiva para el ser humano sin embargo debemos entender que con la ausencia de afecto familiar salen a relucir problemáticas sociales que pueden llegar a ocasionar malestar personal.

Autores tales como Maslow (1954) con la teoría de las necesidades humanas, hasta Torroella (2001) consideran el afecto, el amor y la necesidad de pertenencia como elementos importantes para el buen desarrollo de las personas. Estos autores sugieren que el amor y el afecto son procesos relacionales que se potencializan o no en las interacciones humanas. Afirman también que las personas necesitan ser reconocidas, no aisladas y contar con una red de familiares y amistades que las reconozcan y apoyen. Es decir, el afecto y el cuidado tienen sentido en cuanto surgen y se materializan en las relaciones humanas (Bernal & Amaya, 2013).

Pregunta 5. ¿Nos expresamos de forma clara y directa?

Tabla 14 Comunicación asertiva

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	12	18%	18	18
Pocas veces	4	36%	36	54
Algunas veces	5	7%	7	61
Muchas veces	4	21%	21	82
Casi Siempre	5	18%	18	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

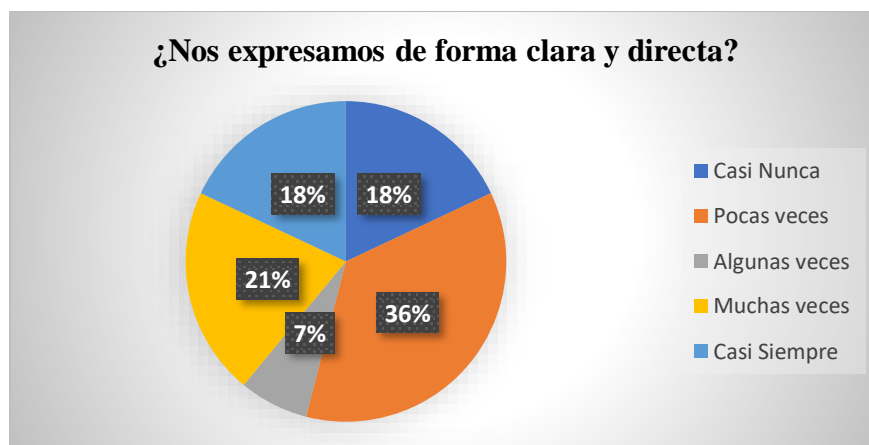


Gráfico 9 ¿Nos expresamos de forma clara y directa?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Podemos observar que existe un 36% de los encuestados quienes mencionan que pocas veces mantienen una comunicación de forma clara y directa en su entorno familiar, provocando malas relaciones interpersonales con los miembros de su familia, también identificamos que el 21% de usuarios corresponden a la población la cual manifiesta que muchas veces pueden expresarse de tal manera que llegan a tener buena relación con su familia, seguido de dos resultados semejantes con 18% entre las respuestas casi siempre y casi nunca llegando a la conclusión de que la mitad de encuestados si mantienen buena relación familiar y la otra mitad no.

Entendiendo que una buena comunicación dentro de la familia sustenta las buenas relaciones y la posibilidad de tener confianza personal, es por ello que dentro de esta pregunta podemos entender la gran importancia que tiene el mantener buenas relaciones familiares con una comunicación clara y directa.

La comunicación es uno de los principales factores que influyen en la formación y educación en las comunidades, donde a través de estilos comunicacionales positivos se permita la consolidación de relaciones interpersonales afectivas, donde los individuos desarrollen habilidades sociales y emocionales, además de competencias que les permita adentrarse a contextos de desarrollo participativos. (Smith, 2016).

Pregunta 6. ¿Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos?

Tabla 15 Adaptabilidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	4	13%	13	13
Pocas veces	4	13%	13	26
Algunas veces	5	17%	17	43
Muchas veces	8	27%	27	70
Casi Siempre	9	30%	30	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

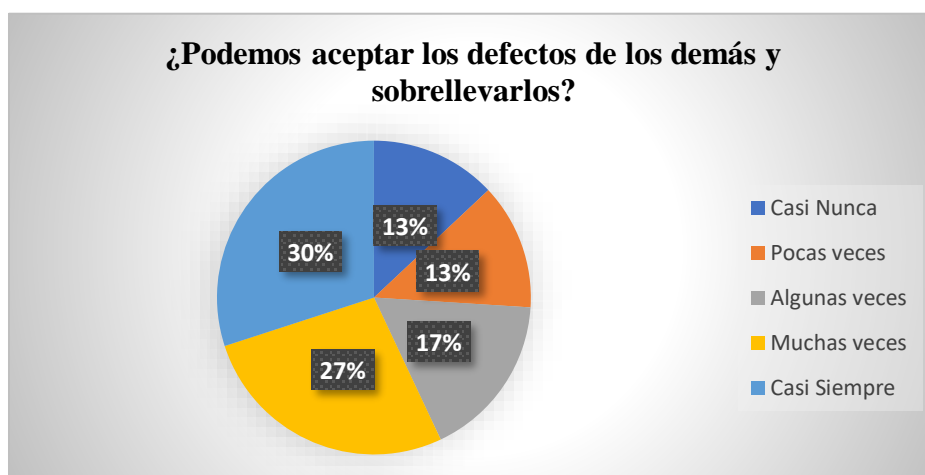


Gráfico 10 ¿Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Los resultados obtenidos ante esta interrogante en su mayoría fueron positivos debido a que existe un 57% con respuestas de casi siempre con un 30% y muchas veces con 27% , los cuales logran aceptar los defectos de otras personas y sobrellevarlo de tal manera que les permita escuchar y entender las fallas que otras familias o personas puedan tener, mientras que con un porcentaje mínimo del 13% y frecuencia 4 en las respuestas casi nunca y pocas veces podemos establecer que no se consigue una empatía hacia otras personas para aceptar sus errores.

El prototipo de familia en este tiempo se ha ido mal interpretando debido que en la actualidad se cuenta con diferentes estructuras familiares y por ende ideologías modernas lo que conlleva a aceptar decisiones y estilos de vida que muchas veces pueden servir de ejemplo para idear un cambio dentro del entorno familiar siempre y cuando este sea para mejorar, es por ello que debido a los resultados obtenidos se determina que un gran porcentaje de encuestados aceptan fallas de otros entendiendo que cada miembro tiene diferentes formas de actuar y pensar lo que les permite ser auténticos en cómo resolver sus propios problemas.

La empatía no es más que una invitación a reavivar el interés en las personas que están junto a nosotros, y de esta manera desarrollar relaciones interpersonales armónicas, ya que en más de una ocasión nos quedamos en nosotros mismos, en lo que a mí como persona me puede pasar, preocupar, interesar, esta preocupación en “uno mismo” nos vuelve egoístas e incluso indiferentes a las situaciones de los otros. No se puede concebir una familia que no esté preocupada por las necesidades del otro; en el rol que cada uno ejerce, la prioridad primera debe ser “el otro”; preocupación por el bienestar de otro (Farina, 2017).

Pregunta 7. ¿Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes?

Tabla 16 Permeabilidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	4	13%	13	13
Pocas veces	2	7%	7	20
Algunas veces	9	30%	30	50
Muchas veces	7	23%	23	73
Casi Siempre	8	27%	27	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas



Gráfico 11 ¿Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Analisis e interpretación

Con respecto a esta pregunta, se identifica que el 27% de encuestados indican que casi siempre toman de ejemplo experiencias de otras familias, asegurándose de mantener una buena convivencia dentro de su entorno familiar, contemplando en el grafico que existe un 23% de usuarios que indican que muchas veces se considera situaciones de otras familias para ejemplo y lograr una buena permeabilidad dentro de sus hogares, mientras que también podemos observar que el 30% corresponde a la respuesta algunas veces concluyendo que existe un gran porcentaje de respuestas positivas ante la interrogante.

En este sentido podemos analizar que gran parte de encuestados no muestra un 100% de interés al considerar problemas de otras familias para relacionarla con la suya, debido a que cada familia corresponde a un modelo diferente, demostrando que no existe capacidad de brindar y recibir experiencias, ocasionando una falta de permeabilidad enfocando sus problemas como algo propio de la familia.

La permeabilidad como un concepto central para entender la relación de la familia con los demás sistemas sociales es el de permeabilidad, la permeabilidad es sus diferentes niveles refleja el grado de apertura de la familia a los contextos en que esta insertada, la relación familiar con los niveles sistémicos (Valdes Cuervo, 2013).

Pregunta 8. ¿Cuándo alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan?

Tabla 17 Cohesión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	3	10%	10	10
Pocas veces	9	30%	30	40
Algunas veces	8	27%	27	57
Muchas veces	6	20%	20	77
Casi Siempre	4	13%	13	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

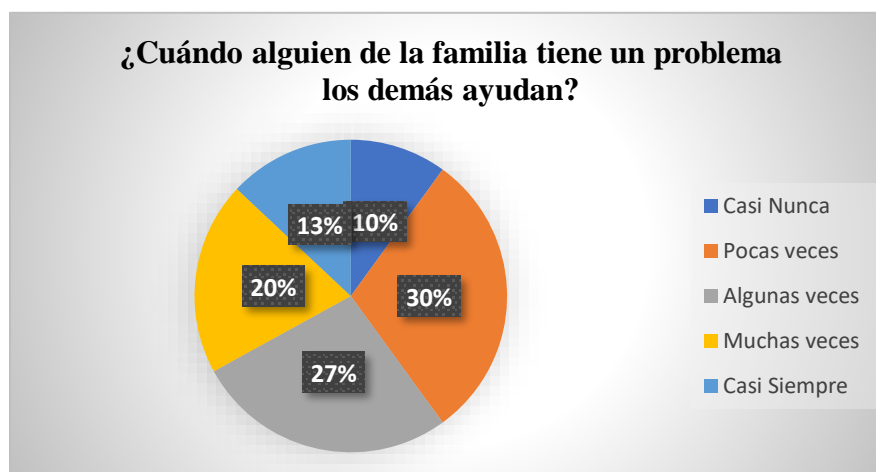


Gráfico 12 ¿Cuándo alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretaciones

Podemos identificar que el 67% del total de participantes de la encuesta respondieron negativamente, con el 27% de algunas veces, 30% pocas veces y el 10% casi nunca, argumentando que la participación de los demás familiares se da muy poco, cuando alguien de la familia tiene un problema, siendo el porcentaje mayoritario, frente a un minoritario 33% que afirma que los demás familiares ayudan muchas veces con un 20% y casi siempre con 13% que algún integrante de la familia atraviesa por un

inconveniente, demostrando que existe un alto porcentaje de desinterés frente a los problemas dentro de la familia, mientras que el resultante sobrante señala la importancia de brindar ayuda frente a cualquier problema dentro del hogar.

Destacando que desde la familia parte el desarrollo del ser humano, es obvio que se requiere de una buena comunicación dentro del círculo familiar siendo empáticos ante situaciones que demanden de ayuda, por esta razón la importancia de primero buscar ayuda en la familia, permitiendo creer y confiar en que siempre van a tener en quien contar.

La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital (Alvarez, 2016).

Pregunta 9. ¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado?

Tabla 18 Roles

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	6	20%	20	20
Pocas veces	8	27%	27	47
Algunas veces	7	23%	23	70
Muchas veces	3	10%	10	80
Casi Siempre	6	20%	20	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas



Gráfico 13 ¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Se logra identificar que el 27% menciona que pocas veces existe una adecuada distribución de tareas igualitarias dentro del hogar, seguido de un 23% quienes mencionan que algunas veces logran adquirir tareas para evitar el sobrecargo de actividades, por otra parte podemos observar en el grafico que existe un 20% tanto en la respuesta casi nunca y casi siempre demostrando que por un lado existe una disconformidad en los roles que se tiene dentro del hogar y por otro lado afirmando que si se mantiene el habito de distribuir las tareas permitiendo impartir un rol a cada miembro de la familia.

La dinámica familiar debe ser reciproca tanto en los quehaceres del hogar como en la toma de decisiones, desde ahí parte la necesidad de distribuir roles a cada miembro del hogar otorgándoles responsabilidades que les permita ser parte de una unión familiar.

Para Pastor (1988) la teoría del rol es de corte funcionalista porque trata de sostenerse en estructuras de comportamiento predeterminados, es decir, el sujeto debe acomodarse a los roles y al estatus para que la interacción familiar tenga sentido.(Viveros Chavarria, 2010)

Pregunta 10. ¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?

Tabla 19 Adaptabilidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	1	3%	3	3
Pocas veces	3	10%	10	13
Algunas veces	5	17%	17	30
Muchas veces	8	27%	27	57
Casi Siempre	13	43%	43	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

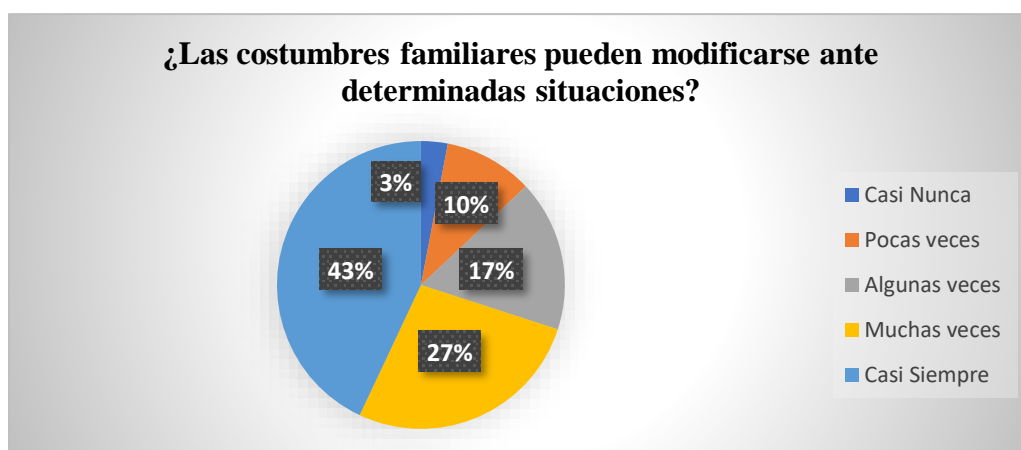


Gráfico 14 ¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Se observa que existe un 43% de personas encuestadas que casi siempre tienden a modificar conductas que sirvan de guía para cambiar situaciones dentro del hogar, al igual que el 27% lo cual mencionan muchas veces determinando respuestas positivas dentro de la pregunta, sin embargo, existe un 30% de respuestas negativas con un 17% de algunas veces, 10% de pocas veces y el 3% de casi nunca lo cual se identifica que no son parte de un cambio y se mantienen en una sola decisión.

Creemos que los estereotipos no nos permiten avanzar de una manera más practica y moderna, entendiendo que muchas veces las personas toman decisiones en base a lo que les inculcan desde pequeños sin embargo el tomar la iniciativa del cambio para mejorar relaciones o ideas es la clave para poder avanzar, por esta razón la importancia de modificar hábitos y cómo podemos evidenciar existe un gran porcentaje de usuarios que piensan que por cambios de conductas pueden llegar a mejores soluciones dentro de su entorno familiar.

La familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. Toda familia debe adecuarse a cualquier situación interna o externa que genere cambio, con el fin de mantener la funcionalidad. (Singuenza et al., 2018)

Pregunta 11. ¿Podemos conversar diversos temas sin temor?

Tabla 20 Comunicación familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	2	7%	7	7
Pocas veces	4	13%	13	20
Algunas veces	13	43%	43	63
Muchas veces	5	17%	17	80
Casi Siempre	6	20%	20	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

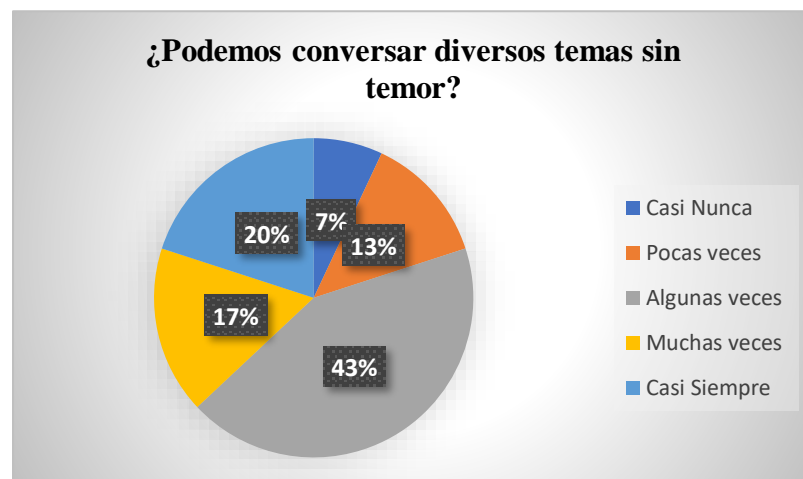


Gráfico 15 ¿Podemos conversar diversos temas sin temor?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Destacando la comunicación como la clave de una estabilidad familiar podemos identificar en el gráfico que existe una apertura dentro del círculo familiar para hablar de ciertos temas sin temor alguno, se determina que, del total de encuestados, un 43% afirma que se lo puede hacer exclusivamente algunas veces, siendo el porcentaje mayoritario, mientras que únicamente un 37% argumenta que lo hace muchas veces o 20% casi siempre.

Se ha considerado que algunas veces, es la respuesta más nombrada por parte de los encuestados lo que demuestra que si existe una comunicación acertada es decir que les permite poder mencionar temas de cualquier índole aprobando una funcionalidad dentro del hogar.

De acuerdo con Satir (2002), la comunicación es aprendida y podemos cambiarla si así lo deseamos, ya que cada individuo aporta al proceso de comunicación sus cuerpos, sus valores, expectativas, sentidos, capacidad para hablar y el cerebro. La comunicación familiar se ve afectada por la dinámica en la que se encuentra inmersa la familia hoy día, donde los estilos de vida y hábitos creados por el alto consumo, van generando un distanciamiento entre las relaciones y dinámicas familiares. (Smith, 2016)

Pregunta 12. ¿Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas?

Tabla 21 Permeabilidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	3	10%	10	10
Pocas veces	9	30%	30	40
Algunas veces	4	13%	13	53
Muchas veces	6	20%	20	73

Casi Siempre	8	27%	27	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Doménica Salazar
Fuente: Encuestas

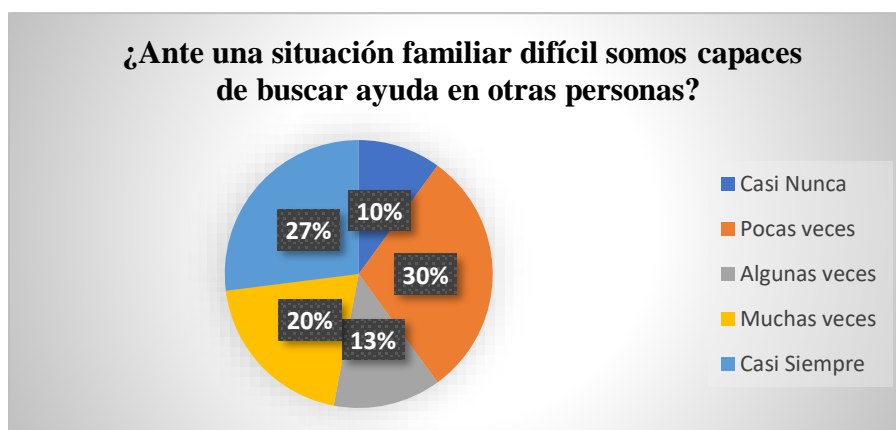


Gráfico 16 ¿Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas?

Elaborado por: Doménica Salazar
Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Según los porcentajes evidenciamos que la mayoría de las personas pocas veces buscan ayuda de otras personas ante una situación familiar difícil, representado esto en un 30%, seguido de que casi siempre las personas buscan ayuda de otras ante una situación familiar difícil representado por un 27%, mientras que, muchas veces se busca ayuda de otras personas cuando se atraviesa por una situación familiar difícil alcanzando un 20%. Seguido de que algunas veces las personas buscan ayuda de otros ante una situación familiar difícil, representado por un 13% y finalmente las personas que atraviesan una situación familiar casi nunca buscan ayuda de otras personas manifestando así un 10%.

Las razones por las cuales algunas personas no se dejan ayudar se abarcan en un problema que viene desde la estructura familiar a pesar de que sufren y necesitan de los demás, les cuesta mucho apoyarse en otras personas. De este modo la permeabilidad excesiva de las familias provoca que disminuyan las habilidades de los diferentes subsistemas familiares para tomar decisiones y ayudarse de manera real, ya que frecuentemente responden de manera similar a los problemas que presenta cada

uno, lo cual implica el dejar de considerar otras opciones de respuesta, lo que sucede en el gráfico no todos tienen la capacidad de querer ayudar a quien necesite.

La permeabilidad, en sus diferentes niveles refleja el grado de apertura de la familia a los contextos en que esta insertada, de ahí que pueda hablarse de la familia como un sistema que tiende a hacer permeable o no permeable, permite posibilidad de cambios a sus miembros. Ofrece alternativas, la continuación de su vigencia depende del éxito con que se enfrente las demandas de los otros sistemas. (Valdes Cuervo, 2013).

Pregunta 13. ¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar?

Tabla 22 Armonía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	1	3%	3	3
Pocas veces	6	20%	20	23
Algunas veces	5	17%	17	40
Muchas veces	11	37%	37	73
Casi Siempre	7	23%	23	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

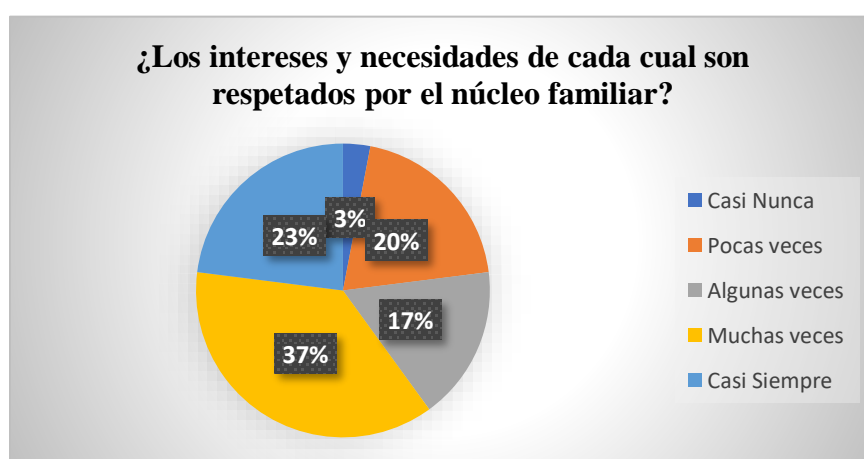


Gráfico 17 ¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

En la pregunta relacionada a los intereses y necesidades que tiene cada miembro de la familia podemos determinar que existe un 37% de respuestas positivas ante la interrogante demostrando que muchas veces se logran respetar las necesidades que tiene cada uno en sus hogares, afirmando con un 23% de encuestados que casi siempre demuestran respeto ante interés de su familia, mientras que por otro lado el 20% de encuestados indican que pocas son las veces que pueden mantener interés sobre alguna necesidad que requieren sus familiares.

El respeto dentro de la familia es fundamental para poder lograr una buena relación entre cada miembro por eso es gratificante demostrar mediante los resultados obtenidos que la mayor parte de personas encuestadas destacan con un alto porcentaje que muchas veces respetan la necesidad de cada uno, fortaleciendo la confianza y la comunicación lo cual es fundamental.

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. (Eucheuma, 2004)

Pregunta 14. ¿Nos demostramos el cariño que nos tenemos?

Tabla 23 Afectividad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	2	7%	7	7
Pocas veces	6	20%	20	27
Algunas veces	10	33%	33	60
Muchas veces	8	27%	27	87
Casi Siempre	4	13%	13	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

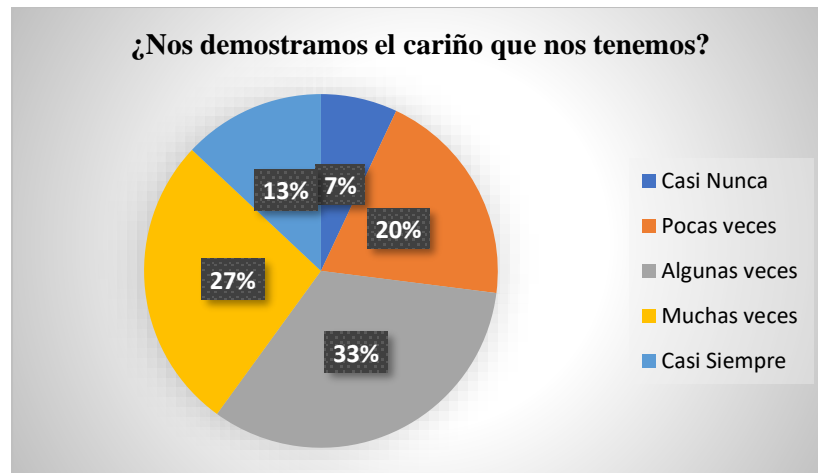


Gráfico 18 ¿Nos demostramos el cariño que nos tenemos?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

El análisis de esta pregunta es uno de los más importantes y esenciales para esta investigación considerando que la familia es el entorno en el cual le permite al individuo tener lazos de afectividad familiar, es así que podemos observar que existe un 13% de encuestados quienes responden que casi siempre pueden demostrarse cariño entre ellos, brindándoles sentimientos de amor dentro de su núcleo familiar, mientras que las respuestas algunas veces y muchas veces se logra identificar porcentajes semejantes con el 33% y el 27% concluyendo que la mayoría de encuestados mantienen en varias ocasiones relaciones emocionales positivas. Se considera importante la pregunta ya que con esta podemos determinar el nivel de afecto que mantiene el usuario con su familia. La importancia de mantener relaciones afectivas positivas dentro del hogar es indispensable para el progreso de la persona considerando que el cariño de la familia es el pilar del desarrollo personal.

El desarrollo psicológico, en el ambiente familiar se debe formar la seguridad emocional y afectiva que conlleva a la autonomía y autoestima de la persona, los niños dependen del afecto que sienten de los otros. Aquí es oportuno guiar en el reconocimiento de los sentimientos y bienestar dentro de la familia.(Sofa, 2015)

Escala de Bienestar Mental De Warwick- Edinburgo

Es una escala de tipo Likert (mejor que lo habitual, igual que lo habitual, menos que lo habitual, mucho menos que lo habitual o no, en absoluto, no más que lo habitual, bastante más que lo habitual, mucho más que lo habitual) para medir el bienestar mental en las últimas dos semanas cuya puntuación se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los distintos ítems en una escala de 1 a 5 que varía entre nunca a siempre. La puntuación mínima es 14 y la máxima 70; a mayor puntaje mayor bienestar mental.

No es posible definir con exactitud cuán significativo es un cambio entre el “antes” y el “después” de los resultados entre cuestionarios WEMWBS debido a que eso varía según el número de participantes, la variación entre resultados, entre otros. Sin embargo, se cree que un cambio es estadísticamente significativo si varía entre los tres y ocho puntos entre antes y después de la intervención (Putz, Kate O’Hara, Taggart & Stewart-Brown, 2012)

Tabla 24 Escala Cualitativa - Cuantitativa

Nunca	1
Muy pocas veces	2
Algunas veces	3
A menudo	4
Siempre	5

- Han sido validadas para su uso en variedad de países, idiomas y contextos culturales, y en entornos diferentes (lugar de trabajo, escuelas, servicios de salud, proyectos de bienestar comunitario).
- Miden aspectos clave del funcionamiento psicológico: optimismo, autonomía, curiosidad, claridad de pensamiento; relaciones positivas y afecto positivo (sentimientos).
- Facilita una mejor comprensión del bienestar mental tanto a nivel individual como organizacional.
- Puede ofrecer una mayor credibilidad para el bienestar mental y ayudar a impulsar acciones y cambios positivos.
- Permite la comparación de diferentes tipos de intervención y programas para mejorar la salud mental y el bienestar.

- Se puede usar con poblaciones enteras y con grupos específicos.

Pregunta 1. ¿Me he sentido optimista respecto al futuro?

Tabla 25 Estado de animo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	6	20%	20	20
Muy pocas veces	3	10%	10	30
Algunas veces	7	23%	23	43
A menudo	6	20%	20	63
Siempre	8	27%	27	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas



Gráfico 19 ¿Me he sentido optimista respecto al futuro?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Se identifica que el 27% corresponde a las respuestas de siempre, obteniendo objeciones positivas, mencionando que existe un 23% de algunas veces y 20% de a menudo lo que corresponde a más de la mitad de encuestados quienes manifiestan la importancia de lo que puede suceder en su futuro, mientras que por otro lado se observa que entre las respuestas muy pocas veces existe un 10% y nunca corresponde al 20% de encuestados lo cual no les prestan mucho interés sobre lo que pueda suceder

más adelante. Identificando que una gran parte de usuarios piensan de manera positiva ante el futuro que esperan alcanzar.

Podemos determinar que para el ser humano es demasiado importante tener una visión al futuro con la certeza de que todo será mejor, pensando de una manera positiva y optimista para generar su propio cambio a nivel personal. El sentir que después de períodos no tan buenos pueden venir días mejores les permiten sentirse bien consigo mismos.

Las emociones positivas ensanchan y cimientan los repertorios psicológicos, sociales y conductuales de las personas. Aunque las emociones, tanto negativas como positivas, desempeñan papeles importantes en nuestras vidas, tienen funciones diferentes. Las emociones positivas están relacionadas con la capacidad de recuperación ante la adversidad. El pensamiento positivo implica un replanteamiento positivo, así como las actitudes positivas pueden motivarnos a participar en una acción constructiva. (García Pérez, 2016)

Pregunta 2. ¿Me he sentido útil?

Tabla 26 Aceptación personal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	4	13%	13	13
Muy pocas veces	2	7%	7	20
Algunas veces	7	23%	23	43
A menudo	8	27%	27	70
Siempre	9	30%	30	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

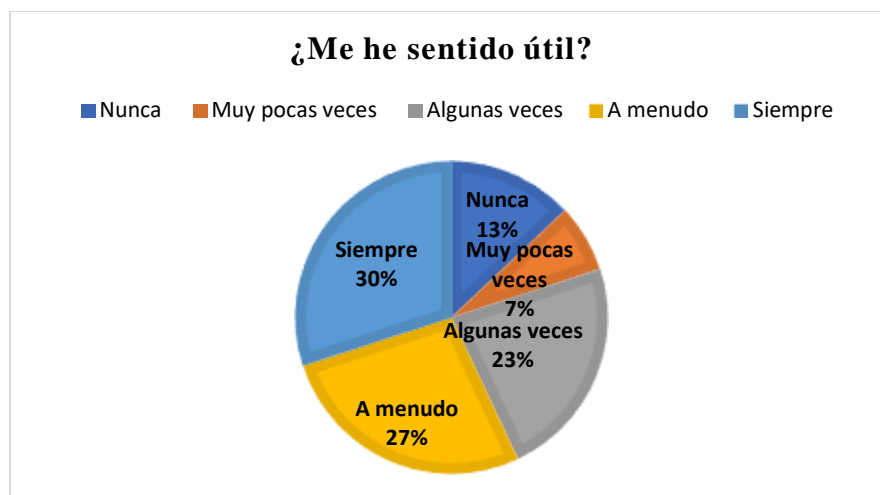


Gráfico 20 ¿Me he sentido útil?

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Siempre y a menudo son las respuestas más presentes durante la aplicación de la pregunta sobre si se ha sentido útil, lo que demuestra que gran parte los encuestados se sienten valiosos para realizar cualquier tipo de actividades con un 30% de siempre y un 27% de a menudo, mientras que por otra parte se logra evidenciar que el 23% menciona sentirse útil algunas veces, y entre las respuestas nunca y muy pocas un 20% demostrando que no siempre logran tener la capacidad de sentirse importante, lo cual no es saludable puesto que esto puede llevar a sentirse desfavorecido ante situaciones que no logre resolver.

El sentirse bien con uno mismo es la clave para sobrellevar todo tipo de problemas que pueden suscitarse en el transcurso de la vida, afrontando cada problema con la capacidad necesaria de encontrar soluciones, eso conlleva a un buen estado de salud mental.

La autoestima es una cualidad inherente al ser humano, pero en el transcurso de la vida, esta la desarrolla en correspondencia con las variables y situaciones por las que la vida transcurre, entonces, la autoestima afecta de manera positiva o negativa según sea el caso (Contreras, 2000). Coopersmith (1978) considera que la autoestima es la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un grupo de cogniciones y de sentimientos.

Pregunta 3. ¿Me he sentido relajado/a?

Tabla 27 Estado de animo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	3	10%	10	10
Muy pocas veces	6	20%	20	30
Algunas veces	5	17%	17	47
A menudo	9	30%	30	77
Siempre	7	23%	23	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas



Gráfico 21 ¿Me he sentido relajado/a?

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

En esta pregunta podemos identificar que a medida de cómo te sientes internamente, tienes la capacidad de expresarte con quienes te rodeas, como podemos observar existe un 23% de personas encuestado quienes mencionan que siempre siente tranquilidad y el 30% a menudo, determinando que más de la mitad de personas encuestadas se sienten relajadas y conformes con sus emociones, mientras entre las respuestas algunas veces con 17% y muy pocas veces 20% manifiestan no sentir esa tranquilidad de poder

expresar en su entorno, por otro lado el 10% menciona no sentir nunca esa relajación dentro de su interior provocando inestabilidad personal.

El sentirse relajado es uno de los estados más difíciles que el ser humano puede alcanzar ya sea por cuestiones laborales, económicas y muchas veces de salud no es posible sentirse 100% estable sin embargo es una muestra de cómo te sientes contigo mismo respecto a tus emociones y como tomas las situaciones que se atraviesan en tu vida, por eso podemos determinar que gran parte de los encuestados tienen respuestas positivas lo cual les permite avanzar en su proceso de estabilidad mental.

El bienestar personal, subjetivo o psicológico, ha sido definido como “experiencia emocional placentera” (Diener, 1994). Se trata de un constructo difuso, que se superpone o es afín a otros constructos, como el de felicidad, satisfacción personal y calidad de vida subjetiva. Es, sin duda, multidimensional: consta de dimensiones – diferentes, pero relacionadas- de afectos positivos, de afectos negativos, también de evaluación cognitiva y, según algunos, de percepción de significado en la propia vida.(Fierro, 2006).

Pregunta 4. ¿He sentido interés por los demás?

Tabla 28 Interés Social

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	6	20%	20	20
Muy pocas veces	6	20%	20	40
Algunas veces	7	23%	23	53
A menudo	6	20%	20	73
Siempre	5	17%	17	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

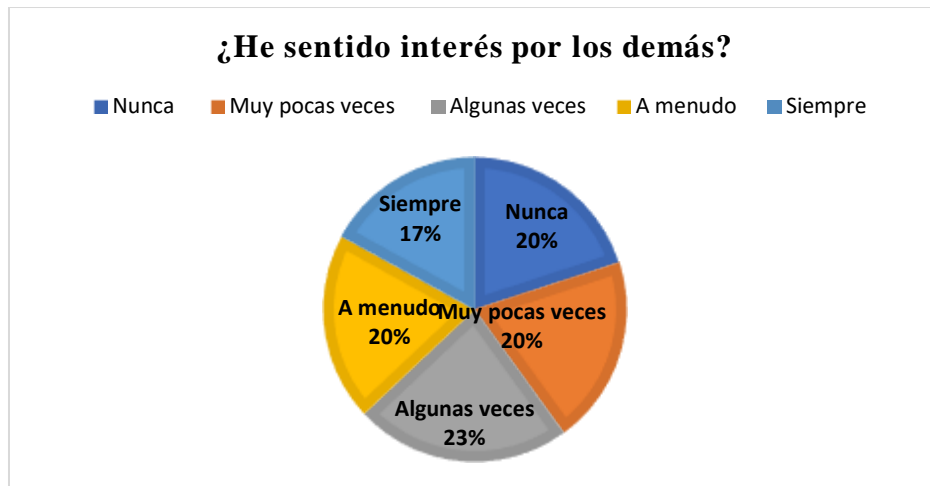


Gráfico 22 ¿He sentido interés por los demás?

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Podemos evidenciar diferentes resultados lo que cuestiona un poco sobre cómo nos vemos ante los demás quienes pueden estar atravesando algún tipo de problema lo que no los hace parte de ellos y por ende no le muestra ningún tipo de interés empezando entre las respuestas nunca con un 20% y muy pocas veces 20% y el 23% de algunas veces identificando más de la mitad de las personas encuestadas, resultados que reflejan que no existe un interés relevante por parte de ellos ante las necesidades de otras personas, sin embargo el 37% tiene un índice de respuestas positivas entre siempre con el 17% y a menudo con un 20% se interesan por los demás.

Algo importante que se debe mencionar respecto a esta pregunta es que el hombre siempre va a necesitar de otro sin importar en la situación que se encuentre debido a que posiblemente todos atraviesen situaciones similares respecto a sus conflictos internos, por eso es de considerar que se debe tomar en cuenta los intereses y necesidades de los demás para con ello poder entender un poco más sobre las situaciones que puedan estar atravesando.

En las últimas décadas, el estudio del Bienestar de las personas que nos rodean ha ocupado un lugar relevante en el orden mundial. Esto se enmarca en el gran interés que ha cobrado, por parte de los estados, el conocimiento de los factores que determinan el bienestar general de las personas. Para Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), el bienestar subjetivo es una categoría amplia de fenómenos que incluye las

respuestas emocionales de las personas, dominios de satisfacción y juicios globales de satisfacción con la vida (Muñoz, 2007).

Pregunta 5. ¿He tenido energía de sobra?

Tabla 29 Energía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	4	13%	13	13
Muy pocas veces	5	17%	17	30
Algunas veces	13	43%	43	73
A menudo	5	17%	17	90
Siempre	3	10%	10	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

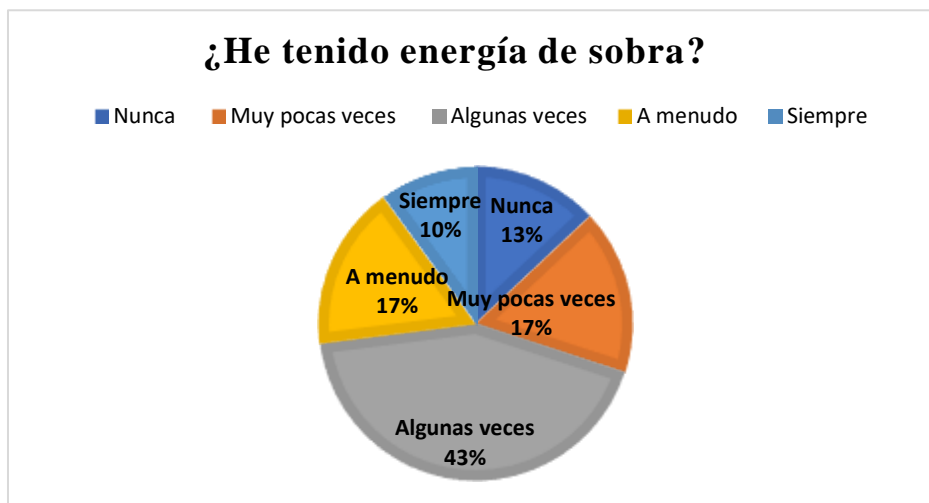


Gráfico 23 ¿He tenido energía de sobra?

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Como evidentemente podemos observar en el gráfico respecto a esta pregunta se obtiene un resultado de 43% en la respuesta de que algunas veces sienten tener energía de sobra lo que conlleva a que el 27% menciona entre sus respuestas que siempre y a menudo si sienten energía en el transcurso de su día mientras que el 30% restante indica que nunca y muy pocas veces no logran sentirse con la capacidad de sentir energía y ganas de tener un día lleno de buenas ideas.

Entendiendo que la energía es nuestro recurso más valioso logramos entender que al sentirse con buena energía genera conductas que establecen un bienestar personal, en el gráfico podemos observar que los usuarios en varias ocasiones han sentido energía necesaria para sentirse productivos.

Herrera, Ramírez, Roa y Herrera (2004) indican que la motivación es una de las claves explicativas más importantes de la conducta humana con respecto al porqué del comportamiento. Es decir, la motivación representa lo que originariamente determina que la persona inicie una acción (activación), se dirija hacia un objetivo (dirección) y persista en alcanzarlo (mantenimiento). Estos autores, luego de recopilar las opiniones de muchos otros (Naranjo Pereira, 2009).

Pregunta 6. ¿He enfrentado bien los problemas?

Tabla 30 Estado de animo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	8	27%	27	27
Muy pocas veces	11	37%	37	64
Algunas veces	7	23%	23	87
A menudo	2	10%	10	93
Siempre	2	3%	3	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

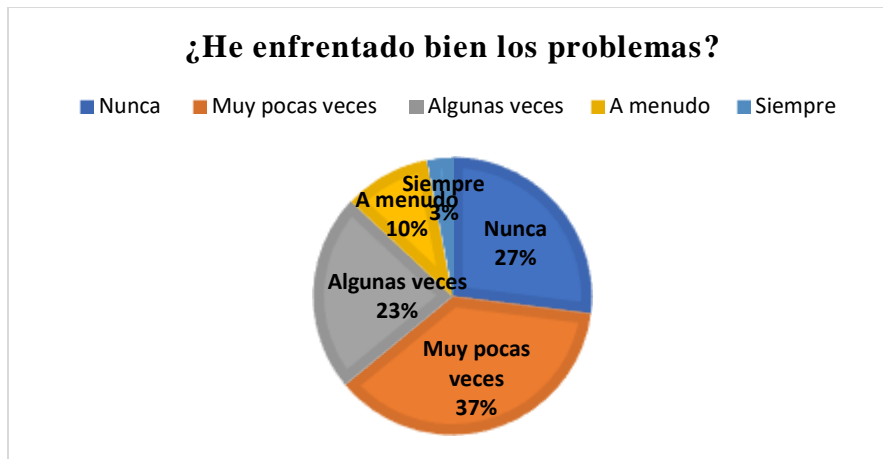


Gráfico 24 ¿He enfrentado bien los problemas?

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

El enfrentar los problemas es propio del ser humano todo depende de qué manera puedes hacerlo, y como podemos identificar en esta interrogante observamos que existe un 37% de personas encuestadas quienes mencionan que muy pocas veces pueden resolver de buena manera los problemas que se susciten en sus vidas, mientras que el 27% menciona que nunca se han sentido en la capacidad de poder enfrentar sus problemas, porcentajes que sobrepasan más de la mitad de personas encuestadas identificando un grave problema dentro de círculo del centro de salud ya que no sienten poder enfrentar situaciones.

Podemos entender que el enfrentar los problemas equivale a como se adapta el ser humano en el transcurso de su vida de ahí la importancia de tomar buenas decisiones y elegir de manera correcta las acciones que se vayan a tomar.

Watzlawick,1995; Weisberg,1989 sostienen que se requiere de un cambio y una reestructuración para lograr solucionar los problemas, no se necesita un talento especial sino más bien ver con claridad las ideas y acciones que entran en juego en la solución de problemas. El cambio representa la búsqueda de una solución que conduce a las personas a resolver los problemas. La reestructuración supone cambiar el marco conceptual, la manera como pensamos acerca del problema y cambiar así mismo, el aspecto emocional, la manera como nos sentimos en relación al problema. Este cambio de sentido con respecto al problema abre posibilidades para nuevas alternativas de respuesta (Rojas, 2010).

Pregunta 7. ¿He podido pensar con claridad?

Tabla 31 Estado de animo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	6	20%	20	20
Muy pocas veces	14	47%	47	67
Algunas veces	5	17%	17	84
A menudo	4	13%	13	97
Siempre	1	3%	3	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

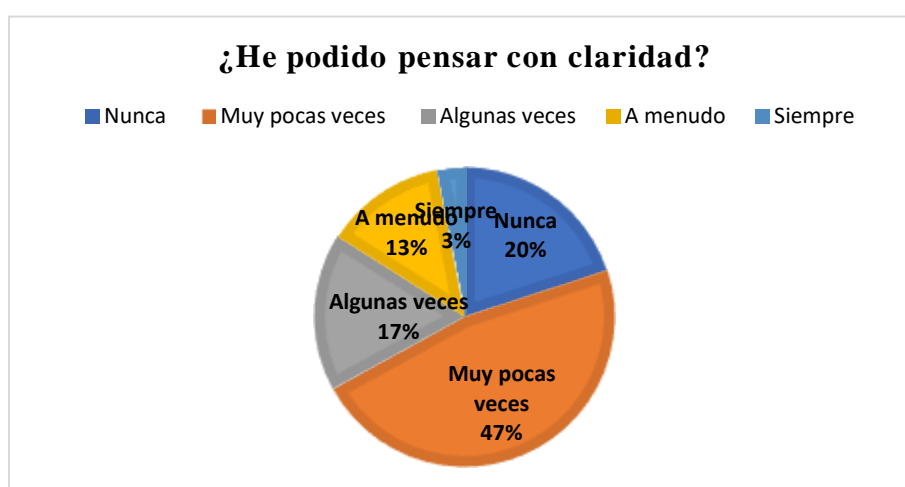


Gráfico 25 ¿He podido pensar con claridad?

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Como podemos identificar en el gráfico respecto a la pregunta sobre pensar con claridad, se refleja un 47% de respuestas como, muy pocas veces logran pensar con claridad seguido del 20% con las respuestas de nunca, porcentajes significativos debido a que esto indica que gran parte de encuestados demuestran no sentirse en la capacidad de pensar con claridad tornando una confusión a la toma de decisiones, mientras que entre algunas veces con 17%, a menudo con 13% y siempre con 3%

forman un 33% lo que les lleva a ser parte de las personas que indican que si piensan con claridad ante situaciones que sean de beneficio personal.

Cabe recalcar que con un pensamiento positivo se logra beneficios personales, sin embargo, también se logra una exclusión cuando no se mantiene las ideas claras, es por esto que se debe trabajar de manera interna identificando cuales son las fallas para no tener un pensamiento positivo.

“El pensamiento en nuestro concepto, constituye un proceso asociado con la investigación y la toma de decisiones” (Raths et al. 2006, p.14). Debemos manifestar que la capacidad de pensar está siempre presente en todo ser humano normal y lo que se necesita fundamentalmente son oportunidades para pensar y desarrollar el pensamiento. De hecho, el ayudar a pensar estimula y provoca un mejoramiento en la denominada conducta “inmadura” de las personas. Por eso la importancia de asumir una responsabilidad de cambiar la conducta de las personas (Ramón, 2017).

Pregunta 8. ¿Me he sentido bien conmigo mismo/a?

Tabla 32 Estado de animo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	5	17%	17	17
Muy pocas veces	13	43%	43	60
Algunas veces	7	23%	23	83
A menudo	3	10%	10	93
Siempre	2	7%	7	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas



Gráfico 26 ¿Me he sentido bien conmigo mismo/a?

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Respecto a la importancia de sentirse bien consigo mismo hemos identificado esta pregunta como una de las más importante de todas las anteriormente ya mencionadas ya que se logra observar que existe el 43% de encuestados quienes mencionan que muy pocas veces se sienten bien con lo que son, seguido del 23% de que algunas veces se sienten conformes y con en 17% quienes indican que nunca logran sentirse del todo bien lo que provoca una depresión por parte de ellos, por otro lado se obtiene entre las respuestas siempre con 7%, a menudo con 10% se obtiene resultados positivos para lograr sentirse bien consigo mismos.

El autoconcepto favorece claramente el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpretar la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y al equilibrio psíquico (Roa, 2013). Atendiendo a Nathaniel Branden (2010: 45), “las personas que gozan de una alta autoestima están lejos de gustar siempre a los otros, aunque la calidad de sus relaciones sea claramente superior a la de personas de baja autoestima.

Pregunta 9. ¿Me he sentido cercano/a los demás?

Tabla 33 Estado de animo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	11	37%	37	37
Muy pocas veces	8	27%	27	64
Algunas veces	4	13%	13	77
A menudo	4	13%	13	90
Siempre	3	10%	10	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

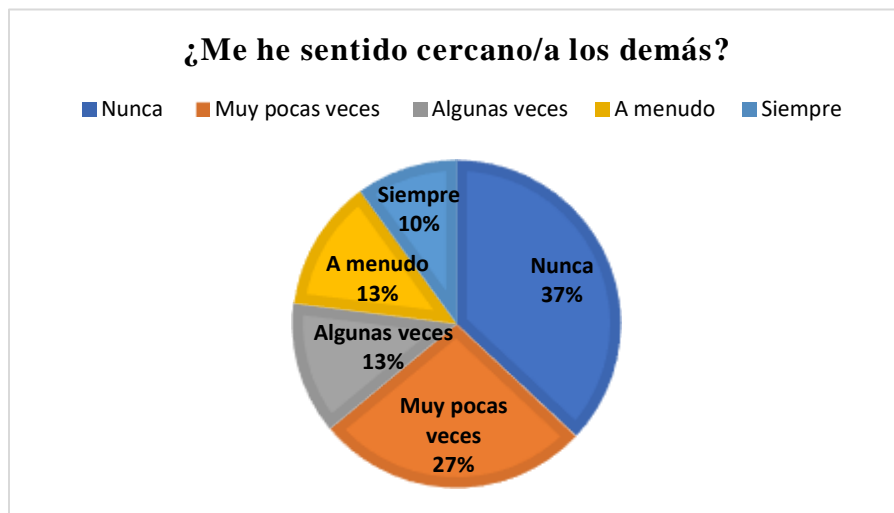


Gráfico 27 ¿Me he sentido cercano/a los demás?

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Podemos observar que existen respuestas negativas en relación a los demás porcentajes demostrando que entre las respuestas muy pocas veces con un 27% y nunca con el 37% integran un 64% de encuestados los cuales no se sienten cercanos a ningún grupo de personas demostrando una exclusión social lo cual no les permite

establecer relaciones confiables, mientras que entre a menudo el 13% y algunas veces con 13% existe un rango de 26% demostrando que si sienten cercanía con los demás. El tener buena relación con quienes le rodean es una buena manera de establecer relaciones para el desarrollo del individuo por eso la importancia de procurar tener estabilidad con las personas que son parte de sus actividades diarias. La exclusión está muy relacionada con los procesos que más se vinculan con la ciudadanía social, es decir, con aquellos derechos y libertades básicas de las personas que tienen que ver con su bienestar (trabajo, salud, educación, formación, vivienda, calidad de vida. (Jiménez, 2008)

Pregunta 10. ¿Me he sentido seguro/a (con confianza)?

Tabla 34 Estado de animo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	8	27%	27	27
Muy pocas veces	3	33%	33	60
Algunas veces	7	23%	23	83
A menudo	2	7%	7	90
Siempre	10	10%	10	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

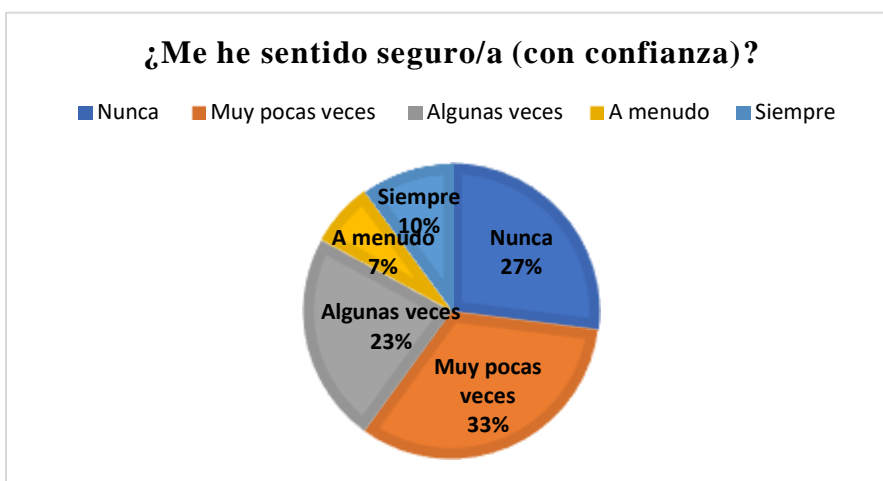


Gráfico 28 ¿Me he sentido seguro/a (con confianza)?

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Se obtiene que el 33% del total de intervinientes responde que ha sentido confianza muy pocas veces, seguido en menor medida del 27% que afirma nunca sentirse segura, y contrariamente tan sólo el 10% del total de los encuestados afirman siempre sentir seguridad y confianza.

La seguridad personal es el valor más importante que posee el ser humano ya que con esta podemos intervenir en cualquier tipo de situaciones que se nos presenten en el diario vivir, de una manera más racional y positiva logrando buenas alternativas para la búsqueda de soluciones, es por ello que se ha tomado en cuenta la confianza personal como el índice de tomar buenas decisiones y sentirse bien con uno mismo. Es por ello que se puede identificar la necesidad de sentirse bien de manera personal notando en el grafico que no existe la confianza suficiente para sentirse seguro.

Para Kramer (1999), la confianza es producto del riesgo derivado de la incertidumbre con respecto a las intenciones y acciones de otras personas de las cuales se depende. Para que exista confianza uno de los requisitos es que exista riesgo, es decir, que exista la percepción de que es posible perder. La creación de confianza es un proceso largo y complejo en el que sin duda los padres desempeñan un papel fundamental, desde muy temprano y en cada momento del desarrollo de la vida de los niños, niñas y jóvenes (María Leonor Conejeros et al., 2010).

Pregunta 11. ¿He sido capaz de tomar mis propias decisiones?

Tabla 35 Estado de animo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	3	10%	10	10
Muy pocas veces	6	20%	20	30
Algunas veces	15	50%	50	80
A menudo	5	17%	17	97
Siempre	1	3%	3	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

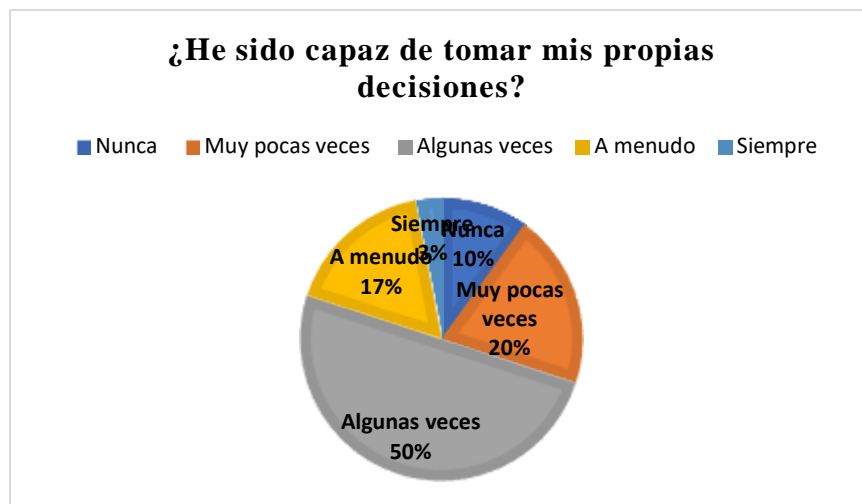


Gráfico 29 ¿He sido capaz de tomar mis propias decisiones?

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Se obtiene que la mitad de los encuestados, es decir el 50%, responde que algunas veces, teniendo por otra parte que un porcentaje del 10% de los encuestados nunca han sido capaces de tomar sus decisiones y por último 3% que afirma que siempre ha sido capaz de tomar sus propias decisiones. La mitad de participantes mencionan que en varias ocasiones son capaces de tomar sus propias decisiones mientras que la otra parte no tienen una estable capacidad de sentirse dueño de sus acciones.

La capacidad de tomar nuestras propias decisiones y desarrollar nuestra vida cotidiana de acuerdo con nuestra voluntad y preferencias es fundamental para la dignidad humana, incluso cuando somos mayores.

Todos tienen derecho a esta autonomía e independencia.(Sleap, 2018) La toma de decisiones es fundamental para cualquier actividad humana; en este sentido, todos somos tomadores de decisiones, sin embargo, tomar una buena decisión comienza con un proceso de razonamiento, constante y focalizado, que incluye muchas disciplinas. (Cabeza & Muñoz, 2010).

Pregunta 12. ¿Me he sentido querido/a y valorado/a?

Tabla 36 Estado de animo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	3	10%	10	10
Muy pocas veces	3	10%	10	30
Algunas veces	9	30%	30	60
A menudo	10	33%	33	97
Siempre	5	17%	17	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

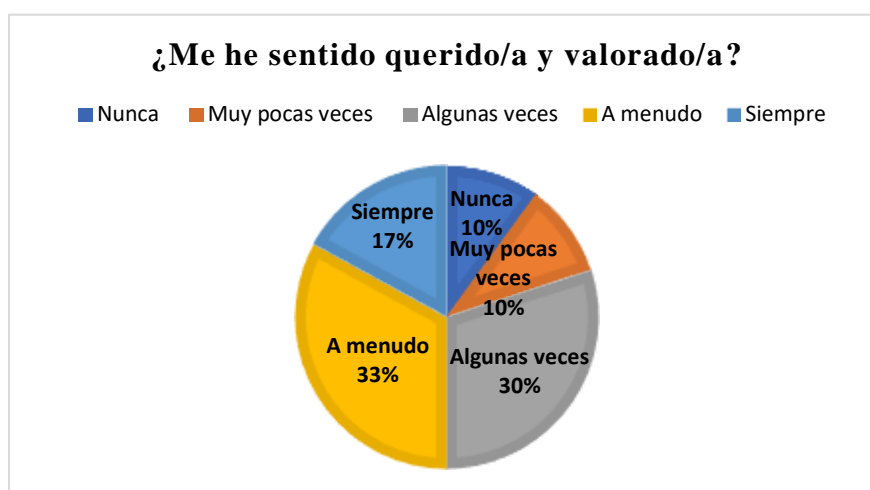


Gráfico 30 ¿Me he sentido querido/a y valorado/a?

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Como se observa en el gráfico, en la pregunta concerniente a si la persona encuestada se ha sentido querida y valorada, los resultados señalan que el 33% de los encuestados responden que a menudo, un 30% se ha sentido querido y valorado algunas veces y tan sólo un 10% se ha sentido querido y valorado muy pocas veces.

El sentirse querido por parte de la familia, de sus amigos y de su círculo personal es indicativo de sentirse bien consigo mismo lo que provoca buenas relaciones y sobre todo buenas estabildades emocionales, es por ello que en el grafico podemos

identificar que gran parte de los encuestados corresponden a la población de personas que si sienten ese cariño y valor que necesitan para sentirse queridos.

Para Nathaniel Branden (1998) la autoestima es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias. Más concretamente, podemos decir que es: La confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida.

La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices. (“Autoestima , Autoconcepto,” 2011)

Pregunta 13. ¿Me he interesado por cosas nuevas?

Tabla 37 Estado de animo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	5	17%	17	17
Muy pocas veces	7	23%	23	40
Algunas veces	14	47%	47	87
A menudo	1	3%	3	90
Siempre	3	10%	10	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas



Gráfico 31 ¿Me he interesado por cosas nuevas?

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Se determinan que el 47% del total de encuestados se han interesado por cosas nuevas algunas veces, siendo el porcentaje mayoritario, seguido en menor medida del 23% del total de encuestados que afirman se interesan por cosas nuevas muy pocas veces y únicamente un 3% que asegura lo hace a menudo, siendo el menor porcentaje.

Sentirse seguro de sus decisiones refleja una buena confianza personal, lo que conlleva a ser parte de nuevas estrategias para sobrellevar un estilo de vida mejor, interviniendo en situaciones que posiblemente no estaban dentro de sus conocimientos orillándolo a buscar otro tipo de soluciones que también puede funcionar ante problemas futuros.

La creatividad es una de las capacidades más importantes que tiene todo ser humano porque le permite hacer contacto con una parte interior que le ayuda al desarrollo de la intuición, la imaginación, la iniciativa y la percepción, así como en la creación de nuevas ideas o soluciones innovadoras ante cualquier tipo de problema. Si bien es cierto que algunos factores inciden en la creatividad de diferentes maneras en los niños, afectando su entorno escolar tornándose un ambiente inestable en el que se ve afectado su bienestar mental y emocional, dándole poca importancia a la creatividad puesto que es uno de los elementos para superar cualquier adversidad que se presente en el niño (Tenesaca, Patricia;Hernandez, 2018)

Pregunta 14. ¿Me he sentido alegre?

Tabla 38 Estado de animo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Nunca	6	20%	20	20
Muy pocas veces	4	13%	13	33
Algunas veces	8	27%	27	60
A menudo	10	33%	33	93
Siempre	2	7%	7	100
Total	30	100%	100	

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas



Gráfico 32 ¿Me he sentido alegre?

Elaborado por: Doménica Salazar
Fuente: Encuestas

Análisis e interpretación

Como se observa en el gráfico, en esta pregunta se pretende averiguar si la persona encuestada se ha sentido alegre, y los resultados demuestran que un 33% se ha sentido alegre a menudo, siendo el porcentaje mayoritario, dejando en menor grado a quienes nunca se han sentido alegres con un 20% y aún en menor proporción a quienes siempre se han sentido alegres con un 7% del total de encuestados.

El sentirse alegre es uno de los propósitos más anhelados que tiene el ser humano tratando de llenar todas las expectativas de la felicidad sin embargo no siempre se logra conseguir la tan esperada alegría por cualquier tipo de situaciones que puedan suceder es decir cada persona toma sus problemas de distintas maneras, reflejando su estabilidad emocional demostrando lo importante de buscar la alegría en cosas pequeñas.

El principal supuesto de la Neurociencia y disciplinas afines, es que la conducta y los estados experienciales son físicamente mediados por el sistema nervioso. Por consiguiente, la conducta emocional y el afecto son también mediados por este, y, en consecuencia, cualquier perturbación de este podría influir en la experiencia del afecto y la conducta emocional (Heilman & Bowers, 1990). Diversos procedimientos se han seguido para indagar como el cerebro está involucrado en las emociones y los afectos. (Gallardo, 2006). Por esta razón la importancia de sentirse querido y valorado en el sistema familiar.

Verificación de hipótesis

La verificación de hipótesis se evidencia a través de la aplicación de Chi Cuadrado (X^2), después de haber examinado los datos obtenidos en las encuestas aplicadas a los adultos en edad temprana del centro de salud N1 de la ciudad de Ambato.

Formulación de la hipótesis

H₀= Hipótesis nula

La intervención del trabajo social **NO INCIDE** de manera significativa en la salud mental de adultos del centro de salud N1 de la ciudad de Ambato.

H₁= Hipótesis alternativa

La intervención del trabajo social **INCIDE** de manera significativa en la salud mental de adultos en el centro de salud N1 de la ciudad de Ambato.

Elección de la prueba

Para corroborar la evidencia de las variables se tomará en cuenta una pregunta con cada variable objeto de estudio, lo que permitirá el proceso de combinación mediante el uso de esta herramienta estadística, con lo que se determina la correlación de los valores observados y los valores esperados aceptando la comparación de las frecuencias para la verificación de la hipótesis.

Cálculo matemático

Tabla 39 Tabla cruzada entre la pregunta 4 y 10 en tes de funcionalidad familiar

Preguntas / Frecuencia	Casi Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	Casi Siempre	TOTAL
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	12	4	5	4	5	30
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1	3	5	8	13	30
TOTAL A	13	7	10	12	18	60

Elaborado por: Doménica Salazar

Fuente: Encuestas

Margen de error: 0.05

Hipótesis

Hipótesis Nula	H0	Funcionamiento familiar y el cariño no es determinante en el desarrollo psico socio afectivo de los individuos
Hipótesis Alternativa	H1	Funcionamiento familiar y el cariño si es determinante en el desarrollo psico socio afectivo de los individuos

Frecuencias Teóricas

$$ft = \frac{(\text{Total columnas} * \text{Total fila})}{\text{Total}}$$

Grado de Libertad

$$V = (N_{\text{filas}} - 1) (N_{\text{columnas}} - 1)$$

$$V = 4$$

Xi Cuadrado $\sum \frac{(f - ft)^2}{ft}$

F: Frecuencia

Ft: Frecuencia teórica

Ft: Frecuencia Total

Tabla 40. Calculo Chi cuadrado del Tes de Funcionalidad Familiar

Frecuencia (f)	Frecuencia Teórica (ft)			(f-ft)^2/ft
O	E	O-E	(O-E)^2	(O-E)^2/E
12	6,5	5,5	30,25	4,654
1	6,5	-5,5	30,25	4,654
4	3,5	0,5	0,25	0,071
3	3,5	-0,5	0,25	0,071
5	5	0	0	0,000
5	5	0	0	0,000
4	6	-2	4	0,667
8	6	2	4	0,667
5	9	-4	16	1,778
13	9	4	16	1,778
			TOTAL	14,34

Elaborado por: Pearson, Karl

Tabla 41 Tabla de distribución del Tes de Funcionalidad Familiar

Tabla de Distribución	V=4	Revisando la tabla se obtiene: $X^2 = 9.49$	
X cuadrado por tabla	9,49		
X cuadrado calculado	14.34		

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

H₀ El funcionamiento familiar y el cariño **no** es determinante en el desarrollo psico socio afectivo de los individuos.

H₁ El funcionamiento familiar y el cariño **si** es determinante en el desarrollo psico socio afectivo de los individuos.

Para poder verificar los valores ingresados se debe considerar las siguientes condiciones:

Si X^2 calculado $> X^2$ por tabla, se identifica que se cumple la hipótesis alternativa

Si X^2 calculado $< X^2$ por tabla, se identifica que la hipótesis es nula

RESULTADO

El funcionamiento familiar y el cariño **SI** es determinante en el desarrollo psico socio afectivo de los individuos.

Tabla 42 Tabla cruzada entre la pregunta 8 y 10 en La Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo

Preguntas / Frecuencia	Nunca	Muy Pocas Veces	Algunas Veces	A Menudo	Siempre	TOTAL, B
Me he sentido bien conmigo mismo/a	5	13	7	3	2	30
Me he sentido seguro/a (con confianza)	8	3	7	2	10	30
TOTAL, A	13	16	14	5	12	60

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

Margen de error 0.05

Hipótesis

Hipótesis Nula	H0	La salud mental No influye la estabilidad interna
Hipótesis Alternativa	H1	La salud mental Si influye la estabilidad interna

Frecuencias Teóricas

$$f_t = \frac{(\text{Total columnas} * \text{Total fila})}{\text{Total}}$$

Grado de Libertad

$$V = (N_{\text{filas}} - 1) (N_{\text{columnas}} - 1)$$

$$V = 4$$

$$\chi^2 = \sum \frac{(f - f_t)^2}{f_t}$$

F: Frecuencia

Ft: Frecuencia teórica

Ft: Frecuencia Total

Tabla 43 Calculo Chi cuadrado en La Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo

Frecuencia (f)	Frecuencia Teórica (ft)			(f-ft) ^2/ft
O	E	O-E	(O-E) ^2	(O-E) ^2/E
12	7	5	25	3,571
2	7	-5	25	3,571
4	5	-1	1	0,200
6	5	1	1	0,200
5	7,5	-2,5	6,25	0,833
10	7,5	2,5	6,25	0,833
4	6	-2	4	0,667
8	6	2	4	0,667
5	4,5	0,5	0,25	0,056
4	4,5	-0,5	0,25	0,056
			TOTAL	10,65

Elaborado por: Pearson, Karl

Tabla 44 Tabla de distribución en La Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo

Tabla de Distribución	V=4	Revisando la tabla se obtiene: $X^2 = 9.49$
X cuadrado por tabla	9,49	
X cuadrado calculado	12.48	

Elaborado por: Domenica Salazar

Fuente: Encuestas

H₀ La salud mental No influye la estabilidad interna del individuo.

H₁ La salud mental Si influye la estabilidad interna del individuo.

Para poder verificar los valores ingresados se debe considerar las siguientes condiciones:

Si X^2 calculado $>$ X^2 por tabla, se identifica que se cumple la hipótesis alternativa

Si X^2 calculado $<$ X^2 por tabla, se identifica que la hipótesis es nula

RESULTADO La salud mental **SI** influye la estabilidad interna

Discusión de resultados

En la investigación realizada se tomó en cuenta varios factores importantes, uno de ellos es la salud mental de adultos en edad temprana del centro de salud N. 1 de la ciudad de Ambato como tema principal a investigar llegando a determinar el papel fundamental que tiene la intervención del profesional en Trabajo Social, se tomó en consideración la aplicación de dos encuestas relacionadas al tema, la primera se trata sobre el Test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad familiar basada en 7 variables como son la cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad para llegar a tener una investigación más clara y precisa. Seguida de la Escala de Bienestar Mental De Warwick- Edimburgo la cual está destinada a medir el bienestar mental de la persona con el objetivo de facilitar una mejor comprensión del bienestar mental tanto a nivel individual como organizacional, ayudando a impulsar acciones y cambios positivos en el usuario.

Los instrumentos utilizados han sido aplicados para personas que son parte del SAI (Servicio Ambulatorio Intensivo) perteneciente al centro de salud, contando con la participación de 30 usuarios de diferentes edades considerados como sujeto fundamental de la investigación.

El término Salud Mental se ha ido imponiendo como alternativo al de Psiquiatría, para subrayar el aspecto de prevención (en el que comenzó a insistir la Organización Mundial de la Salud) y el hecho de que la tarea exige la participación, además de los psiquiatras de otros profesionales, de algunos sectores de la población implicados, de los legisladores y de los políticos (Guimon, 2008). La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud. En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales,) procurando la integración de las diferentes disciplinas (Cl et al., 2010).

Dada la importancia del apoyo social, resulta necesario conocer la percepción que tienen las personas con problemas de salud mental acerca de su apoyo familiar y la influencia del mismo en su desempeño ocupacional, para poder mejorar el proceso de intervención desde terapia ocupacional, ya que los terapeutas ocupacionales trabajan con las personas y las comunidades para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que hagan, o mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para apoyar mejor su compromiso ocupacional (Torrente, 2015)

Para McCubbin y Thompson (1987) citados por Ruíz (2014) el funcionamiento familiar implica el conjunto de atributos que caracterizan a una familia como sistema y que explica las regularidades de cómo se comporta en el entorno y entre sus miembros, evaluando su comportamiento en función de sus normas. Así mismo señalan que el funcionamiento familiar se manifiesta en los procesos de cambio en su estructura para facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada.(Torrente, 2015)

Para aplicar la primera encuesta se hizo una entrevista de manera virtual al grupo de participantes con el fin de explicar el procedimiento a ejecutarse, empezando por preguntas que miden el grado de cohesión donde se busca resaltar la importancia de unión familiar para un estado de salud mental estable, obteniendo resultados favorables puesto que la mayoría de usuarios mencionan que, si existe una adecuada relación en su entorno familiar, contexto que refleja una estabilidad familiar apropiada.

Se mencionan preguntas que son el punto clave para determinar su estado interior con interrogaciones sobre la confianza, la autoestima y sentimientos ocultos por miedo a expresarse, resultados que podemos decir que un 50% de participantes logran una estable salud mental por las estadísticas obtenidas dado que el objetivo de la aplicación de la encuesta es a mayor puntaje mejor estado de salud mental, en los datos se contó con un puntaje mayor a 50, resultados que reflejan estabilidad mental.

Verificación de Hipótesis

La intervención del trabajo social ejerce una influencia importante en la salud mental de los adultos del centro de salud.

Efectiva

Según la investigación realizada se corrobora la influencia que tiene la intervención del trabajador social en la salud mental de adultos del centro de salud.

CAPITULO IV

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones:

- El trabajador social cumple un rol muy importante en cuanto a la contención, el seguimiento y la valoración familiar, al constituirse la familia como el núcleo de la sociedad se toma en cuenta diferentes variables fundamentales para una adecuada formación en familia, las cuales se identifican como la interrelación familiar, los vínculos afectivos, el apego que pueden desarrollar, concluyendo que el afecto es una de las variables más importantes que estabilizan y equilibran al ser humano desde la formación en el vientre materno.
- En relación al objetivo general de la presente investigación, el cual menciona analizar como el trabajo social incide en la salud mental, se ha comprobado que efectivamente el trabajo social juega un papel muy importante en cuanto a una intervención sanitaria por parte del mismo, concluyendo que gracias a sus aportaciones científicas sociales se pueden obtener resultados favorables para la solución de problemas mentales esclareciendo que la salud mental es el estado de bienestar de todo ser humano.
- Los factores asociados a una salud mental estable son principalmente una buena funcionalidad familiar que consista en tener apoyo por parte de la misma contando con un sinnúmero de variables que le ayuden al individuo a sentirse cómodo tanto a nivel individual como familiar, pues como se reflejan en los resultados la mayoría de las participantes demuestran la importancia que tiene la familia en el estado de bienestar de la persona. Concluyendo que la familia es el centro del desarrollo biopsicosocial y transpersonal de la persona de la persona.
- Como resultado de la aplicación de la escala de bienestar mental, se determina que la salud mental de los adultos del centro de salud se encuentra en un balance entre estable e inestable produciendo emociones de querer buscar

solución a sus problemas, mismos que los llevaron a ser parte del SAI (Servicio Ambulatorio Intensivo).

- Se considera que, en el campo de salud mental, el abordaje realizado por el profesional del Trabajo Social debe estar directamente vinculado a la realidad psico social, económica y cultural. Es decir, debe intervenir en la vida cotidiana del individuo, siendo capaz de entender y comprender los cambios que se genera en el interior de cada grupo social.
- En los gráficos presentados se puede determinar que las metodologías y técnicas utilizadas por parte de los trabajadores sociales en la intervención en salud mental están dadas por el trabajo multidisciplinario de los profesionales del área de salud, lo que permitió corroborar el objetivo principal.
- Finalmente se concluye que las conductas afectadas pueden ser modificadas con una adecuada intervención psicosocial, partiendo desde la primera organización que pertenece el ser humano, la familia.

Recomendaciones:

El trabajo social es una de las profesiones más completas que existe en el ámbito social puesto que gracias a esta se obtiene una intervención tanto individual como comunitaria, con cada una de sus metodologías y herramientas para resolver problemas sociales proporcionando al individuo la capacidad de poder ser partícipe de su propia solución haciéndole notar sus potencialidades y capacidades personales, también es una profesión que gestiona y procura mantener la justicia social.

Es por ello que es preciso mencionar las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda una adecuada práctica profesional donde el trabajador social se enfoque en utilizar modelos de intervención que destaquen las relaciones interpersonales y afectivas dentro del hogar, de forma directa (con el usuario) como indirecta (con su entorno), con el fin del organizar su trabajo y planificar acciones en beneficio al usuario con una participación activa dentro de la intervención.
- En la actualidad el trabajador social se hace necesario el fortalecimiento de conocimientos epistemológicos, metodológicos y éticos que sustenten la buena

práctica profesional, abordando el tema de la salud mental desde las diferentes formas de intervención, siendo necesaria una preparación continua con nuevas alternativas de intervención social, familiar y comunitaria.

- Se recomienda también que el Trabajador Social deberá movilizar recursos personales y sociales para que la familia, pueda recuperar y adquirir capacidades que les permita vivir y actuar de una forma más satisfactoria y autónoma.
- La intervención profesional del Trabajador Social estará encaminada en generar acciones preventivas y de sanación de conductas afectadas que reduzcan la afectación en la salud mental de los usuarios, a través de la utilización de los modelos de intervención que son propios de la profesión.
- En el ámbito de actuación de salud mental específicamente la intervención debe ser realizada de manera interdisciplinar y transdisciplinar brindándole al usuario y su familia atención integral que genere buenos resultados durante la intervención.
- El Trabajador Social deberá identificar mediante la utilización de diferentes técnicas e instrumentos metodológicos, (entrevista, visita domiciliaria, Apgar familiar, ecomapa, familiograma y otros) para identificar la funcionalidad familiar, tanto de sus aspectos saludables como problemáticos, las situaciones de crisis que pueden presentar los usuarios, el trabajador social realizará el acompañamiento respectivo para el reconocimiento de los hechos que afectan la salud mental de los miembros del grupo familiar.
- Es preciso que las entidades de salud pública, pongan interés en la socialización y aplicación de procesos sostenidos de intervención psicosocial que guíen la intervención de profesionales en el ámbito del trabajo social para atención de problemas de salud mental, ya que se ha comprobado que una adecuada intervención psicosocial proporciona buenos resultados, en cuanto al fortalecimiento de las relaciones interfamiliares, la cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, proporcionándole al individuo confianza y seguridad personal.
- Se recomienda la aplicación de una propuesta de intervención social partiendo desde el enfoque familiar, utilizando metodologías y herramientas con

Instrumentos utilizados para la aplicación del trabajo a investigar

Ejemplo de informe de diagnóstico psicosocial de caso individual/grupal

1. FICHA DE DIAGNÓSTICO SOCIO-FAMILIAR, CULTURAL Y ECONÓMICO

I.- CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Nombres y Apellidos N.N. C.I. 180534756-8
Ocupación Estudiante
Curso Tercer Año de Bachillerato
Fecha de Nacimiento 04 de febrero del 2001 **Edad** 17. **Sexo** Masculino
Etnia Mestizo
Dirección Barrio Santa Cruz
Teléfonos: Convencional No dispone Celular 0984538432
Persona de contacto que lo represente ...N.N.
Dirección Barrio Santa Cruz **Teléfono** 0981716987
Correo Electrónico No dispone

II.- 1.2. FACTORES PSICOSOCIO- CULTURALES ESTRUCTURA FAMILIAR

Nombre y apellido	parentesco	Edad	Etnia	Estado Civil	Instrucción	Ocupación	Ingreso	Discapacidad
N.N.	Papá	44	Mestizo	Casado	Primaria	Albañil	\$300	-
N.N.	Mamá	42	Mestizo	Casada	Primaria	Agricultora	\$200	-
N.N.	Hermana	20	Mestizo	Soltera	Secundaria	Costurera	\$200	-
N.N.	Hermano	17	Mestizo	Soltero	Secundaria	Estudiante	-	-

3.- Tipo de Familia

Nuclear (X) Completa () Incompleta ()
 Extensa () Monoparental () Ensamblada () Homoparental ()

4.- Las relaciones interpersonales en la familia son:

Muy Buenas Buenas Regular X Malas
 Muy Malas

Si son malas o regulares explique por qué y con quién Presencia de Violencia Intrafamiliar del padre hacia los integrantes de la familia e inestabilidad emocional con ideación suicida en el hijo menos Señale con una X los aspectos positivos en las relaciones intrafamiliares

Confianza () Solidaridad () Cooperación (X) Respeto () fidelidad ()
 Prejuicios: Social (X) étnico () Sexual () socio-económico () político () religiosos () etario () por enfermedad () por lugar de residencia ()

5.- Señale con una x los principales problemas identificados en su familia

Agresión (X) conflicto (X) competencia () egoísmo () murmuración () maltrato (X)
 Violencia en el interior del hogar, en relación: Madre () Padre (X) Hermanos () Pareja (X)
 Hijos () Otros ()
 Maltrato recibido: Físico (X) Sexual () Psicológico (X) Negligencia ()
 Robo Pandillaje Venta de Droga Explotación sexual
 Indique la situación de salud en la familia
 Riesgo Maltrato físico Discapacidad Ninguna
 Enfermedad Ninguna

6.-El tiempo libre lo dedica a:

Actividades domésticas () Labores Familiares (X) Fuera de la familia () con amigos ()
 Otras actividades ()
 ¿Cuáles?

7.-Desarrollo Personal, Sexualidad y Adicciones

¿Ud. tiene o ha tenido relaciones sexuales? Si
 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? 16
 Con quién fue; Enamorad@ (X) Amig@ () Compañero () Otro ()
 Especifique quién
 ¿Tiene usted dificultad para relacionarse con su pareja? SI () NO ()
 ¿Ha tenido alguna experiencia conflictiva no resuelta? SI (X) NO ()

¿Cómo asimila una pérdida emocional de pareja? Con dificultad con facilidad otros

Si mantiene relaciones sexuales se siente responsable de las consecuencias Si () NO ()

¿Tiene o ha tenido pareja estable? No

¿Ha sido infiel en algún momento a su pareja?

Consumo de sustancias Psicoactivas

Cigarro No Edad de consumo..... Frecuencia de consumo.....

Alcohol Si Edad de consumo 15 años Frecuencia de consumo Una vez por mes

Inhalante No Edad de consumo..... Frecuencia de consumo.....

Mariguana No Edad de consumo..... Frecuencia de consumo.....

Otros..... Edad de consumo..... Frecuencia de consumo.....

III.-FACTORES SOCIO-CULTURALES DEL BARRIO Y CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

8.-Características positivas del barrio en el que reside entre los vecinos existe:

Apoyo mutuo () Solidaridad (X) Cooperación () Respeto Derechos Humanos ()

Principales problemas de inseguridad en el barrio en el que vive
Violencia (X) conflicto () murmuración (X) vandalismo () alcoholismo (X)

Prostitución () pobreza () robo (X) homicidio () Suicidio (X)

¿Existe apoyo de la Policía Comunitaria para la seguridad del barrio? Si () No (X)

9.- Participa efectivamente en la organización o directiva del barrio para solución de problemas

Si () No (X)

¿Participa en actividades recreativas del barrio? Si () No (X)

Participa en las fiestas de su barrio Si () No (X)

10.-Ubicación de la vivienda. Provincia Tungurahua

Cantón Ambato Zona Urbana: Ciudad () Coop. Conjunto

Vivienda () Villa (X) Invasión ()

Zona Rural: Pueblo () Caserio () Comunidad () otros ()

La vivienda es: Propia () Alquilada (X) Prestada () otra forma ¿Cuál?

.....

La casa es de: Caña () Madera () Cemento () Adobe () Mixta (X)

Otros

cuáles.....

11.-Cuántas personas habitan la vivienda (4)

No- de habitaciones: (3) Tipo de vivienda: Casa (X) Departamento ()

choza () cabaña () improvisada ()

Servicios de Vivienda: Agua (X) Alumbrado (X) Alcantarillado (X)

Teléfono ()

IV.- FACTORES SOCIO- ECONÓMICOS

12.- La situación económica de su familia es:

Muy Buena () Buena () Regular (X) Mala () Muy mala ()

El ingreso aproximado mensual en la familia es de: \$700

Distribución mensual del ingreso:

Alimentación \$ (100) Vivienda \$ (150) Vestuario \$ (60)

Educación \$ (80) Salud \$ (60) Deudas bancarias \$ (250) Total de gastos \$ (700)

Recibe económicamente lo necesario para satisfacer sus necesidades de:

Alimentación Si () No (X) Estudio Si () No (X)

Vestuario Si () No (X) Atención médica Si () No (X)

DISCAPACIDADES Y DOTACIÓN INTELECTUAL

Número Carné del CONADIS.....

Porcentaje.....

Tipo.....

Causas.....

SENSORIAL

Auditiva..... Visual..... Sordo

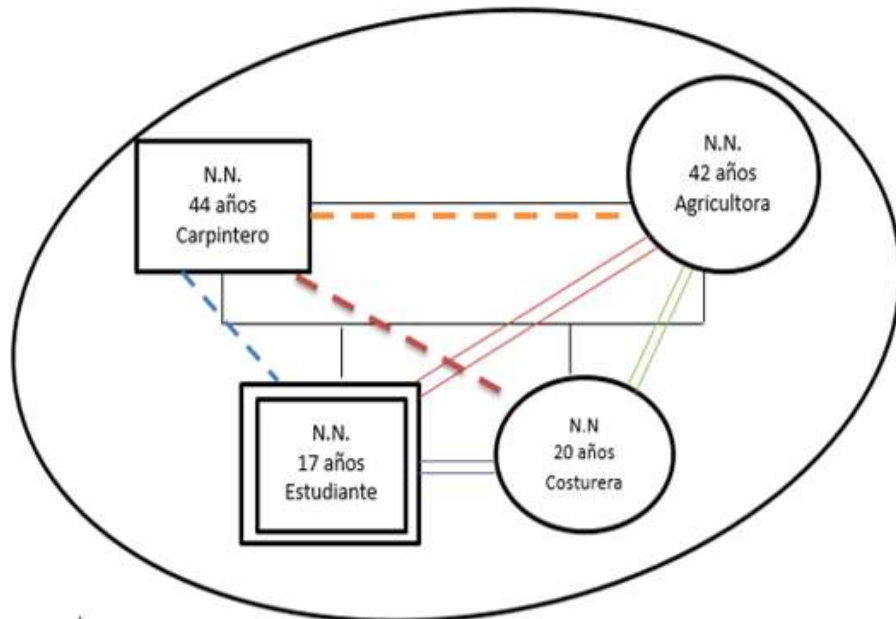
ceguera.....

Anacusia..... Hipoacusia..... Ceguera total..... Baja

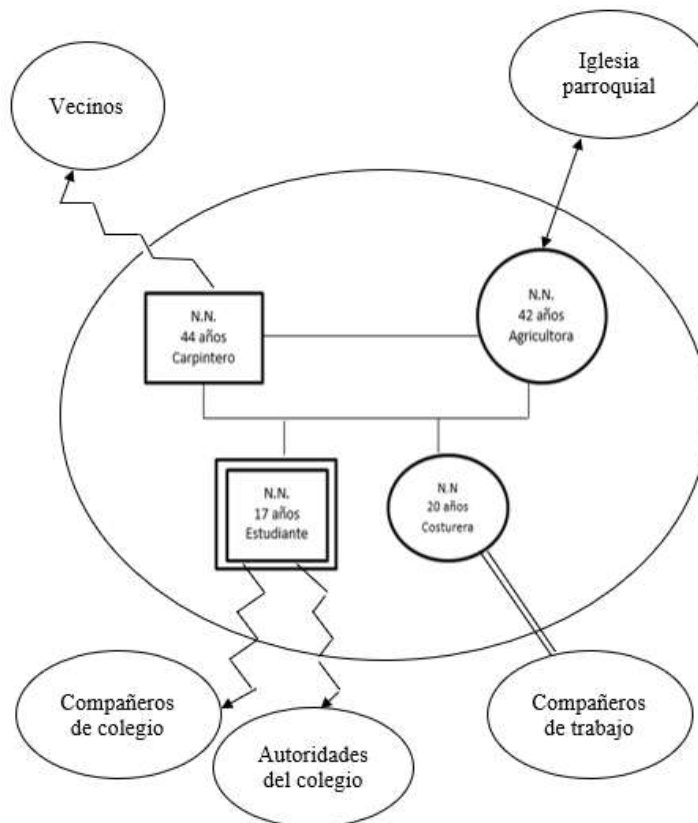
visión.....

Genograma Familiar

FAMILIA N.N.



Eco mapa



Apgar familiar

Preguntas	Nunca O puntos	Casi Nunca 1 punto	Algunas veces 2 puntos	Casi siempre 3 puntos	Siempre 4 siempre
¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?		X			
¿Me satisface la manera en que tratamos los problemas en familia?		X			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. El tiempo para estar juntos			X		
2. Los espacios en casa			X		
3. El dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quién pueda buscar cuando necesite ayuda?		X			
Puntaje Parcial		3	8		
Puntaje Total	11 PUNTOS				

Encuesta destinada aplicar



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad den la familia

Objetivo:

El objetivo principal de esta encuesta es evidenciar el estado funcional de la familia, sus relaciones interpersonales y la conducta psicosocial del usuario que acude al centro de salud en el Área de SAI.

Instrucciones:

- Lea detenidamente cada una de las preguntas planteadas en este cuestionario y responda con toda la sinceridad del caso. Si Ud. necesita que se aclare, explique o comente alguna pregunta, menciónelo al personal encuestador.

Preguntas	Casi Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi Siempre
1) Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2) En mi casa predomina la armonía.					
3) En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4) Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5) Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6) Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7) Tomamos en consideración las experiencias de otras					



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



familias ante situaciones diferentes.					
8) Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9) Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10) Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11) Podemos conversar diversos temas sin temor					
12) Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13) Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14) Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Gracias por haber participado de este TEST, la información recolectada aportara en beneficio al estudio



Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo

Objetivo:

La presente encuesta está destinada a medir el bienestar mental de la persona con el objetivo de facilitar una mejor comprensión del bienestar mental tanto a nivel individual como organizacional, ayudando a impulsar acciones y cambios positivos en el usuario.

Consiste en 14 ítems o afirmaciones en lenguaje explícitamente positivo para identificar los aspectos positivos de la salud mental (pensamientos y sentimientos).

Instrucciones:

- Lea detenidamente cada una de las preguntas planteadas en este TEST y responda con toda la sinceridad del caso. Si Ud. necesita que se aclare, explique o comente alguna pregunta, menciónelo al personal encuestador.
- Este TEST es personal, no compare respuestas ni criterios con otras personas que participan de la encuesta.
-

Datos generales:

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Genero:

N°	Afirmaciones	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1	Me he sentido optimista respecto al futuro					
2	Me he sentido útil (*)					
3	Me he sentido relajado/a					
4	He sentido interés por los demás (**)					



5	He tenido energía de sobra					
6	He enfrentado bien los problemas					
7	He podido pensar con claridad					
8	Me he sentido bien conmigo mismo/a					
9	Me he sentido cercano/a los demás (**)					
10	Me he sentido seguro/a (con confianza)					
11	He sido capaz de tomar mis propias decisiones					
12	Me he sentido querido/a y valorado/a					
13	Me he interesado por cosas nuevas					
14	Me he sentido alegre					

Gracias por haber participado de este TEST, la información recolectada aportará en beneficio al estudio

Bibliografía

1. Alvarez, E. (2016). Tabla de contenido. *Procede Del Padre y Del Hijo*. <https://doi.org/10.3726/978-3-0352-0094-2/1>
2. Ander-Egg, E., & Aguilar Idáñez, M. J. (2001). *Diagnóstico social Conceptos y metodología* Introducción. 140.
3. Atlas Salud Our P e r f o r Mental. (2018).
4. Autoestima , Autoconcepto. (2011). *Plan de Acción Tutorial: Gabes*, 26.
5. Baena, V. C. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1–6. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.162>
6. Bernal, S. P., & Amaya, L. C. de. (2013). El afecto y el cuidado como una experiencia de aprendizaje en familias víctimas de violencia intrafamiliar. *Panorama*, 2(5).
7. Cabeza, L., & Muñoz, A. (2010). Análisis del proceso de toma de decisiones, visión desde la PYME y la gran empresa de Barranquilla. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración*, VI(10), 9–40.
8. Campos y Covarrubias, G., & Lule Martínez, N. (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Xihmai*, 7(13), 45–60.
9. Cl, H., Asociada, Z. P., & Sociales, C. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23(0), 333-352–352. <https://doi.org/10.5209/CUTS.8335>
10. Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D., & Montesano, A. (2012). El Genograma en terapia familiar sistémica . *Universitat de Barcelona. Departamente de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics*, 6. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32735/1/EL_GENOGRAMA_EN_TERAPIA_FAMILIAR_SISTÉMICA.pdf
11. Echeverría Casorla, M., & Jacob Habitt, R. (1987). Modelos de intervención que utilizan los trabajadores sociales en instituciones de bienestar social en Costa Rica. *Revista de Ciencias Sociales*, 37, 103–118.
12. Eucheuma, A. K. (2004).
13. Farina, U. E. G. A. (2017). LA EMPATIA , UN VALOR INTRINSECO EN LA FAMILIA. 2016–2017.
14. Fierro, A. (2006). Bienestar personal, adaptación social y factores de personalidad: estudios con las escales Eudemon. *Clínica y Salud*, 17(3), 297–

15. Florisabel, L., & Delgado, R. De. (n.d.). UNIVERSIDAD DE COSTA RICA Escuela de Servicio Social LA ENTREVISTA EN SERVICIO SOCIAL.
16. Gallardo, R. (2006). Naturaleza del Estado de Ánimo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1(1), 29–40.
17. García Pérez, M. del C. (2016). Emociones Positivas, Pensamiento Positivo Y Satisfacción Con La Vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 17. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.290>
18. Gómez, M. I., Mas, P., Pérez, S., & Russo, S. (2002). Informe social. Análisis y perspectivas.
19. Guisamana, S., Jacqueline, P., & Ruiz, V. D. N. (2014). Y Adolescentes De Los Procesos Que Se Tramitan En La Junta Cantonal De Protección De Derechos De La Niñez Y Adolescencia De. <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/7881>
20. Hernández, C., Valladares, A., Rodríguez, L., & Selín, M. (2017). Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. *Cienfuegos 2014. Medisur [revista en Internet] 2017 [acceso 3 de abril de 2018]; 15(3): 341-349. Revista de La Universidad Cienfuegos, 15(1727-897X), 341–349.* <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n3/ms09315.pdf>
21. Huaiquiche, T., & Bastías, C. (2016). Trabajo social y práctica clínica individualizada-familiar en salud Mental: una mirada analítica y sociohistórica. *Revista Electrónica de Trabajo Social, Universidad de Concepción*, 13, 33–50.
22. IMSERSO. (2018). *Dossier informativo. Día Mundial de la Salud Mental. Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a Personas Con Trastorno Mental Grave.
23. Isabel Antipán Pilquinao y Diego Reyes Barría. (2013). El Trabajo Social en la Salud Mental: ¿Un Trabajo Social Clínico? *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
24. Jiménez, M. (2008). Analisis Exclusion Social. *Estudios Pedagógicos*, 1(XXXIV), 173–186. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/estped/v34n1/art10.pdf>
25. López Trigo, J. A., Martínez Álvarez, J. R. 1957-, Ramos Cordero, P.,

- Redondo del Río, P., Camina Martín, A., Mateos Silleras, B. de, López Mongil, R., Niño Martín, V., Aranceta Bartrina, J. 1952-, Aníbal Pérez Rodríguez, L., Néstor, ;, Espinosa Sánchez, R., Cicely, N., Contreras, L., Alfonso, D., Merchán, P., Branden, N., Gisela Pita Rodríguez Dra Beatriz Basabe Tuero Dra C Santa Jiménez Acosta Lic Onay Mercader Camejo, D. C., Anderson, P., ... Molina, H. (2013). Alcohol y atención primaria de la salud Alcohol y atención primaria de la salud. Organización Panamericana de La Salud Salud, 274(1), 3–148. https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
- 26.** María Leonor Conejeros, S., Jorge Rojas, H., & Teresa Segure, M. (2010). Confianza: Un valor necesario y ausente en la educación chilena. *Perfiles Educativos*, 32(129), 30–46.
- 27.** Martín Cala, Tamayo- Megret, M. (2013). Funciones básicas de la familia. Reflexiones para la orientación psicológica educativa. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal [revista en Internet]* 2013 [acceso 24 de agosto del 2019]; 13 (44): 60-71. Artículo Científico, 13, 60–71. <https://www.redalyc.org/pdf/4757/475748683007.pdf>
- 28.** Martínez Priego, C., Anaya Hamue, M. E., & Salgado, D. (2014). Desarrollo de la personalidad y virtudes sociales: relaciones en el contexto educativo familiar. *Educación y Educadores*, 17(3), 447–467. <https://doi.org/10.5294/edu.2014.17.3.3>
- 29.** Matheus Alberto de Souza. (2016).
- 30.** Méndez, R. R., Wraage, D. A., & Costa, M. A. (2013). Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. *Prospectiva*, 17, 407. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i17.1158>
- 31.** Mesen Fonseca, R. (2000). Trabajo Social Y Recursos Humanos. Centro Nacional de Rehabilitación, 1054–1059.
- 32.** Ministerio de Salud Pública de Colombia. (2014). Política Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social, 2021. <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2015/01/PDF.pdf>
- 33.** Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(3), 387–400.
- 34.** Muñoz, C. (2007). Perspectiva Psicológica Del Bienestar Subjetivo.

- Psicogente, 10(18), 163–173.
35. Naranjo Pereira, M. L. (2009). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 153. <https://doi.org/10.15517/revedu.v33i2.510>
 36. OMS, & MSP. (2015). Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (ISM-OMS). 1, 32. https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1
 37. Ortega, T., De La Cuesta, D., & Días, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164–168.
 38. Para, H., & Practica, L. A. (2003). El Trabajo Social Clínico: ¿especialización o modelo hegemónico para la práctica? *Análisis*, 4(1), 79–91.
 39. Ramadhani Khija, ludovick Uttoh, M. K. T. (2015). No TitleÉ?__. *Ekp*, 13(3), 1576–1580.
 40. Ramón, E. (2017). La importancia de pensar. *Revista Qualitas*. <http://juanmanuelgiaccone.blogspot.com>
 41. Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania: Estudios y Propuestas Socio-Educativas*, 44, 241–258. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4596298.pdf>
 42. Rojas, B. (2010). Solución de problemas: una estrategia para la evaluación del pensamiento creativo. *Sapiens: Revista Universitaria de Investigación*, 11(1), 117–125.
 43. Singuenza, W., Buñay, R., & Guaman, M. (2018). Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. In *Rev. enferm. herediana* (Issue July). [file:///C:/Users/lenovo/Downloads/document \(4\).pdf](file:///C:/Users/lenovo/Downloads/document%20(4).pdf)
 44. Sleaf, B. (2018). La libertad de decidir por nosotros mismos. *Libertad de Decidir Por Nosotros Mismos*. <http://www.helpagela.org/silo/files/libertad-de-decidir-por-nosotros-mismos.pdf>
 45. Smith, T. A. (2016).
 46. Sofa. (2015).
 47. Tenesaca, Patricia;Hernandez, L. (2018). Universidad de cuenca facultad de psicología. 1–97.

48. Torrente, S. B. (2015). Salud mental y apoyo familiar: exploración de la percepción de personas usuarias de un centro de rehabilitación psicosocial.
49. Valdes Cuervo, A. A. (2013). Familia Y Desarrollo Interpretaciones En Terapa Familiar. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/introduccion_encuentro_familias/contenido_tematico/unidad3/lecturas/Valdes.A._Funciones_y_dinamica_en_la_familia.pdf
50. Villela, lucia maria aversa. (2013).. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
51. Viveros Chavarria, E. (2010). Roles , patriarcado y dinámica interna familiar : Roles , Patriarchy and Family Internal Dynamics : Useful Reflections for Latin America Rôles , patriarcat et dynamique interne familiale : réflexions utiles pour la Amérique Latin. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 388–406. <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194214587017.pdf>
52. Zuliani-Arango, L. A., Villegas-Peña, M. E., Galindo-Cárdenas, L. A., & Kambourova, M. (2015). Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 851–863. <https://doi.org/10.11600/1692715x.13221280813>.