



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MAGISTER INTERVENCIÓN FAMILIAR

**ROL DE LA FAMILIA EN PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN UN PROCESO
DE DESHABITUACIÓN DE BENZODIACEPINA Y QUE PERTENECEN AL NIVEL
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNA DE NINHUE**



Tesis para optar al grado de Magister en intervención Familiar

POR: Daniel Alexander Poque Marambio

PROFESOR GUÍA: Pamela Lidice Vaccari Jiménez

Concepción, Chile Abril de 2020

Índice General

	pp.
Introducción	6
Problematización y Justificación de la investigación.	7
Deshabitación de la benzodiacepina	11
Deshabitación de la benzodiacepina en la Comuna de Ninhue	12
Objetivo General	15
Objetivos Específicos	15
Capítulo I: Marco Referencial	16
1. Funcionamiento familiar	17
1.1 Roles Familiares	20
1.2 Límites	21
1.3 Jerarquía	23
1.4 Reglas Familiares	23
1.5 Comunicación Familiar	24
2. Teoría Transgeneracional de Murray Bowen	24
3. Teoría ecológica	26
4. Contexto social	29
4.1. Contexto familia rural	30
5. Factores Psicológicos	32
5.1 Estrés	32
5.2 Creencias	34
6. Construcción del concepto salud-enfermedad	35
7. Benzodiazepina	37
Capítulo II: Metodología	45
2.1 Diseño de la investigación	45
2.2 Participantes en el estudio	45
2.3 Trayectoria temporal de la Investigación	46



2.4 Alcance de la investigación.	47
2.5 Estrategia de Recolección de Datos	47
2.6 Procedimiento de acceso al campo	48
2.7 Criterios Éticos	50
2.8 Criterios de Rigor Metodológico	51
2.9 Estrategia de Análisis de Datos	53
2.10 Impacto y Aplicabilidad alcanzada	56
2.11. Actividades de difusión	56
Capítulo III. Presentación de resultados	58
3.1. Interpretación de las entrevistas aplicadas	58
3.1.1. Reporte de dimensiones.	63
Dimensión 1. Rol de la familia	63
Dimensión 2. Patrones familiares	65
Dimensión 3. Comunicación	67
Dimensión 4. Cohesión familiar	69
3.1.2. Reporte de los Códigos.	72
Dimensión: Rol de la familia.	72
Dimensión: Patrones familiares	84
Dimensión: Comunicación	99
Dimensión: Cohesión familiar	115
3.1.3. Reporte de la Unidad Hermenéutica (U.H.)	130
Discusión de Resultados	133
Referencias Bibliográficas	144
Anexos	151
Anexo 1. Instrumento (Guion temático)	151
Anexo 3. Carta de consentimiento informado	153
Anexo 4. Plan de trabajo	154



Lista de Cuadros

	pp.
Cuadro 1. Características generales de la muestra final	49
Cuadro 2. Estructura para el análisis de datos	54
Cuadro 3. Estructura de análisis: objetivo específico, dimensión, categoría y texto relevante/cita.....	59
Cuadro 4. Citas del indicador apoyo familiar.....	73
Cuadro 5. Citas del indicador interrelación familiar	76
Cuadro 6. Citaciones del indicador Impulso al tratamiento	80
Cuadro 7. Citaciones del indicador otros familiares con tratamiento	84
Cuadro 8. Citaciones del indicador límites a la autonomía	87
Cuadro 9. Citaciones del indicador creencias asociadas al patrón familiar.....	91
Cuadro 10. Citaciones del indicador dependencia al tratamiento	95
Cuadro 11. Citaciones del indicador interacción complementaria.....	99
Cuadro 12. Citaciones del indicador apoyo en la toma de decisiones.....	103
Cuadro 13. Citaciones del indicador expresión de afecto	107
Cuadro 14. Citaciones del indicador seguimiento a instrucciones	111
Cuadro 15. Citaciones del indicador normas sociales compartidas.....	115
Cuadro 16. Citaciones del indicador dinámica intradoméstica	119
Cuadro 17. Citaciones del indicador reacción familiar a la enfermedad.....	123
Cuadro 18. Citaciones del indicador resolución de problemas	127

Lista de Gráficos

	pp.
Gráfico 1. Familia: Rol de la familia.....	65
Gráfico 2. Familia: Patrones familiares.....	67
Gráfico 3. Familia: Comunicación.....	69
Gráfico 4. Familia: Cohesión familiar.....	71
Gráfico 5. Representación de las citas del indicador (código) apoyo familiar.....	74
Gráfico 6. Representación de las citas del indicador interrelación familiar.....	77
Gráfico 7. Representación de las citas del indicador impulso al tratamiento.....	81
Gráfico 8. Representación de las citas del indicador otros familiares con tratamiento.....	85
Gráfico 9. Representación de las citas del indicador límites a la autonomía.....	88
Gráfico 10. Representación de las citas del indicador creencias asociadas al patrón familiar..	92
Gráfico 11. Representación de las citas del indicador dependencia al tratamiento.....	96
Gráfico 12. Representación de las citas del indicador interacción complementaria.....	100
Gráfico 13. Representación de las citas del indicador apoyo en la toma de decisiones.....	104
Gráfico 14. Representación de las citas del indicador expresión de afecto.....	108
Gráfico 15. Representación de las citas del indicador seguimiento a instrucciones.....	112
Gráfico 16. Representación de las citas del indicador normas sociales compartidas.....	116
Gráfico 17. Representación de las citas del indicador dinámica intradoméstica.....	120
Gráfico 18. Representación de las citas del indicador reacción familiar a la enfermedad.....	124
Gráfico 19. Representación de las citas del indicador resolución de problemas.....	128
Gráfico 20. Unidad hermenéutica formada por las dimensiones: rol de la familia, patrones familiares, comunicación y cohesión familiar.....	132

Introducción

La investigación se refiere al Rol de la familia en personas que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiacepina y que pertenecen al nivel de atención primaria de la comuna de Ninhue.

En Chile se ha constatado el uso indiscriminado de esta clase de fármacos. Sin embargo al momento de estudiar este fenómeno, sólo se ha abordado desde la arista médica, obviándose la influencia que tiene la familia en la salud mental y emocional de sus integrantes. Además de lo anterior, las investigaciones en la materia se han centrado desde una mirada urbana y no rural, lo cual es relevante, ya que el territorio influencia en las interacciones de los sujetos.

La estructura está compuesta por tres capítulos. En la primera sección del informe, se profundizará en cómo la utilización de las benzodiacepinas se ha transformado en un asunto de política de salud pública, debido al alto uso de esta clase de psicofármacos por parte de los sujetos, como una manera de afrontar el contexto social imperante. Paralelamente, se vislumbrará el vacío en el estado del arte, en cuanto a que las investigaciones se han focalizado en aspectos individuales, obviando la influencia familiar en la construcción del concepto salud- enfermedad. Además de ello, los estudios han estado centrados en poblaciones de carácter urbano, no considerando los sujetos que residen en el ámbito rural. También en esta sección se expondrá la pregunta y objetivos de la investigación.

Asimismo, en el segundo capítulo, denominado “Marco Referencial” se plantearán los modelos teóricos utilizados en la investigación, dentro de los cuales se encuentran la Teoría Estructural de Salvador Minuchin, Teoría Ecológica de Bronfenbrenner, Teoría Transgeneracional de Bowen Murray. Junto a ello, se explicará cómo los factores sociales y psicológicos influyen en la percepción de salud de un individuo. También se ofrecerá una detallada descripción de las benzodiacepinas, su génesis, mecanismo de acción, efectos y dificultades que perciben los usuarios durante la retirada del medicamento, fenómeno conocido como “deshabitación de benzodiacepinas”.

En el último capítulo se detallará el diseño de la investigación, el cual corresponde al tipo cualitativo, con un enfoque fenomenológico, los cuales reportan a los objetivos de la investigación, puesto que permitirá develar la percepción de funcionamiento familiar de

personas que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiazepinas y que pertenecen al nivel de atención primaria de la comuna de Ninhue. Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas a los participantes, como técnica de levantamiento de información, siguiendo criterios de rigor ético y metodológico.

Por último, en cuanto a los resultados, la investigación refiere la percepción de los entrevistados en cuanto la forma en que su familia funciona y los posibles efectos que puede tener como facilitador u obstáculo en su proceso deshabitación de benzodiazepinas

Problematización y Justificación de la investigación.

En los últimos años, se ha identificado el incremento de licencias psiquiátricas, aspecto que ha influido en el ausentismo laboral en Chile. Esta situación se ha tornado preocupante, alcanzando valores dentro del sector público en un total 723.477 en el año 2016. En torno a ello, las afecciones en la salud mental son consideradas como la primera causal de incapacidad laboral transitoria en nuestro país, representando un 27% del gasto total del país destinado a reposo médico (Almonte, Muñoz y Parridi, 2012). Sin embargo, a la hora de explicar los datos, se obvia la influencia familiar.

Las licencias psiquiátricas son estructuradas en la mayoría de los casos por stress laboral, capaz de impactar en forma de una patología psiquiátrica que afecta la salud del trabajador sin distinción de género masculino o femenino, a quienes se les refiere un tratamiento farmacológico. Esta situación hace que en algunas oportunidades los especialistas apoyados en la Teoría Ecológica en salud, busquen la influencia del sistema familiar en la construcción del rol salud-enfermedad del sujeto para que puedan adentrarse en un proceso de deshabitación de benzodiazepina. Tal como se ha definido en la literatura, las familias afectan la salud y enfermedad de sus miembros, así como ellas son afectadas por la salud y enfermedad de ellos (Florenzano, 1991).

Así pues, se debe comprender a la institución de la familia como un ente socializador, que constituye el primer espacio vital donde los individuos comienzan a conformar sus identidades, aquello que los distingue de los demás miembros de la sociedad, así como de los propios miembros de la familia; pero a su vez, también corresponde a aquel espacio en el cual

se construye el sentido de pertenencia, reconociendo en él las particularidades sociales que construye al sujeto como individuo social (Rizo, 2012).

Del mismo modo, se ha señalado en estudios de estrés familiar, muestran el rol mediador de la familia en el impacto que puedan tener los factores estresantes, y por otro lado, como agente generador de estrés en sus miembros. Por tanto, se ha mencionado que a mayor estrés familiar, mayor puede ser la probabilidad que alguno de sus integrantes desarrolle síntomas de salud mental (Herrera, 2008). De ahí, que la familia debe ser conceptualizada como una totalidad que no depende sólo de las individualidades de sus miembros, sino de las relaciones que entre ellos se construyen. Por tanto, la aparición de un síntoma o enfermedad en uno de los elementos del sistema familiar afecta a todos los demás miembros del sistema. Esto es importante, ya que todos los cambios generados en su interior repercuten en todos sus miembros, no obstante, como todos los sistemas vivos, la familia tiene tendencia a la homeostasis. A veces la enfermedad en uno de los miembros de la familia puede ser un mecanismo de autorregulación, que facilita su cohesión como una estrategia que tiende a la estabilidad (Gallegos, 2011).

Al profundizar en el contexto familiar chileno, es posible detectar algunos problemas relacionados con el stress surgido por situaciones complejas derivadas del contexto social. Los indicadores macroeconómicos según estimaciones de la CEPAL proyectan el crecimiento en Chile en torno al 1,6% anual, cifra menor en comparación a la década pasada, aunque encontrándose por encima del promedio de las naciones integrantes de dicho organismo (CEPAL, 2016). A pesar de ello, el desarrollo sostenido por Chile ha permitido la democratización del acceso al crédito por parte de la clase media y los sectores más vulnerables de la población, los cuales actualmente pueden adquirir bienes muebles que hace 20 años les eran prohibitivos, evidenciando que un 60% de los sectores medios urbanos de Chile, mantiene a lo menos una tarjeta de crédito de retail (Marambio, 2012).

La sociedad chilena es considerada de consumo, cuyos cambios que pueden ser calificados como negativos, por ejemplo, la desigualdad en cuanto a la distribución de la riqueza, situando a Chile como uno de los países donde existe una mayor desigualdad de ingresos, con un coeficiente de GINI de 0,465 puntos (OCDE, 2015); según datos de éste mismo organismo

internacional, Chile es el quinto país con más extensa jornada laboral con un total de 1988 horas anuales (OCDE, 2015).

El contexto sociocultural analizado muestra que las familias pueden tener dificultades en torno a la presión que deben sufrir por llevar el ritmo laboral y social marcado por el ambiente, que en muchas oportunidades desencadena en problemas de salud mental. En efecto, el ambiente familiar se convierte en un sitio donde ocurren situaciones complejas capaces de impactar sobre la salud mental de sus integrantes, generando gastos o costos de inversión para recuperar el equilibrio físico y emocional afectado.

En tal sentido, es necesario indicar que los diversos problemas relacionados con la salud mental han generado gastos equivalentes al 2,13% del presupuesto total en área de salud pública, una cifra distante al promedio de los países integrantes de la OCDE, el cual se encuentra sobre el 6% del presupuesto total en salud. A partir de ello, han surgido brechas importantes por parte del Estado de Chile, quien requiere responder a la demanda de cobertura en prevención y promoción en ésta área. Estas cifras cobran relevancia, considerando las altas tasas de prevalencia en un año calendario de los diagnósticos de alteración mental en la población chilena, alcanzándose casi un 20% en el segmento adulto y un 22% en menores de edad, estos últimos influidos por la explosión en la detección del denominado déficit Atencional (Irrázaval, Prieto y Armijo, 2016).

En los países sudamericanos el gasto en el área de las afecciones mentales es menor en comparación a Chile (Colombia 1,8%, Argentina 2,0%); presentando Chile la más alta tasa de prevalencia de trastornos mentales en América Latina (Vicente, Saldivia y Philán, 2016). Lo anterior, estaría explicado por la naturaleza, acelerada, competitiva y despersonalizada del mundo moderno que favorece la generación de cuadros de estrés. Esta situación incorpora a muchas personas, inclusive en menores de edad, lo cual conduce al consumo del fármaco para aliviar la sintomatología aversiva. Muchos de los medicamentos presentan un potencial adictivo a la sustancia, ya que aquellas sustancias que producen efectos placenteros tienen más riesgo de ser usadas en forma reiterada y por períodos de tiempo más prolongados. Por tanto, es una problemática de alta complejidad que sobrepasa en demasía el contexto nacional (Irrázaval, Prieto y Armijo, 2016).

Sin embargo, las intervenciones dominantes en las últimas décadas en salud mental han estado centradas en la utilización prioritaria de tratamiento farmacológico como primera línea, especialmente el uso de benzodiacepinas en diagnósticos de trastorno de ansiedad, crisis de pánico, trastorno del sueño, entre otros. Esto ha llevado a que se transforme en uno de los tipos de fármacos con mayor utilización en el área, junto con los antidepresivos. Por consiguiente, el Estado y sus políticas de salud han estado centradas en la “curación del sujeto” y no en la prevención de los trastornos mentales (Irrázaval, Prieto y Armijo, 2016).

Así la utilización de las benzodiacepinas se ha constituido en el centro de interés en salud pública, por el uso indiscriminado de ella, en cuadros de insomnio y control de ansiedad. En Chile, en la década de los 80 se detectó el uso irracional de benzodiacepinas, adquirida sin previa prescripción médica, datos concordantes con investigaciones americanas, calculándose que 52 millones de personas han consumido medicamentos sin prescripción médica ni causa aparente, al menos una vez en su vida (Yates y Catril, 2009). Lo anterior, motivó a los organismos del Estado, a consecuencia de otros estudios de la época, a la promulgación del Decreto Supremo N° 15.069, el cual se hizo efectivo dos años más tarde, regulando la adquisición mediante la presentación de “receta médica retenida” (Yates y Catril, 2009).

En concordancia con investigaciones internacionales, se ha reportado, por ejemplo, en España un aumento de un 32% del consumo de benzodiacepina, datos similares encontrados en Portugal. Entre las explicaciones mencionadas por este estudio, se expresa la percepción de bajo riesgo por parte de los usuarios, utilizando estos fármacos, sin considerar los efectos adversos, entre ellos “dependencia biológica- psicológica del medicamento” (Speranza et al., 2015).

En Chile, el uso indiscriminado de esta clase de fármacos está siendo cada vez más habitual. Por lo anterior, la administración de estos medicamentos se encuentra normada bajo la ley 20.000, la cual regula el tráfico de estupefacientes. Así, la Policía de investigaciones y Carabineros de Chile, son los encargados de fiscalizar y pesquisar la tenencia de éstos psicotrópicos, siendo decomisadas más de 1200 unidades al año, lo cual demostraría la existencia de mayores confiscaciones, debido a la venta ilegal de estos psicofármacos en ferias libres o internet (Instituto de Salud Pública, 2015). La mayoría de estas incautaciones resultaron ser “muestras médicas”, las que contienen en su envase uno o dos comprimidos.

En estudios nacionales de corte cuantitativo en el área, se puede destacar el desarrollado por el SENDA, el cual, en una muestra total de 575 pacientes ingresados a urgencia en un hospital público, de los cuales 57,5% son hombres y 42,5% mujeres, con una media de edad de 35,9 años, en un 20,9% de ellos se detectó la presencia de benzodiacepina (CONACE, 2010). Otro estudio realizado en Santiago de Chile encontró una prevalencia anual en el uso de psicofármacos del 31,4%, registrándose una tasa más alta en mujeres (38,9%) que en hombres (22,8%). Además de ello, el mismo estudio encontró que un 42,9% de la población había consumido alguna vez en su vida benzodiacepinas y un 4,1% de ese total, podría etiquetarse como dependiente a estos fármacos, una tasa tres veces más alta que el promedio en el mundo. Además, se evidenció que un 28,9% de los psicofármacos consumidos eran automedicados (Olivera, 2009). Del mismo modo, las investigaciones han informado que una gran prescripción de benzodiacepina es suministrada en el Nivel Primario de Atención en Salud, por médicos de formación general, sin especialización en el área de la psiquiatría (Calderón y Castaño, 2014). Estos datos ilustran el exacerbado consumo de benzodiacepina a nivel nacional, transformándose en un problema de salud pública.

Como se ha adelantado, la utilización y prescripción de estos psicofármacos conlleva un potencial riesgo de abuso y dependencia, ya sea por uso inadecuado, o aun siendo prescrita bajo supervisión directa por un médico tratante, posee una potencial dependencia más elevada que otros medicamentos en el área de la salud mental. (Olivera, 2009). Por consiguiente, el gran efecto adverso de esta clase de medicamento es la dependencia física y psicológica de ellos, requiriendo el sujeto elevar la dosis para regular el estrés percibido (Olivera, 2009).

Deshabitación de la benzodiacepina

El proceso de deshabitación de benzodiacepina, consiste en la retirada gradual del fármaco, el cual comienza en primera instancia, con la disminución paulatina en 2 a 3 semanas del 10% a 25% de la dosis, y puede tener como duración media del tratamiento de 6 a 9 años en casos de alta dosis de prescripción, esto según estudios longitudinales en el área (Martínez, et al., 2012).

Se ha mencionado en la literatura, que la prescripción de benzodiacepina no debe exceder las 4 semanas, ya que en ese periodo emergen los primeros síntomas de dependencia. Del mismo modo, se ha recomendado para aquellos pacientes que exceden dicho plazo, comenzar con la deshabitación de manera gradual con una reducción de la dosis entre 10% a 25% de la dosis inicial. Dado que el ritmo de retirada del psicofármaco, se debe alertar la aparición de síntomas de abstinencia. En consecuencia, la retirada progresiva de estos medicamentos se transforma en un desafío personal, debido al aumento de la tolerancia del fármaco (Martínez, et al., 2012).

Dada la dificultad del retiro de las benzodiacepinas, se requiere políticas de salud específica que permitan afrontar este problema de manera multidisciplinaria. Se ha mencionado que cualquier intervención por sencilla que sea mejora la posibilidad descripción de benzodiacepina, aumentando si es que se añade terapia cognitivaconductual (Martínez, et al., 2012). Sin embargo, aún se prescribe de manera crónica esta clase de psicofármaco, obstaculizando su retirada.

Deshabitación de la benzodiacepina en la Comuna de Ninhue

Una de las comunas que ilustra esta situación es Ninhue, la cual según datos del INE 2015, cuenta con una población total de 5827 personas, distribuyéndose de manera homogénea relación hombres- mujeres. Cabe mencionar que la tasa de adultos mayores corresponde a un 15,91%, la que se encuentra por sobre el promedio nacional 10,32%. Según lo expuesto por las investigaciones, este grupo etario es el más propenso a utilizar benzodiacepinas, como inductor del sueño, y a la vez, es el grupo poblacional que presenta la tasa de mayor de uso prolongado de este tipo de fármacos y con mayor riesgo, debido que potencia alguno de sus efectos secundarios (Olivera, 2009). Para ilustrar lo anterior, los investigadores brasileños Silva, Lappan, De Olivera y Azevedo (2016) realizaron una caracterización sociodemográfica sobre dependencia de benzodiacepina mediante un estudio transversal a 219 sujetos dependiente de estos psicofármacos pertenecientes a 8 centros de salud familiar en el norte de Brasil. Entre sus hallazgos, destaca que las mayores consumidoras de benzodiacepina son mujeres entre 58 a 68 años, y entre los factores que influyen en la mantención de tratamiento

se encuentran la medicación de problemas personales, socioeconómicos y familiares, además de tratamientos inadecuados a la sintomatología presentada.

Dentro de las características determinantes de la comuna Ninhue, la cual la transforma en un campo ideal de recolección de datos, guarda relación con la alta cantidad de personas inscritas en el Sistema Municipal de Salud alcanzado a los 5807 personas al año 2012 (98,1% del total de adultos mayores de la comuna), lo cual es relevante dado que los principales médicos que prescriben benzodiazepinas no son psiquiatras, sino más bien médicos generales en Atención Primaria de Salud, siendo los adultos mayores los sujetos con mayor tasa de consumo (Calderón y Castaño, 2014).

Este último factor el que se acentúa, ya que en Atención Primaria el rendimiento por atención clínica que realiza el médico general es de sólo 15 minutos, lo cual puede establecer una presunción sobre si la pertinencia del medicamento o el diagnóstico de salud mental sería el más idóneo (Vicens y Fiol, 2008). Del mismo modo, en Salud Pública no existe un protocolo que instruya a los profesionales respecto cuando deben iniciar tratamiento, tiempos de respuesta, aumento de dosis, siendo un vacío existente en nuestro sistema de salud.

Destaca en la comuna de Ninhue su fuerte composición rural. En estudio cualitativo realizado por la Universidad Católica de Talca, caracteriza a esta población por residir en territorios con densidad poblacional baja, presencia de transgeneracionalidad en la composición familiar, incorporación de la mujer al mundo laboral, entre otras (Castro, 2012). Es por ello, que la presente investigación permite ampliar el campo observacional, ya que los estudios previos se han desarrollado en zonas urbanas con un enfoque biomédico.

Desde el ámbito metodológico se pretende acrecentar la mirada de las investigaciones en la materia. Se ha estudiado por las investigaciones en el área, la efectividad y cuadros en el cual estos ansiolíticos son prescritos, efectos adversos, tolerancia, síndrome de abstinencia, cuadros de abuso del fármaco (expresado por la automedicación de un número importante de pacientes) y protocolos de abordaje clínico en la materia desde la lógica del individuo, pero sin considerar aspectos familiares y culturales.

Es por ello, que el objetivo de la investigación desde el orden práctico pretende aportar a mejorar y fomentar los procesos de deshabitación en los usuarios de atención primaria, considerando su individualidad y aspectos familiares, con objeto que los equipos de Salud puedan utilizarlo en su población bajo control.

Por otra parte, y en concordancia con otras investigaciones en el área de la medicina (Castro, 2012; Fawaz y Soto, 2014; Gallegos, 2011), el rol de la familia es esencial en el cuidado y mejoramiento de la percepción de salud del paciente, área que se han investigado en familias con personas afectadas con enfermedades crónicas. A pesar de lo anterior, ha sido escasamente investigada su relación con psicofármacos en cuanto al proceso de disminución gradual, los cambios que se pueden observar dentro de la dinámica familiar y efectos que podría generar en la mantención o disminución de las dosis en el sujeto.

En cuanto a la factibilidad de la investigación se efectuó la recogida de datos en el segundo semestre del 2018 en la localidad de Ninhue. En cuanto a la viabilidad, se cuenta con la autorización por parte del Comité de Ética como criterio práctico y de ejecución de la presente investigación. Del mismo modo, en concordancia con la Ley 20.584 que regula el acceso de la información registrada en las fichas clínicas, se entregará a cada participante una copia del consentimiento informado, en el cual se detallará el alcance de la presente investigación, la confidencialidad de la narrativa entregados por el participante y subrayar la utilización de la información suministrada, sólo tendrán como objetivo su carácter científico, enfatizando la voluntariedad del mismo, con capacidad de renuncia a la participación en cualquier momento en que lo deseen.

Al mismo tiempo, este estudio podría aportar una mirada psicosocial respecto a un problema de salud pública que ha sido abordado por la psiquiatría desde una óptica biomédica.

Expuesto lo anterior, se aprecia un vacío de conocimiento que se pretende abordar en este estudio con la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el rol de la familia en usuarios que están en proceso de deshabitación de la benzodiacepina y que pertenecen al nivel de atención primaria en Ninhue?

Objetivo General

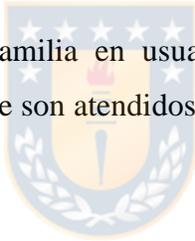
Analizar el rol de la familia en personas que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiacepina y que pertenecen al nivel de atención primaria de la comuna de Ninhue.

Objetivos Específicos

a) Identificar patrones familiares transgeneracionales que influyen en los usuarios de atención primaria que se encuentran en proceso de deshabitación de benzodiacepinas de Ninhue.

b) Comprender la comunicación de la familia en usuarios que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiacepina, que son atendidos en la red primaria de salud de Ninhue.

c) Describir la cohesión de la familia en usuarios que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiacepina, que son atendidos en la red primaria de salud de la comuna de Ninhue.



Capítulo I: Marco Referencial

La Familia ha sido uno de los constructos más estudiados en el ámbito de las ciencias sociales, ya que se ha mencionado que las experiencias vividas dentro de ella modulan a la persona en su desarrollo posterior, especialmente en las pautas de convivencia para relacionarse en sociedad. De ese modo, la familia permite al sujeto adoptar consciencia de grupo y sentido de pertenencia, facilitando procesos de diferenciación, los cuales cobran relevancia a lo largo del ciclo vital individual (Schmidt, Barreyro y Maglio, 2010).

Tal como se ha mencionado, la familia debe ser entendida en un contexto social, es decir, depende del medioambiente que la rodea. Es ese contexto, el que le ofrece también mejores o peores posibilidades de resolver sus dificultades, en tanto le provee de redes de apoyo que estén disponibles para cuando las necesite. Estas redes pueden ser institucionales o personales, esto es otros significativos que están disponibles para la ayuda, los que a su vez pueden ser instrumentales, vale decir que están centrados en la tarea, o afectivos, que como su nombre lo indica, el apoyo y contención lo entregan a través de la expresión de los afectos (Gallegos, 2011).

El presente capítulo está organizado en cinco enfoques y dos conceptualizaciones que profundizan en el rol de la familia en usuarios que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiacepina, que son atendidos en la red primaria de salud de Ninhue. El primer enfoque se relaciona con el funcionamiento familiar, desde la Teoría Estructural de Minuchin, la cual permite vislumbrar cómo la familia se puede adaptar al proceso de deshabitación de benzodiacepina.

Asimismo, el segundo enfoque desarrolla con la Teoría Transgeneracional de Bowen Murray, mediante la transmisión de ciertas pautas entre generaciones vitales.

En el tercer enfoque se profundiza la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner, la cual permite comprender, cómo los diversos sistemas que rodean a la familia pueden afectar su conducta.

Por otro lado, en el cuarto enfoque se explica el actual contexto social en el que se encuentra inmersa la familia, profundizando el componente rural, ya que la presente investigación se efectuó en una comuna catalogada como tal.

En las conceptualizaciones se profundizan algunos aspectos psicológicos que pueden afectar en la percepción de la conceptualización de estado salud- enfermedad que construya el sujeto.

Finalmente, se explora en profundidad sobre las benzodiazepinas, desde su génesis hasta los factores que explican la dependencia de los individuos, enfatizando la dificultad que perciben los sujetos al momento de disminuir la dosis del fármaco.

1. Funcionamiento familiar

Dentro del sistema familiar, una de las grandes áreas abordadas por las investigaciones se relaciona con la familia funcional, la cual es conceptualizada como aquella que es capaz de favorecer el desarrollo integral de sus integrantes y que promueve el crecimiento tanto individual como grupal de los mismos, de manera que sus interacciones permiten afrontar adecuadamente situaciones de crisis, manteniendo la armonía familiar (Zicavo, Palma y Garrido, 2012).

Así en diversas investigaciones, se ha constatado que el funcionamiento familiar proporciona bienestar en sus integrantes, cuando se trata de familias potenciadoras del desarrollo psicoemocional, estimulando la creatividad, promoviendo el cambio, respetando la individualidad y la diversidad. En caso contrario, las familias denominadas “disfuncionales”, se aprecian tensiones emocionales, falta de afecto, escasa comunicación, límites y reglas, y la inadecuada distribución de roles, entre otras dificultades; las cuales pueden generar problemas a los miembros de las familias, no sólo en el plano psicológico, sino también en el social e incluso en el biológico (Castellón, 2012).

Uno de los modelos explicativos más utilizados en la materia, se relaciona con el “Modelo Circumplejo de Olson” (2000), el cual considera cohesión, flexibilidad y comunicación dentro de sus dimensiones. La primera de ellas, guarda relación con el vínculo emocional que los integrantes de la familia tienen entre sí. Por su parte, flexibilidad se relaciona con la capacidad del sistema para cambiar su estructura de poder, roles, reglas ante situaciones estresantes y de desarrollo familiar. La comunicación, en cambio, facilita el movimiento de la familia dentro de las otras dos dimensiones. Se relaciona con la capacidad de escucha, expresar ideas, respeto

y la consideración mutua (Medellín Fontes, Rivera Heredia, López Peñaloza, Kanán Cedeño y Rodríguez-Orozco, 2012).

En este sentido, se puede mencionar un estudio realizado en Colombia, señala que la percepción de un nivel adecuado de funcionamiento familiar, según el modelo Cincuplejo de Olson, es congruente con la escasa presencia de conflictos de intensidad baja y moderada, y a la vez, estas familias presentarían niveles moderadores de cohesión y flexibilidad. Es decir, el funcionamiento familiar modelaría la frecuencia e intensidad de los conflictos sobre el nivel de satisfacción familiar (Luna ,2012).

Congruente con el estudio anterior, se puede mencionar, el funcionamiento familiar se vincula con las redes de apoyo social percibidas por las familias, ya que una mayor percepción de redes de apoyo familiar, disminuiría la percepción de falta de apoyo, lo cual se relacionaría con mejor funcionamiento familiar (Medellín Fontes, et al., 2012).

Si bien no se ha estudiado el funcionamiento familiar en familia con paciente dependiente de benzodiazepinas, existen algunos estudios en el área de la salud mental, como los de trastornos de conducta alimentaria, que sugieren que las familias con un miembro con este trastorno mental presentarían menor cohesión. Del mismo modo, los hijos percibirían un patrón comunicacional más negativo, expresada en mayores problemas en la comunicación que las familias de población general (Maglio y Molina, 2012).

La literatura ha definido los ítems que se debe evaluar en una familia para caracterizar su funcionamiento como saludable (Gallegos, 2011).

- Adaptabilidad: Se refiere a la capacidad que cuenta la familia para cambiar o modificar sus roles o reglas, secundario a circunstancias ambientales. En caso contrario, genera en la familia una disfunción, ya que provoca una dificultad para encontrar una solución a la situación vital, conllevan un aferramiento a roles, esquema y normas poco funcionales.
- Comunicación: Se refiere a las interacciones o intercambio de mensajes afectivos, informativos o normativos. Esta comunicación para que sea efectiva, debe entregarse de manera coherente y afectiva. Así se evita cualquier proceso de interrelación familiar, que dé lugar a los denominados “mensajes doble vinculares”.

- **Cohesión:** Son los vínculos afectivos o emocionales establecidos entre los integrantes del grupo familiar. Para que sea funcional la cohesión, ésta debe permitir a los miembros expresar afecto a los demás miembros del grupo familiar, sin perder de vista sus propios límites personales.

Por tanto, adquiere bastante relevancia es el rol que debe jugar tanto la familia, como los otros significativos del usuario, ya que cualquier estrategia de deshabitación debe considerar además de los protocolos médicos, la educación al paciente y su grupo nuclear más próximo respecto de la utilidad real de las benzodiazepinas, enfatizando en los efectos beneficiosos exclusivamente en el corto plazo, no más allá de 3 meses. Además, se deben explicar los conceptos de dependencia, entregar apoyo y acompañamiento por parte del equipo médico durante todo el proceso de deshabitación (Pérez y Veas, 2014).

Lo anterior, es compartido por las investigaciones, las cuales señalan que el proceso de deshabitación debe ser un proceso pactado entre médico y paciente, con supervisión médica y con un calendario para la retirada acordado entre ambos, siendo menester el refuerzo y acompañamiento familiar en la deshabitación. Es por eso que cuando una persona inicia este proceso, la familia debe también participar del mismo y no sólo como apoyo o prevención de recaídas, sino porque además se sabe que muchas de estas conductas pueden llegar a ser repetidas en el futuro por los hijos (pautas transgeneracionales), en tanto son percibidas por éstos como formas habituales de comportamiento. Así, visto y desde una perspectiva sistémica, toda la familia está enferma y necesitan curarse. Cuando la familia conoce el proceso de dependencia de uno de sus miembros y se involucra en el tratamiento, el paciente tiene un mejor pronóstico de recuperación (Pérez y Veas, 2014).

Otro modelo explicativo de funcionamiento familiar se relaciona con la Teoría Estructural de Minuchin, la cual conceptualiza a la familia como un sistema que opera a través de interacciones a lo largo del tiempo, estableciendo pautas sobre qué manera, cuándo y con quién deben interactuar los miembros del sistema familiar, lo cual entrega cierta homeostasis al sistema. Por consiguiente, éste conjunto de demandas y expectativas que organiza en el modo qué interactúan los miembros de una familia, es lo que se denomina estructura familiar (Minuchin, 1979).

Minuchin (1979) menciona que la estructura familiar se encuentra constituida por ciertas características específicas a cada familia y otras universales. Entre las reglas específicas o idiosincráticas, se incluyen todas aquellas que cada familia ha ido creando durante el tiempo mediante negociaciones implícitas y explícitas. En cambio, las reglas universales, son de carácter general las cuales gobiernan la organización familiar, entre las cuales se encuentran los roles, límites, jerarquía y comunicación.

De ese modo, el sistema se mantiene, ofreciendo cierta resistencia al cambio mediante la utilización de pautas transaccionales preferidas por la familia. Sin embargo, cuando existen situaciones que alteran la homeostasis, puede conllevar a que los sujetos pertenecientes a ese grupo familiar se culpabilicen unos con otros, emergiendo requerimientos de lealtad y culpabilidad (Minuchin, 1979).

Por consiguiente, la tarea central de la familia se relaciona con la capacidad de responder a los cambios internos y externos, por tanto, debe ser capaz de ajustarse de tal modo que le permita encarar ésta nueva circunstancia vital sin perder el marco de referencia que guía a sus miembros (Minuchin, 1981).

En el marco de la presente investigación y siguiendo los lineamientos de Minuchin (1981), señala que los miembros de la familia pueden verse envueltos en situaciones de estrés, siendo función de la red familiar brindar apoyo mediante la facilitación a la nueva situación vital. A modo de ejemplo se puede mencionar la disminución de la dosis de benzodiacepina, en la cual el grupo familiar debe adaptarse a la nueva situación vital, fortaleciendo la autoeficacia del usuario dependiente a estos fármacos.

A modo de análisis de los principales elementos de la Teoría Estructural se mencionarán los roles, límites, jerarquía, reglas y comunicación familiar, las cuales se desarrollaran en los siguientes apartados.

1.1 Roles Familiares

Los roles familiares son conceptualizados como la posición que ocupa cada persona en el sistema familiar. En este sentido, cada individuo despliega estrategias tendientes a proveer un

lugar en su red familiar, por lo cual puede hacer uso de su tiempo y energía, con la finalidad de alcanzar intimidad y afecto, entre otros. Se menciona que el ser humano adopta múltiples roles, siendo los sujetos más saludables los que pueden mantenerlos de manera equilibrada y armónica (Roizblatt, 2007).

La teoría ha clasificado los roles en 2 grandes grupos:

-Roles Formales: Son aquellos que se reconocen culturalmente, por ejemplo: abuelo, madre, hijo, etc.

-Roles Informales: Los cuales derivan de comportamiento que una persona asume en su familia y que contribuye al desarrollo de su red familiar, por ejemplo: una persona que asume la misión de adoptar decisiones, mediador, etc.

A su vez, en la literatura se distinguen 4 roles informales (Roizblatt, 2007).

- Iniciador: Son los que movilizan las acciones, ya sea en áreas de afecto o poder, estableciendo el contexto de significado para los demás
- Opositores: Reactivo a la acción del inicializador, ya sea redirigiendo, vigilando, etc.
- Seguidores: Se orientan a prestar apoyo emocional o de poder tanto a los iniciadores o bien a los opositores, es decir, tienden a conformar alianzas o coaliciones con alguna de las categorías previas
- Espectadores: No se involucran en la acción directa, obviando la conformación de alianzas o coaliciones.

Por último, la sintomatología deviene cuando estos roles son rígidos y no responde a la nueva circunstancia vital, quedando obsoletos e imposibilitando que el portador del rol adopte otra conducta (Roizblatt, 2007).

1.2 Límites

Se ha mencionado, que la estructura familiar tiene la capacidad de adecuarse a los nuevos desafíos internos o externos, sin perder su consistencia e identidad. Sin embargo, hay

situaciones en las cuales las familias mantienen ciertas pautas que han sido utilizados en el último tiempo (Scarpati, Silva y Silva, 2014).

Es ahí donde entran en juego los límites familiares, las cuales constituyen verdaderas reglas, sobre quiénes participan y de qué manera. Por ello, se menciona que el verdadero objetivo de los límites es proteger el funcionamiento adecuado de la familia, debiendo ser éstos límites claros, permitiendo a los sujetos desarrollarse óptimamente, mediante el contacto con otros subsistemas, es decir, dando cuenta del grado de permeabilidad, y por otro lado, consolidando su unidad, lo cual permite el grado de diferenciación respecto a otros sistemas (Roizblatt, 2007).

Así, los límites son un mecanismo de protección de la familia ante los diversos riesgos del medio exterior, permitiendo la protección de cada subsistema, facilitando el desarrollo de sus funciones

En la definición de la teoría de sistema, se reconocen a los menos 3 tipos de límites, teniendo en cuenta que pueden coexistir más de uno entre los subsistemas de una misma familia. La claridad de los límites es un parámetro importante para evaluar su funcionamiento: (Roizblatt, 2007).

- Límites Claros: Los cuales tienen la peculiaridad de abrirse y cerrarse para permitir o no dejar entrar información del mismo subsistema o del medio exterior. De ese modo, se abrirá ante la información o estímulos que nutran el sistema familiar o bien se cerrará ante circunstancias que impacten negativamente. En este tipo de familias se desarrolla tanto la autonomía como la capacidad de apoyo entre sus miembros.
- Límites Difusos: No están definidos de manera conductual ni comunicacional, por tanto, los miembros del grupo familiar desconocen cuáles son sus funciones dentro del grupo familiar, conllevando en sus miembros la creación de un excesivo sentimiento de pertenencia a expensas de la autonomía individual. Se ha mencionado que, en los sistemas fusionados, los hijos aprenden a depender psicológicamente de sus padres, y pueden tener dificultades para establecer relaciones sociales fuera de la familia.

El riesgo de lo anterior, radica en que ésta difusión de límites se mantenga por un largo tiempo.

- Límites Rígidos: Son límites muy difíciles de alterar, ya que no permiten el intercambio con el medio, imposibilitando su desarrollo. Es muy frecuente apreciar ésta clase de límites en las denominadas familias desligadas, en la cual cada miembro realiza una vida aislada de los demás integrantes de la familia. Lo característico de estas familias, es la gran autonomía de sus miembros a expensa de la conexión emocional.

1.3 Jerarquía

Se ha comentado que para la existencia de un adecuado funcionamiento familiar es central una jerarquía clara y eficaz, en la cual los adultos posean mayor poder que los hijos, estableciendo normas sin perder de vista la conexión emocional con éstos (Minuchin, 1979).

Es por ello, que la jerarquía se relaciona con el nivel de autoridad ejercido en el sistema familiar, lo cual denota su vinculación con el estatus y poder que cada persona posee en su sistema familiar, estando vinculado con la etapa de ciclo vital individual y familiar (Scarpati, Silva y Silva, 2014).

El poder y autoridad que se ejerce está vinculado al rol que se ejerce, por tanto, requiere al interior del grupo familiar una clara definición de reglas claras y predecibles, adecuándose de acuerdo al ciclo evolutivo (Scarpati, Silva y Silva, 2014).

Se mencionan que los hijos también manejan poder dentro de la familia, en algunos casos transformándose en la denominada jerarquía invertida, es decir, la influencia de los hijos a sus progenitores en la adopción de las decisiones del grupo familiar, reflejando así un problema de límites intergeneracionales (Scarpati, Silva y Silva, 2014).

1.4 Reglas Familiares

Son una forma de organización del comportamiento entre los miembros de manera reiterativa en el tiempo. Estas reglas se transforman en patrones de comportamiento de la vida familiar (Scarpati, Silva y Silva, 2014).

Se menciona, las familias que perciben un nivel adecuado de funcionamiento familiar, mantienen un grado de acuerdo explícito o implícito respecto a sus límites y acuerdo respecto a las diferencias relacionales (Scarpati, Silva y Silva, 2014).

No obstante, las reglas generalmente surgen de manera implícita, ya que los miembros no están conscientes de ello, y como consecuencia de ello emanan conflictos. Por ello es relevante, que las normas sean conocidas, ya que permite a los sujetos relacionarse de manera armónica, anticipando las expectativas de los demás integrantes del grupo familiar, por cuanto si un miembro se aleja de la conducta esperada por los demás, surgen los gestos, mensajes como una suerte de aviso ante una conducta interpretada como desviada, procurando encausar su comportamiento hacia lo que está permitido (Scarpatti, Silva y Silva, 2014).

1.5 Comunicación Familiar

Se ha mencionado que la comunicación tiene sentido si es conceptualizada dentro un contexto determinado. La comunicación, permite la construcción del proceso interactivo, por cuanto facilita la creación de los lazos horizontales y verticales, además procura el intercambio de mensajes, afectos y comportamientos (Roizblatt, 2007).

Por tanto, la comunicación es recursiva, ya que todo comportamiento es comunicación el cual influye en los demás, y a su vez es influenciado por los otros significativos. Es por ello, que la sintomatología de un sujeto adquiere relevancia si se analiza dentro del total de las interacciones del núcleo familiar (Roizblatt, 2007).

De ahí que, es relevante que el sistema familiar dé cuenta de una comunicación clara, coherente y afectiva, lo cual facilita la expresión asertiva de los diversos problemas al interior del hogar. Lo anterior permite evitar la denominada comunicación disfuncional, que para este efecto puede ser entendida como el doble vínculo, es decir cuando el mensaje que se transmite es incongruente con la intención comunicativa y el receptor de éste desconoce la real intención del emisor, ya que recibe dos o más mensajes contradictorios (Minuchin, 1979).

2. Teoría Transgeneracional de Murray Bowen

La teoría transgeneracional, se basa en la premisa de la familia como unidad emocional, permitiendo explicar la transmisión de ciertas pautas o conductas de generación en generación. Por tanto, su foco de estudio se relaciona con la repetición de vínculos, patrones relacionales,

patologías físicas-psicológicas, mediante la reconstrucción de la historia de sus ascendientes y descendientes, en el psiquismo individual, como una suerte de “herencia psicológica”, creando inconscientemente una cadena de pertenencia genealógica (Valle, 2014).

Para ésta teoría, los miembros de una familia van creando diversas respuestas, dependiendo del tipo de vínculo entre sí. Así, un concepto relevante para ésta teoría es la diferenciación del sí, la cual menciona que una familia debe tender a la autonomía y funcionamiento independiente de cada uno de sus miembros. Por consiguiente, el nivel de diferenciación básico de un adulto, refleja el nivel heredado y aprendido de sus padres, como una suerte de lealtad invisible respecto a su familia de origen (Valle, 2014).

Sin embargo, la diferenciación del sí no es algo que todos los sistemas familiares consiguen, ya que hay elementos emocionales que pueden influenciar al sujeto en la construcción de una posición similar a la que ocupaba en su familia nuclear, formando lazos de cercanía y relaciones de tipo dependiente, temiendo estas personas ser abandonadas (Vargas, Ibáñez, García y Mendoza, 2018). Para Murray (1979, citado en Vargas et al., 2018) éste tipo de vinculación ha sido denominada indiferenciación del sí fusionada.

De ese modo, una persona indiferenciada del sí, no consigue una separación emocional de su familia de origen, puede tener un impacto en sus niveles de ansiedad, funcionamiento social- familiar y el modo de afrontamiento de circunstancias vitales.

El concepto de diferenciación es relevante a la hora de explicar el modo en que los patrones de convivencia familiar afectan la salud y el desarrollo individual, influyendo en la autonomía decisional para afrontar tareas propias del ciclo vital. Por tanto, la familia puede influir en el desarrollo personal de sus miembros, la cual puede fomentar el desarrollo de la diferenciación u obstruirlo (Vargas et al., 2018).

Es relevante estudiar la diferenciación del sí, ya que un sujeto que se encuentra más diferenciado, posee más recursos psicológicos para afrontar situaciones de estrés y así resolver de manera adaptativa sus problemas. En cambio, una persona indiferenciada, puede adoptar conductas de hiperemocionalidad, afectando sus mecanismos de afrontamiento (Valle, 2014).

Existe un vacío de conocimiento respecto a la transmisión transgeneracional vinculada al área de la salud o psicofármacos, ya que ha predominado en el área de investigaciones

cualitativas, las relacionadas con trauma político de índole psicosocial. Lo anterior, ha sido reportado en una transmisión de diversas pautas, como el silenciamiento, encapsulamiento de la experiencia traumática o evasión como un mecanismo disfuncional de reorganizar la experiencia, por cuanto ésta forma de organización se mantiene en el psiquismo del individuo (Valle, 2014).

3. Teoría ecológica

Al final de los años 70' nace una propuesta de modelo sistémico, efectuada por el psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner, la denominada "La ecología del desarrollo humano", la cual se gesta a partir de la concepción que el entorno en donde se inserta y rodea las personas está conformado por sistemas que reúnen aspecto culturales, sociales y físicos (Bronfenbrenner, 1987).

Para Bronfenbrenner el desarrollo del sujeto tiene cabida en un contexto de relaciones familiares. El desarrollo de la persona, por tanto, se reduce como resultado de factores biológicos, sino que la dotación genética interactúa con el entorno inmediato familiar y, con otras esferas del ambiente (Bronfenbrenner, 1987).

Así la familia no puede concebir como una estructura independiente de otras organizaciones de la sociedad. Es por ello, que desde ésta perspectiva se acentúa la necesidad de reconocer la influencia que ejerce el contexto social en la familia del individuo. Así, bajo esta perspectiva el ser humano se encuentra expuesto a diferentes estímulos que pueden alterar su conducta de forma permanente, lo cual no siempre es positivo, por ello es relevante contemplar el contexto en el cual se desenvuelve, puesto que determinará su comportamiento, y no sólo el contexto próximo, sino que todos los entornos, aun cuando no participe de forma directa en ellos (Alzate, Ocampo, y Martínez, 2016).

Por tanto, la persona crece y se adapta a través del intercambio con su ecosistema inmediato (familia) y ambientes más lejanos, como puede ser el barrio u organizaciones sociales. Para efectos de análisis, según esta teoría la familia es conceptualizada como un ecosistema, es decir como un grupo que interactúa con su hábitat (Alzate, Ocampo, y Martínez, 2016).

Siguiendo la idea, la teoría considera que la homeostasis del sistema se consigue al existir un equilibrio adecuado entre los niveles de estrés y los recursos del sistema. No obstante, ante la ocurrencia de cambios en el seno de la familia y extrasistema, puede conllevar una inestabilidad ecológica, en la que los elementos estresores exceden a la percepción de recursos individuales y familiares para afrontar una determinada situación (Bronfenbrenner, 1987).

Por consiguiente, el ambiente ecológico es concebido como un “conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles”, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Bronfenbrenner denomina a esos niveles el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. Ésta perspectiva, tiene como peculiaridad que sus niveles se encuentran en relación directa, es decir, cuando uno de los sistemas es alterado, este repercute en el funcionamiento de los demás (Alzate, Ocampo, y Martínez, 2016).

Es por ello, que para esta teoría el desarrollo del sujeto se relaciona con una progresiva acomodación entre un individuo activo y sus entornos inmediatos. Pero este proceso, además, se ve influenciado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por contextos de mayor alcance en los que están incluidos esos entornos mencionados. Así el riesgo frente el uso dependiente de benzodiacepina estaría dado por diferentes elementos personales, familiares, sociales y culturales (Bronfenbrenner, 1987).

El primer nivel, denominado microsistema, es el más cercano al sujeto, compuesto por el conjunto de relaciones entre el sujeto y su entorno próximo, siendo el más relevante la familia. La familia sería el principal microsistema, siendo el lugar donde se desarrolla y sociabiliza con otras personas (padres, hermanos, etc). En este nivel es posible establecer roles que determinen cuáles serán las acciones que realizará dentro de un contexto, en el caso de la familia puede ser el rol de hijo/a, padre, madre, etc., con normas y límites muy marcados o difusos, que determinen la forma de relacionarse entre ellos (Monreal y Guitart, 2013).

Se enfatiza la importancia del microsistema en su que su funcionamiento puede promover un contexto efectivo y positivo de desarrollo humano o puede desempeñar un rol destructivo en el curso del desarrollo (Frías, López y Díaz, 2003), por lo tanto, el microsistema es determinante para el fomento de conductas saludables.

La teoría ecológica enfatiza que más allá de los intercambios individuales que realiza el sujeto, el eje central debe estar centrado en la interpretación de la experiencia que logra el individuo de las interacciones y del proceso de socialización que efectúa. Por tanto, bajo esta óptica no basta con centrarse las relaciones más cercanas al sujeto, es decir, no basta con la comprensión del contexto familiar y el contexto laboral, ya que sólo arrojaría una mirada reduccionista del *modus vivendi* del sujeto y no explicaría el comportamiento que ejecuta, por ello es menester observar e intentar comprender como interactúan estos entornos y cómo influye uno sobre otro, de esa forma se obtendrá una mirada más completa del fenómeno del consumo de benzodiacepina (Monreal y Guitart, 2013).

El segundo sistema que compone la teoría ecológica se denominan *mesosistema*, siendo aquel que comprende la interrelación de dos o más sistemas en los que el sujeto participa. La importancia del *mesosistema* radica en la eficiencia de las interconexiones sociales entre los entornos y uno de los factores principales para lograr ese objetivo es la comunicación y la información que se obtenga de cada entorno (Bronfenbrenner, 1987).

La perspectiva ecológica se centra en los cambios perdurables en el modo que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él, por lo tanto para este estudio es primordial este enfoque, puesto lo que perciben los sujetos respecto a los entornos con los cuales se relacionan permitirá conocer el significado que le atribuyen a las experiencias de deshabitación de benzodiacepina, especialmente si la familia puede promover o bien entorpecer tal proceso (Monreal y Guitart, 2013). El *exosistema* y el *macrosistema* refuerzan esta postura puesto que hacen referencia a contextos en los cuales la persona no participa de forma directa, pero las decisiones que se adoptan ahí, tiene influencia en sus vidas. En primer lugar el *exosistema* responde a “uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los que se producen hechos que afectan, o se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno” (Bronfenbrenner, 1987, pág. 65).

El último sistema es el *macrosistema* definido como la correspondencia, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden que existe o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideologías que sustente esas correspondencias (Bronfenbrenner, 1987, pág. 45). En este punto posee gran relevancia la cultura y como los valores culturales influyen en el comportamiento de las

personas, quizás este sistema es uno de los más influyentes aun cuando el individuo no se involucra de forma directa. Por tanto, se ha mencionado que la actual sociedad, exige requerimientos sociales y culturales que exceden la capacidad de adaptación de los sujetos y las familias (Torrigo, Santín, Vilas, Menéndez, López, 2002).

De ahí que se ha mencionado que la conducta del sujeto, en éste caso el proceso deshabitación de benzodiazepina, surge del intercambio del sujeto con el ambiente, y no solamente con la familia sino también con la comunidad. Por ende, esta teoría facilita la visibilización del fenómeno objeto de estudio, ya que el usuario deja de ser considerado consumidor individual, sino que se incluyen los otros que pueden ser recurso de bienestar o bien fuente de desajuste conductual y desajuste entre sus miembros (Martínez, Robles, Utria y Amar, 2014).

4. Contexto social

Por consiguiente, con objeto de continuar la presente ilustración, es menester abordar el contexto social en las cuales se encuentran actualmente los sujetos y la familia. Es por ello, que uno de los principales enfoques teóricos asociados al estudio de la familia, se relaciona con el denominado interaccionismo simbólico (Blumer, 1982), en el cual la unidad familiar interactúa con otras entidades simbólicas, así la interacción cotidiana entre los integrantes del grupo familiar constituye la vida en común de sus miembros. Se menciona además, que las personas no nacen con un sentido de sí mismas, sino que se adquiere mediante la interacción social, y por ello, es relevante el estudio de la familia en la cual surge el autoconcepto e identidad (Arias, Morales, Nouvilas y Martínez, 2011).

De lo anterior surgen los roles, es decir las normas sociales compartidas, las cuales generan un sistema de expectativas asociadas a la posición que ocupa un sujeto determinado.

Actualmente la línea social, liderada por Zygmunt Bauman (1999) postula que la sociedad ha variado desde una en que los valores están definidos y fuertes, a una más inestable, mutable y “líquida”. Por tanto, se plantea que la sociedad ha cambiado desde un mundo de certezas

caracterizada por vínculos permanentes, a otra dominada por la carencia de predictibilidad ambiental y vínculos inestables

Por lo tanto, Bauman (1999) nos hace reflexionar sobre el contexto social imperante, en el cual reina la “inestabilidad”, lo que ocasiona en el sujeto confusión, desconoce qué puede ser sano o patológico, ocasionando que el frenesí de la vida misma se transforme en un factor de riesgo que atenta contra la salud mental del sujeto, una sociedad que atenta contra la ciudadanía y que promueve la individualización, fragmentación, haciendo responsable a cada sujeto de su autosuficiencia. Entes sociales que en tiempos pasados generaban sentimientos de unión y estabilidad, se encuentran en la añoranza, ya que las mismas entidades políticas e ideológicas se encuentran debilitadas por la crisis social imperante (Bauman, 1999).

4.1. Contexto familia rural

En Chile la familia crecientemente se ha instalado como un tema primordial importancia tanto de discurso político como en la perspectiva académica. En efecto, en el contexto de modernización, calidad de vida y desarrollo humano son puntos centrales en las que se intersectan los problemas familiares (Romero, 2012).

Una de las tendencias a destacar en las estructuras familiares rurales se refiere al tamaño del hogar. Al igual que en diversos países occidentales, ha acaecido una etapa de transición demográfica, en la cual el hogar rural decrece de forma paralela a la fecundidad, lo cual estaría vinculado al aumento de la instrucción educacional y la modificación del rol de la mujer. En efecto, hoy las familias rurales tienen menos hijos y se nuclearizan, por ejemplo, en aquellas mujeres que se han incorporado al mercado laboral. Antes las familias rurales se caracterizaban por ser numerosas, hoy en día esa tendencia se ha revertido (Romero, 2012).

Por otro lado, se evidencia un incremento del bienestar de los hogares rurales y de los miembros del grupo familiar. Lo anterior es atribuido, a la reducción de los niveles de pobreza y al acceso a la educación. En términos educacionales, se evidencia un aumento de los niveles de escolaridad, prolongándose la permanencia de los jóvenes en el sistema educativo. Este bienestar se vislumbra en el acceso a servicios básicos y equipamiento del hogar, los

cuales se fundamentan en las nuevas pautas de consumo, sustentadas en el crédito. Sin embargo, aún persisten brechas con sectores urbanos, especialmente en el área de tecnología y el acceso a flujo de información ofrecido por las redes (Fawaz y Soto, 2012).

Se puede observar que tendencias asociadas a la ciudad, también emergen a nivel rural, las cuales coexisten y mezclan con rasgos propios de la ruralidad tradicional (Fawaz, Soto y Zicavo, 2014).

Se ha tendido uniformar lo que se entiende por familia desde la mirada urbana. Desde esta concepción se han establecido parámetros de estructura y organización familiar, roles asumidos por sus miembros, relaciones de poder, entre otros temas.

El análisis de la familia contemporánea ha incorporado como objeto de estudio la dinámica intradoméstica, colocando el énfasis en la familia como proceso es decir cómo la familia está afectada en su forma y contenido por factores socioambientales y ecológico (Romero, 2012).

Para abordar a la familia rural es elemental asumir temáticas propias de la territorialidad y aspecto de identidad cultural, es decir, la particularidad histórica, sociales y culturales que tienen una realidad propia y una forma de relacionarse con la sociedad (Fawaz y Soto, 2012).

Es por ello que las familias rurales se caracterizan por vivir en territorios con densidad poblacional baja, con prolongada presencia de generaciones, por tanto con importantes relaciones de parentesco de parentesco asentadas en el lugar, con identidad ligadas al trabajo y relación con la tierra, entendida hoy a actividades de servicios como forma de integración a los procesos de modernización social (Fawaz, Soto y Zicavo, 2014).

En definitiva se aprecia una nueva ruralidad que entrelaza aspectos propios de la globalización con las condiciones peculiares de la territorialidad, pero a la vez presenta elementos de continuidad con la ruralidad tradicional, es decir, el predominio de actividades de producción extractivas, condiciones socioeconómicas más desfavorable en comparación al mundo rural (Fawaz y Soto, 2012).

5. Factores Psicológicos

Se ha mencionado que el ser humano se compone de factores biológicos, sociales y psíquicos. Es por ello, que no se puede comprender el proceso de salud- enfermedad escindiendo alguno de estos tres elementos. Así, la noción de salud involucra tanto bienestar físico, como mental y emocional, y que las variables psicológicas y sociales descritas, son importantes en la construcción de la enfermedad.

Algunas dimensiones psicológicas que pueden influir en el bienestar y que a la vez pueden explicar la utilización de benzodiazepinas en los sujetos, se relaciona con la percepción de estrés y las creencias o pensamientos. Estos elementos serán desarrollados en los siguientes apartados.

5.1 Estrés

En éste mundo social volátil y cambiante ha permitido en el diario vivir el fenómeno del estrés, siendo descrito por un cumulo de emociones de carácter aversivo, las cuales estarían relacionadas con exigencias del medio que enfrenta el sujeto.

El estrés es un proceso que tiene características positivas puesto que permite al sujeto adaptarse a los cambios del ambiente, y también presenta un componente negativo, ya que puede ser precursor psicológico de manifestación de enfermedades fisiológicas adicciones a diversas sustancias, entre ellas dependencias a fármacos (González y Landero, 2008).

Actualmente, un modelo que se puede destacar en esta materia se relaciona con la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (2000, citado en González y Landero, 2008), el cual menciona que este fenómeno es de carácter interactivo entre el sujeto y su entorno. Por tanto, el medio o determinados eventos no son en sí mismo estresantes, sino que es la interpretación o relación que establece el sujeto con su entorno próximo, la que puede originar la experiencia estresante, amenazando el bienestar percibido por el individuo. Es así, que la presente teoría tiene acentuación en los factores ecológicos y también en aspectos psicológicos, como la valoración del sujeto y los mecanismos de afrontamiento del estrés.

La valoración es conceptualizada como las estimaciones que realiza el sujeto de sus propias habilidades y recursos personales, respecto a la situación que debe enfrentar. Cabe mencionar, que los recursos estarían determinados por las experiencias personales en situaciones similares, lo cual determina el tipo de respuesta a dicha situación estresante. Estas valoraciones pueden ser reevaluadas por el sujeto, lo cual implica una retroalimentación con la situación vital, conllevando a una reinterpretación de la situación desencadenante (González y Landero, 2008).

Los mismos autores, mencionan que los estresores pueden o no ser advertidos por los sujetos, en función de la valoración que el sujeto hace de su propia autoeficacia y la valorización del apoyo social percibido y de la situación (como amenazante). En base a esto, las personas adoptan las denominadas “estrategias de afrontamiento”, previa respuesta de carácter fisiológico o emocional en el sujeto (González y Landero, 2008).

El afrontamiento al estrés se refiere a las estrategias utilizadas por el sujeto, con el objeto de reducir la tensión causada por las situaciones estresantes. Lo anterior no implica modificar por completo una situación estresante, sino más bien enfocarla de una manera adecuada por el sujeto, de modo de que la persona la pueda tolerar o minimizar. Del mismo modo, este modelo plantea el determinante personal como relevante, ya que menciona que el fenómeno del estrés ocurre cuando la persona cree que no puede afrontar bien el estímulo estresor. Se han planteado 6 modos de afrontamiento (Collredo, Aparicio y Moreno, 2007).

- Confrontacional: Estilo directivo, centrado en la solución del foco problema.
- Distanciamiento: La persona realiza esfuerzos por alejarse de la situación adversa, como no mirarla con seriedad.
- Autocontrol: La persona controla sus propias reacciones emocionales y las conductas que derivan de ella.
- Búsqueda de apoyo social: Centrado en obtener apoyo social, información o aceptación por parte de los demás.
- Aceptación de la responsabilidad: Reconocer la responsabilidad en la generación, mantención y solución de los problemas.
- Escape-evitación: Comportamientos que tienden a evitar una situación previamente evaluada como amenazante.

Entre los determinantes de los mecanismos de afrontamiento se mencionan los siguientes (Barra, 2003).

- Salud y energía: El bienestar físico es una condición relevante cuando un sujeto debe afrontar algún problema.
- Creencias positivas: Se refiere al factor esperanza, las cuales pueden influir en el proceso de valoración y de afrontamiento.
- Habilidades de resolución de problemas: Se refiere a la habilidad de buscar información, analizar e identificar la situación problemática, las cuales dependen en gran medida de las experiencias previas.
- Habilidades sociales: Se refiere a la capacidad de expresar y solicitar apoyo, e interactuar de manera funcional en el ámbito social. Así las relaciones sociales valoradas como positivas, facilitan el ajuste del individuo a situaciones percibidas como problemáticas. (Barra, 2003).



5.2 Creencias

Tal como se ha abordado en el diagrama anterior, uno de los factores que facilitan el proceso de valoración y afrontamiento, se relaciona con las creencias, es decir, las estructuras cognitivas rígidas y duraderas, que son muy complejas de cambiar mediante la experiencia (Arias, Morales, Nouvilas y Martínez, 2011).

Se ha mencionado, que estas mismas creencias pueden ser irracionales, siendo frecuente en los sujetos mencionar que acabar con el consumo de drogas o fármacos producirá una serie de efectos secundarios intolerables, como por ejemplo, un descenso en las habilidades interpersonales. Estas creencias se centran en la anticipación a estados de privación de la sustancia, como una manera de buscar alivio o resolución a sus problemas, aumentando así la autoeficacia en el sujeto (Vargas, Londoño, 2016).

No obstante, identificar el tipo de creencia dificulta los procesos, ya que los sujetos las normalizan y de ello, dependiendo de cómo el sujeto interpreta la realidad circundante, puede conllevar en el sujeto estados ansiógenos o disfóricos (Vargas, Londoño, 2016).

En investigaciones de drogodependencia, se señala que la modificación de las creencias básicas que adopta el individuo se correlaciona con un menor nivel de craving (impulso de consumo de drogas). Del mismo modo, estos estudios establecen que a mayor tiempo de abstinencia, el sujeto experimenta menos craving, y por consiguiente aumenta el control de la ansiedad (Vargas, Londoño, 2016).

En el ámbito de la psicología de la salud, si bien el modelo de creencias en salud data de comienzo de 1950, continúa utilizándose en gran parte de los programas gubernamentales. Éste modelo, parte de 3 premisas fundamentales (Ortiz y Ortiz, 2007), a saber:

- Grado de motivación e información que disponga sobre su propia salud
- Autopercepción amenazante: el sujeto sostiene que es vulnerable al estímulo aversivo, por lo cual adopta acciones que la persona presume, y así pueda prevenir la enfermedad.
- Por último, la persona según la balanza decisional adopta una conducta final, que no le signifique demasiada dificultad.

En base a estos 3 factores, de manera simultánea, el sujeto puede adoptar una conducta. Así en el caso de las benzodiacepinas, un sujeto determinado en vista de verse sumergido en un problema, adopta según su balanza decisional, iniciar un tratamiento medicamentoso, con objeto de restaurar su homeostasis emocional (Ortiz y Ortiz, 2007).

6. Construcción del concepto salud-enfermedad

Cuando una persona padece alguna molestia o dificultad en salud, los demás miembros de su red social de apoyo, generalmente se percatan, aun cuando no existen molestias físicas, ya que las personas actúan de manera diversa a lo habitual. Sin embargo, en el área de salud mental, mientras algunos usuarios acuden de manera inmediata por más leve que sea la sintomatología, otros en cambio, se rehúsan a la ayuda médica o bien inician tratamientos medicamentosos autotutelados, sin prescripción de un facultativo. Lo anterior, explicaría el alza sostenida en el tiempo de la automedicación. Por tanto, estas diversas formas de reacción frente a la aparición de un problema de salud, tendrán diversos efectos (Torrens, Ortuño, Guerra, Esteva y Lorente, 2015).

Uno de los factores que las investigaciones han resaltado en relación a la adherencia a los tratamientos médicos, se relaciona cómo el sujeto va construyendo su constructo de salud-enfermedad, la cual no puede conceptualizarse fuera de su marco cultural, puesto que los valores, roles, representaciones y expectativas de los sujetos van configurando lo que cada persona entiende del proceso salud-enfermedad. Cada sociedad y familia resuelven cómo cuidar la salud, y cómo recuperarla, siendo un proceso dinámico, no sólo desde la experiencia personal; sino también, en relación con el contexto que la define. Así las características socio-familiares facilitan la interpretación de los diversos comportamientos adoptados para el cuidado de la salud (Sacci, Hausberger y Pereyra, 2007). Relacionado con lo anterior, diversos estudios destacan en el sujeto la relevancia del apoyo percibido como elemento protector de salud mental, ya que la sola presencia de relaciones significativas y estables en el tiempo inciden en el mecanismo de afrontamiento del estrés (Vivaldi y Barra, 2012). Lo anterior, refuerza la necesidad de continuar abordando éste objeto de estudio, pero desde otra óptica, obviada en los estudios en la materia; es menester incluir la variable “familia” y el “contexto social”.

Del mismo modo, se ha mencionado las denominadas “conductas de enfermo”, las cuales se relaciona con aquellas representaciones mentales, cuando el sujeto se define a sí mismo como un sujeto enfermo o bien cuando le han detectado alguna enfermedad. Algunos de los aspectos estudiados por la psicología, guardan relación con la adopción del rol de enfermo, con el objeto de alcanzar alguna ganancia secundaria, entre las cuales se puede mencionar la liberación de algunos deberes, recibir mayor atención o evitar ciertas responsabilidades (Barra, 2003).

Cabe consignar, que la autoeficacia, es decir, la representación que realiza el sujeto respecto a sus habilidades para desarrollar una actividad que les permita alcanzar una serie de objetivo, es sumamente importante. Por consiguiente, el sujeto puede utilizar estrategias de afrontamiento de carácter evitativo, las cuales tienen como características pensamiento culpógenos, o bien estrategias dirigidas hacia la curación, las cuales están centrada en buscar apoyo social percibido, con un estilo resolutivo centrado en la solución de los problemas (Barra, 2003).

Otro aspecto relevante reconocido por las investigaciones en el área, se relaciona con la importancia terapéutica entre los facultativos y pacientes durante todo el proceso de recuperación de la salud, ya que los pacientes le confieren relevancia, en el área de atención primaria, puesto que éste médico no sólo evalúa síntomas, sino que puede intervenir de manera contextualizada ya sea a nivel individual o familiar (Barra, 2003).

Entre las variables estudiadas se menciona la comunicación verbal y no verbal que debe existir entre el facultativo y el paciente, destacando aspecto de horizontalidad, respeto y comprensión holística hacia la figura del usuario, de modo que faciliten la adherencia del sujeto a un tratamiento medicamentoso. Así los aspectos de competencias socioafectivas de los profesionales, son muy relevantes, existiendo una alta relación entre la calidad percibida y la satisfacción del usuario por una parte; y por otra parte, la habilidad del facultativo para comunicar afectos positivos en su conducta, en usuarios pertenecientes a estratos sociales más bajos (Ortiz y Ortiz, 2007).



7. Benzodiazepina

Desde la antigüedad se han utilizado distintos mecanismos para causar sedación en los sujetos. La Psicofarmacología se hizo cargo de este fenómeno con la creación a comienzo de la década de los 50' de los denominados "barbitúricos", los cuales padecían 2 grandes dificultades: mayor riesgo de adicción que las posteriores benzodiazepinas y un elevado riesgo de mortalidad en caso de sobredosis (Sierra, Fernández, Luna y Buela, 2013).

Para corregir estos efectos y debido a la alta demanda existente por esta clase de fármacos, el laboratorio La Roche en 1954, mediante el doctor Sternbach comienza a investigar un nuevo fármaco que reemplazara a los barbitúricos. Finalmente, en 1957 se crea la primera benzodiazepina denominada clordiazepóxido, siendo aprobada por la FDA estadounidense en 1960. El término benzodiazepina proviene de su estructura química, ya que están compuestos por un anillo de benceno unido a un anillo de diazepina. En 1963 se comercializó la segunda benzodiazepina, el denominado diazepam. Desde esa fecha se encuentra en el mercado más de 30 compuesto en el mercado. Ya en 1970 esta clase de fármacos desplazan a los barbitúricos, puesto que se han caracterizado por ser un medicamento seguro y rara vez letales en caso de

sobredosis, a excepción de su combinación con alcohol. A finales de esta década, el número de recetas de benzodiacepina se incrementó alcanzando en Gran Bretaña un 6,5% de los medicamentos prescrito por los médicos generales. El éxito de estos fármacos estaba dado por el alto riesgo que padecían los barbitúricos, medicamentos utilizados por las personas para disminuir la ansiedad flotante. Además, se menciona en la literatura, ya en la década de los 50, comienza un alza explosiva de los trastornos mentales, como una forma de enfrentar las secuelas emocionales de los periodos de guerra vividos en Europa y Norteamérica (Sierra, et al., 2013).

Si bien hay un alto número de benzodiacepinas, la distinción entre ellas radica en el tiempo de acción de cada una de ellas, distinguiéndose las de ultra-corta, corta, mediana y larga duración, radicando la decisión de utilizar alguna alternativa, secundario a los efectos deseados en el paciente, ya sea como inductor del sueño (hipnótico), ansiolítico o bien anticonvulsivante (Vicens y Fiol, 2008).

Su consumo es por vía oral, pudiendo también ser administrada por vía intramuscular e intravenosa. La duración del efecto puede extenderse de 2 a 74 horas, clasificándose en las siguientes 4 categorías (Vicens y Fiol, 2008).

- Compuestos de duración ultra-corta, con una vida media menor de 6 horas.
- Compuestos de duración corta, tienen una vida media menor de 12 horas y tienen escasos efectos residuales al ingerirse antes de dormir, aunque su uso regular puede conducir a insomnio de rebote e hipersomnias.
- Compuestos intermedios, tienen una vida media entre 12 y 24 horas, pueden tener efectos residuales durante la primera mitad del día y el insomnio de rebote tiende a ser más frecuente al discontinuar su uso. Se presentan también síntomas de abstinencia durante el día con el uso prolongado de esta clase de benzodiacepinas.
- Compuestos de acción larga, tienen una vida media mayor de 24 horas (Vicens y Fiol, 2008).

Así este tipo de fármacos es utilizado en trastornos de ansiedad, insomnio, aunque también son prescritas como relajantes musculares y en proceso de deshabitación del alcoholismo. Entre sus beneficios se encuentra la rápida acción terapéutica en las en comparación a otros

tipos de psicofármacos, como los antidepresivos o neurolépticos (Vicens y Fiol, 2008). Cabe mencionar que, todas las benzodiacepinas tienen propiedades sedantes en mayor o menor proporción, lo cual significa que facilitan la iniciación del sueño y reducen la atención sostenida mediante la mejora del neurotransmisor GABA, conllevando a que el cerebro se encuentre más tranquilo (Sierra et al., 2013).

No obstante, lo anterior, según López, Aroche, Bestard, Ocaña (2010) la farmacodependencia se ha transformado en una nueva forma de adicción, como consecuencia de la reiterada utilización de fármacos con objeto prevenir o aliviar algún malestar, que sin embargo conlleva a dependencia física y/o psíquica en el individuo.

Olivera (2009), menciona que la utilización y prescripción de benzodiacepinas conlleva un potencial riesgo de abuso y dependencia, ya sea por uso inadecuado, aún siendo prescrita en un tratamiento médico, posee una potencial dependencia más elevada que otros medicamentos.

Entre los efectos secundarios descritos por la literatura está la dependencia al fármaco, por lo cual se sugiere una disminución gradual del fármaco, ya que disminuirá las molestias que acompañan a la deshabitación del medicamento, entre las cuales se pueden mencionar: somnolencia, disminución atención - concentración y memoria de corto plazo. Del mismo modo, las investigaciones han mencionado la imposibilidad que una mujer embarazada continúe su tratamiento con esta clase de fármacos, ya que podría aumentar en la gestante la posibilidad de defectos congénitos (Bejarano et al., 2008).

Así García, Gero, Hinajeros, Rodrigo y Olivares (2012) concuerdan con lo anterior, ya que describen al proceso de deshabitación de benzodiacepina, debe conceptualizarse por tal, como la retirada gradual del fármaco, iniciándose en primera instancia, con la disminución paulatina en 2 a 3 semanas del 10% a 25% de la dosis. Sin embargo, la duración media del tratamiento deshabitación puede durar bastante tiempo, sobre todo en la población adulto mayor, grupo etario más riesgoso, ya que se potencian los efectos secundarios. Estudios longitudinales han arrojado que en pacientes de 6 a 9 años seguimiento, aún más de la mitad continúa con prescripción de benzodiacepina (García, et al., 2012).

Una estrategia utilizada es reemplazar paulatinamente las benzodiazepinas por algún medicamento de tipo hipnótico, los cuales poseen una estructura de composición diversa a las benzodiazepinas. Si bien, en su inicio se promocionaron como una clase de fármacos más seguro que las benzodiazepinas, aún las investigaciones no son concluyentes, por ello se ha recomendado utilizar ésta clase de fármacos en dosis bajas, restringidas en el tiempo, y a la categoría de insomnio agudo. Del mismo modo, se han utilizado antidepresivos sedantes, como la Trazadona o Amitriptilina, sin embargo sus efectos son de menor intensidad que los hipnóticos y benzodiazepinas (Bejarano, et al., 2008).

Complementando lo anterior Aguiluz, et al., 2018 presentan en su artículo de revisión narrativa a 30 estudios de habla inglesa, una propuesta de intervención para deshabitación de benzodiazepina, la cual consta de las siguientes etapas:

- Restricción dación de benzodiazepina hasta un plazo de cuatro semanas. Una vez cumplido el plazo mencionado, entregar al usuario una carta donde se sugiere la disminución de un 25% de la dosis en una pauta.
- Posteriormente se realiza consejería con orientación a reforzar cese progresivo de uso de estos psicofármacos, siendo abordado también por especialista por psicoterapeuta.
- En caso de usuario que no estén orientados al cambio, se requiere escuchar y dar respuestas a sus inquietudes o miedos, además de explicar que el proceso de retirada de benzodiazepina es más bien lento e individualizado, resaltando los beneficios y los riesgos de la utilización de estos psicofármacos. Si el sujeto no se siente capaz de dejarlo completamente, se debe alentar para reducir su consumo.
- Paralelamente, incluir otros fármacos en el esquema del paciente, como Paroxetina, Melatonina o Carbamazepina. En caso de sujetos refractarios, derivar a especialista.

En adición a lo antes señalado, Azparren y García también plantean que se debe iniciar la deshabitación a las 4 semanas de su prescripción. También sugieren una reducción más lenta a medida que se alcancen dosis más bajas. Recomiendan además un proceso que tiene como duración entre las 4 semanas a los 6 meses, aunque en la retirada total puede durar un año en algunos casos. Además de ello, promueven la utilización del refuerzo positivo, con objeto alentar y tranquilizar a la usuaria una vez que se comience con la retirada gradual. Se debe

contemplar la aparición de sintomatología ansiógena, por ello sugieren terapia cognitiva conductual o de relajación para reducir la posibilidad de que el individuo abandone el tratamiento. Por último, expresan que el objetivo central de este proceso es dotar nuevamente del control al usuario, adaptando el ritmo de la retirada del medicamento de manera casuística.

Por su parte, Yates y Catril (2009) mencionan el rol predominante del médico general en la prescripción de benzodiacepina, ya que también lo utilizarían para otras patologías no psiquiátricas. Además de ello, se menciona su rol como primer profesional médico que concurren los pacientes cuando sufren alguna afección. Lo anterior, es concordante con investigaciones en España, por ejemplo, el estudio presentado por Torrens, Ortuño, Guerra, Esteva y Lorente (2015) los cuales exponen que en dicho país son los médicos generales los que conocen en primera instancia los síntomas ansiosos o de privación del sueño, mencionando que en un 52% realizan técnicas de higiene del sueño. No obstante, en un 73% prescriben algún tipo de hipnótico o benzodiacepina. Estos autores también agregan en su estudio, como otras de las principales causas en la alta tasa de utilización de benzodiacepinas, se relaciona con el estrés percibido por los usuarios. Así triangulando datos, se puede mencionar un estudio realizado por la Universidad Adolfo Ibáñez (2008), mediante una muestra de 807 sujetos, el cual concluyó que uno de cada cuatro personas sufre algún grado de estrés, siendo relevante el porcentaje en dueñas de casa, alcanzando un 41,1%.

Lo anterior, se puede relacionar con el estudio planteado por De Carvalho y Da Silva (2011), quienes plantean desde un enfoque cultural-biológico la normalización de la etiqueta cultural respecto a las mujeres, calificándolas como “nerviosas”. En cambio, sostienen que los hombres tienen válvulas de escape socialmente validadas, como el alcohol y una mayor utilización de tiempo con amigos. Por otra parte, aluden que en muchas culturas el hombre está sujeto a menos demandas ambientales, como la crianza de los niños y labores domésticas. A raíz de lo anterior, explican que la utilización del Clonazepam en algunas ciudades de Brasil sea 3 veces mayor en mujeres que en hombres.

Por otro lado, una investigación nacional de la Pontificia Universidad Católica de Chile, expresa que el 6,9% de los estudiantes de medicina de la mencionada casa de estudio, han consumido alguna vez en su vida algún tipo de benzodiacepina. (Romero, Santander, Hitschfeld, Labbé y Zamora, 2009). Por otra parte, otro estudio realizado por la Universidad

de Burdeos y el Hospital Universitario de Montreal, exponen que prescribir estos fármacos por un periodo extenso en el tiempo, puede aumentar el riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer hasta un 51% (Moride, Kurth, Verdoux, Tournier y Bégau, 2014).

Por su parte Moride, Kurth, Verdoux, Tournier, Bégau (2014) explican como causa de la masiva utilización de benzodiazepinas en los miembros de una familia, cuestiones de índole social, ya que se ha registrado un elevado incremento del diagnóstico de patologías de salud mental, provocados por una sociedad competitiva y vinculada al consumo. Asimismo, es cada vez más frecuente la prescripción de analgésicos y tranquilizantes que permitan al individuo funcionar en su entorno próximo. Así estos fármacos facilitan el funcionamiento dentro de la sociedad moderna, porque ayuda al proceso de adaptación del sujeto a las exigencias del orden social preestablecido. Su tarea consiste, en apoyar el cumplimiento del rol asignado a cada individuo.

Pérez y Veas (2014), plantean que uno de los principales usos de las benzodiazepinas se relacionan con el control de la ansiedad flotante. No obstante ello, plantea que los síntomas de abstinencia, es decir, cuando los usuarios no poseen los medicamentos, puede conllevar aumento de dosis, secundario a la automedicación. Además, hacen énfasis a las características de personalidad y la vivencia de algún episodio depresivo. Sin embargo, subrayan que en muchos diagnósticos de salud mental, no se justifica la utilización prolongada de benzodiazepinas en los usuarios. Por otra parte, estas autoras hacen énfasis que los primeros síntomas de dependencia surgen tras los primeros 3 meses de consumo habitual del fármaco, aunque sea utilizado en dosis bajas. Además de ello, plantean que el tratamiento de deshabitación de benzodiazepinas debe realizarse en nivel de atención primaria de salud, debido a la cercanía del entorno familiar y social con el paciente.

Si bien las investigaciones hacen énfasis que las condiciones estructurales en atención primaria propician la prescripción de benzodiazepinas (control médico de corta duración), debido a la falta de evaluación necesaria. Sin embargo, otra causal del uso indiscriminado de Clonazepam en bastantes sectores del país, se debe al denominado “mercado negro”. Por ello, las autoras sugieren un exhaustivo control al igual que las denominadas drogas duras (Pérez y Veas, 2014).

Por su parte, Moore, Gómez, Kurt y Vargas (2010), mencionan la relevancia de la comunicación médico-paciente, especialmente en la eficiente adherencia del paciente al tratamiento farmacológico, propender la construcción de una red de apoyo hacia el usuario, así el foco está centrado en la relación entre ambos. Sin embargo, destaca que el actual sistema de salud tiene su prioridad en la “eficiencia numérica”, lo cual genera consultas breves con objeto mantener el eje atención.

Por otra parte, un foco de atención en paciente con dependencia de benzodiacepinas, es el estigma percibido por el mero hecho de ser pacientes de salud mental. Así Mercado y Briceño (2014), explica que la sociedad trata de excluir los adictos del colectivo, ya que se les atribuye connotación negativa a su integridad, descartándolos implícitamente de la sociedad.

En la misma línea, López et al. (2008), describe que si bien destacan la estigmatización en pacientes ansiosos o depresivos, no tiene la misma intensidad que usuarios diagnosticados con esquizofrenia, en la cual se etiqueta a la persona como “enfermo mental”, también ocasiona en ellos la dificultad de acercarse a los profesionales en el área, por temor a ser excluido de la sociedad.

Además de lo anterior, se puede mencionar un estudio de corte cuantitativo, el cual tenía por objetivo describir la población según el tipo de consumo de los usuarios inscritos en centros de salud de atención primaria en España, el cual determinó que un 73% de los usuarios dependientes de benzodiacepinas tienen sobre 65 años de edad, y en un 75% se encontraba adscrito a un centro de salud del mundo urbano, por lo cual el estudio concluyó que más avanzada es la cantidad de años, mayor es la posibilidad de ser dependiente de ésta clase de fármacos. Entre las aparentes causas esbozadas, mencionan la mayor prevalencia de trastornos mentales en mujeres, además que éstas frecuentan más los servicios de salud (Bejarano, et al, 2008).

En consonancia con lo anterior, se puede mencionar un estudio español que podría acercarse a nuestro objeto de investigación, el cual establece una relación directa entre el aumento de consumo de benzodiacepinas con el aumento de edad, acentuándose en los adultos mayores. Sin embargo, no se logró establecer una relación estadísticamente significativa entre AVE (accidente vascular encefálico) y disfunción familiar, respecto al aumento de benzodiacepinas (Pérez, Morán, Carreño, Suárez y Cámara, 2008).

Por último, los estudios en el área, sólo hacen referencias a unidad de observación del “individuo”, formulando protocolos de retirada paulatina de las benzodiacepinas, educación a los pacientes, alianza terapéutica equipo tratante-usuario y terapias en el ámbito de la psicología (García et al., 2012). También las investigaciones concuerdan el rol estratégico en la prescripción y en la cercanía que mantiene hacia las familias, el médico de familia en Atención Primaria (Vicens y Fiol, 2008).



Capítulo II: Metodología

2.1 Diseño de la investigación

El diseño de investigación de este estudio es cualitativo, de enfoque “fenomenológico”, lo que permitirá conocer los significados o experiencias de quienes participan de un fenómeno, reconstruyendo la realidad tal como la observan los actores de un sistema social, postulando además que esa realidad la definen los individuos mediante las interpretaciones que realizan de su propia realidad. En este caso, se trata de comprender el conocimiento de carácter situado de los usuarios en proceso de deshabituación de benzodiazepina pertenecientes al Cesfam David Benavente, Ninhue. Así, la tarea del investigador/a es señalar la vivencia o experiencia del fenómeno en cuestión, tal como lo expresan los participantes de la investigación, sin interponer su propia experiencia personal a los participantes (Flick, 2004).

Desde la fenomenología, se utilizará los postulados de Alfred Schütz (1974), según el cual la tarea primordial de quien investiga, es comprender el sentido que le asigna el sujeto a su acción en su realidad, definida esta, como un mundo en el que los fenómenos están dados, sin importar si son reales o imaginarios. Por otra parte este autor expresa que la configuración del sujeto está sometida en parte por la intersubjetividad, y en relación al otro el individuo construye estructuras sociales y categorías, por tanto, el mundo intersubjetivo puede ser entendido como un universo de interpretaciones compartidas sin el cual no entenderse la reproducción de la misma realidad social. Lo anterior es relevante, ya que la tarea central de la investigación es precisamente conocer la percepción de funcionamiento familiar de un sujeto que se encuentra en proceso de deshabituación de benzodiazepina, cómo éste sujeto puede tener o no influencia de su red familiar al momento de iniciar un proceso de retirada de fármacos.

2.2 Participantes en el estudio

La selección de los participantes será utilizando el criterio de caso típico, es decir, se escogerán casos característicos para el promedio de los casos (Flick, 2004). También se

incluirá caso desviante, según lo informado por actores claves (equipo Prosam Cesfam David Benavente, Ninhue). Los casos fueron seleccionados por su trascendencia y aporte al problema de investigación siguiendo principios específicos del enfoque fenomenológico, esto es, (a) viven la experiencia que investigada; (b) tienen la capacidad de manifestar sus sentimientos abiertamente y (c) poseen la disposición a aceptar y relatar su experiencia (Flick, 2004). Lo anterior, guarda relación con el principio o criterio maestro de muestreo denominado “competencia narrativa”.

En cuanto al tipo de muestreo, se utilizará de tipo intencional, opinático, selección de participantes a partir de criterios estratégicos, ya que el objetivo del estudio no es la persecución de leyes generales, sino más bien comprender el fenómeno por los actores principales (Flick, 2004).

Entre los criterios de inclusión de la muestra, se puede mencionar disminución de la ingesta de benzodiazepina en el último año calendario 2018 (bajo controles en atención primaria Ninhue), además de la mayoría de edad (18 años) y que la persona se encuentre capacitada para transmitir su experiencia (Excluye usuario con diagnóstico “Retraso Mental” o “Trastorno Mental Severo”). Lo anterior es concordante con el enfoque “Fenomenológico”.

Por último, el contexto en que se desarrollará la presente investigación corresponde a un área rural, ubicado al norte de la región de Ñuble. En este lugar existe una alta tasa de adultos mayores, dispersión geográfica entre cada inmueble, siendo casi la totalidad de los usuarios atendidos en el nivel primario de atención, donde son los médicos generales los que prescriben benzodiazepina.

2.3 Trayectoria temporal de la Investigación

La trayectoria temporal de la investigación corresponde al tipo transversal, ya que la recogida de datos se efectuó durante el mes de Diciembre del año 2018. Por tanto, no se pretende realizar un seguimiento de usuarios en el tiempo, tal como ocurre con los estudios longitudinales (Flick, 2004).

2.4 Alcance de la investigación.

El alcance de esta investigación responde a la tipología de carácter exploratoria-descriptiva, pues cumple con la descripción propuesta por Hernández, Fernández y Batista (2010) los cuales señalan que esta clase de estudio “se realiza cuando el objetivo principal es examinar un problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen dudas o no se ha abordado antes” (p.79).

Tal es el caso del problema de investigación, pues mediante la revisión bibliográfica no fue posible evidenciar estudios que reporten sobre la percepción de funcionamiento familiar en usuarios que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiazepina situados en contexto rural. De ese modo, los resultados de la presente investigación, pueden resultar valiosos, ya que obedecen a un primer acercamiento a este tipo de fenómenos, así los hallazgos permitirán ir profundizando en el conocimiento de esta temática.

2.5 Estrategia de Recolección de Datos

La estrategia de recolección de datos será mediante entrevistas semiestructuradas, ya que permiten una conversación abierta, no directiva, que facilita una narración fluida de los acontecimientos de la vida, los aspectos transgeneracionales o bien de su inicio en salud mental; por su parte, el entrevistador debe mantener la atención con el objetivo de guiar al participante a expresar sus vivencias (Flick, 2004). Este instrumento se centrará en las características familiares, personales y categorías socioculturales de los usuarios. De ese modo, permitirá recabar a cabalidad antecedentes relevantes de los sujetos de investigación, quienes mediante su relato proporcionarán información valiosa que reportará a los objetivos planteados en el estudio.

Tal como lo indica Martínez (2009) en las investigaciones de corte cualitativo se aplica la entrevista en la cual se requiere la confección de preguntas demográficas, una generadora, y posteriormente preguntas que aborden los objetivos de la investigación, a partir de un guion temático, el cual permite a quien entrevista seguir una orientación para implementar dicha técnica (Ver Anexo 1). Por tanto, se utilizarán entrevistas para cada uno de los casos en

estudio, las cuales serán transcritas, procesadas y analizadas en base a las unidades de sentido emergentes del discurso de los sujetos participantes en la investigación.

En cuanto al tipo de información, éste corresponderá a uno de tipo “primario”, ya que los datos serán recogidos por el propio investigador. Por cuestiones legales, no se puede acceder a la “ficha clínica” del usuario, regulado en la Ley de derechos y deberes del usuario, año del 2011, por lo que este proceso se realizó solo desde la entrevista como técnica de recogida de información.

2.6 Procedimiento de acceso al campo

El presente estudio es producto de un proceso largo y minucioso que comenzó en los primeros meses del año 2017 con la solicitud de autorización del comité de ética de la Provincia de Ñuble, quién entregó su venia para recoger los datos en el Cesfam Dr. David Benavente, perteneciente a la comuna de Ninhue.

Posteriormente el investigador junto a docentes de programa de magister se reunieron en el mes de Agosto del año 2018 con el director del Cesfam David Benavente, quién en primera instancia actuó como agente “portero”, con el objeto de facilitar la detección de “casos típicos y desviantes” y a su vez, nos ayudarán a difundir el estudio entre potenciales participantes. Desde el mes de septiembre el director del Cesfam suministra información respecto de los usuarios que han retirado recetas de benzodiazepina durante los últimos 12 meses, las dosis de consumo y su número de contacto. Paralelamente se realizó un filtrado de los sujetos de investigación potencial, resultando en 40 usuarios en total.

A principio del mes de Diciembre del año 2018 se contactó por teléfono a cada participante potencial, con objeto de comentar el tenor de la investigación, su rol dentro de ella, y coordinar una fecha en la cual se efectuó la entrevista semiestructurada. La entrevista se efectuó en el lugar que estimen conveniente. La entrevista se grabará en formato audio y se estima que su duración será de entre 45 a 60 minutos.

A partir del 20 de diciembre del mismo año se realizaron las primeras entrevistas en los sectores seleccionados (Ver Anexo 2). Inicialmente, el sector norte de Ninhue abarcando las

localidades de Las Higueras, El Rincón y Piedras Blancas. Al día siguiente el sector sur de la comuna, abarcando los sectores de Panguilemu, Lonquén, San Juan y Pangué. Los dos últimos días se entrevistó en el sector más colindante con el centro de salud. Se debe consignar como dificultad al momento de ejecución de las entrevistas, la detección de 7 casos de personas que se encuentran dentro de los criterios de exclusión, especialmente casos de trastornos mentales severos y discapacidad intelectual. Otra dificultad evidenciada, se relaciona con la desconfianza de algunos potenciales sujetos de investigaciones, quienes en primera instancia entregaron su asentimiento y que luego se retractaron de su colaboración.

Una vez terminada estas diligencias, se transcribieron de las respectivas entrevistas. Durante el mes de febrero de 2019 se inició el respectivo análisis de resultados, prosiguiendo con la elaboración de conclusiones y contrastación teórica. A continuación en el cuadro 1 se muestran las características generales de la muestra que se conformó para la investigación o muestra final:

Cuadro 1. Características generales de la muestra final

Entrevistado	Edad	Nivel educación alcanzado	Sexo	Ocupación	Tiempo de uso del medicamento
1	56	Cuarto y medio	F	Dueña de casa	20 años
2	45	Cuarto y medio	F	Dueña de casa	15 años
3	38	Octavo	F	Dueña de casa	5 años
4	27	Técnico informática	M	Informático	5 años
5	63	Cuarto	F	Dueña de casa	15 años
6	57	Sexto	F	Dueña de casa	15 años
7	71	Quinto	F	Dueña de casa	25 años
8	62	Octavo	F	Dueña de casa	45 años
9	65	Quinto	F	Dueña de casa	20 años

Fuente. Elaborada con datos recolectados en la investigación. (2020).

2.7 Criterios Éticos

Una vez aceptados en los usuarios la propuesta de participar en el estudio, se entregó a cada uno, una carta de consentimiento informado que firmaron, aceptando su participación (Ver Anexo 3). El consentimiento incorporó los objetivos y condiciones de participación en el estudio, incluida la autorización para grabar la sesión de entrevista. Se reforzó en los participantes, una colaboración de carácter voluntario, por cuanto podrían solicitar la grabación de la entrevista en caso de retractación, no sería incluida en el futuro estudio. Además de ello, se enfatizó en la confidencialidad- privacidad de los datos entregados, expresando que sólo serían conocidos por el equipo investigador, con objeto de disminuir la probabilidad de riesgo y costos sociales percibidos por parte de nuestros participantes.

Dicho consentimiento se enmarcó dentro de la ley 20.584 “Derechos y deberes en relación a acciones de la atención en salud”, del año 2011, por tanto, no se puede acceder a la información clínica, sin consentimiento previo del usuario de salud. Tal como se consignó, la presente investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Servicio Salud Ñuble. En una etapa posterior, se consultó la opinión de expertos, para triangular los datos cualitativos.

Por tanto, fue menester resguardar el criterio “Respeto de a los sujetos”, considerando la libertad de los informantes en aceptar o rechazar la propuesta de participar en la investigación, por consiguiente, fue necesario dar a conocer la importancia de su colaboración en el logro de los objetivos planteados en este estudio sin que se sientan presionados en colaborar. Es crucial que el investigador proporcione confianza y una relación fluida con los informantes, utilizando ética y responsablemente las experiencias narradas por los participantes.

Otro aspecto ético a destacar refiere al valor social o científico, pues como indica Emanuel (2005) para que una investigación sea ética debe tener valor, y a la vez debe plantear un intervención que produzca conocimiento y que pueda abrir oportunidades de superación o de solución a problemas, precisamente esto apunta la investigación, pues pretende conocer la percepción de funcionamiento familiar en usuarios en proceso de deshabitación de

benzodiacepina, rescatando los recursos de los sujetos que puedan facilitar a otros pacientes de salud mental, la disminución de dosis gradual del psicofármaco. En adición, se considera el criterio de validez científica ya que pretende responder a un objetivo claro y definido de investigación mediante un método e instrumento para tal efecto, que contempla un marco referencial atinente al fenómeno de estudio (Emanuel, 2005).

Ahora bien, y siguiendo los postulados propuesto por este autor, se contempla una selección equitativa de los sujetos, cuyo interés principal es asegurar que los entrevistados sean los idóneos para responder a las preguntas de estudio. Aspecto que se considera en esta investigación cuya muestra responde a un perfil determinado que incluye criterios de inclusión y exclusión definidos, rigurosos y estrictamente vinculados al objetivo de investigación y característica de la muestra.

Finalmente, a fin de evitar distorsiones y juicios personales en este estudio, se contempla otro aspecto ético a resguardar a través de la evaluación independiente vinculada directamente a la revisión periódica y sistemática realizada por terceras personas, principalmente por la figura del docente guía y co-guía, quienes mediante sus aportes facilitan la transparencia del desarrollo de la investigación.

2.8 Criterios de Rigor Metodológico

Se ha mencionado que la reproducción de un fenómeno social o familiar es compleja, ya que existe variación respecto a las condiciones en que se recolectan los datos.

No obstante, hay formas de estudiar la reproducción de datos desde la visión cualitativa para extrapolar su significado. Así, si se siguen las mismas reglas para la recolección y análisis de los datos, asumiendo que las condiciones del contexto son similares, otros investigadores deberían ser capaces de llegar a descripciones o explicaciones similares del fenómeno bajo estudio. Por tanto, es menester del investigador dar cuenta de la descripción de los procedimientos que se utilizan en la recogida y análisis de la información (Castillo, 2003).

Los criterios de rigor metodológico para evaluar la calidad de un estudio cualitativo son los siguientes:

1) Credibilidad: Corresponde a la validez interna del estudio, que es posible alcanzar cuando el investigador a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes del estudio (Hidalgo, 2005). Se puede aumentar la autenticidad de los datos recogidos en campo, verificando y devolviendo a los entrevistados sus principales impresiones, luego de realizar previamente el análisis de la entrevista. Lo anterior, disminuye las incertezas en caso de algún pasaje ambiguo que no se logró abordar en la entrevista grabada.

2) Transferibilidad: Este criterio corresponde a la validez externa que radica en que los resultados particulares de una investigación se pueden transferir a otro contexto similar. Por tanto se puede aumentar la transferibilidad mediante una descripción detallada de cómo es el campo muestral, el acceso a la muestra y el tipo de sujeto. Tal como menciona el diseño de investigación cualitativo, no pretende generalizar, sino más bien que nuestra investigación puede ser transferible a un campo muestral de características similares, de modo obtener la comprensión y el conocimiento en profundidad de un fenómeno (Hidalgo, 2005).

3) Consistencia: Su realización otorga a la investigación y sus procedimientos una autentica confiabilidad y validez interna, de esta manera se efectúa un control cruzado entre marcos referencias, fuentes y los instrumentos de investigación. Por consiguiente, se puede aumentar la consistencia por medio de la triangulación de investigadores, mediante la supervisión del profesor guía, además de solicitar algún profesor del departamento de psicología asesoría en el procesamiento de los datos. Del mismo modo, se dejará constancia de cada paso empleado en el proceso de recogida de datos (Hidalgo, 2005).

4) Conformabilidad: Tal como expone Hidalgo (2005) la confirmabilidad representa el grado de similitud de las respuestas observadas entre el contexto del investigador y el investigado. Por tanto, refiere a la neutralidad del análisis de la información realizada, la cual se logra cuando otros investigadores independientes, siempre y cuando tengan perspectivas similares, al estudiar una realidad en situaciones diferentes, llegan a los mismos resultados.

Para aumentar la confirmabilidad, se anexará las transcripciones de todas las entrevistas, siguiendo una adaptación las convenciones de transcripción Jefferson (1984). Del mismo modo, se expondrán las limitaciones y alcances del presente estudio.

5) Relevancia: Si bien aún no se ha accedido al campo de estudio, se puede establecer que su importancia está dada, por ser un tema de interés de salud pública, escasamente investigado en el ámbito rural mediante un diseño de investigación cualitativo. Si bien, no se pretende generalizar los resultados, los insumos obtenidos pueden reportar un protocolo para la atención de pacientes dependientes de benzodiacepina.

6) Adecuación teórica- epistemológica: Se ha utilizado el enfoque fenomenológico con objeto de rescatar la narrativa de los participantes, los cuales guiaran cómo se recoge la información (pauta de entrevista), procesamiento, análisis posterior.

7) Saturación teórica: Este criterio surge cuando el investigador no encuentra por parte de los informantes más explicación, descripción e interpretación del fenómeno estudiado, generando una redundancia de la misma o similar información a través de las entrevistas. Bajo este criterio cuando los entrevistados coinciden en sus apreciaciones se indica que la información se ha saturado, por tanto, no genera nuevos hallazgos respecto al fenómeno de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2.9 Estrategia de Análisis de Datos

Una vez concluida la etapa de recolección de información y con objeto de captar la esencia del fenómeno en estudio, se realizó la transcripción de las entrevistas mediante una adaptación de las normas Jefferson (1984), para posteriormente efectuar el análisis de los datos mediante el modelo de codificación de Auerbach y Silverstein (2003), el cual es un procedimiento consistente en organizar el texto ya transcrito e identificar las pautas dentro de esa estructura organizativa para efectos de análisis. Este modelo consiste en cinco etapas, agrupadas en tres fases. Cada etapa se fue construyendo sobre la anterior, de modo consecutivo e incluyendo la siguiente, con el propósito de lograr un nivel de abstracción creciente.

Estas etapas son las siguientes:

- Fase I: “*Hacer manejable el texto*”, incluye las etapas de: Pregunta de Investigación y Texto relevante
- Fase II: “*Escuchar lo que se dijo*”, que incluye las etapas de: Las Ideas Repetidas y Los Temas.
- Fase III: “*Desarrollar la teoría*”, que incluye la etapa de: La Narrativa Teórica.

A modo de ejemplo el cuadro 2 muestra cómo se efectuó el análisis de datos

Cuadro 2. Estructura para el análisis de datos

Objetivo Específico.	Dimensión	Categoría	Indicador	Texto Relevante/cita
Evaluar el rol de la familia en usuarios que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiacepina, que son atendidos en la red primaria de salud de Ninhue.	Rol de la familia	Influencia familiar al proceso de deshabitación	Apoyo familiar	“Sí, saben. Si ellos andan a cada rato pendiente”.

Fuente. Elaborado a partir del desarrollo de la investigación.

2.9.1. Codificación de las entrevistas aplicadas

Para la codificación de las entrevistas se utilizó el Software de Análisis de Datos Atlas Ti®, el cual fue diseñado a finales de los ochenta por Thomas Murh un alemán que utilizando tecnología aplicó planteamientos metodológicos de Glaser y Strauss (San Martín, 2014). Ha sido considerado una herramienta informática idónea para el análisis de la información cualitativa, especialmente cuando se trata de entrevistas con gran volumen de información. En tal sentido, la justificación de la utilización de este software es minimizar la información obtenida, filtrarla y organizarla tomando en cuenta aspectos de interés con los cuales alcanzar los objetivos planteados.

El análisis de datos busca segmentar cada una de las entrevistas y extraer información que se codifica en categorías e indicadores de análisis que permiten obtener información relevante para la investigación. En torno a ello, se muestran a continuación los componentes utilizados del Atlas Ti®:

1. *Documentos primarios*: (“PrimaryDoc”): se estructuran como aquellos documentos cuyo contenido es original extraído del contexto de la investigación. Por ello, tiene que ver con la transcripción de los audios de las entrevistas realizadas a los informantes, en las cuales cada una de ellas es un documento primario.

2. *Citas* (“Quotations”): tienen que ver con los fragmentos de las entrevistas realizadas (es decir, de los Documentos Primarios) que son significativas para la investigación y están en concordancia con cada indicador objeto de investigación. Se corresponden como segmentos cuyo significado le confieren un primer nivel de selección a efectuarse dentro del programa Atlas ti.

3. *Códigos* (“Codes”): se estructuran como la unidad básica de análisis y son desde el punto de vista metodológico los indicadores que corresponden a cada categoría. En ellos son agrupadas las citas que están relacionadas para cada código en particular. El análisis de los datos se basa principalmente en reflexionar sobre cada código en particular.

4. *Familias* (“Families”): son el conjunto de códigos que se estructuran de forma articulada llegando a un nivel jerárquico superior, están relacionadas con las categorías de investigación. Las familias unifican los códigos que son los indicadores iniciales correspondiente a cada categoría estructurada.

Unidad Hermenéutica (“H.U.”): está conformada como el sistema de agrupación de la información. Está estructurada como un fichero en el cual se ubican los documentos primarios (entrevistas) y cada uno de los análisis correspondientes organizados por el programa Atlas ti, En este caso la Unidad Hermenéutica fue denominada “Entrevistas sobre la percepción del funcionamiento familiar de personas que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiazepina y que pertenecen al nivel de atención primaria de la comuna de Ninhue”. Gracias a ello es posible analizar cada uno de sus categorías e indicadores utilizados en la

estructuración del instrumento aplicado. El plan de trabajo permitió visualizar el logro de cada etapa, respecto al tiempo utilizado (Ver Anexo 4).

2.10 Impacto y Aplicabilidad alcanzada

En cuanto a las características específicas de las unidades a investigar, se trata de una población que se distribuye en zonas rurales, lo cual no ha sido abordado en estudios previos. Del mismo modo, éste fenómeno tal como se ha manifestado se ha transformado en un problema de salud pública, por lo que sugiere ideas a campos de estudio similares, transfiriendo y profundizando el conocimiento en esta área.

Los resultados del estudio se difundirán, de modo que la investigación reporte insumos que faciliten la creación de un protocolo situado en el nivel de atención primaria de salud, ya que no existen estrategias de deshabitación de benzodiacepinas en los dispositivos de salud del nivel primario. Estas estrategias deben aplicarse a cada paciente en el cual han iniciado tratamiento con benzodiacepina, lo cual no significa un costo de carácter económico para la entidad de salud. Es importante destacar que este protocolo focaliza en su aplicación en los sectores rurales, por lo tanto tiene pertinencia cultural con la idiosincrasia de las personas, de las familias y de los pueblos en donde se desarrolló el estudio.

2.11. Actividades de difusión

Esta investigación referirá aportes al conocimiento, desde la difusión de estos resultados mediante las siguientes vías:

- La primera instancia formal donde se presentarán los resultados arrojados por este estudio, es una comisión evaluadora del Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Concepción, pues este proyecto se enmarca en el desarrollo de una tesis de postgrado para optar al grado académico de Magister en Intervención Familiar.
- El desarrollo de un artículo científico para la difusión de resultados en una revista abordando los avances y los debates actuales en el consumo de benzodiacepinas y

funcionamiento familiar, muestra el vacío de la investigación en ésta área desde la perspectiva de las ciencias sociales.

- La presentación pública de los resultados a los funcionarios y participantes, en la localidad de Ninhue. Si bien el afán de esta investigación no es generalizar resultados, los hallazgos del estudio son insumo para la creación de un protocolo sobre uso de las benzodiacepinas para el tratamiento de los pacientes que presentan alguna patología deducible de tratar con esta clase de fármaco.



Capítulo III. Presentación de resultados

Posterior a la recolección de la información con apoyo de las entrevistas aplicadas a cada una de las informantes se incorporaron como documentos primarios al programa Atlas ti ® con el propósito de codificarlas y desarrollar los esquemas necesarios para lograr los objetivos planteados. El análisis incorpora la profundización de cada una de las entrevistas desarrolladas, tomando en cuenta los elementos que dentro de la interacción eran concordantes con los indicadores seleccionados.

El contexto de las nueve (9) entrevistas semiestructuradas es caracterizado por ser el hogar de las entrevistadas, de las cuales ocho poseen característica de caso típico, es decir son adultas, mujeres y consumo prolongado de Benzodiazepina; y un varón fue considerado dentro de la muestra como caso desviante, ya que se trata de una persona joven y profesional. Si bien el Cesfam de Ninhue se encuentra inserto dentro del área urbana de la comuna, cinco entrevistas (mujeres) se realizaron en el área rural de la presente comuna. En cuanto al estado civil, seis participantes se encuentran casadas, una divorciada, una viuda y finalmente una colaborante soltera.

La información se muestra utilizando una guía de código con su comentario (codificado dentro del software Atlas ti ®). P es el número que indica la entrevista realizada y en paréntesis se ubica la línea de texto dentro de la entrevista. Los extractos salen de cada entrevista y son analizados de forma simultánea con las demás entrevistas de acuerdo a cada dimensión, para alcanzar los objetivos planteados.

3.1. Presentación de resultados a partir de las entrevistas aplicadas

El análisis de las entrevistas permitió conceptualizar los códigos, con la ayuda del programa informático Atlas ti, versión 7.2. Los códigos fueron agrupándose, tomando en cuenta las similitudes conceptuales evidentes en cada dimensión (familia) ubicada en un nivel de abstracción superior. Mediante el mismo procedimiento las dimensiones se conformaron a partir de las categorías y sus indicadores. A continuación, el cuadro 3 muestra la estructura de

análisis donde aparece cada dimensión (familia), con las categorías y los indicadores (códigos) y se indican algunas citas representativas (extractos de las entrevistas) para cada una de ellas.

Cuadro 3. Estructura de análisis: objetivo específico, dimensión, categoría y texto relevante/cita.

Objetivo Específico.	Dimensión	Categoría	Indicadores	Texto Relevante/cita
Evaluar el rol de la familia en usuarios que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiazepina, que son atendidos en la red primaria de salud de Ninhue.	Rol de la familia	Influencia familiar al proceso de deshabitación	Apoyo familiar	En que ellos siempre me apoyaban, estaban pendiente, no me dejaban sola (P6-042) No, así está bien nomás (P1-276)
			Interrelación familiar	Importantisimo, apoyo... si de hecho yo... ellos toda la vida me han apoyado, me dicen "ojalá en la vida que no tome remedio, que no tome ningún remedio". Es que insisto, conversamos, yo escucho su punto de vista, ella escucha el mío y me dice "ya mamá, si tienes razón" (P3-108). Sí, a veces nos llevamos bien, a veces, ellas se enojan conmigo cuando olvido los remedios, cuando no me los tomo, pero yo le digo "hija a veces se me olvidan, porque mi mente, se está como... se me olvida" (P7-032). Cuando yo puedo ir pa' allá nomas po' (P1-042).
			Impulso al tratamiento	Entonces ella me dice "ya, tómate la pastilla", entonces cuando ve que me siento mal me dice , "tómate la pastilla" "eso te va a ayudar", entonces yo le digo "no po' mamá , uno no tiene que depender de los medicamentos", pero ella me dice "tómatalos" (P3-070). No. Cuando yo no lo tomo, es que no duermo... Y en un caso si llegara a dormir serían unos segundos más no (p7-062). Si, el apoyo de la familia sí, porque siempre van a estar diciendo, va a estar conversando con él lo van a estar apoyando ayudando. No estarlo diciendo "no, si no tomas ese remedio, no te va a sentir bien", no, sino que ayudarlos a uno, que salga de eso (P8-268).
Identificar patrones familiares transgeneracionales que influyen en los	Patrones familiares	Influencia generacional en la atención primaria	Otros familiares con tratamiento	No, soy yo la única (P1-142). En realidad mis familias casi todas toman ese medicamento (P4-036).



usuarios de atención primaria que se encuentran en proceso de deshabitación de benzodiazepinas de Ninhue.

					No, nadie... mi mamá murió de cien años, pero nunca tomó. Mi papá murió de ciento diez...(P7-102).
Límites a la autonomía	a	la			No quiero depender de una pastilla sabiendo que yo puedo salir sola adelante, pero de repente uno cree y no puede; pero con el tiempo uno ya puede superarse y dejarlo, porque de hecho yo lo he dejado (P2-120).
					Importante, porque también me ayuda a poder estar... aliviar esta ansiedad, que prácticamente siento todos los días (P4-046).
					Yo trato de hacer las cosas, por ejemplo, no me metí en la cabeza que yo iba a quedar sola, que mi hija se iba a ir e iba a quedar sola, todas esas cosas no. Porque yo decía, "tengo que ser fuerte", porque ella, si me pasa algo a mí, ella va a quedar sola (P8-234).
Creencias asociadas al patrón familiar			al		En el fondo mi problema no es tan grande, mi hijo "mamá", me dice, "esto no es nada, que se hayan peleado los hermano, que se hayan peleado con el papá un poco, déjalos, si esto no es nada comparado con otras familias", me dijo, "tú vive tu vida" (P2-102).
					Por mi niñez, tuve mala... hasta los catorce tuve, de catorce a diecisiete años tuve mala, mal, mal, estuvo malo ahí (P1-190).
					Si, de repente yo le digo "que ando mal", "que me duele la cabeza"; pero "mami" me dice, "pero si usted se anda acordando de la enfermedad". No que me ande acordando de la enfermedad, me da porque de repente me siento mal (P5-125).
Dependencia al tratamiento			al		Y ahí yo decía " pero cómo salgo, cómo salgo", buscaba mi pastilla y decía "necesito mi remedio", y salgo... yo no quería tomarlo, estaba entre tomo o no lo tomo (P2-130).
					Espero que pueda encontrar algo alternativo, dudo que lo pueda dejar (P4-184).
					No y, por ejemplo, cuando me daban remedios así empiezo por media. Me dicen una que me tome, empiezo por media, porque cierta vez cuando tenía este asunto de la tiroides, que gracias a Dios ya lo superé, eh.. (P9-204).
Comprender la comunicación de la comunicación familiar				Interacción entre la familia sobre el	Interacción complementaria
					Si bien sí, pero de repente no le conversan a uno. Lo mismo que me dice mi hija "mami porqué anda



<p>familia en usuarios que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiacepina, que son atendidos en la red primaria de salud de Ninhue.</p>	<p>proceso de deshabitación de benzodiacepina</p>	<p>usted así con esos modos y todos”, es que yo le digo “es que el problema que tengo de la... así como me está explicando usted, de la tiroides que es muy complicada (P5-020).</p>		
		<p>Así que bien, bien... y no bien, bien. Desde que mis hijas crecieron, igual todo ha sido más diferente, como le digo ya diez años a estas alturas ya ha cambiado mucho (P3-044).</p>		
		<p>Sí, gracias Dios, no tenemos problemas... (P8-256)</p>		
	<p>Apoyo en la toma de decisiones</p>	<p>Es que en realidad decisiones grandes no se toman... a ver una decisión grande podría ser... cuando mi hijo nos contó que iba a dejar la universidad (P2-66).</p>		
		<p>No todo bien, todos preocupados por mí, todos averiguando en qué me podían ayudar cooperando... no. Como le digo...(P3-178).</p>		
		<p>La otra vez me estaba tomando mal los remedios. Me tomé mal los remedios po’. A si que la Mariana, le digo yo “ya Mariana, tengo esas botellitas donde las echo”, pero no tanto remedio (P5-183).</p>		
	<p>Expresión de afecto</p>	<p>Tratando de tener buena, buena disponibilidad nomas (P1:152).</p>		
		<p>Eh... mi hija más chica es más expresiva, ella siempre anda “mamá, o quiere darme un beso, me dice “mamá ríete”, me abraza y todo. La mayor, insisto que es un poquito más (P3-114).</p>		
		<p>el sale, llega de su pega y sale pegando, pero de repente ya en la mañana me da un beso “mamita cómo está”, “cómo amaneció”, “cómo durmió”; es lo único que él me pregunta. Los otros ni decir “mamita cómo amaneció”, si sabe que estoy enferma, nada, nada. (P5-111).</p>		
<p>Describir la cohesión de la familia en usuarios que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiacepina, que son atendidos en la red primaria de salud de la comuna de Ninhue.</p>	<p>Cohesión familiar</p>	<p>Influencia familiar a la deshabitación de benzodiacepina</p>	<p>Normas sociales compartidas</p>	<p>No po’, tengo que vivir sola noma’ (P1-298).</p>
				<p>No po’, yo le estaba haciendo caso po’, pero es que como no... es que cómo me dice la... cómo me dice mi hija “mami, tiene que hacerle caso”, “tengo que hacerle caso a los doctores, porque ellos me dicen”...(P5-173).</p>
				<p>Siempre po’, oiga uno así no ve nada en fin, ya uno con los chicos se ríe un rato, ya las hijas ponen música, uno se distrae y</p>





	<p>todo... ya las chicas hacen las cosas en fin se descansa y yo que ando solita, tengo que hacer igual todo po' y que tiene ave uno... que el lavao', el aseo. Asique la comida, es mucho trabajo ya po', pa' tanto trabajar en su juventud y después, (P7-248).</p>
Dinámica intradoméstica	<p>Mi familia es buena, tratan de ayudarme. Los momentos que estamos juntos, tratamos de estar juntos, sin dañar a nadie (P1-292).</p> <p>No, él llega, va a trabajar, se baña y sale. De repente entra y sale... "hola mami cómo estay y así". De repente cuando él anda tomando yo me preocupo también po' (P5-27)</p> <p>Ah, sí po', por ejemplo, yo voy todos los fines de semana donde mi hermana, entonces, los juntamos, por ejemplo, yo voy después un ratito más para allá, eh... (P8-254).</p>
Reacción familiar a las enfermedades	<p>me costó mucho asumir que... o salir de ahí ,donde estaba metida, me costó mucho; pero siempre tuve la ayuda de mi hijo, de mi hija. Ellos me decían "mamá, pero cómo"; "mamá", me decía, "si tú eres la más linda" y "mi papá, como es mi papá" (P2-14).</p> <p>Es como algo que... que lo conocen y sabían que podía tener, porque bueno porque también toda mi familia lo tiene. Desconozco cien por ciento si puede ser algo hereditario, pero como todos lo tiene es también algo normal que también yo lo tenga. Para ellos es normal (P4-216).</p> <p>Me dicen, "ya se enojó ya", me dicen. Yo les digo "hija, si ustedes saben que se me olvidan las cosas, para qué se enojan conmigo". Ellas, ya después no me dicen nada, y me hablan a la buena...(P7:36)</p>
Resolución de problemas	<p>Los dejo pasar nomas po', dejo pasar el mal momento y que se vayan nomas (P1-244).</p> <p>Si, si podemos conversar. Me sale más, más difícil conversar con ella y que me entienda mi punto de vista, pero si me sirve. Es que hay veces que yo digo las cosas se van a ser como yo</p>

diga... esa es mi verdad (P3-110).

Mi hija me dice “mamá, usted preocúpese de usted, no se preocupe los demás, porque cuando usted está enferma usted empieza que este está enferma que este tiene esto “y usted empieza” me dice, como a echar las enfermedades de la otras personas encima y eso le afecta más (P6-176).

Nota. Adaptación por el autor.

3.1.1. Reporte de dimensiones.

A continuación se analizarán detalladamente las 4 dimensiones estructuradas: rol de familia, patrones familiares, comunicación, cohesión familiar, que son concordantes por cada uno de los objetivos específicos y en el Atlas ti son ubicadas como familia en las cuales se ubica un análisis que surge de los códigos o categorías.

Dimensión 1. Rol de la familia

En torno a la dimensión rol de la familia se encontró que existe interacción entre las categorías apoyo familiar, impulso al tratamiento e interrelación familiar permitiendo valorar el papel que cumple la familia en torno al proceso de deshabitación de benzodicepina, en usuarios atendidos en la red primaria de salud de Ninhue. Entre los indicadores se detectó que el impulso al tratamiento es parte del apoyo familiar y que este a su vez se asocia con la interrelación familiar y la motivación que la familia refiera al entrevistado.

Los resultados muestran la presencia de apoyo familiar respecto a la enfermedad del entrevistado, sin embargo en la mayoría de los casos hay cierta renuencia a estar atentos del tratamiento y se muestran contentos cuando se dan cuenta que sus familiares empiezan a transitar un proceso de deshabitación. Al mismo tiempo, fue posible evidenciar que las personas que toman el medicamento reconocen que sus familias están presentes pero muchas

veces optan por aislarse a sus cuartos o encontrar que son algo desatendidos en su cotidianidad.

Respecto a la categoría impulso al tratamiento, se logró detectar que hay debilidades en ello pues se presentaron casos de usuarios de la benzodiacepina que tomaron mal el medicamento y estuvieron en riesgo, además, los familiares aparecen cuando tienen que buscar ambulancia para tratarlos en los episodios complejos de salud. Muchos de los entrevistados entienden la importancia de la deshabitación y reconocen que su familia se muestra atenta a la disminución de la dosis. Los entrevistados expresaron sentir la necesidad de que su familia les acompañe en los aspectos relacionados con su salud.

Además, en la categoría interrelación familiar se encontró que la mayoría de los entrevistados coincidió en la existencia de buenas interacciones entre ellos, que les ayudan a enfrentar sus temores y complejidades relacionadas con la ansiedad, estrés o cualesquiera otra sensación que les lleva a tomar la benzodiacepina. En tal sentido, una parte de los entrevistados opina lo positivo de la deshabitación e incluso reconocen que en los momentos difíciles sienten la necesidad de consumir el medicamento pero que están pendientes de no sobrepasarse. Otra parte, considera que la familia en algunos momentos se distancia de su salud y optan por dejar que ellos resuelvan, no obstante cuando hay una situación de peligro colaboran con ellos. A continuación el gráfico 1 muestra las interacciones

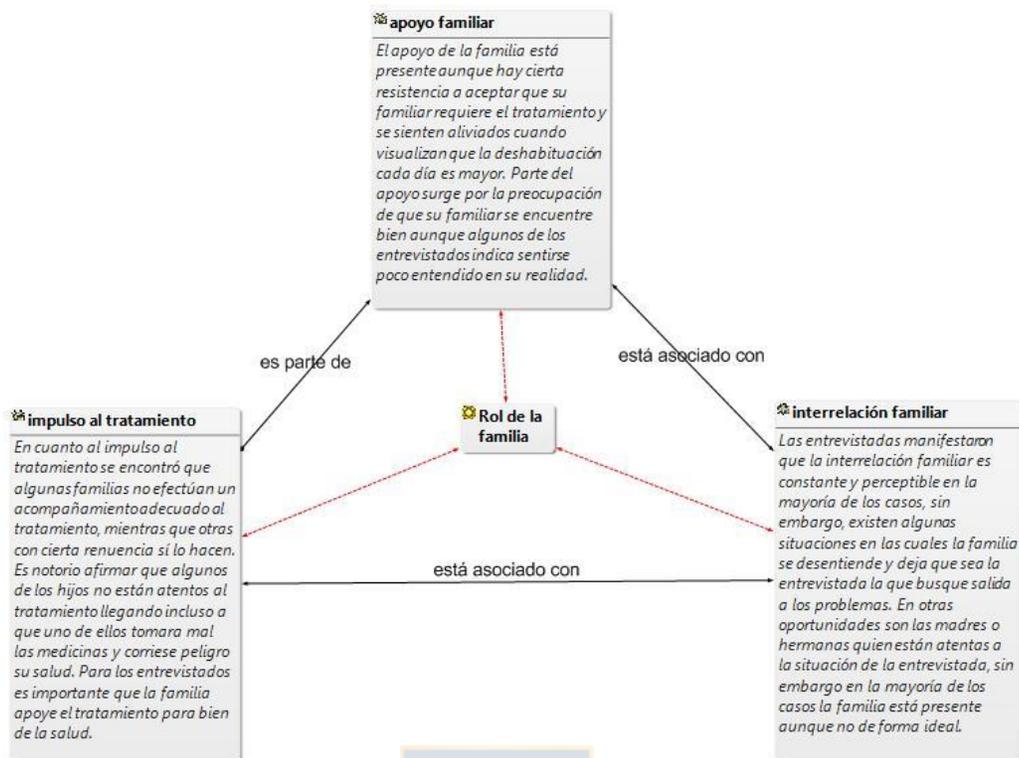


Gráfico 1. Familia: Rol de la familia.

Dimensión 2. Patrones familiares



En la dimensión patrones familiares se detectó asociación entre todas las categorías analizadas: dependencia al tratamiento, límites a la autonomía, otros familiares con tratamiento, creencias asociadas al patrón familiar, que permitieron identificar patrones familiares transgeneracionales que influyen en los usuarios de atención primaria que se encuentran en proceso deshabitación de benzodiacepinas de Ninhue.

En cuanto al indicador dependencia al tratamiento, se encontró cierta asociación entre los entrevistados y la existencia de familiares que tienen tiempo consumiendo estos medicamentos, pues justifican que ellos lo hacen y que por eso entienden que el entrevistado también tenga este tratamiento. Por otra parte, la familia refiere la conformación de patrones de acercamiento con los cuales apoyar el proceso de deshabitación del tratamiento siempre y cuando sea lo mejor para ellos. Varios entrevistados se mostraron conscientes de no querer tomar el medicamento más tiempo, pues tienen temor por su situación en la vejez, por eso expresan que no es bueno depender de ello, lo cual ha generado reflexiones sobre la

importancia de ir disminuyendo paulatinamente la prescripción farmacológica de la benzodiacepina.

Respecto al indicador límites a la autonomía, se encontró que la mayoría coincide en que la benzodiacepina impacta en su cotidianidad y minimiza sus capacidades diarias, sin embargo, también están conscientes que lo consumen por necesidad o cuando están realmente mal en su salud. Adicionalmente, algunos de los entrevistados buscan otras opciones para mejorar su salud como la ingesta de infusiones o té de plantas medicinales que les ayudan a percibir estar mejor. De esta manera, fue posible comprobar que la mayoría de los entrevistados están de acuerdo en el proceso de deshabitación al evidenciar que disminuyen las dosis para enfrentar mejor sus vidas.

En el indicador otros familiares con tratamiento, se encontró que hay una buena cantidad de usuarios de la benzodiacepina con familiares que presentan problemas similares y consumen otros medicamentos. Al mismo tiempo, algunos de los entrevistados reconocen que son los únicos que han sentido la necesidad de consumir estos medicamentos. En torno a ello, se encontró que los antecedentes familiares tienden a influir en la aceptación a la necesidad del medicamento, sin embargo, gracias al apoyo familiar, buscan en la deshabitación una oportunidad para afrontar su vida.

Finalmente, en la dimensión patrones familiares el indicador creencias asociadas al patrón familiar se encontró que los entrevistados hasta cierto punto coinciden en la necesidad de consumir la benzodiacepina para estar en mayor armonía familiar, pues sienten que sus problemas pueden afectarles notablemente. Sin embargo, también desean verse liberados de ese tratamiento, aspecto que los lleva a la decisión de iniciar el proceso de deshabitación. Los entrevistados están conscientes que parte de las experiencias nocivas vividas en su vida han impactado en su salud mental y emocional, llevándolos al consumo de estos medicamentos, sin embargo, esto no los detiene en el deseo de lograr deshabituarse de la benzodiacepina. A continuación, el gráfico 2 muestra la dimensión patrones familiares y las categorías analizadas.

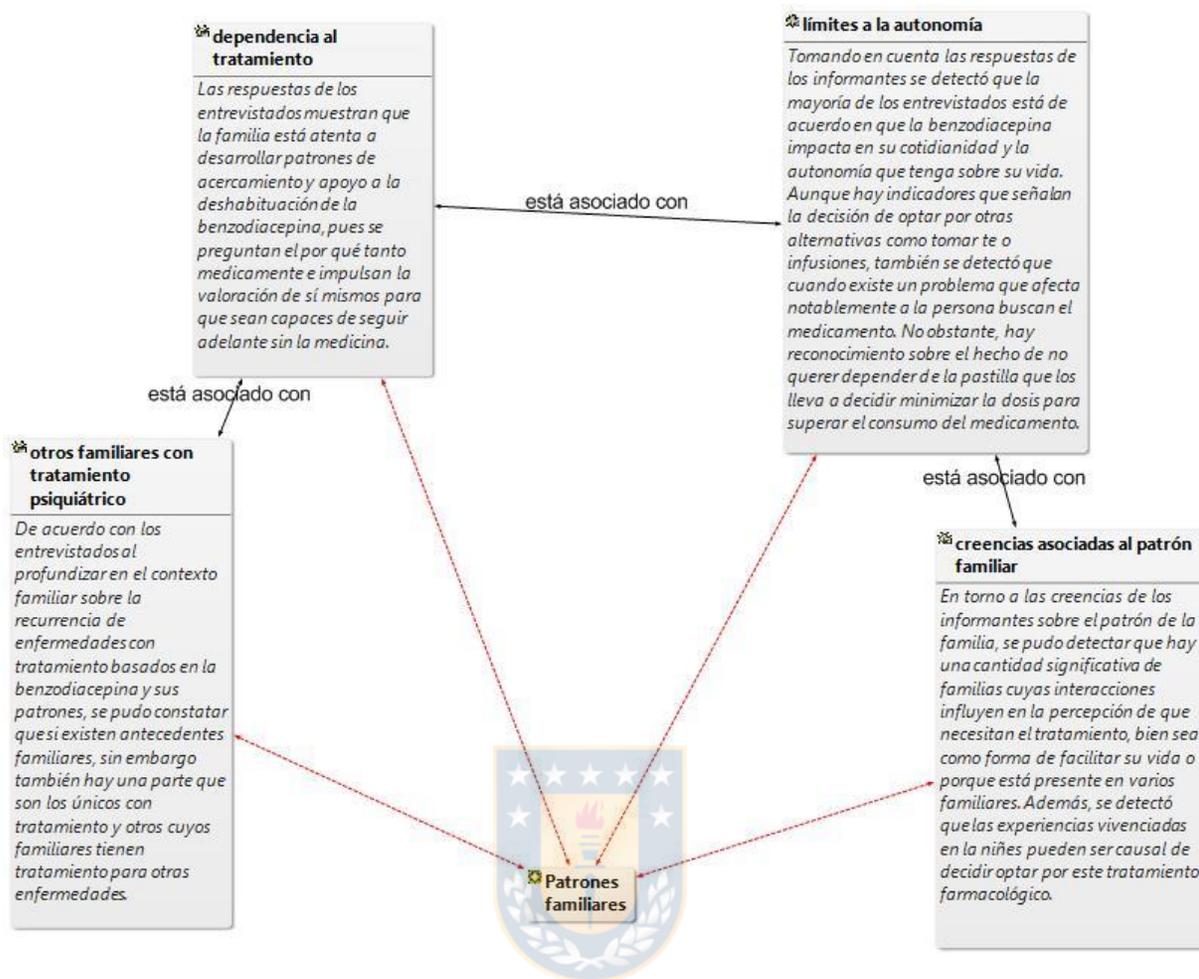


Gráfico 2. Familia: Patrones familiares.

Dimensión 3. Comunicación

En la dimensión comunicación se encontró que hay asociación entre las categorías seguimiento a instrucciones y apoyo en la toma de decisiones, la cual es parte de la interacción complementaria que a su vez está asociada con la expresión de afecto en la familia. De esta manera, analizar las cuatro categorías emergentes de esta dimensión permitió comprender la comunicación de la familia en usuarios que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiazepina, atendidos en la red primaria de salud de Ninhue.

Inicialmente, en la categoría apoyo en la toma de decisiones se encontró que la mayoría de los entrevistados estuvieron de acuerdo en afirmar que la familia está pendiente de

acompañarlos en las decisiones que tomen aunque esto signifique tener que cambiar sus realidades para estar con ellos cuando lo necesiten. Vale resaltar que una sola de las entrevistas explicó que toma sola sus decisiones. En tal sentido, se evidenció cercanía en la familia, aunque haya conflictos, discusiones o complicaciones, siempre logran seguir adelante conversando o llegando a acuerdos entre ellos.

En cuanto a la interacción complementaria, se encontró la existencia de dos perspectivas, por una parte, los entrevistados cuyos temores o ansiedad les hacen sentir que en algunos momentos sus familiares no aceptan sus situaciones de salud y al mismo tiempo, los familiares con sus comportamientos muestran que a pesar de las dificultades están dispuestos a acompañarlos cuando haga falta. Por ello, cuando se les pregunta cómo se sienten con sus familias, la mayoría dice que están bien.

Respecto al seguimiento a instrucciones, se logró detectar que hay cierto distanciamiento al tratamiento indicado por el médico, pues aunque se toman el tratamiento farmacológico prescrito, en varias oportunidades se evidenció que toman la decisión de tomar dosis menores para lograr la deshabitación del mismo. Incluso, hubo casos de que el profesional de la salud envió una cantidad superior a lo acostumbrado y la entrevistada no hizo caso de ello, siguiendo con una cantidad menor que evite su dependencia. No obstante, algunos profesionales de la medicina les insisten en dejar de consumir el medicamento pues los ven bien y que pueden seguir sus vidas sin ello.

En la expresión de afecto, se encontró que la mayoría de los entrevistados está de acuerdo en afirmar que su familia si los aprecia y demuestra cariño por ellos. En algunos casos se evidenció que sienten que unos los quieren más que otros, sin embargo, ellos se muestran contentos con la manera en que sus familiares expresan su cariño. En algunos casos, es por el acompañamiento, otros un saludo o muestra de afecto, pero al visualizar el contexto de forma global aunque haya problemas o dificultades familiares, es posible evidenciar que el afecto está presente. Seguidamente, en el gráfico 3, se visualizan los indicadores y sus interacciones dentro de la dimensión comunicación.

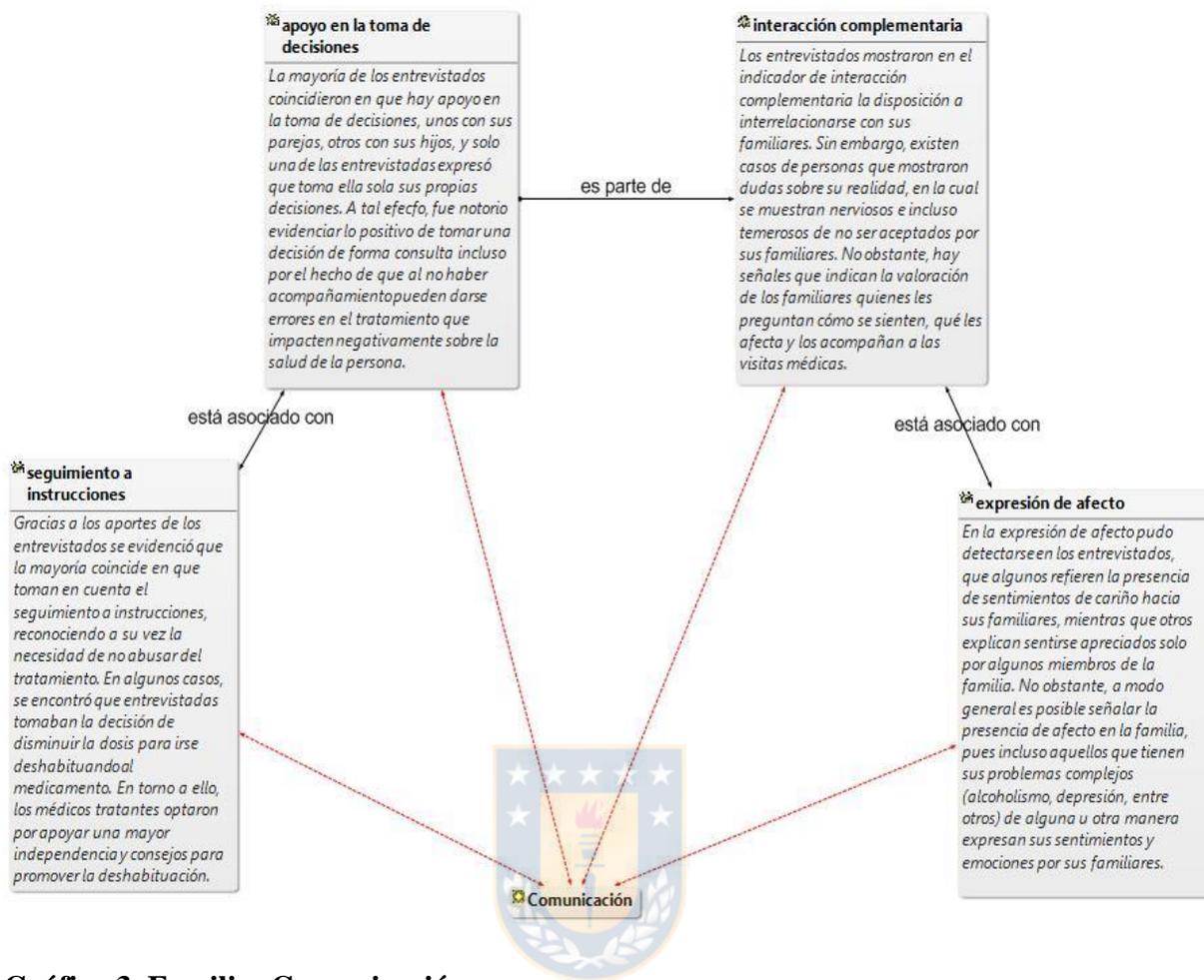


Gráfico 3. Familia: Comunicación

Dimensión 4. Cohesión familiar

Respecto a la dimensión cohesión familiar, se detectó asociación entre la categoría normas sociales compartidas, dinámica intradoméstica y resolución de problemas, la cual a su vez forma parte de la reacción familiar a la enfermedad, con las cuales fue posible describir la cohesión de la familia en usuarios que se encuentran en un proceso deshabitación de benzodiacepina, que son atendidos en la red primaria de salud de la comuna de Ninhue. En torno a ello, a modo general fue posible identificar algunas debilidades en la cohesión familiar, por cuanto, aunque hay apoyo de la familia, existen algunos indicios que muestran distanciamiento y los niveles no son los esperados, por tanto, podría haber mayor unión para impulsar la salud en los entrevistados.

En la categoría normas sociales compartidas, los resultados arrojan aceptación con por considerar que la familia puede poner en práctica acciones para apoyar a los usuarios de la benzodiacepina, mostrando que la cohesión familiar existe. Al mismo tiempo hay que agregar que varios de los familiares muestran rechazo al hecho de visualizar que el tratamiento tiende a ser excesivo, aspecto que les lleva a comentarles lo fuertes que son sus familiares y que son capaces de seguir adelante sin el medicamento. Sin embargo, cuando los ven afectados en la salud les recuerdan que deben tomar la medicina. Existe la percepción en los usuarios del medicamento que no es bueno consumirlo en exceso e ir minimizando la dosis para lograr la deshabitación.

La categoría dinámica intradoméstica es percibida por los entrevistados de buena manera, reflejando que para ellos hay buena cohesión familiar. Sin embargo, cuando se profundiza en el contexto de los usuarios de la benzodiacepina, es posible referir la existencia de algunas debilidades especialmente en relación a las interacciones y como éstas ocurren. En algunas oportunidades se visualizaron familias distanciadas que poco se ven y en las cuales la madre o entrevistada es quien se moviliza e interactúa con los demás; unos hijos más que otros están pendientes de sus padres y aunque el entorno incluso llega a ser complejo, los entrevistados coinciden en que se sienten bien con su familia y buscan deshabituarse de la benzodiacepina para lograr más armonía en el hogar.

Respecto a la categoría resolución de problemas, se pudo detectar que hay bastante desapego y distanciamiento entre la familia que evita lograr solventar los problemas adecuadamente. Aunque encuentran la manera de hacerlo, tiende a ser de una forma que impacta sobre la salud de los entrevistados. Esta situación genera el deseo de seguir adelante para apoyar la familia y deshabituarse del medicamento como opción para interactuar mejor con ellos. Además, algunos optan por no prestar atención a los problemas, seguir adelante y enfrentar las situaciones difíciles entre ellos.

Finalmente, en la categoría reacción familiar a la enfermedad se encontró que existe cohesión familiar pues la mayoría conoce la situación de sus familiares y cuando necesitan apoyo están dispuestos a colaborar. Algunos de los entrevistados indican que sus familiares se preocupan por ellos y les dicen el por qué deben consumir el medicamento, motivándolos a seguir con sus vidas sin tantos medicamentos. Sin embargo, los entrevistados sienten la

necesidad que se les entienda y apoye en los momentos complejos de su salud. En el gráfico 4 se muestra la dimensión cohesión familiar.

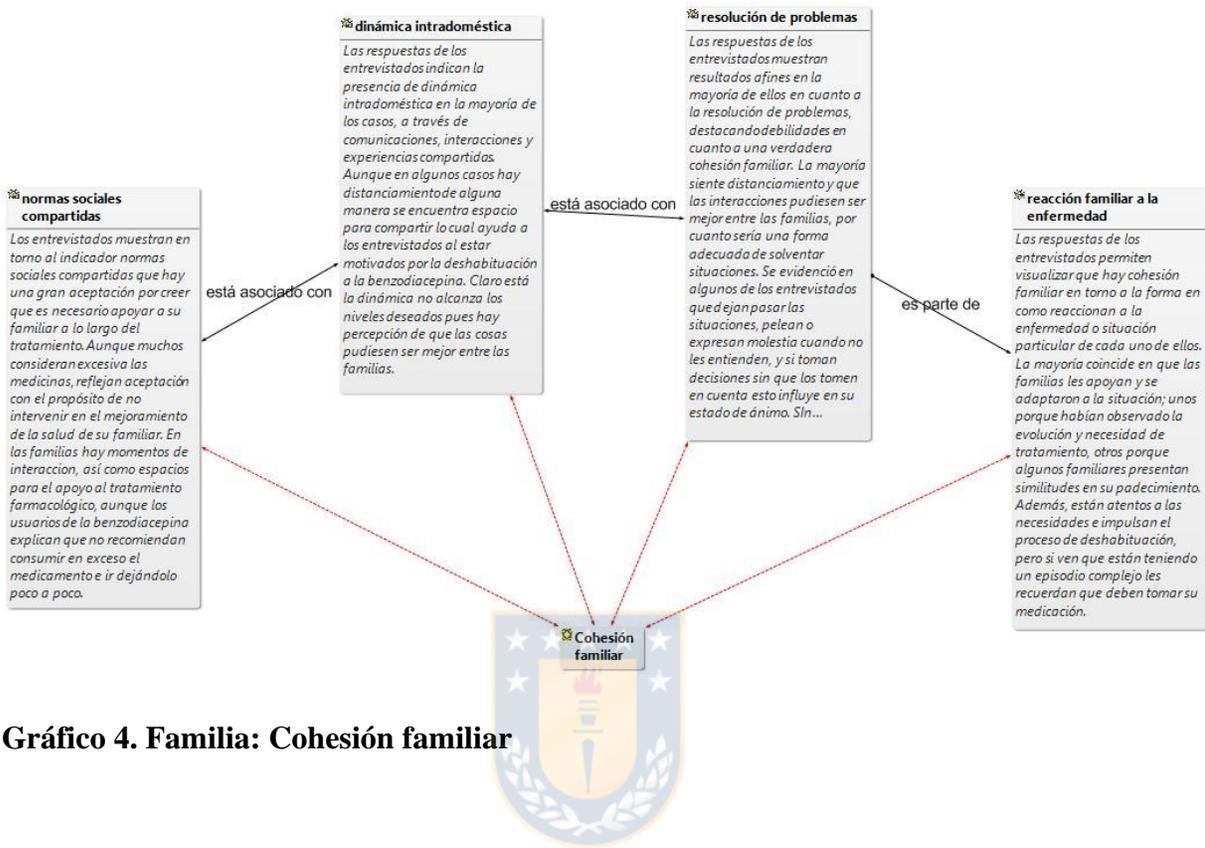


Gráfico 4. Familia: Cohesión familiar

3.1.2. Reporte de los Códigos.

A continuación, se analizarán detalladamente los códigos encontrados, como resultados de las citas obtenidas. Se destaca la estructuración organizada y secuencial de los códigos, ubicándolos en cada una de las dimensiones y categorías correspondientes:

Dimensión: Rol de la familia.

Tiene tres códigos asociados: apoyo familiar, interrelación familiar, e impulso al tratamiento.

Categoría: Influencia familiar al proceso de deshabitación

Código/indicador: Apoyo familiar

En este código se analiza la influencia familiar al proceso de deshabitación en el apoyo a usuarios que se encuentran en un proceso deshabitación de benzodiacepina, atendidos en la red primaria de salud de Ninhue. En torno a ello, se toman en cuenta las citas ubicadas en el cuadro 4, destacando que en código de cita el primer número es la entrevista y el segundo la ubicación dentro del texto.



Cuadro 4. Citas del indicador apoyo familiar

Guía de código	Citación
1-2	No, así está bien nomás.
2-1	Importantísimo, apoyo... si de hecho yo... ellos toda la vida me han apoyado, me dicen “ojalá en la vida que no tome remedio, que no tome ningún remedio”.
3-3	Igual ella me dice que no tengo que depender de los remedios. Ella hace poquito me tuvo que ir a buscar los remedios, y me dice “mamá, pero toda esta “... Que me dan por ejemplo para la presión, para toda esta... muchos remedios.
4-9	He... yo le he hablado de las complicaciones que tiene, pero ella también ha visto lo que produce no estar con ese medicamento.
5-13	Ella me dice “mami, qué tiene usted, que usted anda mal genio” yo les digo “entiéndanme la enfermedad que yo tengo”. Porque de repente ellos a mí no me entienden, de repente creen que yo me hago; pero no, no es así. Yo siento mi enfermedad que yo tengo. Eh... ya po’, la otra vez estaba conversando, eh... mi hija tenía que ir al psicólogo, conmigo y no jue na’po’. A la otra hija le dije y tampoco, fui sola, y ahora no he ido más po.
6-1	En que ellos siempre me apoyaban, estaban pendiente, no me dejaban sola.
7-2	Sí, saben. Si ellos andan a cada rato pendiente.
8-2	Sí, po, como conversaba con mi hermana, ella me decía que tenía que dejarlo, no acostumbrarme a ellos. Igual como le decimos a mi hermano: “no tomes tanto remedio”
9-13	Se desesperan, se desesperan y “mamá” aquí, por ejemplo, sobre todo de enfermedades. “Mamá, que vamos, que al tiro”, qué se yo al consultorio, esas cosas así.

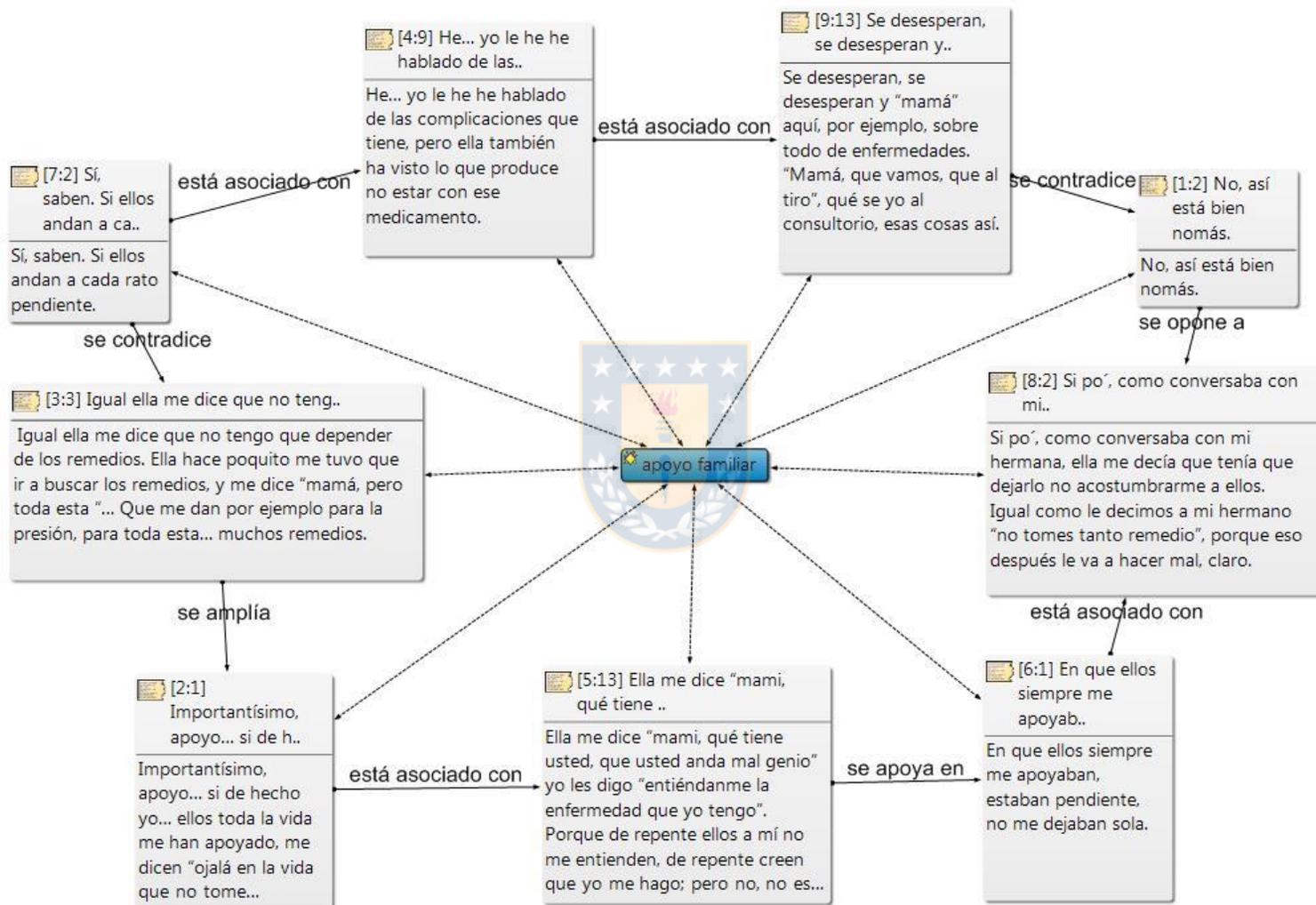


Gráfico 5. Representación de las citas del indicador (código) apoyo familiar

Tal como se evidencia en el gráfico 1, el apoyo familiar aunque no está tan presente en todos los entrevistados sí es significativo. Muchos de los familiares insisten en hacerles entender la importancia de no acostumbrarse a los medicamentos, aspectos que les lleva a estar atentos sobre la forma en que se toman los medicamentos. Uno de los informantes expresó:

“sí, po, como conversaba con mi hermana, ella me decía que tenía que dejarlo, no acostumbrarme a ellos” (Entrevistada 8).

Por otra parte, algunos de los familiares coinciden en que ojalá no tuvieran la necesidad del tratamiento, e incluso llegan a sentirse frustrados por eso. Una de las hijas le contestó a la entrevistada:

“mami, qué tiene usted, que usted anda mal genio” yo les digo “entiéndanme la enfermedad que yo tengo”. Porque de repente ellos a mí no me entienden, de repente creen que yo me hago; pero no, no es así” (Entrevistada 5).

Esta situación les genera ansiedad por cuanto llegan a percibir que no son entendidos como debiera. El apoyo familiar aunque está presente en la mayoría de los casos, algunos de los hijos no entienden la cantidad de medicina y lo expresan:

“Ella hace poquito me tuvo que ir a buscar los remedios, y me dice “mamá, pero toda esta... Que me dan por ejemplo para la presión, para toda esta... muchos remedios” (Entrevistada 3)

Demostrando que les parece exagerada la medicación. Entre los aspectos que se destaca es que el apoyo familiar surge ante la preocupación de que su familiar esté bien, aspecto que aunque les genera desconfianza visualizar un tratamiento tan prolongado optan por tratar de entender que de no seguirlo puede haber un impacto negativo para la salud. Una de las entrevistadas explicó:

“yo le he hablado de las complicaciones que tiene, pero ella también ha visto lo que produce no estar con ese medicamento” (Entrevistada 4).

De esta manera, se evidencia el apoyo de los hijos aunque sea con renuencia e incluso distanciamiento a la cantidad de medicamentos que les agregan a la benzodiacepina.

Dimensión: Rol de la familia

Categoría: Influencia familiar al proceso de deshabitación

Código/indicador: Interrelación familiar

La interrelación familiar suele ejercer una influencia en la manera como una persona vivencia su tratamiento con benzodiazepina, de allí que se hayan tomado en cuenta los siguientes códigos ubicados en el cuadro 5 para hacer una valoración de ello:

Cuadro 5. Citas del indicador interrelación familiar

Guía de código	Citación
1-3	Cuando yo puedo ir pa' allá nomas po'.
2-3	Ay, es que la ventaja fue de que me sentí bien po', a pesar de todo lo que me decían mis hijos de que no la tomara, pero yo en mí, yo me sentí bien; ya no sentía esa angustia que sentía
3-15	Es que insisto, conversamos, yo escucho su punto de vista, ella escucha el mío y me dice "ya mamá, si tienes razón".
4-7	Eh... en realidad, podríamos decir que me da la facilidad de hacer las otras cosas que complementan este tratamiento que sería el deporte. Que no tengo mayor problema que ella me deje practicar deporte.
5-1	No, de repente uno viene paca', conversa y de repente yo me quedo sola acá po', y la Mariana igual po', voy y vuelvo y así. En la tarde me voy palla' un rato, después me vuelvo a encerrar a acostarme.
6-2	bueno, no le puedo decir buena, buena, porque en los matrimonios siempre hay altos y bajos y nunca puede ser como perfecto para ser feliz po', siempre hay como... pero bien, bien estoy feliz con mis hijos, lo único triste es que no tengo ni un nieto, pero ya...
7-1	Si, a veces nos llevamos bien, a veces, ellas se enojan conmigo cuando olvido los remedios, cuando no me los tomo, pero yo le digo "hija a veces se me olvidan, porque mi mente, se está como... se me olvida", me pongo a hacer las cosas y se me olvidan. Cuando me vengo a acordar la hora está pasada, asique no me los tomo.
8-12	Sí, claro. Porque mi marido esos día que el antes falleciera, me decía "sabe", me decía, fue por un resfria' (SIC) si fue de repente, "no tengo miedo a morirme", "ah" le decía yo "estay hablando tonteras, esas cosas no debes hablarlas, porque piensa que tienes tu hija, "no" me decía, "mi hija para mí es una mujer grande y ella sabe defenderse". Yo le dije, "todavía para mí es chiquitita", "no" me dijo; "yo sé", me decía él "que la hija va a salir adelante" y justo el falleció a los dos días.
9-4	Con mis hermanas no tengo amistad con mis hermanas, peleas de herencia, fallecieron mis padres, peleas de herencia, nunca más. Lo que sé de mi hermano, uno es operado del corazón, con él me llevo bien, con mi otro hermano igual, me pasan a ver de vez en cuando también.

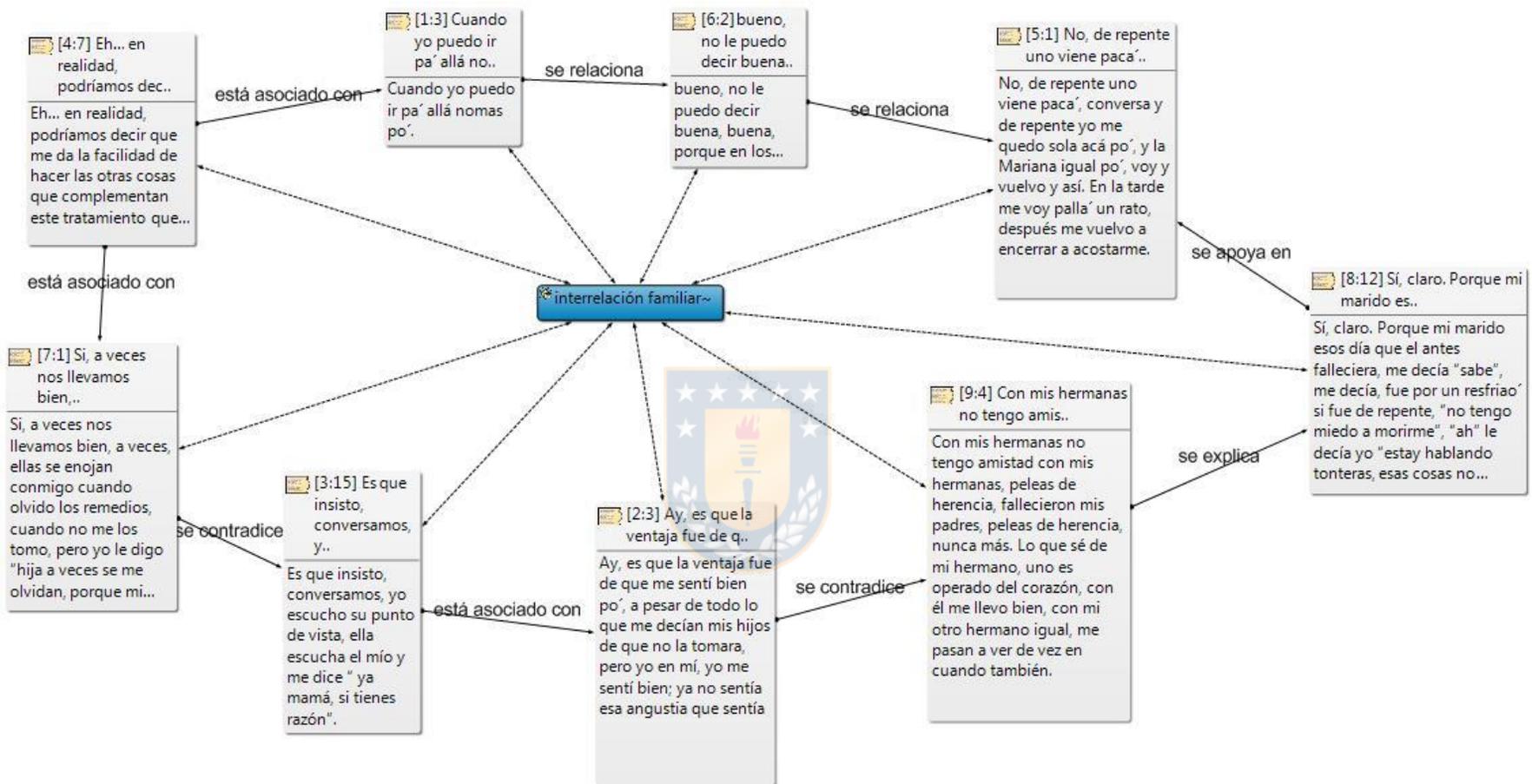


Gráfico 6. Representación de las citas del indicador interrelación familiar

Tomando en cuenta el Gráfico 2, es posible analizar el indicador interrelación familiar, encontrando que hay una buena proporción de entrevistados que resienten el distanciamiento de la familia y muestran la percepción de que podría ser mucho mejor la interacción entre la familia. Uno de los entrevistados indicó:

“Cuando yo puedo ir pa’ allá nomas po”(Entrevistada 1).

Lo cual marca un distanciamiento familiar. Esto se relaciona con lo señalado por otra entrevistada quien expresa:

“bueno, no le puedo decir buena, buena, porque en los matrimonios siempre hay altos y bajos”(Entrevistada 6).

Además, las explicaciones de los entrevistados también indica que en algunas familias se trata de establecer interacción pues quienes llevan el tratamiento intentan a acercamientos internos. Tal es el caso de una entrevista quien explicaba:

“yo insisto, conversamos, yo escucho su punto de vista, ella escucha el mío y me dice “ya mamá, si tienes razón” (Entrevistada 3).

Esta situación muestra una contradicción con otra entrevistada que explica que a veces se llevan bien, exponiendo: a veces, ellas se enojan conmigo cuando olvido los remedios, cuando no me los tomo, pero yo le digo

“hija a veces se me olvidan, porque mi mente, se está como... se me olvida”(Entrevistada 7).

Denotando cierto distanciamiento que contraría la idea de la buena interrelación familiar necesaria en la salud de los usuarios que consumen benzodiazepina.

Por otra parte, también se presentaron casos de distanciamiento familiar notorio en el cual la persona que desarrolla el tratamiento prefiere mantener distancia como forma de tener una vida más tranquila. Respecto a ello una de las entrevistadas explicó:

“Con mis hermanas no tengo amistad con mis hermanas, peleas de herencia, fallecieron mis padres, peleas de herencia, nunca más”(Entrevistada 9).

Esta situación se acerca bastante a lo enunciado por otra entrevistada quien explica:

“No, de repente uno viene paca’, conversa y de repente yo me quedo sola acá po’, y la Mariana igual po’, voy y vuelvo y así. En la tarde me voy palla’ un rato, después me vuelvo a encerrar a acostarme” (Entrevistada 4).

Lo cual denota también una débil interrelación que podría ser más cercana, denotando soledad que impacta a su vez en la salud de quienes tienen el tratamiento con la benzodiacepina.



Dimensión: Rol de la familia

Categoría: Influencia familiar al proceso de deshabitación

Código/indicador: Impulso al tratamiento

En relación con el rol de la familia y el impulso que hacen al tratamiento de usuarios en proceso de deshabitación de benzodiacepina, atendidos en la red primaria de salud de Ninhue, se tomaron en cuenta los siguientes códigos:

Cuadro 6. Citaciones del indicador Impulso al tratamiento

Guía de código	Citación
1-2	Ninguno, ellos me dejan sola nomas. No, yo ahí me las arreglo solita nomas.
2-2	de hecho que no tomara tanto remedio, porque al final, no <i>tomis</i> remedios, tu <i>podís</i> superarte, tú eres joven. No le gusta que tome remedio, a ninguno.
3-5	Entonces ella me dice “ya, tómate la pastilla”, entonces cuando ve que me siento mal me dice , “tómate la pastilla” “eso te va a ayudar”, entonces yo le digo “ no po´mamá , uno no tiene que depender de los medicamentos”, pero ella me dice “tómatalos”.
4-8	Para mi cuerpo, para como yo le digo , los efectos que me produce estar sin los medicamentos, eh como la migraña o dolores de cabeza fuerte o mareos, o la tensión o el mucho dolor de pierna y brazos, o no poder dormir, entonces, de momento los dos preferimos estar con el medicamento, que no estar
5-5	Mi hija me dice, “mami, no tome eso “, “mami tanto remedio que le dan”, y la otra vez no ve que tomé, casi me maté sola, tomé equivocado los remedios.
6-12	cualquier cosa mi hija llama a la ambulancia y vienen acá, me controlan, siempre conversan con mi hija sí, siempre está mi hija y estoy yo. Y ahí le explican, le dicen que yo igual me tomo la presión todo, y le dice “ya tu mamá está así y tienen que llevarla” y si no, eh... “tienes que tenerla aquí nomás y cualquier cosa me llaman y mandamos la ambulancia de nuevo”, porque a veces han venido y después se va
7-5	No. Cuando yo no lo tomo, es que no duermo... Y en un caso si llegara a dormir serían unos segundos más no
8-7	Si, el apoyo de la familia sí, porque siempre van a estar diciendo, va a estar conversando con él lo van a estar apoyando ayudando. No estarlo diciendo “no, si no tomas ese remedio, no te va a sentir bien”, no, sino que ayudarlos a uno, que salga de eso, estar con la persona; porque si no tiene apoyo, si no tiene ayuda, no, no va a salir nunca.
9-16	No, de que él está preocupado de que me tome los remedios qué sé yo, igual él po´. Como ha estado medio enfermo también está tomando remedios y así entre los dos nos cuidamos y nos preocupamos. Yo en la noche que es el último remedio que no tiene que tomarse, “que tómate el remedio” qué se yo...

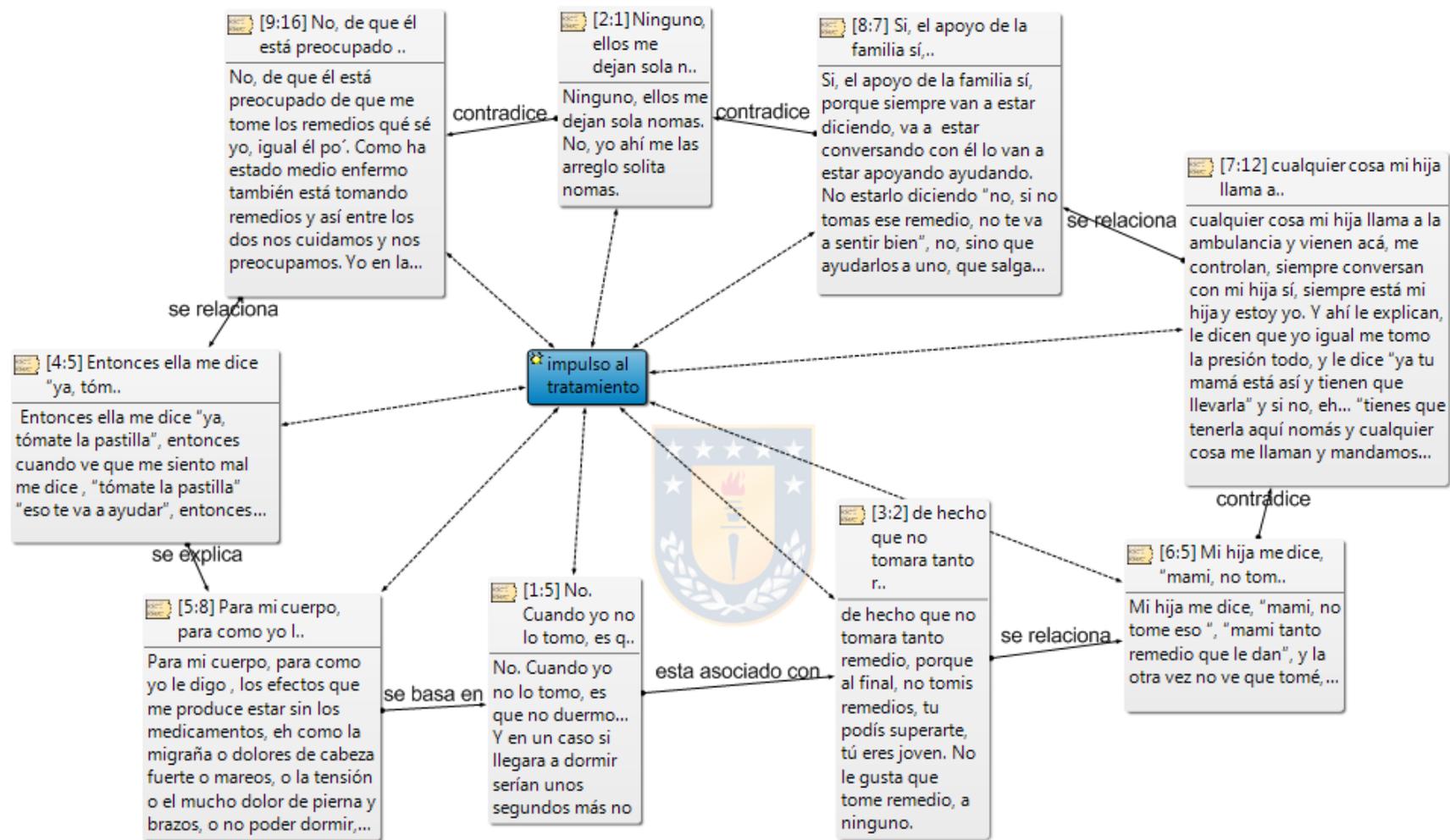


Gráfico 7. Representación de las citas del indicador impulso al tratamiento

El Gráfico 3 permite profundizar en los aspectos relacionados sobre el impulso al tratamiento por parte de la familia a quienes están en proceso de deshabitación del tratamiento con benzodiazepina. En este sentido, se pudo detectar varias tendencias, por un lado, las familias que siguen con sus vidas y dejan solos a los padres con el problema de salud que le ha llevado al consumo de la benzodiazepina, pero que en medio de la cotidianidad descubren lo positivo de deshabitarse a ello e incluso minimizan la cantidad de la dosis prescrita. En torno a ello una de las entrevistadas explicó:

“Ninguno, ellos me dejan sola nomás. No, yo ahí me las arreglo solita nomas”(Entrevistada 1).

Por otro lado, están los hijos que se dan cuenta y se preocupan porque su familiar consuma el medicamento para que esté mejor, y aunque no viven con ellos están pendientes, tal es el caso de una hija que cuando su madre lo requiere llama y pide ayuda, aspecto señalado por la entrevista quien indica:

“cualquier cosa mi hija llama a la ambulancia y vienen acá, me controlan, siempre conversan con mi hija sí, siempre está mi hija y estoy yo”(Entrevistada 6).

Además, otro entrevistado explicaba,

“mi hija me dice, “mami, no tome eso”, “mami tanto remedio que le dan”, y la otra vez no ve que tomé, casi me maté sola, tomé equivocado los remedios”(Entrevistada 5).

De esta manera, es interesante visualizar que algunas familias son temerosas y cuidadosas con el tratamiento, sin saber impulsan la deshabitación a la medicina pues sienten que es la mejor opción para ellos.

Esta situación es concordante con lo expresado por otro entrevistado quien refiere la importancia del rol de la familia a la salud de quien lleva este tipo de tratamiento (benzodiazepina) al explicar:

“Si, el apoyo de la familia sí, porque siempre van a estar apoyando, ayudando. No estarlo diciendo “no, si no tomas ese remedio, no te va a sentir bien”, no, sino que ayudarlos a uno porque si no tiene apoyo, si no tiene ayuda, no, no va a salir nunca”(Entrevistada 8).

En tal sentido, es significativo evidenciar que para las personas es importante que la familia se mantenga cercana a ellos y estén atentos al tratamiento indicado por sus doctores. Sin embargo, hay reconocimiento de lo complicada que es la deshabitación al medicamento, con expresiones como:

“no po´mamá, uno no tiene que depender de los medicamentos”, o también “pero ella me dice “tómatalos”. de momento los dos preferimos estar con el medicamento, que no estar”(Entrevistada 3).



Dimensión: Patrones familiares

Tiene cuatro códigos asociados: otros familiares con tratamiento, límite a la autonomía, creencias asociadas al patrón familiar y dependencia al tratamiento.

Categoría: Influencia generacional en la atención primaria

Código/indicador: Otros familiares con tratamiento

En los patrones familiares tomando en cuenta la influencia generacional en la atención primaria, relacionada con la presencia de otros familiares que mantienen tratamiento, se muestran en el cuadro 7 las citas o aportes de cada entrevistado.

Cuadro 7. Citaciones del indicador otros familiares con tratamiento

Guía de código	Citación
1-5	No, soy yo la única.
	El entrevistado no refirió opinión al respecto
3-4	Eh... mi mamá consume diazepam, ella lleva de tratamiento, pueden ser diez años.
4-1	En realidad mis familias casi todas toman ese medicamento.
5-10	No, soy la única yo, pero yo... mi papá murió de algo al corazón...
6-5	Mi hermana, mi mamá. Sí.
7-6	No, nadie... mi mamá murió de cien años, pero nunca tomó. Mi papá murió de ciento diez...
6-1	No, toman amitriptilina nomas mi hermano, otro hermano mayor que tengo yo, pero él a veces toma mucho.
9-3	No, no, no.

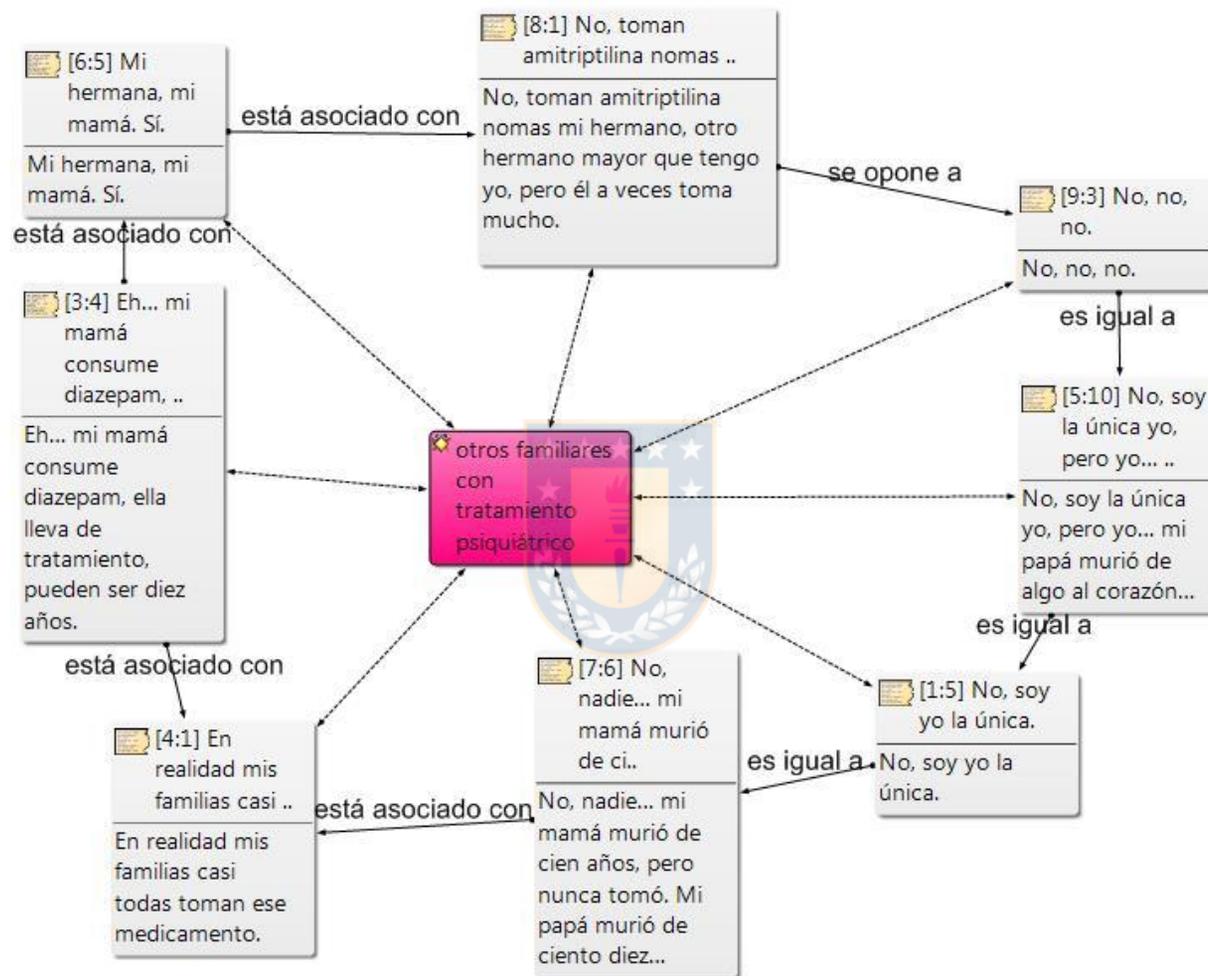


Gráfico 8. Representación de las citas del indicador otros familiares con tratamiento

A partir de lo estructurado en el Gráfico 4 se denota que hay una alta proporción de familias que coinciden en utilizar tratamientos farmacológicos para mejorar la ansiedad, insomnio, entre otros, tales como la benzodiacepina. Tal situación es evidenciada en uno de los entrevistados quien explicaba que: “en realidad mis familias casi todas toman ese medicamento”, además, otro de ellos mencionó:

“Eh... mi mamá consume diazepam, ella lleva de tratamiento, pueden ser diez años”(Entrevistada 3).

Sin embargo, hubo algunos que explicaron que solo ellos toman el medicamento, al expresar:

“No, nadie... mi mamá murió de cien años, pero nunca tomó. Mi papá murió de ciento diez...” (Entrevistada 7).

De esta manera se evidencia que en la familia hay longevidad, lo cual no evitó que la entrevistada se viese en la necesidad de consumir benzodiacepina; pero esta situación mostró que el consumo de la medicina lo hace especialmente para mejorar su vida diaria, dormir y dejar de lado la ansiedad.

Al mismo tiempo, otros entrevistados explicaron que solo ellos consumen el medicamento, de la siguiente manera:

“No, soy yo la única” o “No, soy la única yo, pero yo... mi papá murió de algo al corazón...”
(Entrevistada 5).

De esta manera, se pudo evidenciar que hay personas que sin antecedentes familiares pueden desarrollar síntomas o la necesidad de consumir medicamentos farmacológicos tales como la benzodiacepina.

Además, se encontró una asociación entre las personas cuyos familiares también tienen tratamiento con benzodiacepina como hermanos, tíos, o madres, con otros entrevistados que tienen hermanos con tratamiento antidepresivo o siguen un tratamiento farmacológico relacionado con su salud mental. En torno a ello, es posible mencionar que estos resultados indican la posibilidad de que en la familia haya personas que tengan debilidades psicológicas o psiquiátricas particulares sin que estén relacionadas entre sí.

Dimensión: Patrones familiares

Categoría: Influencia generacional en la atención primaria

Código/indicador: Límites a la autonomía

Otro de los aspectos que se logró identificar en cuanto a los patrones familiares son los límites a la autonomía que el tratamiento genera en los usuarios que se encuentran en un proceso deshabitación de benzodiazepina, atendidos en la red primaria de salud de Ninhue. En tal sentido, se muestra en el cuadro 8 las citas o aportes de los entrevistados:

Cuadro 8. Citaciones del indicador límites a la autonomía

Guía de código	Citación
1-6	No, no tengo problemas con nadie, es que trato yo de tener problemas con nadie, si una persona, por ejemplo, una misma vecina de ahí me cae mal, no voy pa' allá. Tratar de no acercarme a ella.
2-5	no quiero depender de una pastilla sabiendo que yo puedo salir sola adelante, pero de repente uno cree y no puede; pero con el tiempo uno ya puede superarse y dejarlo, porque de hecho yo lo he dejado
3-6	Sí, es que ella cree que tomándome el medicamento se me va a pasar todo, entonces yo le digo "no po', uno no tiene que depender de los remedios", pero ella, si ella es una dependiente del clonazepam y de todo eso que le dan en el consultorio.
4-13	Importante, porque también me ayuda a poder estar... aliviar esta ansiedad, que prácticamente siento todos los días.
5-6	O sea cuando ya tengo un problema, tengo que tomar po', pa' relajarme y todo po'. De repente me dan ganas de llorar tambipen, cuando ando mal o cuando me dicen cosas también, ando mal po'.
6-11	se supone que tendría que relajarme y tendría que dormir bien po', y a veces me dan las una de la mañana y no puedo dormir. Y sabe que es lo que hago, no le he dicho al médico, pero sabe que yo le hecho una gotita de agua de las carmelitas en un vasito y le pongo un poquito de azúcar y agua y me tomo cinco a diez gotitas...
7-11	He intentado y el otro mes pasado en noviembre tuve tres días, pero a mí me decían "tómame agua de hojas de naranjo" y como fue a buscar mi hija mayor, mi hizo un vaso y me dejaba pa' tomar. Y claro, tomaba y ,a veces, me tiraba a dormir y , a veces, dormía mis dos o tres horas, después ya no dormía po'.
8-13	yo trato de hacer las cosas, por ejemplo, no me metí en la cabeza que yo iba a quedar sola , que mi hija se iba a ir e iba a quedar sola, todas esas cosas no. Porque yo decía, "tengo que ser fuerte", porque ella, si me pasa algo a mí, ella va a quedar sola, quién la va a ayudar, si no está el papá, no está la mamá. Después cambia la cosa po'.
9-2	Eh... por eso mismo, porque me siento, eh me decaigo mucho, me decaigo, sí... sí... pero, por ejemplo, si estoy en actividades estoy afuera, por ejemplo, cuando voy a Chillán, ahora mismo que salí no me pasa nada po', siendo más o menos las dos de la tarde nada ni una cosa, pero estando aquí en la casa sola eh... me viene eso como del sueño...

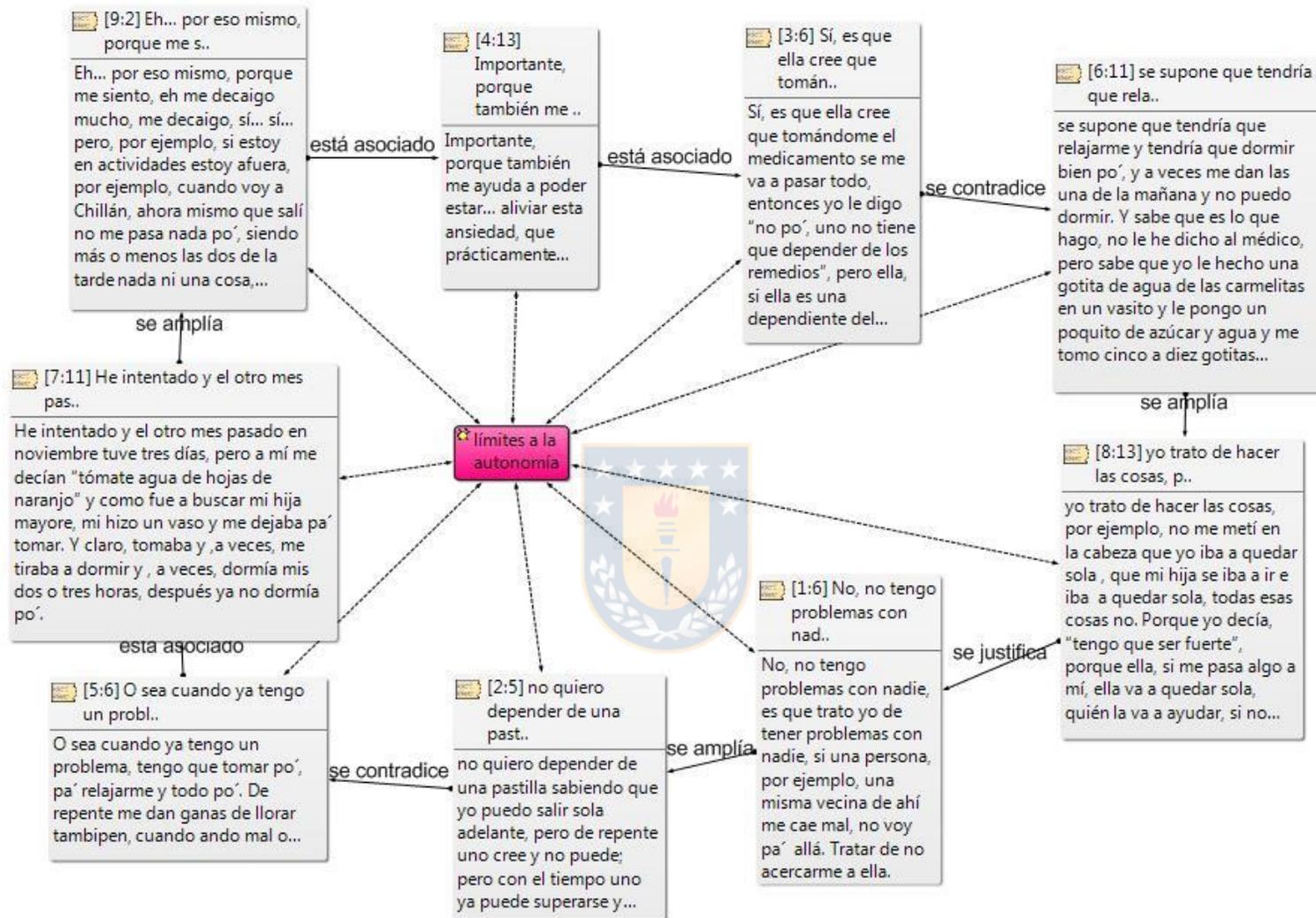


Gráfico 9. Representación de las citas del indicador límites a la autonomía

En cuanto al indicador límites a la autonomía, los resultados muestran que la mayoría de los entrevistados coinciden en la influencia que tiene la benzodiacepina en sus actividades diarias, de interacción familiar o cuando necesitan enfrentar una situación compleja en sus vidas. Esto pudo ser evidenciado en uno de los entrevistados que expresó:

“O sea cuando ya tengo un problema, tengo que tomar po’, pa’ relajarme y todo po’. De repente me dan ganas de llorar también, cuando ando mal, ando mal po’” (Entrevistada 5).

En este contexto, se evidencia cierta asociación con el hecho de que algunos entrevistados buscan tratamientos alternativos para enfrentar sus temores o situaciones particulares de ansiedad o estrés, tal es el caso de uno de los entrevistados que explicaba:

“He intentado y el otro mes pasado en noviembre tuve tres días, pero a mí me decían “tómate agua de hojas de naranjo” y como fue a buscar mi hija mayor, mi hizo un vaso y me dejaba pa’ tomar” (Entrevistada 7).

Sin embargo, algunos de los entrevistados explicaron el deseo de deshacerse al tratamiento con expresiones como:

“no quiero depender de una pastilla sabiendo que yo puedo salir sola adelante, uno cree y no puede; pero con el tiempo uno ya puede superarse y dejarlo, porque de hecho yo lo he dejado” (Entrevistada 2).

Otro entrevistado indicó:

“ella cree que tomándome el medicamento se me va a pasar todo, entonces yo le digo “no po’, uno no tiene que depender de los remedios” (Entrevistada 3).

De esta manera, es posible evidenciar la posible deshabitación al tratamiento farmacológico con benzodiacepina.

Además de lo expresado se encontraron ciertas contradicciones entre los informantes, por un lado, quienes sienten la necesidad de medicarse con aquellos que no quieren seguir dependiendo de un medicamento en su vida. Tal es el caso de uno de los entrevistados que explicaba:

“yo trato de hacer las cosas, por ejemplo, no me metí en la cabeza que yo iba a quedar sola”
(Entrevistada 8).

Sin embargo hay otra persona que dice que lo consume porque:

“... por eso mismo, porque me siento, eh me decaigo mucho, me decaigo, sí... sí...”
(Entrevistada 9).

Esta situación indica que la deshabitación tiene mucho que ver con la forma en que la persona enfrenta su vida y las experiencias que vivencia; en tal sentido, mientras más fortaleza y seguridad de sí misma, probablemente haya mayor posibilidad de la deshabitación farmacológica de la benzodiacepina.



Dimensión: Patrones familiares

Categoría: Influencia generacional en la atención primaria

Código/indicador: Creencias asociadas al patrón familiar

Respecto a la categoría influencia generacional en la atención primaria, enmarcada en la dimensión patrones familiares, se encontró en el indicador creencias asociadas al patrón familiar las siguientes citas ubicadas en el cuadro 9:

Cuadro 9. Citaciones del indicador creencias asociadas al patrón familiar

Guía de código	Citación
1-9	Por mi niñez, tuve mala... hasta los catorce tuve, de catorce a diecisiete años tuve mala, mal, mal, estuvo malo ahí.
2-10	En el fondo mi problema no es tan grande, mi hijo “mamá”, me dice, “esto no es nada, que se hayan peleado los hermano, que se hayan peleado con el papá un poco, déjalos, si esto no es nada comparado con otras familias”, me dijo, “tú vive tu vida”
3-16	mi hermano, igual hace poco que le detectaron crisis de pánico también. Él trabajó toda su vida en Santiago, unos veinte años en Santiago y de allá llegó con unas crisis de pánico terrible y también acá le dieron <i>clonazepam</i> no sé si toma <i>proxetinaocentralina</i>
4-2	porque partiendo por mi abuela, todos tienen trastorno de ansiedad generalizado, o problemas con el suelo, mi mamá, por ejemplo. Yo diría que por parte de mamá la mayoría tomamos ese medicamento. Así que bueno, mi abuela no he notado mucho las contraindicaciones que dice, pero lógicamente...
5-9	Si, de repente yo le digo “que ando mal”, “que me duele la cabeza”; pero “mami” me dice, “pero si usted se anda acordando de la enfermedad”. No que me ande acordando de la enfermedad, me da porque de repente me siento mal
6-13	Es que sabe que si yo, no se po´, como que a veces no me siento bien y que si yo no lo tuviera no lo consumiría, yo no les digo nada.
7-12	Sí, porque mi marido tomaba, me pegaba, y a veces, le pegaba a mis hijos, pero yo me aguanté, me aguanté, porque cómo voy a dejar a mis hijos botados. Una vez le dije, llegó medio curao´ y todo, encontró mi hijo mayor arriba de una mata de nísperos y de ahí le dijo “bájate”... y el otro hijo el que está conmigo, también está... Y yo les dije “bájense hijos”, les dije yo “el papá anda curao´, los va a pegar.
8-11	Sí, difícil eso, sí... tiene que tener apoyo. Si no tiene fuerza de voluntad sola, tiene que tener apoyo.
9-14	¡Oy!, no me lo quiero imaginar, no me lo quiero imaginar porque le tengo miedo a la vejez. O al hecho de que cómo voy a estar yo, porque yo me retiré antes de mi servicio, porque yo no quería que la gente me viera vieja o cómo iba a ser mi comportamiento con ellos, porque yo antes me decían “uy, si las viejas son tan mañosas”, entonces, eso yo tenía miedo de cómo iba a tratar al público. Nada, no tuve problemas.

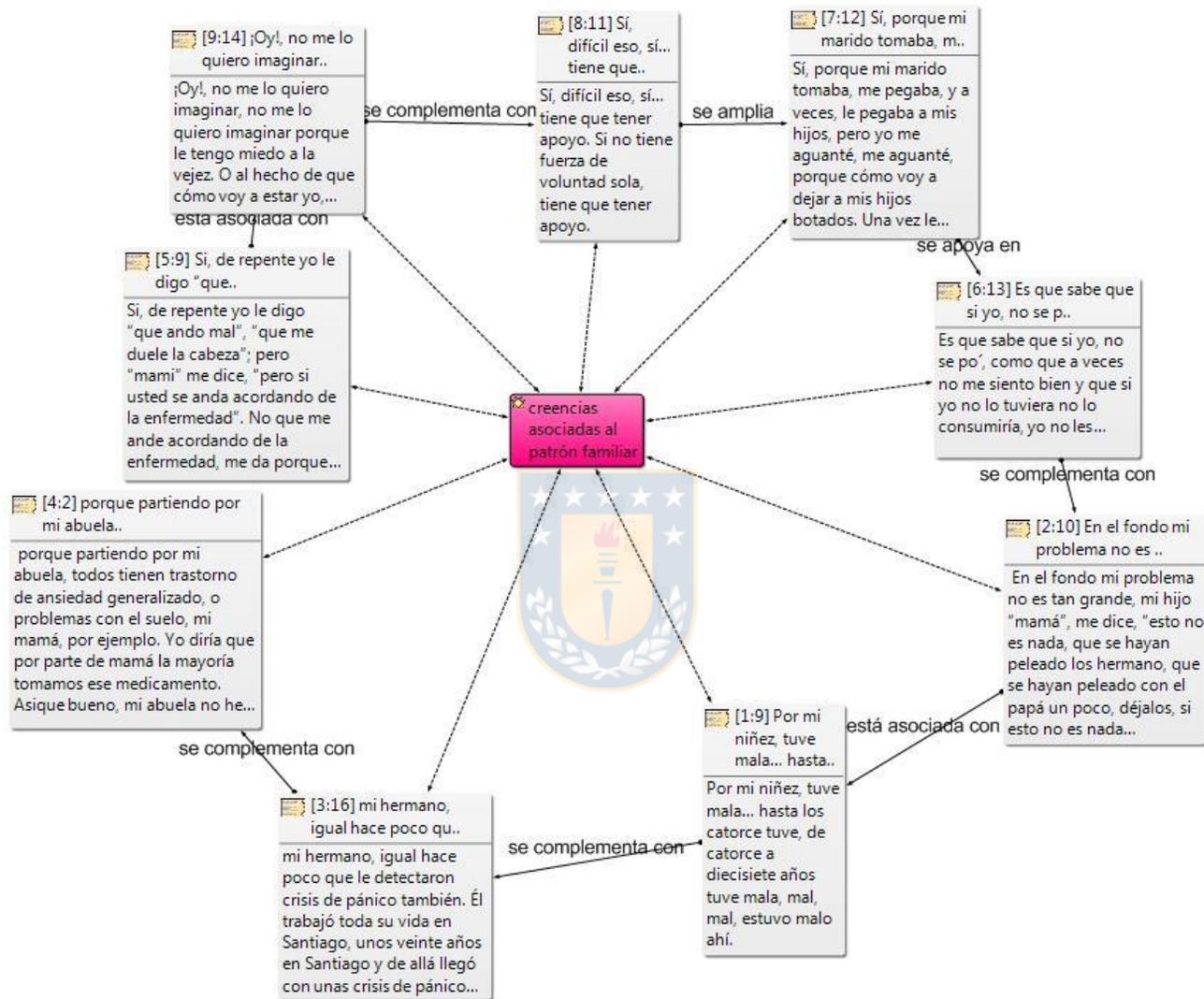


Gráfico 10. Representación de las citas del indicador creencias asociadas al patrón familiar

Respecto al indicador creencias asociadas al patrón familiar se encontró en los resultados que la mayoría de los entrevistados coincide en cierta influencia familiar a la creencia de que la necesidad de la benzodiacepina es algo que forma parte dentro de la realidad de la familia. Uno de los entrevistados explicó:

“a mi hermano, igual hace poco que le detectaron crisis de pánico también” (Entrevistada 3).

y otro mencionó:

“porque partiendo por mi abuela, todos tienen trastorno de ansiedad generalizado” (Entrevistada 4).

Por tanto, es notorio que los patrones transgeneracionales pueden impactar en la deshabitación a la benzodiacepina.

Al mismo tiempo, se encontró que en algunas oportunidades las experiencias que las personas tienen en su niñez impactan sobre su vida adulta y la forma en que la perciben, llevándoles a desarrollar episodios de pánico, ansiedad o mucho estrés. Esta situación es evidenciada en una de las respuesta de las entrevistadas quien indicó:

“Por mi niñez, tuve mala... hasta los catorce tuve, de catorce a diecisiete años tuve mala, mal, mal, estuvo malo ahí” (Entrevistada 1).

Al mismo tiempo, se logró palpar en las conversaciones que algunos entrevistados están conscientes de lo complejo de su futuro de continuar con medicamentos por largo tiempo y que requieren apoyo familiar para mejorar esto. Una de las entrevistadas mencionó:

“Oy!, no me lo quiero imaginar, no me lo quiero imaginar porque le tengo miedo a la vejez. O al hecho de que cómo voy a estar yo” (Entrevistada 9).

Aspecto que se amplía con respuestas como:

“Sí, difícil eso, sí... tiene que tener apoyo. Si no tiene fuerza de voluntad sola, tiene que tener apoyo” (Entrevistada 8).

Uno de los aspectos interesantes es la influencia de los problemas familiares en la habituación a tratamientos farmacológicos como la benzodiacepina, este es el caso de una madre cuyo esposo alcohólico generaba temor y ansiedad tanto en ella como sus hijos, hasta

incluso tener que esconderse de él donde no los viera, impactando sobre sus capacidades mentales y emocionales, lo cual probablemente puede convertirse en un patrón transgeneracional en la familia. Esta situación fue explicada por la entrevistada de la siguiente manera:

“Sí, porque mi marido tomaba, me pegaba, y a veces, le pegaba a mis hijos, pero yo me aguanté, me aguanté, porque cómo voy a dejar a mis hijos botados. Una vez le dije, llegó medio curao´ y todo, encontró mi hijo mayor arriba de una mata de nísperos” (Entrevistada 7).



Dimensión: Patrones familiares

Categoría: Influencia generacional en la atención primaria

Código/indicador: Dependencia al tratamiento

En torno a los patrones familiares y la influencia generacional capaz de impactar en la dependencia al tratamiento de personas que se encuentran en un proceso de deshabituación de benzodiacepina y que pertenecen al nivel de atención primaria de la comuna de Ninhue, se muestran en el cuadro 10 las citaciones correspondientes:

Cuadro 10. Citaciones del indicador dependencia al tratamiento

Guía de código	Citación
1-10	Me dicen que tengo que andar con ellos en mi cartera.
2-6	y ahí yo decía “ pero cómo salgo, cómo salgo”, buscaba mi pastilla y decía “necesito mi remedio”, y salgo... yo no quería tomarlo, estaba entre tomo o no lo tomo.
3-14	No sin ningún medicamento, no quiero seguir. Es que la verdad que yo ya estaba cansada con tanto medicamento. Yo dejé el de la presión, el de <i>meloxicanpa</i> la espalda. Lo único que estoy tomando en este momento, es la <i>paroxetina</i>
4-10	Espero que pueda encontrar algo alternativo, dudo que lo pueda dejar.
5-16	Pero es que tomo cuando ya estoy desesperada, tomo po’.
6-14	yo tuve, no hace mucho que tuve hora con el psicólogo, y el psicólogo me dijo que tenía que hablar con el doctor si estaba así y no podía dormir bien, porque igual me dijo que no iba a poder andar bien en el día “yo le recomiendo”, me dijo, “que vuelva a hablar con el médico a ver si le pueden volver a dar clonazepam”. En eso estamos po...
7-10	Justo po’, para que no me de eso po’, y yo tomándomelos bien en debida forma, no siento ni una cosa, nada, nada, en el día. Yo le trabajo como una cabra de quince años, se cansan ellas...
8-6	Bueno, que hacen bien cuando uno está mal, se siente mal, pero seguirlos tomando, no. Porque uno se acostumbra, pero ya si uno está sintiendo que está recuperándose, no hay para qué.
9-12	No y, por ejemplo, cuando me daban remedios así empiezo por media. Me dicen una que me tome, empiezo por media, porque cierta vez cuando tenía este asunto de la tiroides, que gracias a Dios ya lo superé, eh... hace muchos años, la doctora me dijo “tómese esto de cincuenta, un cuarto, después de media y después se la toma la cincuenta entera o de sesenta, no me acuerdo setenta de miligramos po’.

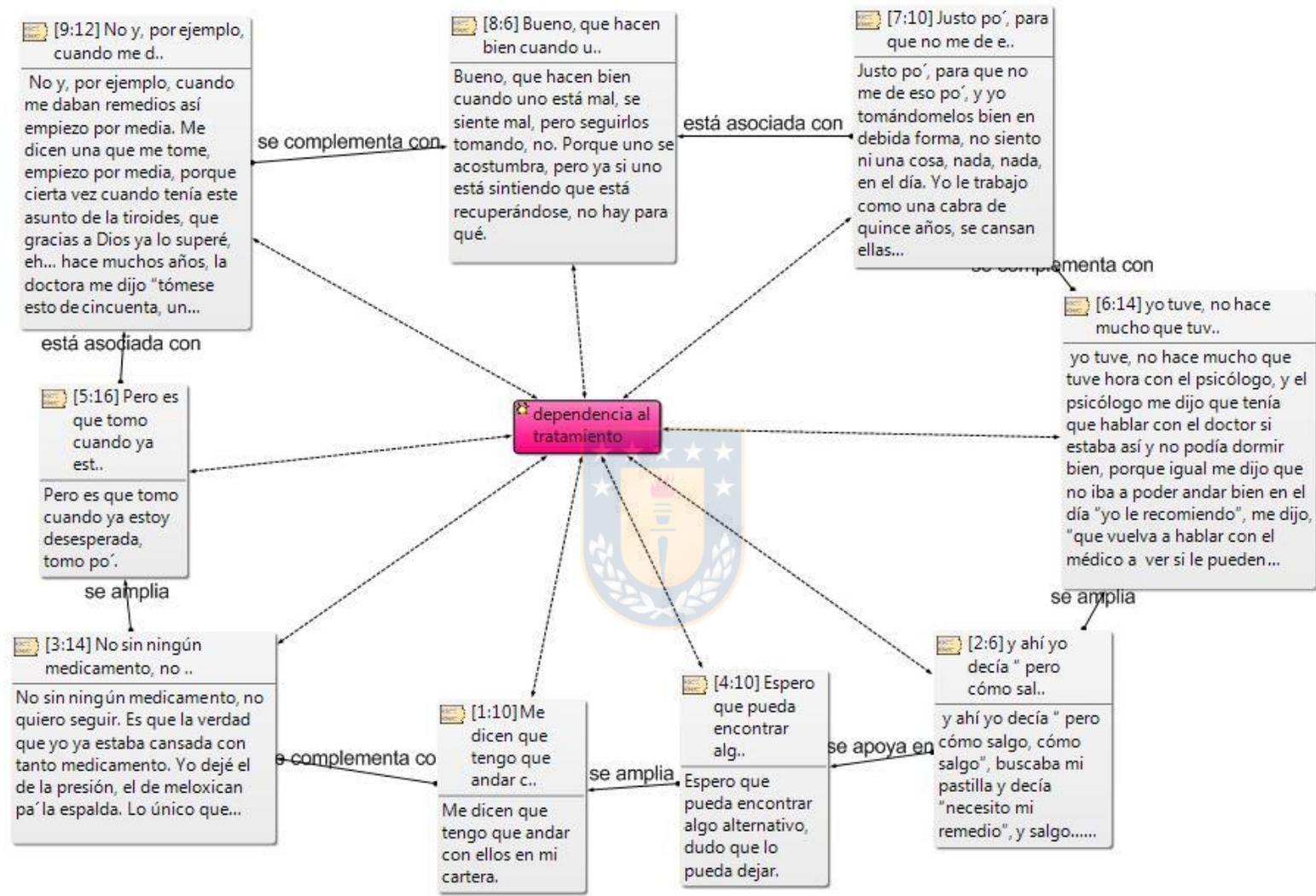


Gráfico 11. Representación de las citas del indicador dependencia al tratamiento

Los resultados en el indicador dependencia al tratamiento son bastante marcados en torno a que la mayoría está consciente que necesitan medicamento, sin embargo, también reconocen que la deshabitación es algo positivo para sus vidas. Tal es el ejemplo del entrevistado que indicó:

“Espero que pueda encontrar algo alternativo, dudo que lo pueda dejar” (Entrevistada 4).

O una de las entrevistadas explicaba qué la llevó al proceso de deshabitación:

“y ahí yo decía “pero cómo salgo, cómo salgo”, buscaba mi pastilla y decía “necesito mi remedio”, y salgo... yo no quería tomarlo, estaba entre tomo o no lo tomo” (Entrevistada 2).

Al mismo tiempo, se encontró que algunos entrevistados optan por otras alternativas como medicamentos del tipo de la paroxetina que es un antidepresivo, la entrevistada mencionó: “No sin ningún medicamento, no quiero seguir. Es que la verdad que yo ya estaba cansada con tanto medicamento (meloxicam). Lo único que estoy tomando en este momento, es la paroxetina” esta persona indica esto pues consume muchos medicamentos y desea la deshabitación de ellos.

Entre los aspectos interesantes encontrados es que los entrevistados reconocen que el tratamiento farmacológico le ayuda en su cotidianidad, sin embargo, valoran el proceso de deshabitación. Esta situación fue evidenciada por una de las entrevistadas que expresó:

“Bueno, hacen bien cuando uno está mal, pero seguirlos tomando, no. Porque uno se acostumbra, pero ya si uno está sintiendo que está recuperándose, no hay para qué” (Entrevistada 8).

Sin embargo, se hay situaciones que indican la decisión de la persona en iniciar de forma desordenada el proceso de desahabitación y hasta que ya no puede más es que decide tomar el medicamento, esto fue expresado por una entrevistada cuando indicó:

“Pero es que tomo cuando ya estoy desesperada, tomo po” (Entrevistada 5).

También está el caso de que consumen lo que consideran bueno o suficiente para ellos, situación mostrada por una entrevistada quien dice:

“por ejemplo, cuando me daban remedios así empiezo por media. Me dicen una que me tome, empiezo por media” (Entrevistada 9).

Por tanto, hay una notoria necesidad de controlar de cerca el seguimiento a la deshabitación que surge cuando la persona ya percibe que puede ir minimizando la dosis y que puede estar errada o bien puede ser apoyada en el consultorio médico.



Dimensión: Comunicación

Tiene cuatro códigos asociados: interacción complementaria, apoyo en la toma de decisiones, expresión de afecto y seguimiento a instrucciones.

Categoría: Interacción entre la familia sobre el proceso de deshabitación de benzodiacepina

Código/indicador: Interacción complementaria

Respecto a la dimensión comunicación, relacionada con la interacción complementaria de la familia de usuarios que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiacepina y que pertenecen al nivel de atención primaria de la comuna de Ninhue, se muestran a continuación en el cuadro 11 las citas correspondientes:

Cuadro 11. Citaciones del indicador interacción complementaria

Guía de código	Citación
1-4	Nada se quedan callados nomas.
2-4	Es que yo no les digo ni siquiera de repente que no estoy tomando <i>na'</i> (se ríe), no, yo creo que ellos me ven tan natural...
3-1	Asique bien, bien... y no bien, bien. Desde que mis hijas crecieron, igual todo ha sido más diferente, como le digo ya diez años a estas alturas ya ha cambiado mucho.
4-14	Todo en realidad me pone nervioso o tenso, ese es el problema mío.
5-12	Si bien sí, pero de repente no le conversan a uno. Lo mismo que me dice mi hija "mami porqué anda usted así con esos modos y todos", es que yo le digo "es que el problema que tengo de la... así como me está explicando usted, de la tiroides que es muy complicada. De repente ando mal genio, de repente ando nerviosa... y todas cuestiones así po'.
6-15	Eh... pucha me dice que... " <i>pucha</i> monita no <i>podís</i> dormir", o a veces yo le hablo pal lao y le digo "mira es tal hora y no puedo dormir "y... y el mismo me dice " <i>pucha</i> , pero tomaste agua de las carmelitas"... A veces, yo las dejo ahí y él se levanta y me viene a buscar... a buscarme el agua porque las gotitas siempre las manejo en el velador y me las... me lleva aguüita, el azúcar y tomo... Sí y él igual, por su trabajo de él igual es trabajo pesao'. Él de por sí, a veces, se queda dormido, a veces, no se da ni cuenta la hora que yo me quedo dormida.
7-15	Si, y salgo pillá', y las chiquillas "mi mamá le dio la lesera", "porqué porque cuando nosotros no estuvimos, ella no se tomó los remedios por hacer las cosas... "y se tomó los remedios mamá", "si me los tomé"; "no, no mienta"... y es cierto po', ahí me noto yo po, cuando yo no me tomo los remedios me da ese decaimiento...
8-10	Sí, gracias Dios, no tenemos problemas...
9-8	Buena, bien... nosotros aquí no tenemos problemas, gracias a Dios no tenemos problemas ni con mi marido, las peleítas así eso...

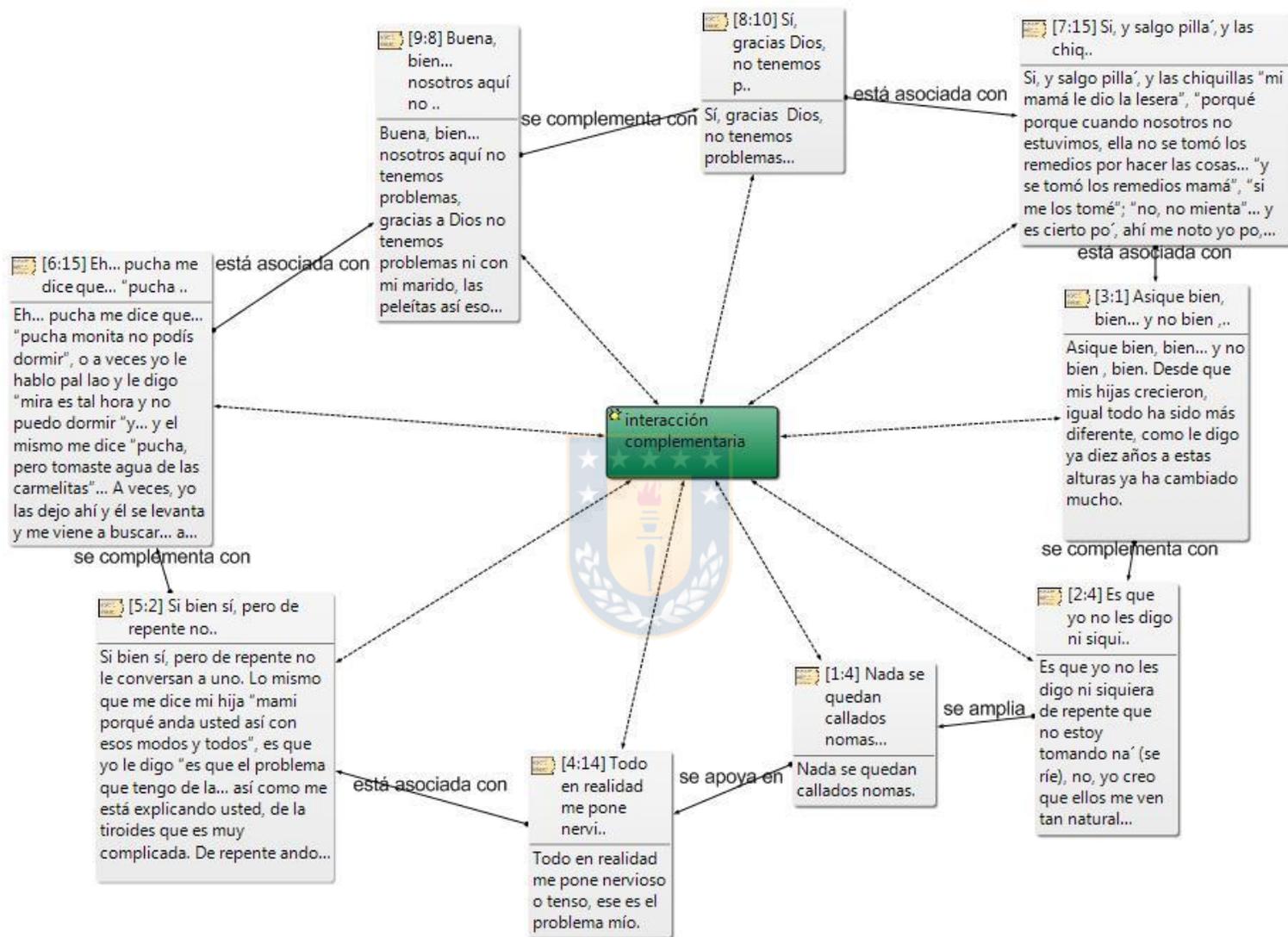


Gráfico 12. Representación de las citas del indicador interacción complementaria

Respecto al indicador interacción complementaria, se encontró que hay varias tendencias: por una parte, entrevistados que opinan llevar bien la interacción con la familia, y dicen no tener problemas, situaciones identificadas en las siguientes respuestas:

“Buena, bien... nosotros aquí no tenemos problemas, gracias a Dios no tenemos problemas”
(Entrevistada 9).

y también:

“Sí, gracias Dios, no tenemos problemas...” (Entrevistada 8).

Por otro lado, algunos entrevistados no están muy seguros de ello y tienden a responsabilizarse por su situación y debilidades que les llevan al tratamiento farmacológico. Uno de los casos es el entrevistado quien explicó:

“Todo en realidad me pone nervioso o tenso, ese es el problema mío” (Entrevistado4).

Situación que impacta en su interacción con los demás. Además, entre los entrevistados está la tendencia de considerar que la interacción a veces es buena y a veces no tan buena, situación indicada por una de las entrevistadas quien afirmó:

“Así que bien, bien... y no bien , bien. Desde que mis hijas crecieron, igual todo ha sido más diferente” (Entrevistada 3).

Situación que es ampliada con el comentario de otra entrevistada quien explica:

“Es que yo no les digo ni siquiera de repente que no estoy tomando na´ (se ríe), no, yo creo que ellos me ven tan natural” (Entrevistada 2).

por tanto, es notoria la sensación deficiente de tranquilidad familiar o en la cual la familia realmente no interactúa como debería el proceso de sanación de sus familiares. La interacción complementaria requiere de bidireccionalidad por tanto refiere una comunicación adecuada capaz de ayudar a quienes llevan tratamiento farmacológico de enfrentar mejor su situación particular.

Adicionalmente, en medio de las interacciones familiares se encontró que hay cierta preocupación por apoyar la realidad de quienes tienen tratamiento farmacológico, pues preguntan la causa de su mal genio, tal es el caso de una entrevistada quien explicó:

“mami porqué anda usted así con esos modos y todos”, es que yo le digo “es que el problema que tengo de la...De repente ando mal genio, de repente ando nerviosa... y todas cuestiones así po” (Entrevistada 5).

Esto se asocia con el hecho de que algunos de los familiares están pendientes de acercarlos el tratamiento y preguntarles qué les ocurre:

“... pucha monita no podís dormir”, o a veces yo le hablo pal lao y le digo “mira es tal hora y no puedo dormir “el mismo me dice “pucha, pero tomaste agua de las carmelitas A veces, yo las dejo ahí y él se levanta y me viene a buscar... a buscarme el agua” (Entrevistada 6).



Dimensión: Comunicación

Categoría: Interacción entre la familia sobre el proceso de deshabitación de benzodiazepina

Código/indicador: Apoyo en la toma de decisiones

Otro de los aspectos que ayudan a comprender la influencia de la comunicación en el apoyo a la toma de decisiones de personas que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiazepina y que pertenecen al nivel de atención primaria de la comuna de Ninhue, se pueden evidenciar en el cuadro 12 con las citas respectivas.

Cuadro 12. Citaciones del indicador apoyo en la toma de decisiones

Guía de código	Citación
1-8	No, lo hice sola. Por eso, tomar decisiones sola, nadie supo que vendí mi casa. Si cuando me encontré viviendo nada más en una pocilga, y mi hermana me vio y me sacó de ahí po'.
2-15	Es que en realidad decisiones grandes no se toman... a ver una decisión grande podría ser... cuando mi hijo nos contó que iba a dejar la universidad, pero ahí como y le digo la tomé por un lado mal, pero él la tomó más tranquila; que trabajara, el papá le dijo "Ya está bien", "mamá voy a trabajar", "ya está bien" le dije yo
3-12	No todo bien, todos preocupados por mí, todos averiguando en qué me podían ayudar cooperando... no. Como le digo...
4-3	También consultando, hablando entre los dos que es lo mejor, viendo los <i>proy</i> los contras de las cosas. Dependiendo de eso se llega a una decisión.
5-12	Al último de tomarme los remedios, yo me estaba tomando mal los remedios, la otra vez me estaba tomando mal los remedios. Me tomé mal los remedios po'. A sique la Mariana, le digo yo "ya Mariana, tengo esas botellitas donde las echo", pero no tanto remedio
6-3	Eh... que aquí nosotros como somos los dos, siempre conversamos las cosas, si él piensa algo me dice y ahí vimos si estamos de acuerdo los dos y así y cuando no yo igual po'. Y él ahí me dice si él está de acuerdo o no y se hacen las cosas.
7-8	Las conversamos entre todos. Bueno las chicas me dicen "mamá, qué hacemos", "bueno ustedes saben po' hija"
8-15	Las conversamos y ahí... sí. Y la abuelita, como ya tiene noventa años. Tiene noventa años, tampoco no... pero más con mi hija como ha estado aquí.
9-10	Se conversa, sí... sí.

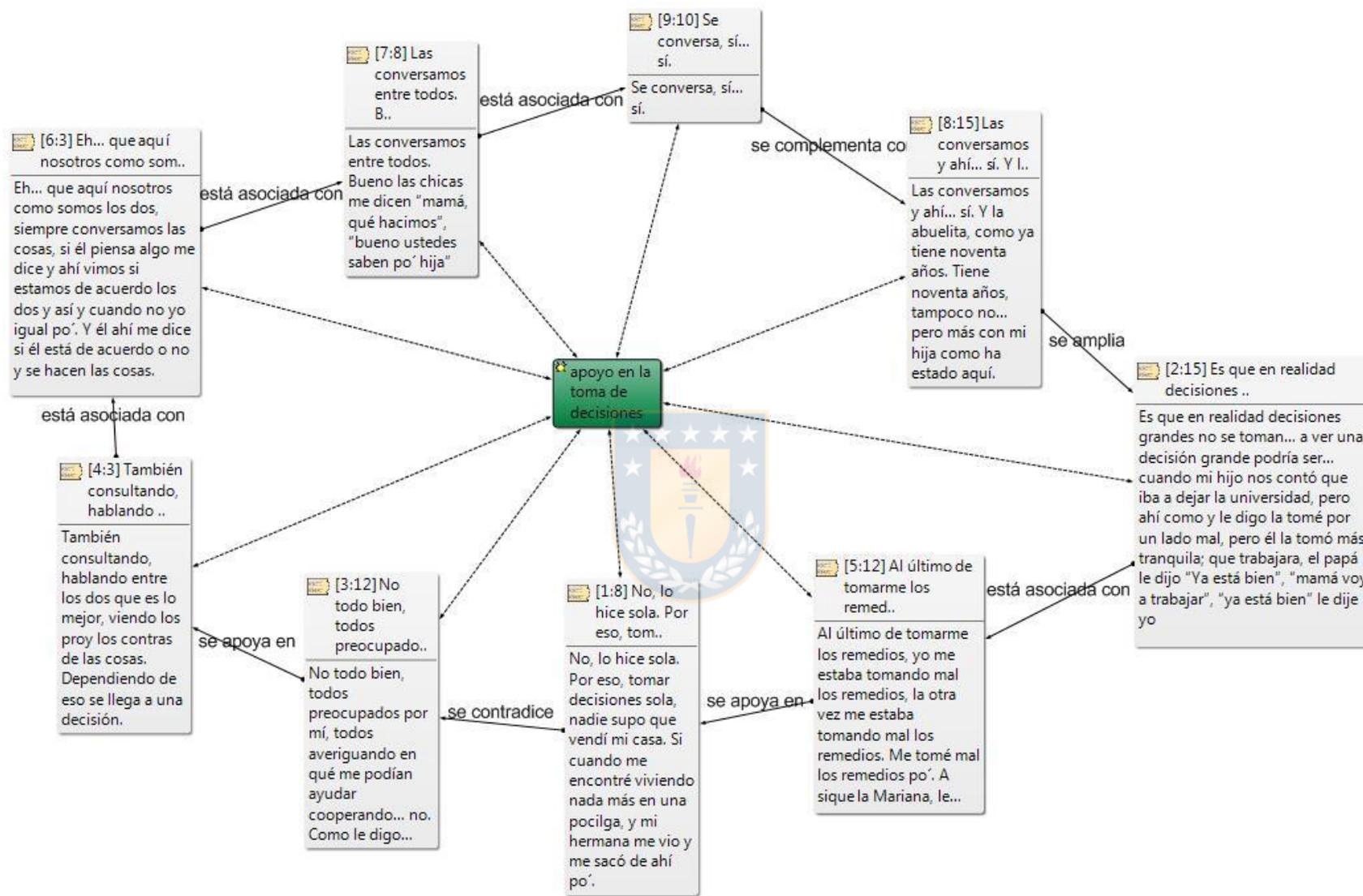


Gráfico 13. Representación de las citas del indicador apoyo en la toma de decisiones

En torno al indicador apoyo en la toma de decisiones los resultados muestran algunos aspectos contrastantes. Por una parte, solo una de las entrevistadas expresó que toma sola las decisiones al referir:

“No, lo hice sola. Por eso, suelo tomar decisiones sola, nadie supo que vendí mi casa. Si cuando me encontré viviendo nada más en una pocilga, y mi hermana me vio y me sacó de ahípo’” (Entrevistada 1).

Sin embargo, se evidencia que la familia colaboró en mejorar la situación. En este contexto, el resto de los entrevistados expresó de una u otra manera que la familia se mantiene cerca para ayudar a decidir, a veces entre todos o solo la pareja. Al respecto, una de las entrevistadas indicó:

“Las conversamos entre todos. Bueno las chicas me dicen “mamá, qué hacemos”, “bueno ustedes saben po’ hija” (Entrevistada 7).

Y otra de las entrevistadas expresó:



“Se conversa, sí... sí” (Entrevistada 9).

Por su parte, uno de los resultados muestra que las familias precisan mayor unión especialmente al decidir sobre aspectos que le afecten, pues aunque a veces consideran que no se toman grandes decisiones, estas si se hacen pero de forma separada, como el caso de cuando uno de los hijos decidió dejar la universidad. En torno a ello, la entrevistada indicó:

“Es que en realidad decisiones grandes no se toman... cuando mi hijo nos contó que iba a dejar la universidad, pero ahí la tomé por un lado mal, pero él la tomó más tranquila; que trabajara, el papá le dijo “Ya está bien”, “mamá voy a trabajar”, “ya está bien” le dije yo” (Entrevistada 2).

De esta manera, es posible considerar que es preciso mayor acercamiento y colaboración especialmente cuando hay de por medio personas que están buscando deshabitación a tratamientos farmacológicos.

En torno a ello, la situación se ve ampliada cuando los acercamientos son escasos y la persona termina consumiendo mal el tratamiento. Esto ocurrió con una de las entrevistadas quien explicó:

“Al último de tomarme los remedios, yo me estaba tomando mal los remedios, la otra vez me estaba tomando mal los remedios” (Entrevistada 5).

Sin embargo, existe un notorio contraste con las familias que toman en conjunto las decisiones como es el caso del entrevistado quien expuso:

“consultando, hablando entre los dos que es lo mejor, viendo los pro y los contras de las cosas” (Entrevistado4).

Lo cual se asocia con lo expresado por otro entrevistado quien dice:

“Eh... siempre conversamos las cosas, si él piensa algo me dice y ahí vimos si estamos de acuerdo los dos y así y cuando no yo igual po’” (Entrevistada 6).



Dimensión: Comunicación

Categoría: Interacción entre la familia sobre el proceso de deshabitación de benzodiazepina

Código/indicador: Expresión de afecto

En este código se busca comprender la interacción entre la familia sobre el proceso de deshabitación de benzodiazepina en torno a la expresión de afecto que la familia refiere entre ella, aspecto que es posible visualizar en el cuadro 13 mostrado a continuación:

Cuadro 13. Citaciones del indicador expresión de afecto

Guía de código	Citación
1-7	Tratando de tener buena, buena disponibilidad nomas.
2-9	<i>paquetomai</i> remedios si te va a molestar el estómago y tú <i>podíssalir</i> adelante... como le decía anteriormente “Ay, si hay problemas más grandes mamá, para qué” ,me decían, ellos siempre están tratando de que yo no tome remedios, que pueda por sí misma, siempre he tenido el apoyo en ese sentido.
3-9	Eh... mi hija más chica es más expresiva, ella siempre anda “mamá, o quiere darme un beso, me dice “mamá ríete”, me abraza y todo. La mayor, insisto que es un poquito más, no que no demuestre cariño, pero eh... a ver cómo le puedo explicar, no es de andar abrazando
4-4	Eh... en realidad los dos somos cariñosos, siempre el cariño está presente.
5-8	el sale, llega de su pega y sale pegando, pero de repente ya en la mañana me da un beso “mamita cómo está”, “cómo amaneció”, “cómo durmió”; es lo único que él me pregunta. Los otros no, es el único que me pregunta “mamita cómo está”, “cómo durmió”, “si” le digo, “dormí bien” y “como amaneció”... Pero los otros ni decir “mamita cómo amaneció”, si sabe que estoy enferma, nada, nada.
6-7	Entre la familia siempre nos estamos llamando por teléfono, si el otro está enfermo siempre nos estamos llamando porque como está todo así po’.
7-7	Sí, somos todos unidos. En la noche todos ahí cenando juntos ahí si. Ahora mis hijos cuando vienen de Santiago, el otro que está en Parral se mata chanco o cordero, lo que aiga y todos unidos.
8-9	Todavía tengo que luchar. Mi ánimo, es mi hija mi preocupación, porque por ejemplo me pasa algo, a mí es la única que tiene, bueno sus hermanos con el que crie yo de chiquitito, él es muy allegado a ella, son hermanos, hermanos; como hermanos, claro.
9-9	Justamente eso, pero nada más. Llevamos treinta y tantos años, treinta y seis, treinta y cinco años de casados po’. Con mis hijos igual, yo los quiero mucho, los regaloneo... no bien, bien. En eso yo no tengo nada que quejarme.

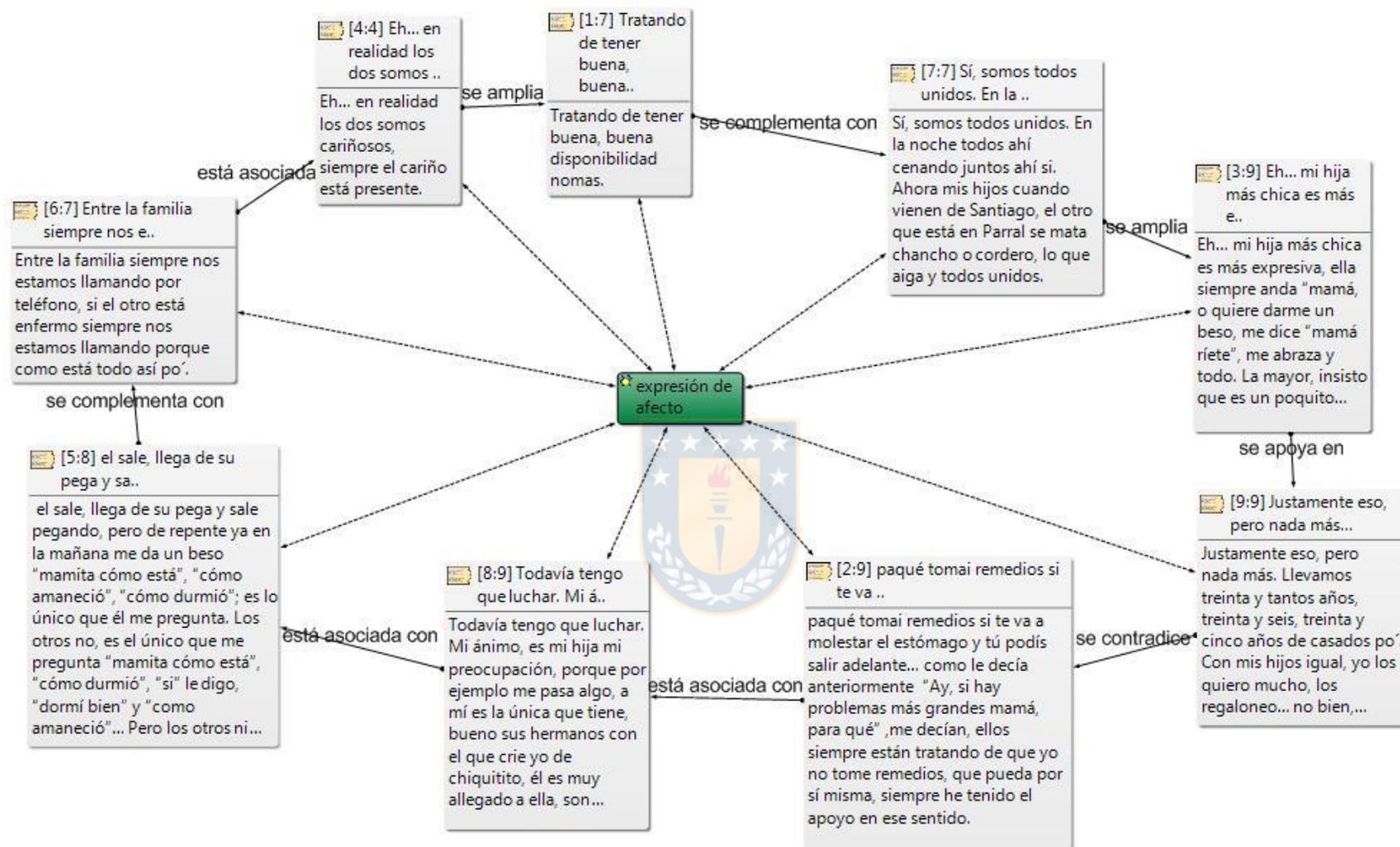


Gráfico 14. Representación de las citas del indicador expresión de afecto

En torno al indicador expresión de afecto, los resultados muestran bastante paridad entre las respuestas. Algunos de los entrevistados opinan que en el hogar sí hay demostración de cariño y aunque a veces no es tan palpable lo perciben en la preocupación por la salud. Por otra parte, hay algunos entrevistados que opinan que algunos son más expresivos que otros, sin embargo, su cariño por ellos los estimula a encontrar fortaleza para enfrentar sus debilidades y apoyarles lo más que pueden.

Entre los aportes se encuentra una madre que dice:

“Todavía tengo que luchar. Mi ánimo, es mi hija mi preocupación, porque por ejemplo me pasa algo, a mí es la única que tiene” (Entrevistada 8).

Además, otra de las entrevistadas refiere que el afecto lo demuestran:

“Tratando de tener buena, buena disponibilidad nomas” (Entrevistada 1).

Por tanto, son familias cuyo entorno aunque está afectado buscan la manera de apoyarse y quererse entre ellos.

Del mismo modo, una entrevistada indicó:

“Entre la familia siempre nos estamos llamando por teléfono, si el otro está enfermo siempre nos estamos llamando porque como está todo así po’” (Entrevistada 6).

De esta manera, esta situación está asociada con otras expresiones como la efectuada por el entrevistado quien dijo:

“Eh... en realidad los dos somos cariñosos, siempre el cariño está presente” (Entrevistado 4).

Por tanto, es posible denotar afectividad entre algunas de las familias. Sin embargo, los resultados muestran diferencias entre las expresiones de afecto, este el caso de una de las entrevistadas quien indicó:

“mi hija más chica es más expresiva, ella siempre anda “mamá, quiere darme un beso, me dice “mamá ríete”, me abraza y todo. La mayor, insisto es un poquito más, no que no demuestre cariño” (Entrevistada 3).

Esta situación se asocia con lo expuesto por otra entrevistada quien explicó que hay diferencias en la expresión de afecto de sus hijos, al contar:

“el sale, llega de su pega, pero de repente ya en la mañana me da un beso “mamita cómo está”, “cómo durmió”. Los otros no, es el único que me pregunta “mamita cómo está”, “si”

le digo, “dormí bien” y “como amaneció”... Pero los otros ni decir “mamita cómo amaneció”(Entrevistada 5).

Por tanto, aunque los hijos tengan problemas y esto les afecte como padres, es muy importante para ellos sentirse valorados. El cariño entre la familia ayuda a forjar lazos de unión difíciles de romper, sin embargo, es muy importante ofrecer un entorno armónico y equilibrado en donde la percepción del funcionamiento familiar sea positivo para las personas que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiacepina.



Dimensión: Comunicación

Categoría: Interacción entre la familia sobre el proceso de deshabitación de benzodiacepina

Código/indicador: Seguimiento a instrucciones

En este código se busca comprender la interacción entre la familia sobre el proceso de deshabitación de benzodiacepina en cuanto al seguimiento a instrucciones dentro del tratamiento médico señalado, para ello se muestra a continuación el cuadro 14:

Cuadro 14. Citaciones del indicador seguimiento a instrucciones

Guía de código	Citación
1-11	Para que cuando se me olvide, tomármelos cuando me acuerde.
2-11	(respira) “respire”, me decía así, piense en otra cosa, escuche la música, pero me hizo súper bien y de ahí después ya no fui más po’. Y después volví, ahora de esta pelea que hubo acá. Es que fueron por cosas, son situaciones distintas, no por los celos ni nada, sino que fue por la pelea po’
3-13	fui al doctor y le dije que ya no quería depender más de las pastillas, y me dijo “tratemos de bajarla a un cuarto, si tú vez que necesitas la mitad vas a tener que subirla, porque tu cuerpo ya está como... pero yo traté de no necesitarlo po’. Quería convencer a mi cerebro de que era la mitad de lo que me estaba tomando, entonces trataba de hacerlo y lo logré.
4-11	Que... que en vez, que ya si no se puede que tengo que tomar lo que me dice el médico.
5-11	la. Me dijo “yo le aconsejo, no esté tomando estos remedios, bueno yo sé que todo el mundo toma remedios para dormir, pero si usted no puede dormir cómo anda”. Si a mí se me dispara la presión cuando yo no duermo, y tampoco no soy buena para trasnochar ni nada, asique ayer lo fui a buscar po’.
6-10	Me dijeron de que ya no podía usar más el clonazepam, que tenía que usar otro remedio, porque ya el cuerpo se me estaba acostumbrando a eso y no me hacía bien y a las finales yo iba a tomar, yo iba a tomar y no me iba a hacer efecto, porque yo ya llevaba muchos años que yo estaba tomando, y ahí me lo... de primera yo lo extrañaba harto po’, pero me empezaron a dar otros remedios, que hasta las finales ahora último me han cambiado harto
7-18	si en Chillán me dijo que mi misma hija y yo, porque siempre cuando yo voy me pasan con ella, y ahí me dijo “mire señora vamos a tener que ir dejando el clonazepam de a poco”, porque usted se va a acostumbrar mucho, y después se lo van a prohibir y usted no va a poder dormir. Y justo ahora este mes, mi hija fue a buscar los remedios allá arriba y ahí viene puesto uno y medio ¿por qué me lo subieron?
8-14	Yo encuentro cuando uno está malita, las necesita, pero no hay que abusar de ello, porque si yo me siento bien como me estaba sintiendo bien, las fui dejando de a poquito y así debe ser una, no Seguir las tomando. O que el doctor diga no “tiene que tomarlas hasta cierto tiempo”. Uno se siente bien para qué, si uno después se va acostumbrando.
9-1	Seguía con el tratamiento, seguía el tratamiento, pero después de eso de ahí lo dejé; nunca más pastillas, ni para dormir nada, de nada, nada, nada, nada y después ya fue el trabajo po’, exceso de trabajo ya me vino eh... no quería trabajar más, me quería retirar antes, me enferme de mi sistema nervioso, eh... me atacó mi oído, porque con este oído yo siento un ruido...

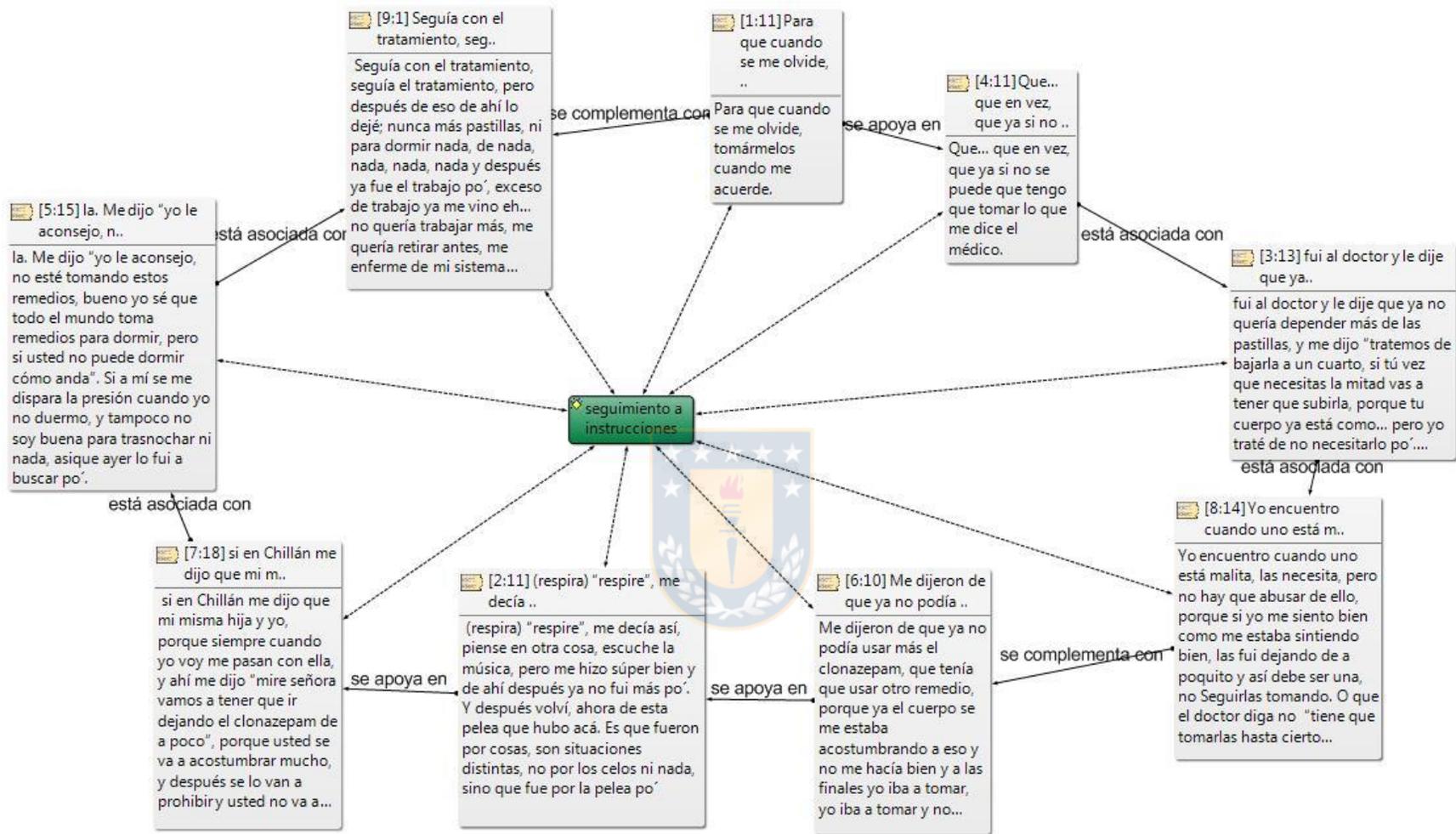


Gráfico 15. Representación de las citas del indicador seguimiento a instrucciones

En el indicador seguimiento a instrucciones fue posible comprobar que la mayoría de los entrevistados están pendientes de tomar en cuenta el tratamiento del médico y sus instrucciones especialmente cuando lo necesitan. Uno de los entrevistados explicaba:

“Para que cuando se me olvide, tomármelos cuando me acuerde”(Entrevistada 1).

Esta situación se apoya en lo expresado por otro entrevistado quien indicó:

“que en vez, que ya si no se puede que tengo que tomar lo que me dice el médico”(Entrevistado 4).

De esta manera, el seguimiento a las instrucciones surge con el propósito de que el tratamiento alcance los resultados deseados.

Sin embargo, se pudo observar que algunos entrevistados no toman muy en cuenta las instrucciones y sienten la necesidad de consumir el fármaco cuando se sienten mal, aspecto expresado por una entrevistada al indicar:

“Yo encuentro cuando uno está malita, las necesita, pero no hay que abusar de ello, porque si yo me siento bien como me estaba sintiendo bien, las fui dejando de a poquito y así debe ser una, no seguirlas tomando”(Entrevistada 8).

Tal como se evidencia, la decisión de la entrevistada fue empezar a minimizar la dosis, pues considera que es mejor no seguirlas tomando.

Esta situación está asociada con lo señalado por otra de las entrevistas quien conversó sobre la posibilidad de dejar el tratamiento:

“Seguía con el tratamiento, pero después de eso nunca más pastillas, ni para dormir, y después ya fue el exceso de trabajo ya me vino eh... no quería trabajar más, me enferme de mi sistema nervioso, eh... me atacó mi oído, porque con este oído yo siento un ruido...”(Entrevistada 9).

En torno a este caso, la entrevistada siguió las instrucciones y el tratamiento, pero volvió a sentirse con la necesidad de tomar el medicamento.

Vale resaltar que fue posible identificar en algunos profesionales de la salud la tendencia a impulsar la deshabitación, pues una de las entrevistadas explicó que el médico le dijo:

“yo le aconsejo, no esté tomando estos remedios, bueno yo sé que todo el mundo toma remedios para dormir, pero si usted no puede dormir cómo anda”(Entrevistada 5).

Y también otra de las entrevistadas indicó que su médico le comentó:

“Me dijeron de que ya no podía usar más el clonazepam, que tenía que usar otro remedio, porque el cuerpo se me estaba acostumbrando y no me hacía bien, yo iba a tomar y no me iba a hacer efecto”(Entrevistada 6).

De esta manera, es posible identificar en los médicos la preocupación por minimizar el impacto de este tratamiento y ofrecer a los pacientes, alternativas que ayuden a su salud.



Dimensión: Cohesión familiar

Tiene cuatro códigos asociados: normas sociales compartidas, dinámica intradoméstica, reacción familiar a la enfermedad y resolución de problemas.

Categoría: Influencia unión familiar a la deshabitación de benzodiacepina

Código/indicador: Normas sociales compartidas

La dimensión cohesión familiar permite descubrir como es la influencia de la unión familiar en la deshabitación de benzodiacepina en cuanto a las normas sociales compartidas dentro del grupo familiar, para ello se muestra a continuación el cuadro 15 que indica las citas correspondientes:

Cuadro 15. Citaciones del indicador normas sociales compartidas

Guía de código	Citación
1-14	No po', tengo que vivir sola noma'.
2-8	No, aquí las tomamos las decisiones por igual, no... nadie manda a nadie aquí. No él no me manda... o sea, igual con todo respeto "papá voy a ir al eskena", me dicen "voy a ir allá abajo y vuelvo" y así siempre un respeto mutuo
3-11	Si lo logro en algunas cosas para mí gusto, lo que es pieza me cuesta todavía, pero ya igual me estoy relajando en ese sentido si, la dejo...si ella quiere tener los cuatro día su pieza así, bueno... la deja así nomás po'
4-15	Eh... lo que comentamos, eh... me dan el apoyo y el consejo más que todo, todo lo que se necesita.
5-11	No po', yo le estaba haciendo caso po', pero es que como no... es que cómo me dice la... cómo me dice mi hija "mami, tiene que hacerle caso", "tengo que hacerle caso a los doctores, porque ellos me dicen"...
6-9	No, no se lo recomendaría, pero tampoco le diría...bueno, yo siempre le digo a mi mamá y a mi hermana, yo le digo que el doctor a mí me ha dicho eso, que no es bueno que tome tanto eso. Porque eso uno va perdiendo la memoria, porque puedo llegar a tener Alzheimer, yo eso yo le digo a ella, pero nunca les digo déjenlo.
7-16	Siempre po', oiga uno así no ve nada en fin, ya uno con los chicos se ríe un rato, ya las hijas ponen música, uno se distrae y todo... ya las chicas hacen las cosas en fin se descansa y yo que ando solita, tengo que hacer igual todo po' y que tiene ave uno... que el lavao', el aseo. Asique la comida, es mucho trabajo ya po', pa' tanto trabajar en su juventud y después, claro que quedaría ahí con mi marido y yo nomás po', pero no con eso es igual po'...
8-16	No, nosotros bueno... una que nosotros somos diferente como los demás, porque nosotros en primer lugar somos adventistas, somos diferente a los demás, porque los demás ya aquí tienen sus actividades cuando tienen esas cosas, fiestas, salen y todo eso. Y uno no po', se cuida más, pero de chica a uno la cuidaron así, entonces, esos mismos valores uno le está enseñando a sus hijos, entonces, así uno... nosotros somos felices. Yo sobre todo.
9-15	Sí, ellos entran conmigo, entran conmigo sí. Sobre todo mi marido, sí, sí, sí.

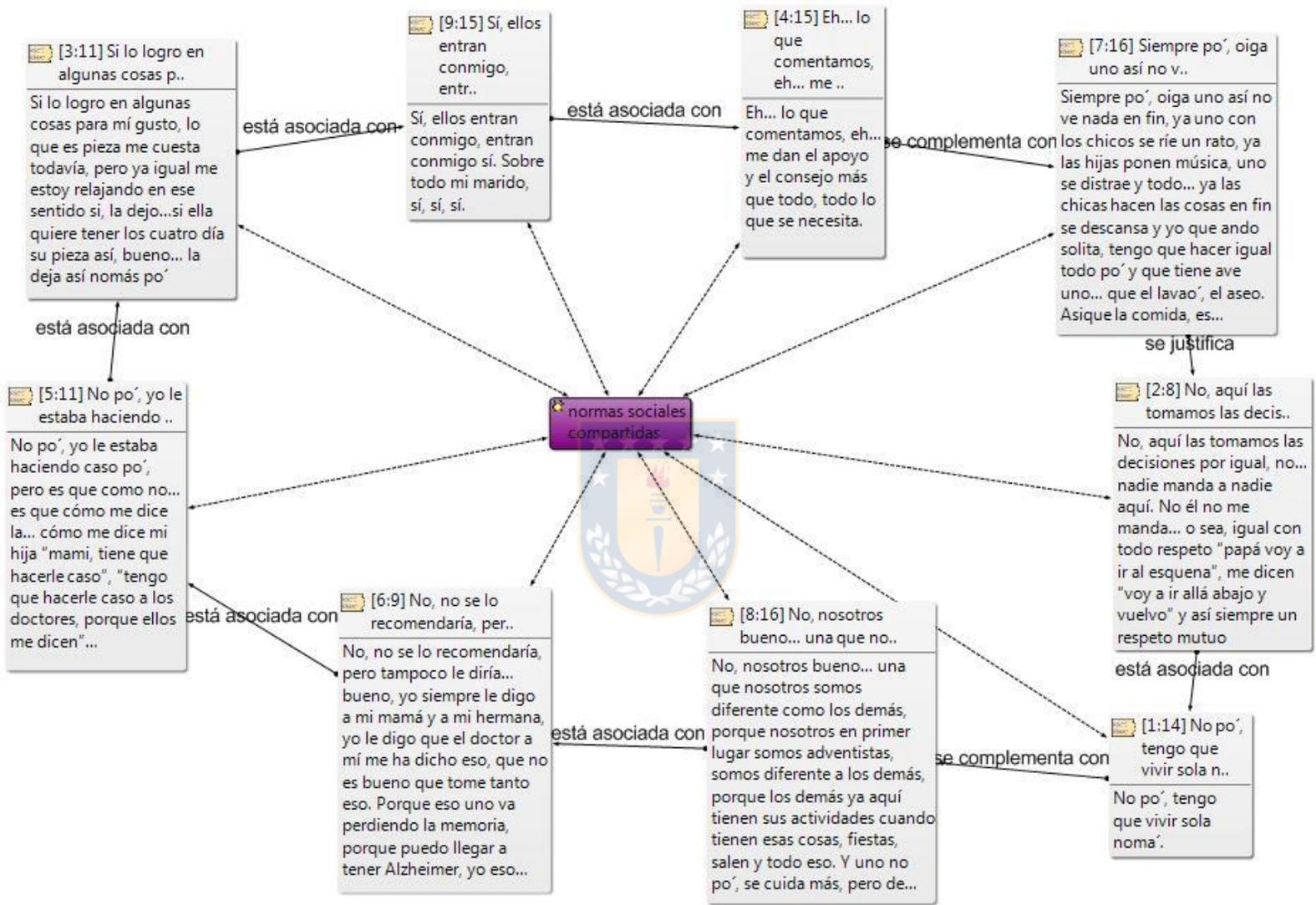


Gráfico 16. Representación de las citas del indicador normas sociales compartidas

En torno a la dimensión cohesión familiar, específicamente en el indicador normas sociales compartidas, se logró detectar en los resultados que la mayoría está atenta al apoyo que su familiar necesita en torno al tratamiento con benzodiacepina. Uno de los aspectos que se dejó entrever es que aunque no están muy seguros de que sea lo mejor para el familiar con la condición médica, solo uno de ellos se siente totalmente desasistido y expresa:

“No po’, tengo que vivir sola noma’” (Entrevistada 1).

Por otra parte, hay indicios de que el acompañamiento a la consulta o cuando precisa apoyo médico se realiza, pues los entrevistados expresan:

“Sí, ellos entran conmigo, entran conmigo sí. Sobretudo mi marido, sí, sí, sí” (Entrevistada 9).

También uno de los entrevistado indicó:

“Eh... lo que comentamos, eh... me dan el apoyo y el consejo más que todo, todo lo que se necesita” (Entrevistado4).

De esta manera es posible detectar que entre las normas sociales de apoyo, solidaridad, atención, entre otros., están presentes en varios de los entrevistados.

Al mismo tiempo, se evidencia que parte de las interacciones sociales o cotidianas son vivenciadas por la familia, al enunciar una de las entrevistadas que:

“ya uno con los chicos se ríe un rato, ya las hijas ponen música, uno se distrae y todo... ya las chicas hacen las cosas, se descansa y yo que ando solita, tengo que hacer igual todo po’... que el lavao’, el aseo” (Entrevistada 7).

Por tanto, es notorio que el apoyo podría ser más enriquecedor. Cuando se conversó sobre si sería recomendable poner en práctica estos tratamientos a otras personas y su impacto dentro de la sociedad, una de las entrevistadas indicó:

“No, no se lo recomendaría, pero tampoco le diría... bueno, yo siempre le digo a mi mamá y a mi hermana, yo le digo que el doctor a mí me ha dicho eso, que no es bueno que tome tanto eso” (Entrevistada 6).

Por tanto, hay cierto reconocimiento sobre la importancia de la deshabitación del tratamiento farmacológico por temor a que a la larga haga más daños que beneficios y pueda minimizar la calidad de sus interacciones socioculturales.



Dimensión: Cohesión familiar

Categoría: Influencia unión familiar a la deshabitación de benzodiazepina

Código/indicador: Dinámica intradoméstica

En el código dinámica intradoméstica es posible descubrir como es la cohesión de la familia en torno al funcionamiento de la familia dentro del proceso de deshabitación de benzodiazepina de usuarios que pertenecen al nivel de atención primaria de la comuna de Ninhue, para ello se muestra a continuación el cuadro 16 donde se indican las citas correspondientes:

Cuadro 16. Citaciones del indicador dinámica intradoméstica

Guía de código	Citación
1-13	Mi familia es buena, tratan de ayudarme. Los momentos que estamos juntos, tratamos de estar juntos, sin dañar a nadie.
2-7	estamos bien y lo más rico es que yo siempre he tenido el apoyo de mi familia, no tengo nada que decir de mi familia.
3-7	Buena, buena sí, bueno le digo que igual a veces con mi hija más chica siempre tenemos ese, como... no roces, pero ella es como que... lo que ella dice quiere que se haga, "no es así la cosa" le digo yo.
4-6	No bien, todo bien. Diría que con mi esposa todo bien, ningún problema.
5-4	No, él llega, va a trabajar, se baña y sale. De repente entra y sale... "hola mami cómo estay y así". De repente cuando él anda tomando yo me preocupo también po', eso es lo que más yo me preocupa po'
6-6	nosotros somos unidos, pero sí que nunca nos visitamos así con los demás, con mis hermanos, eh... mi hermana, tengo dos hermanas, pero una hermana fue una hermana adopta', pero yo la quiero como si fuera hermana de sangre, pero ella vive lejos, pero mi otras hermanas igual po', cada una en su casa nomás
7-14	Han cambiado... bu... ahora no era como antes, antes el mario' la patiaba de lo lindo y ahora... no y a veces, en un caso yo le digo "estás enojado, ahora no me vas a pegar como antes".
8-5	Ah, sí po', por ejemplo, yo voy todos los fines de semana donde mi hermana, entonces, los juntamos, por ejemplo, yo voy después un ratito más para allá, eh... alojo allá y mañana todo el día y después ya me vengo en la tarde para acá. Entonces, ya estamos acostumbrados. A veces ella viene a verme algunas tardes para acá, vienen a verme algunos hermanos.
9-7	Claro, o sea, pero trato de... lo que me pasó esa vez que le conté, que me llevaron a Quirihue, porque me iba a volver loca sin... porque en la noche no iba a poder dormir. Claro, por mi sistema nervioso empiezo, ay Dios mío, a empezar así a moverme y el corazón que me late muy fuerte...

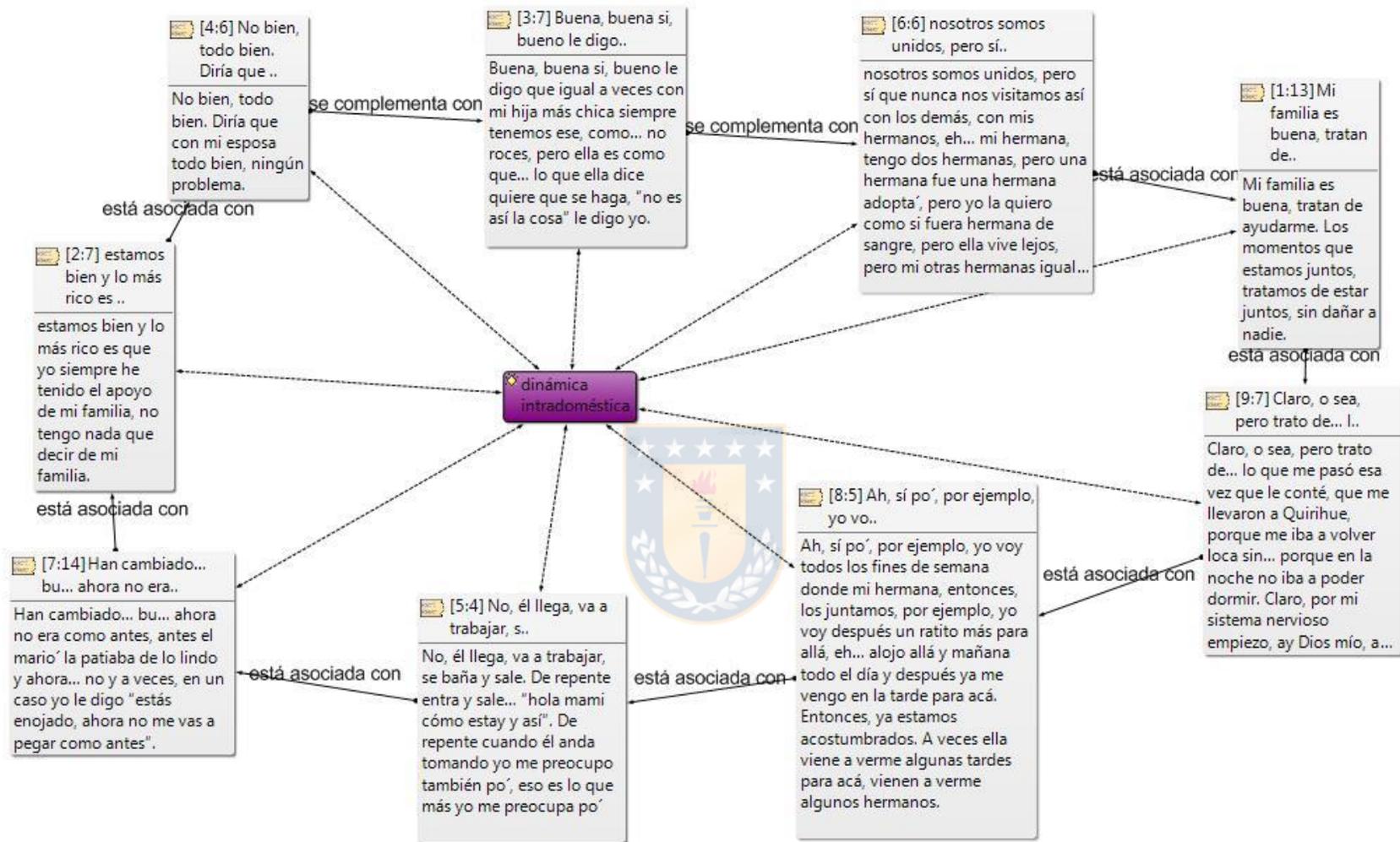


Gráfico 17. Representación de las citas del indicador dinámica intradoméstica

Los resultados relacionados con el indicador dinámica intradoméstica muestran una gran mayoría que está de acuerdo en ver el lado positivo a la forma como las interacciones, comunicaciones y experiencias compartidas están presentes dentro del entorno familiar. Aunque se evidenció una dinámica de maltrato por parte del padre de familia, con el tiempo él cambió y existe cierta tranquilidad en ese hogar. Vale resaltar que solo un caso refiere distanciamiento familiar al explicar:

“No, él llega, va a trabajar, se baña y sale. De repente entra y sale... “hola mami cómo estoy y así” (Entrevistada 5).

El resto de los entrevistados refiere que la dinámica dentro de la familia existe y es buena. Una de las entrevistadas indicó:

“Los momentos que estamos juntos, tratamos de estar juntos, sin dañar a nadie” (Entrevistada 1).

Lo cual se complementa con lo expuesto por el entrevistado quien explicó:

“No bien, todo bien. Diría que con mi esposa todo bien, ningún problema” (Entrevistado 4).

Aunado a lo señalado, esto es apoyado por otra de las entrevistadas quien opinó:

“estamos bien y lo más rico es que yo siempre he tenido el apoyo de mi familia, no tengo nada que decir de mi familia” (Entrevistada 2).

Sin embargo, hay algunos elementos que se deben expresar como el hecho de que para otros entrevistados la dinámica podría ser mucho mejor. Esto es señalado por una de las entrevistadas quien expuso:

“nosotros somos unidos, pero sí que nunca nos visitamos así con los demás, con mis hermanos, eh...” (Entrevistada 6).

Por tanto, es notorio que en esta familia hay reconocimiento sobre el hecho de que la dinámica pudiera ser más fluida si estuviesen en un contacto más continuo.

Adicionalmente, esto se asocia con lo indicado por otra de las entrevistadas quien evidenció algunos cambios a través del tiempo dentro de la dinámica familiar, al exponer:

“Han cambiado... bu... ahora no era como antes, antes el mario’ la patiaba de lo lindo y ahora... no y a veces, en un caso yo le digo “estás enojado, ahora no me vas a pegar como antes” (Entrevistada 7).

Este caso trata de una familia maltratada por un padre abusivo, cuyas acciones hicieron daño a la autoestima de la esposa quien ahora siente distanciamiento porque a él yo no le importa tanto el comportamiento de ella y no la castiga. Por tanto, se trata de una dinámica nociva para toda la familia, especialmente para la entrevistada y su salud mental, así como emocional.



Dimensión: Cohesión familiar

Categoría: Influencia unión familiar a la deshabitación de benzodiacepina

Código/indicador: Reacción familiar a la enfermedad

Otro de los indicadores analizados es la reacción de la familia a la enfermedad para profundizar en la cohesión que tengan con las personas que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiacepina y que pertenecen al nivel de atención primaria de la comuna de Ninhue, para ello se muestra a continuación en el cuadro 17 las citas relacionados con ello:

Cuadro 17. Citaciones del indicador reacción familiar a la enfermedad

Guía de código	Citación
1-15	Tratan de ayudarme.
2-13	me costó mucho asumir que... o salir de ahí ,donde estaba <i>metida</i> , me costó mucho; pero siempre tuve la ayuda de mi hijo, de mi hija. Ellos me decían “mamá, pero cómo”; “mamá”, me decía, “si tú eres la más linda” y “mi papá, como es mi papá”.
3-10	Sí, se pudieron adaptar, si para mí yo pensé que iba a ser más difícil. Yo llegué el primer día para acá y pensé que iba a ser terrible porque ellos no estaban acostumbrados a hacer nada en la casa, nada, pero después se tuvieron... Mi hija aprendió a cocinar, la mayor (se ríe), mi marido tendió ropa
4-12	es como algo que... que lo conocen y sabían que podía tener, porque bueno porque también toda mi familia lo tiene. Desconozco cien por ciento si puede ser algo hereditario, pero como todos lo tiene es también algo normal que también yo lo tenga. Para ellos es normal.
5-7	No, nada yo duermo sola en mi piececita pallá, porque tengo mi dormitorio pallá tras también. Yo me acuesto ahí, de repente me voy al frente, porque tiene más vista, si po’.
6-4	No, siempre me acompañan nunca me dejaron sola. Si.
7-3	Me dicen, “ya se enojó ya”, me dicen. Yo les digo “hija, si ustedes saben que se me olvidan las cosas, para qué se enojan conmigo”. Ellas, ya después no me dicen nada, y me hablan a la buena...
8-4	Sí, no en eso estaba preocupados ellos conocían sobre todos de la cefaleas, ellos sabían que yo sufría cefalea. Empecé yo como a los catorce, quince años...
9-6	Eh... bueno eh... se preocupan mucho, pero es cuando me falta, cuando me faltaba ese medicamento me vino eso, se preocupan pero... no sé po’, hasta ahí nada más.

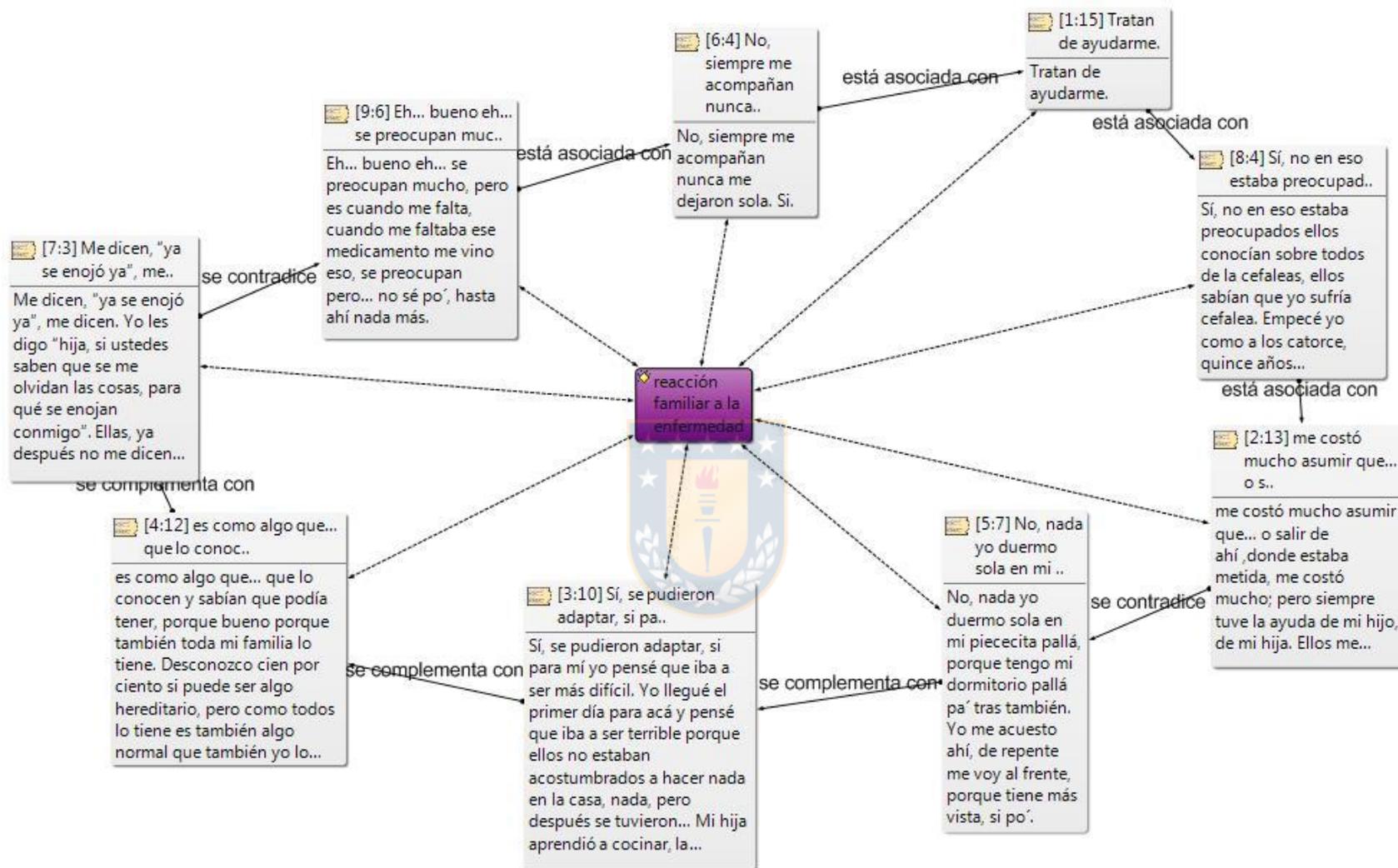


Gráfico 18. Representación de las citas del indicador reacción familiar a la enfermedad

Los resultados en la dimensión cohesión familiar, específicamente en el indicador reacción familiar a la enfermedad reflejaron que la mayoría tuvo conocimiento sobre la enfermedad, y aunque les costó afrontar el problema, lo hicieron con apoyo de la familia. Esta situación es referida por una de las entrevistadas que indicó:

“Tratan de ayudarme” (Entrevistada 1).

Lo cual se complementa con la opinión de otra de las entrevistadas que expresó:

“Sí, no en eso estaba preocupados ellos conocían sobre todo de las cefaleas, ellos sabían que yo sufría cefalea” (Entrevistada 8).

E incluso una de las entrevistadas indicó buena reacción al tratamiento al explicar:

“Sí, se pudieron adaptar, si para mí yo pensé que iba a ser más difícil” (Entrevistada 3).

Sin embargo, se encontraron casos de familias cuya cohesión no fue tan fuerte e incluso se distancian de sus familiares con tratamiento farmacológico, destacando el caso de una de las entrevistadas que expresó: “No, nada yo duermo sola en mi piecita pallá, porque tengo mi dormitorio pallá’ tras también”. Esta situación se contradice con lo expuesto por otra entrevistada quien opina:

“me costó mucho asumir que... o salir de ahí, donde estaba metida, me costó mucho; pero siempre tuve la ayuda de mi hijo, de mi hija” (Entrevistada 2).

Por tanto, se evidencia la importancia de sostener una reacción positiva a las enfermedades o padecimientos de sus seres queridos.

En el caso del entrevistado cuya familia tiene alto índice de casos parecidos la reacción por parte de ellos fue algo esperado en el informante, pues expresó:

“es algo que lo conocen y sabían que podía tener, porque toda mi familia lo tiene. Desconozco cien por ciento si puede ser algo hereditario, pero como todos lo tiene es también algo normal que también yo lo tenga. Para ellos es normal” (Entrevistado 4).

De esta manera, pareciera que para los pacientes con antecedentes familiares hasta cierto punto la reacción familiar a la enfermedad no es tan compleja, tajante y nociva para quien la padece.

Por su parte, una de las entrevistadas mostraba que en su caso también tratan de reaccionar adecuadamente a pesar de afectarles los comportamientos producidos por la enfermedad. Ante ello la entrevistada indicó:

“Me dicen, “ya se enojó ya”, Yo les digo “hija, si ustedes saben que se me olvidan las cosas, para qué se enojan conmigo”. Ellas, ya después no me dicen nada, y me hablan a la buena...(Entrevistada 7).

En tal sentido, es posible visualizar que esta familia hace el intento por entender a su madre aunque se molesten por pasar por esta situación familiar.



Dimensión: Cohesión familiar

Categoría: Influencia unión familiar a la deshabitación de benzodiacepina

Código/indicador: Resolución de problemas

Finalmente, el último indicador referido a la resolución de problemas buscó descubrir la cohesión de la familia en torno al proceso de deshabitación de benzodiacepina y que pertenecen al nivel de atención primaria de la comuna de Ninhue, para la cual se muestra seguidamente el cuadro 18 con las citas respectivas:

Cuadro 18. Citaciones del indicador resolución de problemas

Guía de código	Citación
1-12	Los dejo pasar nomas po', dejo pasar el mal momento y que se vayan nomas.
2-14	Si porque, de hecho si a mí me veían llorar... mi hija estaba más chica y eso es lo que me da pena, porque ella igual lloraba y yo dije "ya (suspira), hasta aquí", y yo dije nunca más, porque ella sufría igual po'. Yo decía, pero porqué me pasa a mí si yo no quiero ser así, yo le decía a mi esposo "No está en mí, si yo no quiero ser así"
3-8	Si, si podemos conversar. Me sale más, más difícil conversar con ella y que me entienda mi punto de vista, pero si me sirve. Es que hay veces que yo digo las cosas se van a ser como yo diga... esa es mi verdad.
4-5	Que con mis señora conversamos si hay algún problema se diga sinceramente, si hay algo que resolver lo resolvemos con calma, nunca se llega a discusiones que sean subidas de tono o gritos. Nada, todo siempre es como algo tranquilo y sincero
5-14	No, no, no me meto, pero cuando estoy... ya, ya, sí. Como que peleando así, yo me meto, yo me meto, porque ahí es cuando ya, yo ahí me... se me eleva la presión y... Ya po', y yo ahora tengo mi sueldecito, tengo mi... gano como ciento y tanto...
6-8	Mi hija me dice "mamá, usted preocúpese de usted, no se preocupe los demás, porque cuando usted está enferma usted empieza que este está enferma que este tiene esto "y usted empieza" me dice, como a echar las enfermedades de la otras personas encima y eso le afecta más... pero yo no puedo ser así po'
7-17	Yo antes, yo no supe lo que era tener una relación común, como marido y mujer, porque el curao', a la buena o a la mala, o si no, los palmetazos, patas iban y venían... y ¿qué iba hacer? Y uno pobre, y una pura... un puro dormitorio, no tenía otra pieza donde tener a los niños más grande y... y los otros más chicos ahí po', ¿qué iba hacer?, a la buena o a la mala tenía que... asique...
8-3	Si po', ellos me apoyan, me apoyan o cuando falleció mi marido también estaban ellos conmigo. Incluso, mi hermana quería que yo me fuera con ella, mi hermana, porque ella también vive con dos hermanas más, que yo me fuera con ella
9-11	Buena, buena, muy buena con mi marido, yo peleo con él yo le digo que es demasiado cargante. (Se ríe).

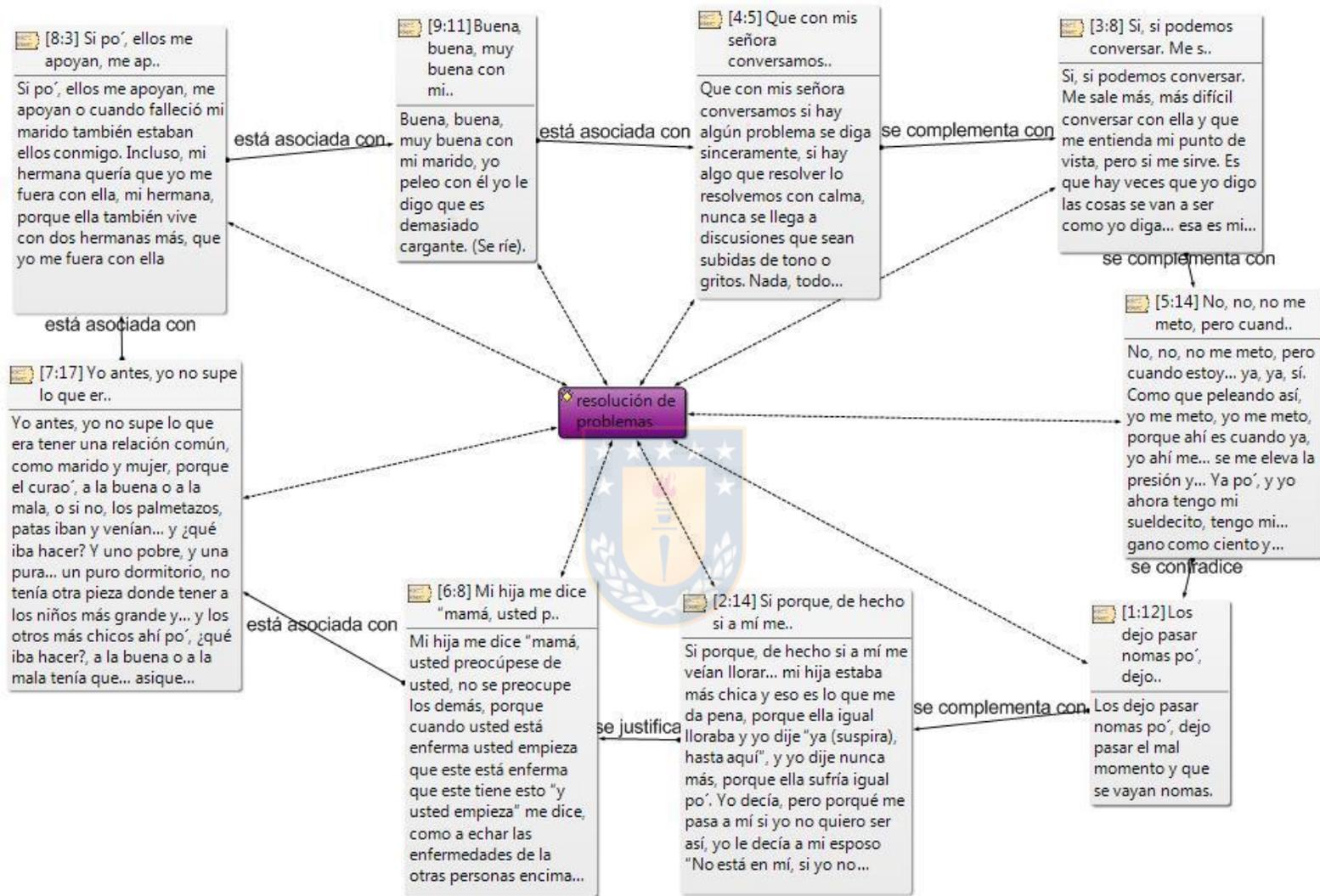


Gráfico 19. Representación de las citas del indicador resolución de problemas

Respecto al último indicador resolución de problemas, los resultados arrojan algunas particularidades por parte de los entrevistados, pues aunque la mayoría coincide en que existen buenas relaciones familiares que les ayudan a resolver situaciones complejas, cuando se analiza cada entorno en particular se evidencian debilidades en la armonía familiar. Tal es el caso de una de las entrevistadas quien opina:

“No, no, no me meto, pero cuando estoy... ya, ya, sí. Como que peleando así, yo me meto, yo me meto, porque ahí es cuando ya, yo ahí me... se me eleva la presión y... Ya po’”(Entrevistada 5).

Esta situación se contradice con la opinión de otra de las entrevistadas que expuso:

“Los dejo pasar nomas po’, dejo pasar el mal momento y que se vayan nomas”(Entrevistada 1).

Esta situación es capaz de impactar en la armonía de la familia quienes requieren buena comunicación para manejar asertivamente los problemas que se presenten.

Aunado a ello una de las entrevistadas considera que la interacción con su pareja es buena pues indica:

“Buena, buena, muy buena con mi marido, yo peleo con él yo le digo que es demasiado cargante. (Se ríe)”(Entrevistada 9).

Denotando que aunque pelean el hecho de ser honesta con el le ayuda a solucionar sus diferencias. Adicionalmente, cuando se trata de la relación con los hijos se hace complejo el solventar diferencias pues expresan puntos de vista muy particulares, como por ejemplo:

“Mi hija me dice “mamá, usted preocúpese de usted, no se preocupe los demás, porque cuando usted está enferma empieza a echar las enfermedades de la otras personas encima y eso le afecta más... pero yo no puedo ser así po’”(Entrevistada 6).

Uno de los casos más complejos sobre la resolución de problemas lo mencionó una de las entrevistadas quien tenía complicaciones para interactuar con su esposo en los inicios de la relación, expresando que:

“Yo antes, yo no supe lo que era tener una relación común, como marido y mujer, porque el curao’, a la buena o a la mala, o si no, los palmetazos, patas iban y venían... y ¿qué iba hacer? Y uno pobre...” (Entrevistada 7).

En tal sentido, se evidencia que en esta familia la cohesión desde los inicios estuvo fracturada, pero al transcurrir los años, la entrevistada siente que la situación se ha ido calmando y ya no es tan complicado.

3.1.3. Reporte de la Unidad Hermenéutica (U.H.)

En este apartado se da respuesta a la pregunta de investigación sobre la percepción del funcionamiento familiar que tienen las personas que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiazepina y que pertenecen al nivel de atención primaria en Ninhue. Para ello, se tomó en cuenta los aportes de los entrevistados con lo cual se logró explicar el fenómeno investigado.

En el reporte de la unidad hermenéutica se toma en cuenta la fenomenología con la cual se describen las experiencias vividas. Al respecto, Van (2003), explica que: “Una buena descripción fenomenológica constituye una elucidación adecuada de algún aspecto del mundo de la vida, que resuena con nuestra percepción de la vida vivida” (p.43). En torno a ello, fue posible describir el contexto de los entrevistados, utilizar la reflexión, razonamientos y lengua para mostrar la experiencia tal y como se suscitó en el entorno investigado.

Adicionalmente, la investigación se enmarca en las ciencias humanas aspecto que permite la construcción de una unidad hermenéutica en la cual se toma en cuenta la interpretación de las expresiones de los informantes e introduce al investigador a la forma como se desarrollan los fenómenos (investigación fenomenológica) en un intento de enriquecer la experiencia vivenciada con los entrevistados. En tal sentido, se muestran a continuación algunos constructos surgidos de la estructuración de la unidad hermenéutica:

- En la percepción del funcionamiento familiar, dimensión rol de la familia se encontró que el apoyo familiar está asociado con la interrelación familiar. Además, el apoyo

familiar es parte del impulso que la familia refiere al tratamiento y está asociado a su vez con la interrelación familiar.

- En la dimensión comunicación, los resultados muestran que la interacción complementaria está asociada con la expresión de afecto, que a su vez forma parte del apoyo en la toma de decisiones familiares. Por su parte, el seguimiento a instrucciones está asociado con el apoyo en la toma de decisiones.
- La dimensión patrones familiares refiere que los límites a la autonomía están asociado con la dependencia al tratamiento, que a su vez se asocia con la presencia de otros familiares con tratamiento farmacológico. Al mismo tiempo, los límites a la autonomía están asociados con creencias asociadas al patrón familiar.
- En la dimensión cohesión familiar se encontró que la reacción familiar es parte de la resolución de problemas, la cual a su vez se asocia a la dinámica intradoméstica. Además, las normas sociales compartidas están asociadas a la dinámica intradoméstica.
- Además de lo señalado, fue posible comprobar la existencia de otros aspectos, como el hecho de que la interacción complementaria en la familia forma parte de los límites a la autonomía. También, que la dependencia al tratamiento se asocia con el hecho de que existan otros familiares con tratamiento farmacológico.
- Finalmente, fue posible comprobar que el seguimiento a instrucciones forma parte de la dependencia al tratamiento en los usuarios de la benzodiacepina.

De esta manera, la unidad hermenéutica ubicada en el gráfico 20, refiere la oportunidad de ver en forma global las distintas interacciones entre las dimensiones y sus categorías. En tal sentido, es posible reconocer que el rol de la familia es determinante en el proceso deshabitación de benzodiacepina, que son atendidos en la red primaria de salud de Ninhue.

La unidad hermenéutica y sus interacciones, permite reconocer la existencia de patrones familiares capaces de influir en el proceso de deshabitación, que a su vez refiere la oportunidad de reflexionar sobre la influencia de la comunicación en la familia y comprender la manera en que éstos interactúan, para describir la cohesión familiar presente en los usuarios que se encuentran dentro del proceso de deshabitación de benzodiacepina, atendidos en la red primaria de salud de la comuna de Ninhue.

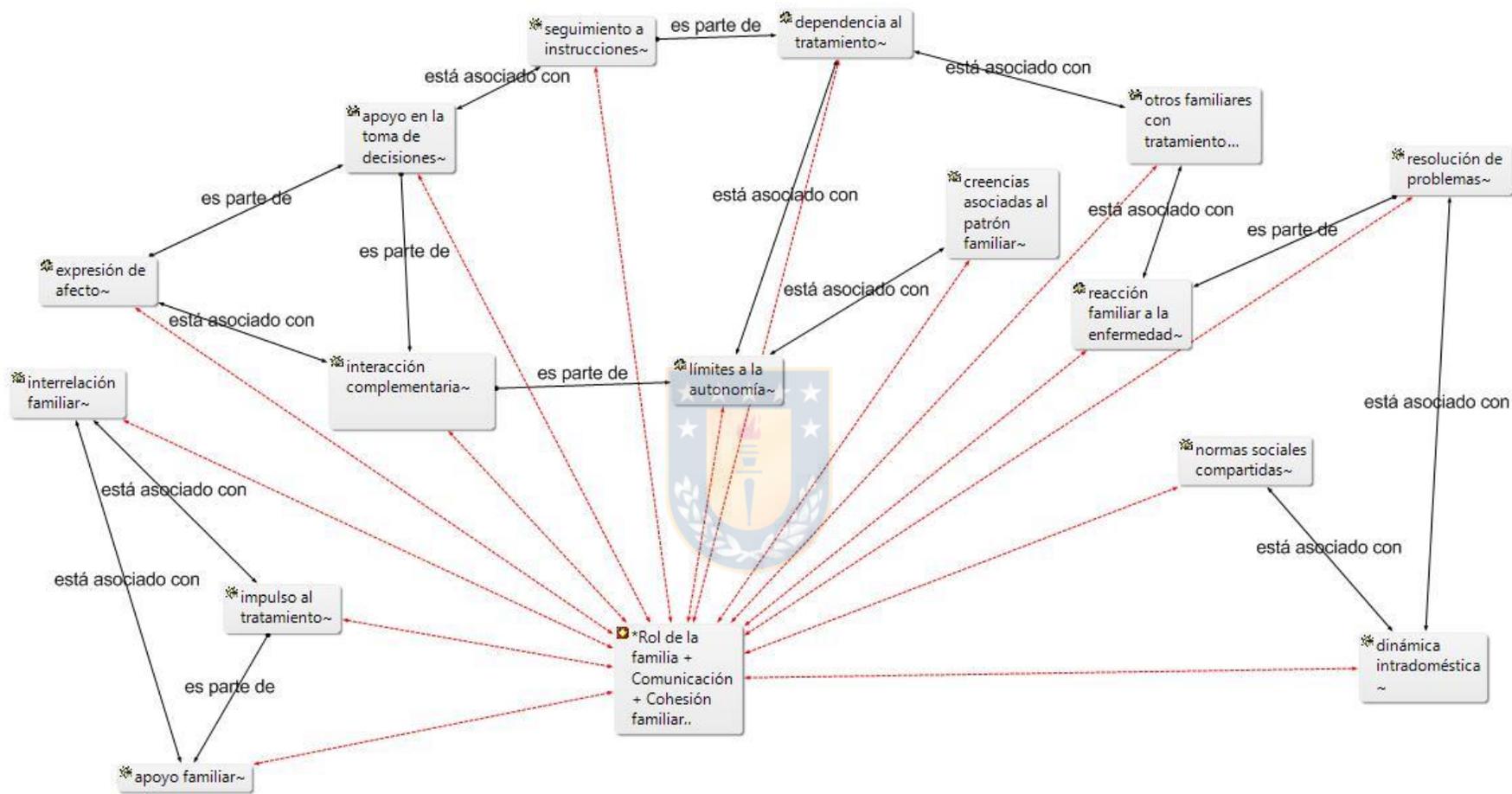


Gráfico 20. Unidad hermenéutica formada por las dimensiones: rol de la familia, patrones familiares, comunicación y cohesión familiar

3.2. Discusión de Resultados

Los resultados alcanzados, ofrecieron la autenticidad necesaria por cuanto estuvieron basados inicialmente en una investigación conceptual o documental sobre los diferentes aspectos que forman parte del consumo y deshabituación a la benzodiazepina. Al mismo tiempo, el estudio desarrollo un proceso metodológico riguroso que permitió lograr las metas planteadas, incorporando una fase de diseño, procesamiento de datos a través del programa Atlas ti ®, análisis de la información, y finalmente el desarrollo de conclusiones.

El estudio refirió una parte empírica con la cual fue posible identificar algunos aspectos que influyeron en los resultados, como el hecho de que la comunidad de Ninhue es un espacio rural algo distanciado, que dificulta el acceso a los informantes de la investigación quienes tienen que buscar alternativas para lograr llegar a la consulta médica. Respecto a ello, también se detectó que los informantes no cuentan con verdaderos especialistas: psiquiatras o psicólogos, que les ayuden con sus dificultades en materia de salud mental; sin embargo, las conversaciones permitieron conocer de cerca el proceso de deshabituación de los informantes, sus temores, deseos y proyecciones futuras respecto a este tratamiento.

En cuanto a la discusión de los resultados fue posible detectar que la familia si cumple un rol fundamental en la deshabituación a la benzodiazepina y que efectivamente cuando hay estrés familiar es posible que la salud mental se vea afectada (Herrera, 2008). En tal sentido, fue posible comprobar que las interacciones familiares adecuadas son fundamentales para la salud mental de sus miembros.

Además de ello, fue posible identificar patrones familiares transgeneracionales que influyen en los usuarios de atención primaria que se encuentran en proceso deshabituación de benzodiazepinas de Ninhue, los cuales tienen un impacto a través del tiempo e influyen en la manera en cómo visualizan su vida. Para varios de los entrevistados, la familia toma sus dificultades emocionales y mentales como algo natural, por cuanto a través de generaciones estos problemas han estado presentes.

El estudio permitió comprender la influencia de la comunicación de la familia en los usuarios que se encuentran en un proceso deshabituación de benzodiazepina, encontrando que para ellos es importante mantenerse en interacción con sus familiares, y cuando esto no ocurre

influye negativamente en su salud mental, generando ansiedad, temores y sensación de abandono. A partir de ello, fue posible alcanzar el tercer objetivo que consistió en describir la cohesión de la familia en usuarios que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiazepina, detectando algunas debilidades especialmente en aquellos entrevistados que se sienten solos o distanciados de sus familiares, y muestran la necesidad de contar con una familia unida especialmente en los momentos más complejos de su vida.

Los hallazgos permitieron detectar que en el funcionamiento de la familia influye notablemente la interacción familiar, pues es el apoyo a los usuarios de la benzodiazepina el que les impulsa a lograr el proceso de deshabitación deseado. Al mismo tiempo, las decisiones familiares son estructuradas adecuadamente cuando hay comunicación, lo cual genera una interacción complementaria que ayuda a través del afecto al proceso de deshabitación a la benzodiazepina.

Uno de los hallazgos interesantes es que efectivamente las creencias asociadas al patrón familiar influyen en la aceptación a la necesidad del tratamiento farmacológico con la benzodiazepina; sin embargo, la mayoría de los usuarios estuvo de acuerdo en reconocer la importancia de seguir adelante sin este medicamento. Aunque sienten temor por volver a tener una crisis de ansiedad o de tipo emocional, indican que han ido dejando el medicamento de forma eficiente y expresan que van a lograr dejarlo por completo. Esta situación muestra buenas posibilidades para realizar otros estudios a futuro, en los cuales se analicen los patrones generacionales y su impacto en los procesos de deshabitación a los medicamentos farmacológicos como la benzodiazepina.

Ahora bien, al contrastar los resultados con los obtenidos en otras investigaciones es posible encontrar algunas coincidencias como en el caso del estudio desarrollado por Arabaolaza (2016) en el cual explica que el apoyo psicológico es útil durante el periodo de retirada, pues minimiza la intensidad de la sintomatología por lo cual es necesario acompañar con entrevistas periódicas y abordajes familiares. En efecto, el estudio permitió reflexionar sobre la importancia de que la familia esté atenta al proceso de deshabitación, conversando, apoyando, acompañando a su familiar en este recorrido.

Asimismo, la investigación desarrollada por Bejarano et al., (2008) muestra concordancia con el presente estudio en cuanto a que la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres, aspecto por el cual en la muestra solo hay un hombre y ocho mujeres. Al mismo tiempo, se evidenció que fue en las mujeres en las que se detectó un consumo crónico prolongado hasta por más de 20 años, especialmente con edades superiores a los 65 años, denotando mayor fragilidad en estos usuarios. El estudio de Bejarano y sus colaboradores contribuyó a reflexionar sobre la importancia de que sean profesionales especialistas en las patologías quienes apoyen el desarrollo de los tratamientos y en este caso de la deshabitación a la benzodiacepina o sus análogos.

Entre los aspectos significativos encontrados en la investigación, es que al igual que Castro (2012) fue posible detectar la influencia de los cambios sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en las familias rurales. El desfase encontrado es concordante con esta apreciación por cuanto el espacio rural y sus debilidades de distancia, difícil acceso, entre otros elementos refieren influencia sobre la salud mental y emocional de los usuarios en proceso de deshabitación a la benzodiacepina. Por tanto, existe una necesidad de apoyar con mayor fuerza el proceso de deshabitación a las benzodiacepinas, facilitando el acceso, apoyando la unión familiar, entre otros aspectos.

El análisis reflexivo sobre el contexto investigado permite extrapolar a otros espacios geográficos, por cuanto es una situación que se repite en otras áreas, al detectar que el médico que apoya a los usuarios, los recibe de distintas localidades. En tal sentido, es importante encontrar alternativas para ofrecer un apoyo especializado y no solo de tipo general. El contexto investigado demuestra la necesidad de conformar políticas públicas para fortalecer el acceso a la salud no solo física, sino también mental y emocional, a través de la generación de espacios sanitarios donde psiquiatras y psicólogos estén presentes para apoyar a las personas que lo necesitan. El estudio muestra que el rol de la familia es crucial para el proceso de deshabitación, como espacio de seguridad, apoyo e impulso al mejoramiento de la salud de las personas que están en esta etapa de sus vidas.

La investigación permitió comprobar que en la comuna Ninhue existe un alto índice de personas inscritas al Sistema Municipal de Salud, representado por más del 90% (Calderón y Castaño, 2014). Esta situación requiere la presencia de especialistas en salud mental, por

cuanto la mayoría de los profesionales de salud que apoyan son médicos generales de atención primaria y realmente hay mucha disparidad en sus consejos o la forma de llevar la deshabituación a la benzodiacepina en los informantes de la investigación. Es fundamental la presencia de médicos psiquiatras que sean concordantes con los tratamientos e impulsen una vía para apoyar la salud de estos pacientes.

El estudio permitió detectar que en la familia cada quien adopta un rol en el apoyo a los informantes de la investigación; en algunos casos es un hijo o hermano el que está pendiente del familiar con el problema; sin embargo, aunque sienten molestia, desinterés, e incluso no entienden el porqué su familiar consume el medicamento, cuando ocurre una crisis están atentos a colaborar de alguna manera con ellos. Por tanto, es una situación concordante con lo expresado por Rozblatt (2007) quien refiere que el ser humano adopta múltiples roles, evidenciando en los sujetos más saludables la posibilidad de mantenerse dentro de su papel de manera equilibrada y armónica.

Asimismo, el estudio mostró que efectivamente el objetivo principal pudo ser alcanzado al analizar en profundidad el rol de la familia en el proceso de deshabituación de benzodiacepina de sus familiares, mostrando la importancia de que exista afectividad, coherencia y buena comunicación entre sus miembros (Minuchin, 1979). En algunas situaciones fue posible detectar que el rol de uno de los familiares en apoyar a la persona que buscaba la deshabituación a la benzodiacepina, fue determinante para que los demás también colaboraran en los momentos críticos; sin embargo, se evidenció la necesidad de impulsar un apoyo en todo el recorrido y no solamente cuando ya no había más opción.

Autores como Valle (2014) refieren la teoría transgeneracional en la cual la familia es considerada una unidad emocional, capaz de transmitir conductas a sus nuevas generaciones; este aspecto fue detectado en la investigación al evidenciar que en la mayoría de los casos los problemas de salud mental estaban presentes en otros integrantes; sin embargo, esto representó que ellos comprendiesen la situación, conocieran las consecuencias, aunque en muchas oportunidades el apoyo no se notó como debería ser.

En las familias de Ninhue existe influencia del contexto social imperante, con sus dificultades y limitaciones que llega a impactar en la salud mental de los informantes del estudio. Algunos tienen que viajar grandes distancias para lograr el acceso a tratamientos apropiados, aunque en la mayoría de los casos son médicos generales y no expertos en salud mental. A pesar de ello buscan opción para sentirse mejor y les explican a sus médicos la evolución de su tratamiento, así como lo concerniente al proceso de deshabitación.

Por ello, tal y como lo refiere Bauman (1999) el frenesí en el que viven, origina confusión y dificultades para afrontar su cotidianidad, además existen problemas de alcoholismo, distanciamiento familiar, viejos rencores, que genera inestabilidad en la salud mental de los sujetos. En muchas familias el rol familiar aunque es reconocido, no tiene una constante a través del tiempo, mostrando eventos donde hay fragmentación o la búsqueda de sus propios intereses personales, dejando de lado a sus familiares con sus problemas mentales.

Además, el abordar familias rurales permitió reflexionar sobre el rol que tiene cada uno de sus integrantes en concordancia con la identidad cultural, social, e incluso las particularidades de la región de Ninhue (Fawaz y Soto, 2012). Se trata de una zona con sus propias características territoriales, cuya dinámica familiar está centrada al rol de la madre como centro de estabilidad emocional y al padre como trabajador en quien recae la mayoría de las veces el tema económico. Sin embargo, en este caso es una situación compleja pues la mayoría de los informantes del estudio son madres dueñas de casa que tienen dificultades para enfrentar sus realidades pero que han ido solventando con el tiempo esta realidad y pasan por un proceso de deshabitación a la benzodiacepina. Al analizar esta situación se detectó que efectivamente la familia tiene un rol fundamental en el apoyo emocional a los sujetos, quienes se sienten más confiados y tranquilos cuando la familia les apoya con su problema de salud mental.

Ahora bien, como parte de los objetivos específicos, la investigación logró *evaluar el rol de la familia en usuarios que se encuentran en un proceso deshabitación de benzodiacepina*, concluyendo que la mayoría de las familias están atentos a apoyarlos cada vez que lo necesiten y aunque en algunas oportunidades no están de acuerdo en su necesidad farmacológica,

encuentran modos de ayudarles. Esta situación es concordante con lo expresado por Minuchin (1981) quien explica que la familia puede vivenciar momentos de estrés, sin embargo, buscan hacer más llevadera la situación del paciente.

En cuanto a la interrelación familiar se concluye que hay cierto distanciamiento y opiniones que muestran el deseo de que las cosas fuesen mucho mejor. Los informantes de la investigación resienten que los lazos entre la familia no son tan palpables, encontrando que les ha costado comprender el contexto del consumo de la benzodiazepina y su deseo por deshacerse de ella. Por tanto, es una situación que contraría lo señalado por Medellín Fontes et al., (2012) quien opina que las redes de apoyo e interacción familiar son fundamentales para el funcionamiento de la familia y que en la medida en que se perciba que la familia funciona mejor la persona podrá enfrentar mejor las situaciones.

En cuanto al impulso al tratamiento como parte del rol familiar, es posible concluir algunas debilidades relacionadas con el hecho de que algunas familias optan por desentenderse de la situación y continuar con sus vidas. Aunado a ello, la atención al tratamiento es más palpable cuando el usuario de la benzodiazepina pasa por un episodio complejo y amerita ir al centro asistencial, destacando la ausencia de especialistas pues los médicos carecen de conocimientos precisos pues no son psiquiatras. En este momento la familia está presente y colabora, pero cuando vuelven a la rutina se desentienden y el entrevistado sigue con su rutina.

Por otra parte, la investigación permitió *identificar patrones familiares transgeneracionales que influyen en los usuarios de atención primaria que se encuentran en proceso de deshabitación de benzodiazepinas de Ninhue*, concluyendo que la mayoría de los entrevistados cuyas familias han tenido a través de los años problemas parecidos con la salud mental y emocional, dan por sentado que entenderán por lo que están pasando.

Respecto a los límites a la autonomía se concluye que la benzodiazepina es consumida por el temor a que los ataques de ansiedad, o la ausencia de sueño, entre otros., afecte su vida; sin embargo muchos de ellos aceptan que no deben excederse pues esto les altera su equilibrio emocional. Además, es concluyente afirmar que los usuarios de la benzodiazepina con quienes se conversó cuando se enfrentan a problemas ponen en la balanza el tener que consumir

medicamento para mantener su homeostasis emocional (Ortiz y Ortiz, 2007). Esta situación es explicada por Roizblatt (2007) quien menciona que la existencia de los límites es para proteger al paciente en su funcionamiento y consolidarlo como individuo capaz de interactuar en su entorno.

Adicionalmente, la mayoría de los entrevistados expresaron que la benzodiacepina influye en sus actividades diarias, mostrando que han optado por el proceso de deshabitación pues no desean en la vejez tener que depender de la pastilla y toman la decisión de disminuir la dosis por sí mismos. Parte del origen de la deshabitación es porque tienen la creencia de que la pastilla les originará Alzheimer en la vejez, llevándolos a la reflexión de la importancia de sostener el proceso de deshabitación. Por tanto, es una situación que apoya lo expresado por Arias, Morales, Nouvilas y Martínez, (2011) quienes insisten que las creencias suelen convertirse en verdades muy complejas de cambiar o modificar con el tiempo.

En torno a la dependencia a la benzodiacepina, se concluye que efectivamente existe una alta valoración por el medicamento que impide una deshabitación más eficaz, especialmente por el hecho de que cuando surge un episodio complejo en la vida de los entrevistados, optan por el consumo del medicamento para enfrentarlo de mejor grado. Es concluyente afirmar con los resultados que efectivamente hay un deseo de lograr la deshabitación a la benzodiacepina, sin embargo hasta ahora no ha logrado el propósito esperado, probablemente porque no se ha realizado con la estructura que se debe y ha sido mencionado por Martínez, et al., (2012), así como por el hecho de que los usuarios se ubican en un área rural, distante de centros especializados, aspecto en el cual son apoyados por médicos generales y no especialistas en la materia.

Ahora bien, el estudio propició la posibilidad de *comprender la comunicación de la familia en usuarios que se encuentran en un proceso deshabitación de benzodiacepina, que son atendidos en la red primaria de salud de Ninhue*, concluyendo que la mayoría de los entrevistados coinciden en que la comunicación existe pero no alcanza la calidad deseada, especialmente por el hecho de que a veces no se sienten escuchados y hay distanciamiento en el apoyo al tratamiento, encontrando que incluso uno de los entrevistados consumió mal el

medicamento. Por tanto, hay rechazo con lo expresado por Medellín et al., (2012) quienes coinciden que para la buena comunicación se necesita la capacidad de escucha, respeto y consideración mutua entre las personas.

Adicionalmente, tal y como lo indica Maglio y Molina (2012) en las familias los hijos y familiares perciben un patrón comunicacional negativo, caracterizado por el distanciamiento y reclamos del porqué del tratamiento, sin embargo, cuando evidencian que es una necesidad los impulsan a su consumo. También, se evidenció que la comunicación se fortalece cuando evidencian que el usuario de la benzodiacepina está disminuyendo su consumo, expresándoles palabras que los impulsan a continuar con ello, pues consideran que son capaces y pueden lograrlo.

Tomando en cuenta los lineamientos de Minuchin (1981) se concluye que efectivamente las familias suelen involucrarse en situaciones de estrés capaces de impactar negativamente sobre el proceso de deshabituación a la benzodiacepina, sin embargo, se ve facilitado cuando la comunicación entre ellos impulsa el deseo de que su familiar siga adelante y logre lo deseado. Por tanto, es concluyente que la toma de decisiones se logra cuando la familia apoya, conversa e interactúa hasta lograr un punto de encuentro entre ellos, mostrando a los entrevistados que están presentes como una familia que les apoya en su vida.

En cuanto a la expresión de afecto, es concluyente expresar que es un aspecto muy importante para los usuarios a la benzodiacepina en su proceso de deshabituación pues ofrece un impulso personal a lograr estar bien para ellos. Aunque la deshabituación en la mayoría de los casos ha sido por una decisión particular, es evidente que se sienten mejor aquellos que están más atendidos por su familia. De esta manera, el contexto evidenciado apoya lo expresado por Gallegos (2011) quien menciona que el apoyo, así como contención es lograda con la expresión de los afectos.

Uno de los aspectos concluyentes logrado es que tal y como lo expresa Roizblatt (2007) la comunicación es la vía para construir interacciones enriquecedoras entre la familia. Refiere la oportunidad de construir lazos e intercambios efectivos de mensajes, comportamientos y afectos, situación que coincide con lo evidenciado en el contexto investigado, en el cual la

mayoría de los entrevistados expresa la importancia de sentirse valorados y la tristeza, o desilusión que sienten cuando observan distanciamiento en sus familias.

Por otra parte, la investigación permitió *describir la cohesión de la familia en usuarios que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiacepina, que son atendidos en la red primaria de salud de la comuna de Ninhue*, concluyendo que existen debilidades en la unión de las familias, especialmente en el hecho de que están presentes cuando se origina un conflicto o emergencia y el resto del tiempo hay distanciamiento o desapego por la realidad de los demás. Por tanto, es una situación que apoya lo expresado por Maglio y Molina, (2012) quien expresa que probablemente las familias con un miembro con alguna dificultad mental o emocional presentarán menor cohesión.

Sin embargo, hay que destacar que al momento de conversar con ellos sobre el tratamiento, explicaban que las familias tienen conflictos con ellos por los grandes tratamientos y les expresan que eso es algo que no lo necesitan, situación que les lleva a reflexionar sobre la forma de deshabitarse e incluso tomar la decisión de disminuir la dosis para fortalecer la cohesión con su familia. En tal sentido, aunque hay discusiones y los familiares están atentos prácticamente en los momentos complejos, sus comportamientos los motivan a la deshabitación a la benzodiacepina. Sin embargo, para que la cohesión sea funcional, debe ser tal y como lo expresa Gallegos (2011) de una forma en la cual se permita la expresión de sentimientos, emociones, sin perjudicar sus propios límites personales.

Respecto a la dinámica intradoméstica, de nuevo hay ciertas situaciones complejas que impactan sobre la salud mental y emocional de los usuarios a la benzodiacepina, especialmente en torno a la manera como los hijos o familiares interactúan con ellos, encontrando que algunos no se dirigen la palabra o están muy distantes. Por tanto, se concluye que la dinámica intradoméstica es fundamental para lograr la deshabitación del usuario a la benzodiacepina, la cual debe fluir en armonía, respeto y equilibrio. De esta manera, es importante referir lo expuesto por Romero (2012) quien explica que la dinámica intradoméstica muestra a la familia como un proceso en el cual fluyen factores capaces de afectar su estructura. En tal sentido, es significativo promover la buena interacción y armonía

familiar para impulsar tratamientos efectivos en usuarios que buscan la deshabitación a la benzodiacepina.

Es importante recomendar la conformación de espacios de atención a la salud en los cuales haya psiquiatras y psicólogos, cuyos conocimientos, así como herramientas orienten la deshabitación a los tratamientos farmacológicos tomando en cuenta la particularidad del paciente, con el contexto donde se desenvuelve. Es significativo que todas las personas tengan un acceso menos complicado a la salud, donde impulsar acciones para mejorarla e interactuar eficientemente con su entorno. Otro de los aspectos importantes es desarrollar encuentros con las familias para apoyar desde dentro la sana interacción, comunicación y comprensión de la realidad que tienen quienes requieren estos medicamentos. Y también conformar espacios educativos para educar a las comunidades sobre la importancia de seguir bien los tratamientos y tomar decisiones conjuntas para bien de las familias.

En torno a las limitaciones de la investigación, destacan algunas desde la perspectiva metodológica relacionadas con la recolección de la información en campo, por cuanto muchas de las familias estaban en lugares complejos de llegar para conversar con los informantes. Al mismo tiempo, hizo complicada la labor de observación del entorno para complementar los análisis y reflexionar sobre los aportes de los usuarios de las benzodiacepinas.

En tal sentido, la investigación muestra la importancia de promover en otros espacios geográficos, investigaciones de esta naturaleza, con las cuales hacer abstracciones profundas de los entornos investigados y desarrollar análisis desde un contexto más amplio. El desarrollo de futuras investigaciones dentro de esta línea, refieren buenas oportunidades para ampliar conocimientos y comprender un poco más la dinámica de la familia en la forma en que influye su acompañamiento a lo largo de los tratamientos psiquiátricos referidos por especialistas en la materia.

Conclusiones

Al culminar la investigación sobre el análisis del rol de la familia en personas que se encuentran en un proceso de deshabitación de benzodiazepina y que pertenecen al nivel de atención primaria de la comuna de Ninhue, fue posible concluir la importancia de la familia como ente socializador capaz de impulsar un desarrollo integral con identidad y sentido de pertenencia al entorno donde interactúen. Al mismo tiempo, se concluye la influencia que tiene la familia en la salud mental y emocional de sus integrantes, evidenciando la necesidad de un apoyo a lo largo del proceso de deshabitación y no solo cuando es completamente necesario.



Referencias Bibliográficas

- Aguiluz, J., Álvarez, M., Pimentel, E., Abarca, C. y Moore, P. (2018). ¿Cómo afrontar un paciente con dependencia a benzodiazepina en atención primaria? Estrategias para la deshabitación. *Medwave*, 17(1) 1-8.
- Almonte, J., Muñoz, P, y Parridi, J. (2018) Licencia médica psiquiátrica: revisión de los efectos positivos y negativos del reposo. *Revista médica chilena*, 146, 494-501.
- Alzate, L., Ocampo, C, y Martínez, J. (2016). Aportes de la teoría ecológica a la construcción de la neuropsicopedagogía infantil. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(2), 222-230.
- Arabaolaza, L. (2016). Estudio sobre la adicción a las benzodiazepinas y la labor sanitaria en su resolución. Universidad de la Rioja, España. p.55. Recuperado de: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002054.pdf
- Arias, A., Morales, J., Nouvilas, E., y Martínez, J. (2011). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Editorial médica panamericana
- Auerbach, C. y Silverstein, L. (2003). *Qualitative data: an introduction to coding and analysis*. New York: New York University Press.
- Azparren, A., y García., I. (2014). Estrategia para la deprescripción de Benzodiazepina. *Revista terapéutica Andalucía*, 29 (4), 10- 16.
- Barra, E. (2003) *Psicología de la salud*. Concepción: *Universidad de Concepción*.
- Bauman, Z. (1999). *Modernidad Líquida*. Madrid: Fondo cultural de economía.
- Bejarano, F., Piñol, J., Mora, N., Claver, P., Brull, N., y Basora, J. (2008). Elevado consumo de benzodiazepina en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos en atención primaria. *Atención Primaria*, 40 (12) 617-623.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

- Calderón, G. y Castaño, G. (2014). Consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes universitarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 152-162.
- Castellón, S. (2012). *El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus, Cuba*. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>.
- Castillo, M. (2003). El rigor metodológico en investigación cualitativa. *Colombia médica*, 34, 164-167.
- Castro, A. (2012). Familias rurales y sus procesos de transformación: Estudio de casos en un escenario de ruralidad en tensión. *Psicoperspectiva individuo y sociedad*, 11(1) 32-40.
- CEPAL. (2016). *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe*. Recuperado de https://www.df.cl/noticias/site/artic/20161214/asocfile/20161214155346/s1601260_es.pdf.
- Collredo, C., Aparicio, D., y Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psicología*, 1(2), 125-156.
- CONACE. (2010). *Estudio sobre drogas en consultantes de sala de urgencias*. Recuperado en <http://www.senda.gob.cl/media/estudios/otrosSEDA/Estudio%20Drogas%20en%20Consultantes%20Salas%20Urgencia%202010.pdf>.
- De Carvalho, C. y Da Silva, N. (2011). Aplicabilidad del yoga como recurso terapéutico, junto a las mujeres en el proceso de deshabitación del diazepam. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11 (1) 1-12.
- Emanuel, E. (2005). *¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos*. Recuperado en https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel_Siete_Requisitos_Eticos.pdf
- Fawaz, J. y Soto, P. (2012). Mujer, trabajo y familia. Tensiones, ruptura y continuidades en sectores rurales en Chile central. *Revista de estudio de género*, 35 (4), 218-254.

- Fawaz, J., Soto, P. y Zicavo, N. (2014) *Re-significando la familia en América latina: entre imágenes y realidades*. Concepción: Ediciones universidad del biobio.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata
- Florenzano, R. (1991). *Crisis familiares e intervención del modelo médico*. Santiago: CPU.
- Frías, M., López, A., y Díaz, G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8(1), 15-24.
- García, R., Gero, R., Hinajeros, R., Rodrigo, M. y Olivares, A. (2012). *Estrategia en la retirada de benzodiazepina s: Otras Alternativas*. Recuperado de <http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/benzodiazepinas.pdf>.
- Gallegos, A. (2011). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*, 35, 325- 345.
- Gofman, E.(1970).*Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires:Amorrortu.
- Hernández, R., Fernández, C, y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Herrera, P. (2008). El estrés familiar y su tratamiento en la psicología. *Revista cubana de medicina integral*, 24 (3), 10-19.
- Hidalgo, L. (2005). Confiabilidad y Validez en el Contexto de la Investigación y Evaluación Cualitativas. Universidad Central de Venezuela. Pp. 01-21. Recuperado de <http://www.ucv.ve/uploads/media/Hidalgo2005.pdf>
- Instituto de Salud Pública. (2015). *El preocupante aumento de incautación de Benzodiazepinas*. Recuperado en <http://www.ispch.cl/noticia/21950&source=gmail&ust=1506904259614000&usg=AFQjCNHJC1qOvB8oQSHdlM01XHTKy3RTpA>
- Irrázaval, M., Prieto, F.y Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, 22(1), 37-50.

- López, A., Aroche, A., Bestard, J. y Ocaña, N. (2010). Uso y abuso de las benzodiacepinas. *Medisan*, 14(4), 555-565.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista asociación Neuropsiquiatría*, 111 (28), 43-83.
- Luna, A. (2012). Funcionamiento familiar, conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1), 77-85.
- Maglio, Ana., y Molina, M. (2012). Families of adolescents with eating disorders. How their members perceive the family functioning? *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(1), 1-10.
- Marambio, A. (2012). *Bancarización y endeudamiento en grupos urbanos de Chile*. Recuperado en www.facso.uchile.cl/documentos/ponencia-alejandro-marambio-pdf_85269_0_2149.pdf + &cd=4&hl=es&ct=clnk&gl=cl
- Martínez, M. (2009) *Epistemología y metodología cualitativa en las ciencias sociales*. México: Trillas. p.144.
- Martínez, M., Robles, C., Utria, L. y Amar., J. (2014) Legitimización de la violencia en la infancia: Un abordaje desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner. *Psicología desde el Caribe*, 31 (1), 133-160.
- Medellín Fontes, M., Rivera Heredia, M., López Peñaloza, J., Kanán Cedeño, G., y Rodríguez-Orozco, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud mental*, 35(2), 147-154.
- Mercado, A. y Briseño, P. (2014). El “yo” deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo. *Espacios Públicos*, 39 (17), 137-157.
- Minuchin, S. (1979). *Familia y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

- Monreal, M., y Guitart, M. (2013). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de UrieBronferbrenner: Contextos educativos. *Revista de educación*, (15), 79-92.
- Moride, Y., Kurth, T., Verdoux, H., Tournier, M. y Bégau, B. (2014). Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *TheBmj*, 45, 32-40.
- OCDE. (2015). *Estudios económicos de la OCDE Chile*. Recuperado en <https://www.oecd.org/eco/surveys/Chile-2015-vision-general.pdf>.
- Olivera, M. (2009). Dependencia a benzodiazepina en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(2), 132-137.
- Ortiz, M., y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*. 135, 647-652.
- Pérez, S., Morán, C., Carreño, P., Suárez, T. y Cámara, E. (2008) Consumo de psicofármacos y disfunción familiar. *Atención Primaria*, 41(3), 153-157.
- Pérez, M y Veas, P. (2014). Uso prolongado de benzodiazepinas y estrategias para su deshabitación. *Cuadernos médicos sociales*, 54, 8-18.
- Rizo, M. (2012). *El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto: Hacia un nuevo concepto de comunicación*. Recuperado en http://portalcomunicacao.com/uploads/pdf/17_esp.pdf.
- Roizblatt, A. (2007) *Terapia familiar y de parejas*. Santiago: Mediterráneo.
- Romero, J. (2012). Lo rural y ruralidad en América Latina: categorías conceptuales en debate. *Psicoperspectivas*, 11 (1), 8-31.
- Romero, M., Santander, J., Hitschfeld, M., Labbé, M. y Zamora, V. (2009). Consumo de sustancias ilícitas y psicotrópicos entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista médica de Chile*, 137(4), 459- 465.
- Scarpati, P, Silva, P. y Silva, A. (2014). Límites, reglas y comunicación en familia monoparental. *Perspectivas en psicología*. 10(2), 225-246.

- Sacci, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja de utilización del sistema de salud, en familia pobres de la salud de Salta, *Salud Colectiva*, 3 (3), 271-283.
- San Martín, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Scielo-REDIE* vol.16 no.1 Ensenada. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412014000100008
- Schmidt, V., Barreyro, J. y Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar: Faces III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3(2), 30-36.
- Schütz, A. (1974). *Estudios sobre la teoría social*. Buenos Aires: Paídos.
- Sierra, J., Fernández, A., Luna, G., y Buela, G. (2013). Efectos residuales de las benzodiazepina sobre la atención en humanos. *Psicothema*, 5 (2), 277-291.
- Silva, V., Lappann, N., De Olivera, V. y Azevedo, E. (2016). Características del uso y dependencia de las benzodiazepinas: la atención primaria de salud. *Revista Enfermagem Uerj*, 24 (6), 1-7.
- Speranza, N., Domínguez, V., Pagano, E., Artagaveytía, P., Olmos, I., Toledo, M. y Tamosiunas, G. (2015). Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública. *Revista médica del Uruguay*, 31(2), 1-8.
- Torrens, I., Ortuño, M., Guerra, J., Esteva, M. y Lorente, P. (2016). Actitudes ante el insomnio de los médicos de AP de Mallorca. *Atención Primaria*. 374-382.
- Torrico, E., Santín, C., Vilas, M., Menéndez, S., y López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*, 18 (1), 45-59.
- Universidad Adolfo Ibáñez. (2008). *Revelador estudio sobre el estrés en Chile*. Recuperado en http://www.uai.cl/prontus_uai/site/artic/20080731/pags/20080731101123.html.
- Valle, M. (2014). Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas. *Temas de psicoanálisis*, 7, 1-28.

- Van, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*.(4ta.ed.). España: Editorial Idea Books S.A.
- Vargas, A., Londoño, N. (2016). Creencias asociadas al consumo y dependencia de sustancia psicoactiva. *Revista katharsis*, 21, 111-130.
- Vargas, J., Ibáñez, E., García, G. y Mendoza, M. (2018). Desarrollo de un instrumento para medir desconexión emocional de la teoría de Murray Bowen. *Revista electrónica de Psicología Iztalaca*, 21(3), 1214-1232.
- Vicens, C., y Fiol, F. (2008). Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. *Revista del Sistema Nacional de Salud*, 32(2), 52-57.
- Vicente, B; Saldivia, S. y Philán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; Salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22 (1), 51-61.
- Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.
- Yates, T., y Catril, P. (2009). Tendencia en la utilización de benzodiazepina en farmacia privada. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(1), 9-15.
- Zicavo, N., Palma, C. y Garrido, G. (2012). Adaptación y validación del Faces-20-ESP: Reconociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 219-234.

Anexos

Anexo 1. Instrumento (Guion temático)

Dimensión 1: “Rol de la familia”

- ¿Me podría comentar con quien/es vive?
- ¿Qué rol ha tenido su familia durante su tratamiento?
- ¿Cómo afronta su familia cuando usted cesa el consumo de fármacos?

Dimensión 2: “Patrones Generacionales”

- Sobre antecedentes de familiares respecto al consumo de fármacos de salud mental... ¿Tiene algún familiar que consuma o haya consumido esta clase de fármacos?
- ¿Qué opinión tienen sus familiares sobre el consumo de Clonazepam?
- ¿Cuál es la opinión de su familia frente a su diagnóstico de salud mental?

Dimensión 3: “Comunicación Familiar”:

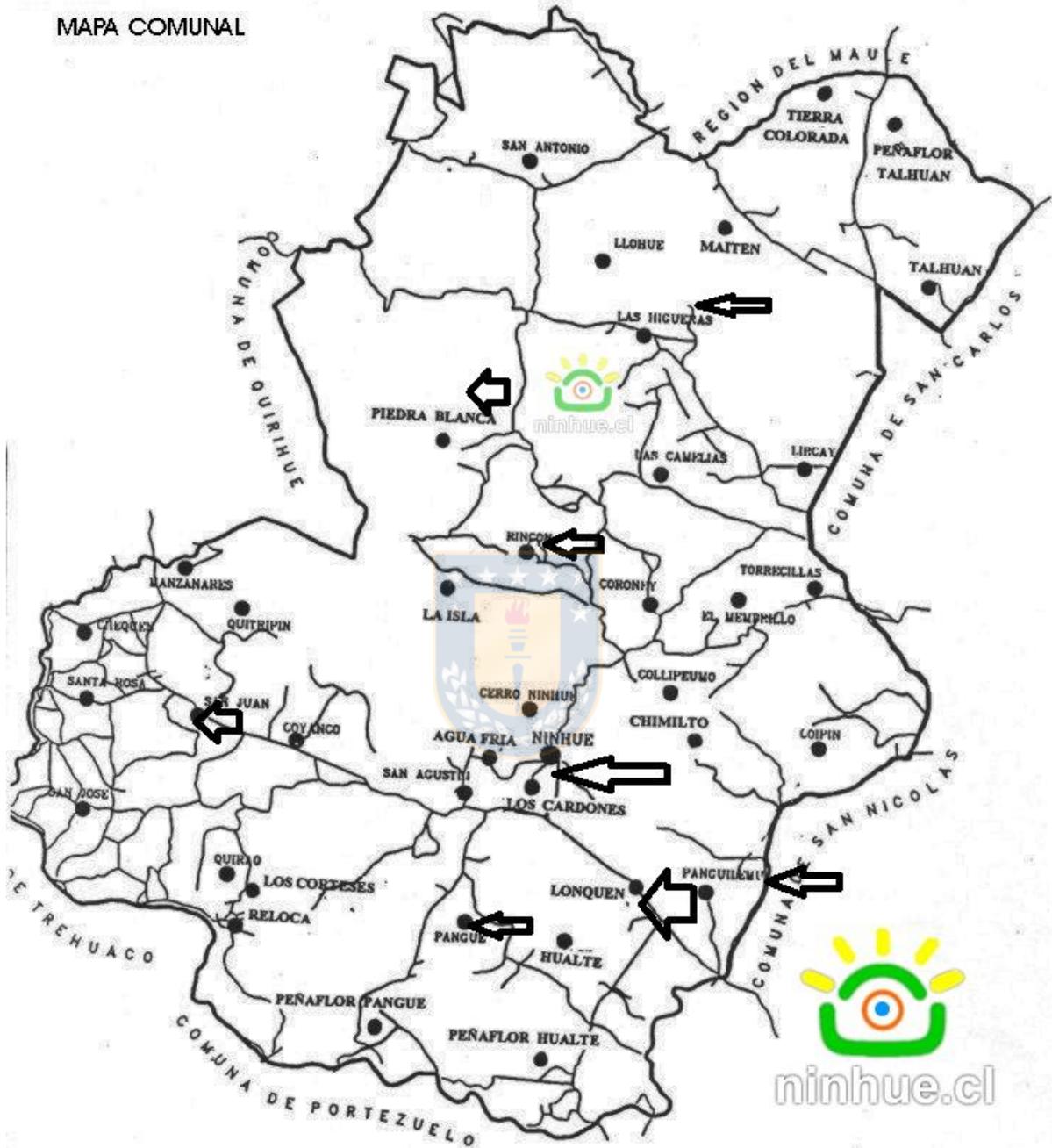
- ¿Cómo es la comunicación y relación al interior de su familia?
- ¿Coménteme sobre la expresión de afecto en su grupo familiar?
- ¿Cómo se toman las decisiones en su familia?

Dimensión 4: “Cohesión Familiar”:

- ¿Cómo ustedes resuelven sus problemas familiares?
- ¿Cómo afrontan ustedes comparten su visión sobre la vida?
- ¿Cómo su familia ha reaccionado a su tratamiento medicamentoso?

Anexo 2. Mapa de muestreo (Flechas indican localidades de sujetos de investigación)

CROQUIS CON LA UBICACION APROXIMADA DE LOS SECTORES POBLADOS DE NINHUE
MAPA COMUNAL



Anexo 3. Carta de consentimiento informado



Universidad de Concepción

Consentimiento Informado

Se me ha invitado a participar y colaborar en un proyecto de tesis perteneciente al Magister de Intervención Familiar “Universidad de Concepción” denominado "Percepción de funcionamiento familiar de las personas que se encuentran en un proceso deshabitación de benzodiazepina y que pertenecen al nivel de atención primaria en Ninhue".

Entiendo que mi colaboración implica participar en dos entrevistas donde se me preguntará respecto a mi sentido de vida. Estas entrevistas durarán aproximadamente 45', y se realizarán en un lugar que acordemos con la persona que me entrevistará y registradas en audio.

Toda la información acerca de mi persona, así como mi identidad será confidencial, sólo conocida y analizada por el equipo de investigación.

Sé que puedo negarme a participar y retirarme en cualquier momento, sin expresión de causa.

La información que proporcione será usada únicamente con fines de investigación para lograr un mayor conocimiento respecto a este tema y aportar con esta información a una mejoría en los modos de vida de las personas.

Firma

Fecha: _____

