

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

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

2010

Vínculos familiares en la psicosis : aportes desde el trabajo social

Bordenave, Flavia

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/437>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

SS
Inv. 4059



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CS. DE LA SALUD Y SERVICIO
SOCIAL

LIC. EN SERVICIO SOCIAL

TESIS FINAL

**“Vínculos familiares en la psicosis.
Aportes desde el Trabajo Social.”**

Autoras

Bordenave, Flavia

Crinigan, Daiana

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Curto, Javier

CO-DIRECTOR DE TESIS: Lic. Larson, Laura

Mar del Plata, Marzo 2010

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	planatura top
4059	/
di /	/
rsidad N	l de Mar del Plata

26 SEP 2010

Agradecimientos...

A Javier, por demostrarnos que el modelo médico hegemónico es un artilugio de los mediocres; por su apoyo, por su respeto, por su simpleza y por su amistad.

A Laura, por habernos acompañado en estos primeros pasos, por contagiarnos su entusiasmo, por su entrega y por su respeto.

A los cinco protagonistas de esta investigación y a sus familias, por haber formado parte de la misma, por su entrega desinteresada, por todo lo que nos enseñaron.

Al Hospital Interzonal de Agudos Dr. Oscar Alende (en especial al Área de Salud Mental) y al Centro de Promoción Social por permitirnos hacer de esta investigación, una realidad.

...y a cada una de las personas que directa o indirectamente aportaron su granito de arena.

A todos ellos, simplemente GRACIAS.

A mi familia y mis amigos, porque a la distancia supieron siempre estar presentes.

A mis hermanos, por regalarme su magia y alegría, por no permitirme perder el rumbo.

A la "Lucecita" que esta llegando a nuestra familia.... y a sus papás.

A Ariel, por estos casi cinco años de paciencia, por su compañía, por su esperar silencioso, pero fundamentalmente, por su amor.

A los que un día fueron mis compañeros de la facu y a los que hoy, tengo el orgullo de llamar amigos, por todos estos años compartidos

A Jorge, Ani, Nato y Vani, por estar, por su amistad y entrega incondicional... por haberse transformado en "Mi Familia".

A Flavia, por acompañarme a soñar, por su confianza, por pasión y por todas las banderitas de revolución en Salud Mental que plantaremos juntas.

A mis papás, por haber hecho de este sueño una realidad, por su confianza, por su entrega desinteresada, por su respeto, por los valores que supieron transmitirme, por su amor....

¡LO LOGRAMOS!... Y SEPAN QUE ESTO, TAMBIÉN ES SUYO!

Daiana

A Ignacio, Mabel y Carlos, mi red primaria, mi familia, por su apoyo, su confianza y su amor. Todo esfuerzo es al final recompensa. Gracias, hoy y siempre por creer en mí y darme las alas para volar...

A mis amigos, hermanos en esta vida, por su paciencia y tolerancia, por estar siempre presentes. Todo lo que soy tiene que ver también con ustedes. Gracias por ese abrazo incondicional.

A dos personas que admiro, respeto y quiero con el alma. Ani y Dante. Gracias por todo. Los abrazo "con todo fervor revolucionario".

A ese grupo de personas a las cuales les agradeceré de por vida por haber hecho mi paso por la facultad un grato momento. Ellos son brillantes personas que mañana serán colegas. Por tantos mates, apuntes, afiches en la pared, horas de insomnio, charlas y proyectos.

A mis Murguientas queridas, que me enseñaron que en febrero lo mas importante es Carnaval...y supieron entender mis ausencias...

A la futura Lic. Crinigan! Por todo lo hecho, por todo lo discutido y lo trasnochado en pos de un objetivo común. Por creer en nosotras y en nuestros proyectos, mirando siempre para adelante. Por zambullirse en el campo de la Salud Mental con una solidez teórica increíble. Es un placer trabajar con alguien así. Por todo lo que vendrá, gracias Dai.

Flavia

INDICE

PARTE I: A modo de introducción	7
1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Objetivos	11
Objetivo general:	11
Objetivos específicos:	11
PARTE II: Marco de Referencia	12
2.1. Marco teórico	13
2.2. Marco Institucional:	37
PARTE III: Desarrollo metodológico.....	49
3.1. Metodología Cualitativa:	50
3.2. Instrumentos utilizados	51
3.2.1. Historia de vida.....	51
3.2.2. Elenco, mapa egocentrado y mapa de relación:.....	57
3.3. Diseño del instrumento de investigación: Matriz de datos.....	59
3.4. Unidad de análisis	65
3.5. Dimensiones de análisis	66
3.6. Tarea desarrollada.....	67
PARTE IV: Análisis de los Datos Recabados y Presentación preliminar de resultados.....	70
4.1. Caracterización general de la situación de los entrevistados.....	71
4.2. Dimensiones analizadas	72

PARTE V: A modo de conclusión.....	103
BIBLIOGRAFIA.....	110
ANEXOS.....	118

PARTE I

A modo de introducción

1.1. Planteamiento del problema

**“Los hechos no dejan de existir aunque
se los ignore.”**

Aldous Huxley

Históricamente, el proceso salud-enfermedad ha sido un campo de incumbencia propiamente médico. Si bien resulta complejo dar cuenta de los motivos que indujeron a la medicina a incluir a las ciencias sociales dentro de su campo de intervención, se podría afirmar que estos responden a la búsqueda de indicios para la comprensión de lo que hoy se concibe como dicho proceso. Situación que se ve reflejada en el campo de la Salud Mental, lo cual amerita que para su estudio sea necesario comprender todas las condiciones de existencia del ser social, trascendiendo los patrones clasificatorios propios de las ciencias médicas.

Desde el Trabajo Social y a partir de su dedicación a la resolución de problemas en las relaciones humanas, se ha abordado la temática de la Salud Mental sin resultar demasiadas, las elaboraciones teóricas sobre aquellas cuestiones que hacen a la integralidad del ser humano y que condicionan, o son condicionadas, por el surgimiento de un cuadro psicótico.

A partir de lo antes dicho, el presente trabajo de investigación busca la profundización de una temática central para cualquier profesional relacionado a

la Salud Mental pero, radicalmente importante para el trabajador social inserto en dicho campo. Es así, que en adelante se avanzará en la elucidación de los vínculos familiares en la psicosis, desde la mirada y el enfoque propio de las ciencias sociales.

Al realizarse una revisión histórica sobre la temática, se puede dar cuenta que la misma comienza a ser abordada en los años '50 por autores tales como Bateson¹, Lidz² o Wynne³, quienes si bien partieron de líneas teóricas diferentes, concluyeron en una premisa común: "condiciones de la vida familiar, especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros familiares, pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia". La década siguiente será caracterizada, por un intento de múltiples investigadores por comprobar o refutar la hipótesis elaborada años anteriores; siendo denominada esta etapa como el "periodo optimista" de la investigación familiar en psicopatología. Ya entrado los años '70, se evidencia un retroceso en cuanto a las ópticas de análisis, retomándose a perspectivas netamente biologicistas.

Sin pretender dar cuenta de las características de las diferentes teorías, disciplinas y escuelas de pensamiento que han intentado arribar a una satisfactoria comprensión de la psicosis, estamos en condiciones de afirmar que hasta el momento, ninguna ha logrado abordar holísticamente la implicancia

¹ Mejor conocido por el desarrollo de la Teoría del Doble Vínculo de la esquizofrenia. Realizo grandes aportes a los estudios de la cibernética, la sistémica y la teoría de la comunicación.

² Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale. Conocido principalmente por su trabajo en el estudio de las causas de la esquizofrenia y por ser un crítico notable de las teorías de la psiquiatría biológica.

³ Jefe de Psiquiatría del National Institute of Mental Health. Se ha focalizado en el estudio de las complicaciones interhumanas de las familias de los pacientes esquizofrénicos.

que posee para una persona y su grupo familiar, el surgimiento de una patología psíquica.

A pesar de que los avances no alcanzaron construcciones teóricas sólidas, sustentadas en la realidad fáctica, consideramos que escuelas como las de Pichón Riviere o la Sistémica, han aportado el puntapié inicial para futuras líneas de investigación en esta temática.

Resulta importante en esta instancia resaltar que, el interés por este tema tiene su origen en nuestra inserción pre-profesional en instituciones vinculadas a la Salud Mental en diferentes dispositivos de atención de la ciudad de Mar del Plata: Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Alende y Centro de Promoción Social-HIGA.

A partir de la intervención cotidiana en las mismas, ha sido posible reconocer cuestiones que se convertían en denominador común, al profundizar en el trabajo con sujetos con padecimientos psíquicos y sus familias.

Sin pretender avanzar en las miras de una postura simplista y funcional a la lógica del sistema capitalista, la cual se caracteriza por responsabilizar a las familias por las conductas individuales de sus miembros (como si dicha institución social fuese un ente aislado, ajeno a las condicionamientos que el contexto social determina), resaltamos que tampoco se considera pertinente la reducción del presente estudio, a factores netamente genéticos, biológicos o psicológicos.

De este modo, el análisis parte por reconocer la existencia de

determinados vínculos familiares que inciden como una de las variables en el desencadenamiento de un padecimiento psíquico; los cuales intentaran ser identificados para su posterior comprensión.

Motivadas por el deseo y la curiosidad de saber, así como también por intereses más prácticos, nos disponemos a detenernos a reflexionar sobre una temática que a diario, se visualiza en los espacios de trabajo interdisciplinarios en el campo de la Salud Mental.

1.2. Objetivos

Objetivo general:

- Comprender cómo los vínculos familiares de personas con diagnóstico de psicosis condicionan la aparición y persistencia del padecimiento psíquico

Objetivos específicos:

- Caracterizar a los vínculos familiares como una de las variables que contribuye al surgimiento de una patología psíquica.
- Evaluar las modificaciones en los vínculos familiares a partir de la emergencia de la patología.
- Describir los aportes desde el trabajo social en el abordaje de un sujeto con padecimientos psíquicos y su grupo familiar.

PARTE II

Marco de Referencia

2.1. Marco teórico

*"Yo considero que el trabajo social como profesión solamente se pone en nuestras sociedades cuando la "cuestión social", además de reconocida como tal, es objeto de un trato específico del Estado. Solo cuando el Estado se propone intervenir con formas institucionales, se crea el espacio para la profesionalización del trabajo social."*⁴

A partir de lo planteado por Netto, nos resulta inevitable detenemos a desarrollar, aunque sea brevemente, algunos momentos en la historia del trabajo social que han caracterizado el modo de intervenir en lo social hasta las concepciones más actuales. El siguiente desarrollo histórico se considera imprescindible para lograr arribar posteriormente, a una definición más clara y palpable de lo que entendemos por trabajo social en Salud Mental.

Según Ezequiel Ander Egg⁵, en la historia del trabajo social se definen tres momentos esenciales, a través de los cuales la profesión ha ido evolucionando: asistencia social, servicio social, y trabajo social.

La asistencia social ya instituida *"como práctica profesional, surge de la necesidad de reparar fracturas sociales, desde un espacio presentado como neutro, casi a-histórico; reparaciones que no alteraban en lo esencial la lógica de fondo que las generaba, en una especie de entrecruzamiento entre las*

⁴ NETTO, Paulo José (2004) "Reflexiones en torno a la cuestión social", en PARRA, Gustavo y otros "Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social". Editorial Espacio. Buenos Aires Pág. 19.

⁵ Pedagogo, sociólogo y ensayista argentino. Realizo estudios de sociología, ciencias políticas, economía, planificación económica y social entre otras. Vivió en el exilio. Alcanzó el grado de Doctor en Ciencias Políticas y Económicas.

*nacientes ciencias sociales y la filantropía*⁶. Es por ello que se plantea que el trabajo social nace de una necesidad política del sistema capitalista, en tanto emerge como continuidad de las labores benéficas y asistenciales que venían desarrollando sectores e instituciones religiosas y el propio Estado. En esta primera etapa y bajo la modalidad de "asistencia social" el profesional es visto como un técnico para hacer caridad.

Es decir, en un contexto caracterizado por el entrecruzamiento entre las políticas sociales, los incipientes derechos sociales y el reconocimiento de la cuestión social, la cual es definida según palabras de Margarita Rosas Pagaza como la expresión de la relación contradictoria entre capital-trabajo, emerge el trabajo social y lo hace bajo la idea claramente conservadora de que una intervención técnicamente adecuada y claramente despolitizada⁷, es la vía para el enfrentamiento de la cuestión social.

A partir de 1940 en el caso de América Latina se producen las primeras transformaciones de la asistencia social en "servicio social". El Social Work Latinoamericano, a partir de lo desarrollado por Mary Richmond⁸, comienza a dar estilo al servicio social en la región. Consecuentemente la profesión adquiere una mayor preocupación técnico-científica acompañado de una elevación del status profesional, dado que los mismos asistentes sociales dan mayor importancia a la profesión y buscan darle un lugar más significativo; y un

⁶ CARBALLEDA, Alfredo J. M. (2004) "Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad". Espacio Editorial. Buenos Aires. Pag175.

⁷ Entendiendo a la política desde sus definiciones más clásicas como, la actividad que dirigida por valores se encamina hacia el bien común.

⁸ Fue médica, profesora y teórica. Formulo la primera declaración de principios de la practica directa del Trabajo Social. Integro la COS y fue parte del equipo de las "visitadoras amigables"

marco referencial de fuerte acentuación psicologista, proyectado en la misma práctica.

Ha sido Mary Richmond quien produjo las primeras sistematizaciones de las intervenciones profesionales, desde el eje de su metodología. En sus 15 años de investigación produjo un minucioso estudio, que cristaliza en su libro "Caso Social Individual", en el cual describe la práctica del Servicio Social Individual como la que se ocupa de las cuestiones relativas a la restauración de la independencia económica, individual, a la salud y a la higiene personal, así como los problemas complejos de higiene mental, todos terrenos que tienen una relación directa con la personalidad. La autora concibe esa intervención, desde dos dimensiones: la comprensión, de la personalidad y de las características personales, de los recursos, de los peligros y de las influencias del medio social; y la acción, directa de la mentalidad de los Asistentes Sociales sobre su cliente; indirecta, ejercida hacia el medio social.

La estructura metodológica para llevarla adelante es reconstruida y definida de la siguiente manera: Estudio - Diagnóstico- Tratamiento.

Resulta evidente que desde los antecedentes de la profesión, tanto en las matrices europeas como en las norteamericanas, encontramos la idea de intervenir sobre la realidad social para producir algún tipo de modificación sobre la misma, es decir, algún tipo de reforma.

A mediados de los años '60 comienza a reformularse la visión que se tenía del servicio social, en un contexto caracterizado por el desarrollismo y la

preocupación por la situación de los países latinoamericanos. La base de sustentación metodológica y teórica de la profesión entra en crisis dando lugar al Movimiento de Reconceptualización. *"...los acontecimientos que ocurrieron en el escenario mundial, continental y nacional durante las décadas de 1960 y 1970, promovieron, estimularon o simplemente colocaron en la agenda del Trabajo Social la discusión y el debate sobre la dimensión sociopolítica de la práctica profesional,(...)el desarrollo del movimiento estuvo sumamente condicionado por las particulares coyunturas nacionales –recordemos que durante dicho período los procesos dictatoriales azotaron a la mayoría de los países latinoamericanos."*⁹. A raíz de la instauración de la dictadura salvaje que reino a partir de marzo de 1976, ninguno de los proyectos socio-profesionales alcanzó consolidación, sino que todo lo contrario: el movimiento y toda su potencialidad habían sido bloqueados, dejando latente la intención de ruptura con el Trabajo social tradicional, vislumbrando la posibilidad de construcción de un nuevo proyecto profesional.

Finalmente, ubicándonos desde la democracia a la actualidad, podemos distinguir algunos aspectos a resaltar que hacen al Trabajo Social en la actualidad. Para ello resulta necesario exponer las principales características de la cuestión social contemporánea, ya que hace al nuevo escenario de intervención profesional.

⁹ PARRA, Gustavo (2004) "Los proyectos socio-profesionales en el Trabajo Social Argentino. Un recorrido histórico y otros". En PARRA, Gustavo y otros "Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social". Editorial Espacio, Buenos Aires Pág. 42.

El modelo neoliberal, desarrollado en los países vías de desarrollo en la década de 1990, modificó la dinámica social, económica y política, lo cual tuvo implicancia en la propia dinámica de la profesión. La cuestión social adquiere otra configuración y el panorama se presenta heterogéneo y complejo.

Las viejas categorizaciones poblacionales sobre las que se estructuraron las políticas asistenciales se ven desbordadas, a la vez que se toman insuficientes para describir y abordar el nuevo escenario. El cual esta atravesado por los caminos que conducen a los sujetos a la pobreza, a la vulnerabilidad y a los procesos de desafiliación que impactan en la frustración y la desesperanza. Es en estas trayectorias que se descubren las marcas de una fractura social con características irreversibles.

*"La actual configuración de la cuestión social impacta sobre la intervención profesional desde diferentes ángulos: "imponiendo", desde el discurso hegemónico, una resolución inmediata, pero eficiente, de ciertas problemáticas sociales".*¹⁰

Estas modificaciones de las intervenciones profesionales, están vinculadas con las formas de institucionalidad social que el Estado asume en cada momento histórico. El nuevo rol del Estado, que ha adoptado hace ya algunos años, con relación a las políticas sociales, es ceder espacios al capital privado (achicando entre otras cosas las estructuras sanitarias) operando tanto en la esfera económica como en la del bienestar social. Recordemos que las

¹⁰ Rozas Pagaza, Margarita. "Las distintas tendencias del Trabajo social en la argentina de hoy". En Trabajo Social y nuevas configuraciones de lo social. Seminario internacional. Maestría en trabajo social. 16-19 de mayo de 2001. ed Espacio. Buenos Aires 2003. Pág. 54

cuatro estrategias concretas de la política social neoliberal son el recorte del gasto social, las privatizaciones, la focalización del gasto social público en programas selectivos contra la pobreza, y la descentralización. Todas ellas visualizadas en el actual panorama del sistema sanitario: a) vaciamiento del sistema público y consecuente achicamiento; b) descentralización, provincialización y municipalización de efectores de alta y baja complejidad sin una reorganización normativa y pragmática que cubriese la demanda satisfactoriamente; c) privatización de efectores públicos, arancelamientos; d) crecimiento del subsector privado; e) fragilización, vaciamiento del subsector de obras sociales.

*"El Trabajo Social actual debe recrear una actuación vinculada a la acción, adecuada a la nueva demanda, a la nueva realidad y a la urgente necesidad de generar actuaciones profesionales que involucren al conjunto de los sectores sociales."*¹¹

Como ya se ha destacado con anterioridad, históricamente el proceso salud-enfermedad ha sido un campo de incumbencia propiamente médico. Sin embargo la preocupación por la relación que existe entre la salud y la sociedad se ha expresado desde hace mucho tiempo, tanto en Argentina como en otros países de América Latina. En el caso puntual de nuestro país, la correlación entre estas dos dimensiones aparece durante la gestión del Dr. Ramón Carillo como Ministro de Salud (1946-1954). El Estado en dicho periodo, comienza a

¹¹ CESILINI, Gabriela y otros (2007) "La nueva pobreza en el ámbito hospitalario: de la indefensión al ejercicio de ciudadanía social." 1 edición. Espacio Editorial. Buenos Aires. Pag 136

hacer una lectura de lo social y desde ahí empieza a resolver problemáticas en forma global y brindando cobertura universal a la población. Situación que también es visible en todo el mundo, ya que la OMS, posterior a la Segunda Guerra Mundial, declara el derecho a la salud, y el Estado de bienestar europeo estructura un fuerte sistema sanitario. Si bien resulta complejo dar cuenta de los motivos que indujeron a la medicina a incluir a las ciencias sociales dentro de su campo de intervención, se podría afirmar que estos responden a la búsqueda de indicios para la comprensión de lo que hoy se llama proceso de salud-enfermedad.

En relación a lo antes desarrollado y retomando el planteo de Floreal Ferrara quien entiende a la salud como *"(...) la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida"*¹², es que coincidimos en resaltar que la salud está condicionada por la sociedad, se expresa en lo colectivo; es un proceso histórico-social; y la enfermedad, hoy no puede ser leída desde la perspectiva unicausal que plantea el positivismo. Es decir, pensamos a la salud como un concepto que se construye en la esfera de los ideales sociales de una comunidad determinada, lo que implica una forma particular de resolver conflictos, y que incluye las contradicciones y los avatares de un proceso histórico.

Respecto a la intervención propiamente en el ámbito de la salud, nos situamos como trabajadores de la salud interactuando con un conjunto de disciplinas, saberes, ciudadanos, que conforman nuestro ámbito laboral. En

¹² *Ob.cit.*, nota 7. Pág. 68

otras palabras, el trabajador social en el área de la salud, es el profesional del equipo interdisciplinario que conoce las necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad-atención¹³, identifica las redes familiares y sociales, fortalece los vínculos familiares, y promueve la utilización de los recursos.

Nos resulta imposible continuar, sin antes abordar el complejo sistema de salud en nuestro país, para lo cual adherimos a lo planteado por las autoras Cesilini, Guerrini y Novoa cuando refieren que dicho sistema esta *"interrelacionado e influenciado por el medio, con recursos económicos y financieros limitados, a veces enfrentado en luchas por intereses poco éticos, con un alto grado de incertidumbre y con conflictos sectoriales. Un sistema que requiere, para alcanzar sus metas y objetivos, políticas claras que tengan a la persona como eje del accionar sanitario."*¹⁴ Por ende, afirmamos que el trabajo social opera con consistencia en el campo de la salud cuando va al encuentro de los derechos humanos; y no de estos es perspectiva liberal, sino el sentido de igualdades a construir y transformaciones sociales que den cuenta de ciudadanías emancipadas; las cuales son caracterizadas por Bustelo y Minujin por tener a la igualdad social como valor central, entendidas fundamentalmente como el derecho de las personas a tener iguales oportunidades para acceder a los bienes social y económicamente relevantes. La ciudadanía emancipada es por definición una propuesta socialmente inclusiva.

¹³ Perspectiva relacional que recupera los procesos históricos y considera que todo campo socio-cultural no es homogéneo. Enfoque que considera que el campo de la salud puede ser abordado a partir de las significaciones y prácticas en salud.

¹⁴ *Ob.cit.*, nota 7. Pág. 44.

Partiendo de esta última premisa y vinculándola con lo planteado, respecto a la incursión de las ciencias sociales en los aspectos que antiguamente eran determinados como exclusivos de la medicina, es que nos encontramos en condiciones de plasmar algunas aproximaciones a la incumbencia del trabajo social en el campo de la Salud Mental. Principalmente porque consideramos que el padecimiento psíquico trasciende los límites de la psiquiatría ya que *“los trastornos mentales muchas veces son influenciados por el medio en que vive el enfermo, por sus circunstancias vitales y por las dinámicas de las relaciones interpersonales.”*¹⁵. Dicha concepción comienza a gestarse en los años '70, facilitando que otros saberes tengan su lugar en la comprensión y el abordaje de estos problemas. A lo que apuntamos es, a que la persona con padecimiento psíquico requiere un oportuno diagnóstico médico psiquiátrico, pero que la complejidad del campo necesita tanto, en la instancia diagnóstica como en el esquema terapéutico, de la convergencia de otras disciplinas tales como la psicología, la antropología, sociología, medicina, trabajo social, terapia ocupacional, entre otras.

Es por ello que visualizamos la Salud Mental desde un sistema conceptual que la entiende como un proceso histórico, social y político, resultante de los estilos y condiciones de vida de los pueblos, determinado y condicionado por múltiples factores. Por lo tanto la atención integral de la Salud Mental incluye un conjunto de medidas sanitarias, socioculturales, científico-

¹⁵ ANDER EGG, Ezequiel (1998) *“Diccionario de Trabajo Social”*. 10ª edición corregida y aumentada. Editorial Humanitas. Buenos Aires. Pág. 239

técnicas, económicas, políticas, legislativas y organizacionales. Es decir, aunque el campo de acción mantenga una imagen médica, incorpora una serie de prácticas sociales no médicas que hacen que ya no sea indicado hablar de psiquiatría sino de Salud Mental. Respecto a la connotación de este último concepto y en concordancia a lo planteado hasta aquí, resaltamos que se entiende a la Salud Mental como un *"proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable"*¹⁶. El abordaje de estas dimensiones exige considerarlas dentro de un contexto social particular, en donde se hace necesaria la intervención específica del Trabajo Social.

En relación a lo que respecta propiamente al rol del Trabajador Social en dicho campo, no podemos aspirar a una definición unánime y acabada ya que, al entender a la Salud Mental como una construcción social, cultural e histórica, las posibilidades de determinar nuestro rol de forma inequívoca disminuyen. Sin embargo, a partir de la producción teórica de los profesionales abocados al campo de la Salud Mental podemos visualizar algunas líneas claras de acción que, por un lado, nos ayudan a comprender nuestra intervención, mientras que por otra parte, nos posibilita a expandir nuestra capacidad creativa e innovadora debido a la ausencia de lineamientos rígidos.

¹⁶ Ley 448. Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, nos atrevemos a afirmar que el rol del trabajador social en el campo de la Salud Mental (y siempre en estrecha vinculación y coherencia con los principios y postulados de nuestra profesión), tendrá que ver con:

- La defensa de los derechos humanos y del ejercicio pleno de la ciudadanía;
- El retomar la historicidad de los sujetos, así como también rescatar la significación que ellos y sus familiares le otorgan a la patología;
- El logro de una externación exitosa entendida como un conjunto amplio de factores entre los que se puede visualizar: la no reinternación, el alcance de los umbrales posibles de autonomía, la adquisición de conciencia de enfermedad y la posterior adherencia al tratamiento, la capacidad de utilización de los recursos existentes, el fortalecimiento de redes sociales.
- Generar objetivos propios de la profesión que, aunque coincidentes con los de la institución, permitan la construcción dialéctica entre teoría y práctica;
- Ensanchar las prácticas de libertad a partir de la transmisión del conocimiento hacia la persona, para lograr así, una toma de decisiones autonomía en relación a su patología y a otros aspectos.
- Trabajar desde y con el afuera es decir con su familia, sus amigos, sus redes primarias y secundarias.

- El conocimiento y comprensión de la persona en toda su complejidad, captando la integralidad de la situación para luego, ir delimitando que es lo que se puede hacer desde nuestro lugar de trabajo;
- El trabajo inter e intra institucional;
- El conocimiento de la legislación que ampara sus derechos, de los recursos disponibles, y de la forma de gestionarlos o reclamarlos cuando estos no se dispensan;
- La organización y planificación de acciones que tengan impacto educativo en la sociedad;
- El trabajo en pos de un corrimiento del lugar de pacientes=pasivos y de la idea de ser una carga para su grupo familiar;
- El abordaje de la vida cotidiana y de las manifestaciones de la actual cuestión social;
- La participación en el diseño, elaboración y ejecución de políticas, programas y proyectos en el área, que rompan con la lógica actual o al menos contribuyan a repensarla;
- La articulación de redes comunitarias;
- La coordinación de diferentes dispositivos institucionales;
- La investigación y teorización acerca de la temática, realizando así, no solo aportes que contribuyan a nuestra disciplina, sino a la ciencia en general;
- Promover la participación activa del sujeto y su familia en los

diferentes dispositivos de atención, convirtiéndolos en protagonistas del proceso.

Una vez enunciados algunos de los objetivos de nuestra disciplina en el área de la Salud Mental, nos parece fundamental preguntarnos desde donde el Trabajo Social observa a la familia, ya que del modo de mirar a la misma va a depender el lugar teórico desde donde cada profesional se posicione para interpretarla y para intervenir junto a ella.

La institución familiar no fue la misma en todas las épocas, sin embargo los discursos de poder de los últimos siglos presentan al modelo vigente, el que impera en el imaginario social (familia nuclear), como el natural y original, desestimando cambios y calificando de anormal cualquier alternativa. Esto ocurre ya que se concibe a determinadas instituciones como “naturales” en su forma, antes que como productos modificables de la actividad social. Y en lo que respecta a la familia, esta tendencia esta reforzada por el hecho de tratarse de una institución vinculada con dos aspectos netamente biológicos: el sexo y la reproducción. Sin embargo, para poder iniciar un estudio sobre la familia es necesario, como bien afirmó Durhaim, su desnaturalización, para así poder percibirla como una creación humana sujeta a modificaciones, es decir, entender que la relación entre grupo conyugal, familia, parentesco y división sexual del trabajo puede dissociarse, dando origen a instituciones muy diferentes.

Resaltamos que la noción de familia conocida hasta la fecha pierde su sentido. Se ha producido una profunda inversión en los fundamentos y principios que durante siglos han identificado y definido el concepto de familia. La idea parsoniana de familia nuclear, como modelo universal, ya no nos sirve como punto de referencia, ya que los cambios demográficos, sociales, económicos y culturales registrados en el mundo han trastocado el propio concepto de familia y su función social. El término familia ha perdido su sentido etimológico hasta el punto que, en la actualidad, no existe un indicador único, claro y preciso que nos marque que debemos entender por familia.

De todas formas, es importante destacar que los cambios familiares responden, como afirma Díaz Usandivaras¹⁷, "más a la forma que a los contenidos", ya que sus funciones de cuidar y formar al ser humano hasta la adultez siguen intactas.

Coincidimos con Eloisa de Jong¹⁸ cuando afirma que *"cada familia se constituye a partir de la internalización recíproca por parte de sus miembros de su condición como tal y cuando cada uno de ellos se reconoce en un nosotros - nuestra familia- respondiendo a las condiciones materiales y simbólicas de un orden económico, cultural, social en las que se produce y reproduce su vida"*. Ante esto queremos subrayar que valoramos las afirmaciones de cada actor al referirse a su familia, resaltando la importancia de conocer que concepto tiene

¹⁷ Presidente de la Asociación Sistémica de Buenos Aires (ASIBA) en 1994 y 1995. fundador y coordinador general del centro de investigación, prevención y asistencia de menores en riesgo (CIPAMER). Master en matrimonio y familia.

¹⁸ DE JONG, Eloisa (2001) "La familia en los albores del nuevo milenio- Reflexiones interdisciplinarias un aporte al trabajo social". Ed. Espacio. Buenos Aires.

de si misma cada grupo familiar, olvidando de alguna forma modelos preestablecidos, y comprendiendo que cada familia se constituye "como puede", en relación a un sistema social de la cuál es a la vez producto y productora.

Resaltamos así, la importancia de lograr abandonar los patrones de normalidad intentando comprender a las familias desde su propia cotidianidad.

Por ello, y a partir de lo desarrollado anteriormente, entenderemos a la familia como toda relación vincular, con ánimo de permanencia y ámbito de privacidad, sin considerar sexos, edades o existencia de parentesco legal, constituyéndose en sistema o grupo humano por excelencia que gesta, prolonga y transfiere vida.

Resulta imposible avanzar sin antes desarrollar dos conceptos fundamentales para dicha investigación como lo son, los vínculos familiares y la psicosis.

Con respecto al concepto de psicosis, podemos afirmar que en los últimos 60 años dicho término adquiere diferentes concepciones, perdiéndose de este modo su precisión inequívoca. Sin embargo, más allá de sus acepciones, las diferentes corrientes adhieren y coinciden con lo desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría cuando afirma que: *"el término psicótico significa deterioro grosero del juicio de la realidad"*¹⁹; pudiendo ser éste utilizado tanto para describir la conducta de una persona en un determinado momento o para un trastorno mental, en el cual exista deterioro profundo del

¹⁹ KAPLAN, Harold, SADOCK Benjamín "Signos y Síntomas típicos de la Enfermedad Mental ", en Harold Kaplan & Benjamin Sadock editores, "Tratado de Psiquiatría", sexta edición, vol.I, cap. 9, ap. 3., Editorial Intermédica S.A.I.C.I., 1997.

juicio de realidad en algún momento de su evolución. Asimismo agregamos que se podría entender por comportamiento psicótico entonces, a la presencia de delirios o alucinaciones sin capacidad de dar cuenta de su naturaleza patológica.

Refiriéndonos al concepto de vínculo podríamos afirmar que, como bien a desarrollado la Lic. Liliana Barg²⁰, los vínculos familiares son fuente de los sentimientos humanos más profundos, sean éstos de carácter positivo o negativo, de amor-odio, contención-discriminación, protección-desprotección, seguridad-inseguridad, autoritarismo-democracia.

Vínculo ha sido usado previamente por varios autores como Pichon Rivière (1956-57), Bion (1967) e Isidoro Berenstein (1976;1990;1998); y seguramente por muchos otros, con sentidos muy diferentes.

Es este último autor, quién plantea que el sujeto se sostiene en el sentimiento de pertenencia inherente al vínculo.

El vínculo con otro requiere una relación de presencia; sin embargo la presencia, no es condición suficiente para su definición. El sujeto no sólo es preexistente, sino que también se constituye en esa relación.

Dentro de sus proposiciones resaltamos que el vínculo al no ser una conexión entre estructuras fijas preexistentes, introduce una modificación no anticipable, no prevista en la serie de registros previos; por lo tanto, el mismo será significativo si modifica a quien lo recibe y a quien lo produce.

Par abordar la temática de los vínculos familiares, resulta central una

²⁰ BARG, Liliana (2003). " Los Vínculos familiares". Editorial Espacio. Buenos Aires,

actitud dinámica que tenga en cuenta que, determinadas situaciones pueden transformar toda la organización de manera significativa. Los cambios que perseguimos al interior de un grupo familiar no resultan simples ya que existirán elementos de resistencia activa desarrollados tanto, por el grupo en su totalidad como, por sus miembros de manera individual.

Múltiples estudios sobre las familias de pacientes psicóticos exponen que existe una conducta irracional del individuo que se comprendería como racional al analizar su contexto familiar originario.

A partir de esta afirmación, se intentará analizar diferentes posicionamientos teóricos que postulan en sus enunciados de forma común, la existencia de un grupo familiar psicotizante, sin pretender caer, sin embargo, en una postura simplista y funcional a la lógica del sistema capitalista, como ya se ha desarrollado en la fundamentación de esta investigación.

De este modo, entendemos que existe una determinada dinámica familiar que incide como una de las variables en el desencadenamiento de un padecimiento psíquico.

En concordancia a lo que venimos planteando, Piera Castoriadis Aulagnier desde el psicoanálisis deja manifiesto lo antes expuesto, radicándolo sustancialmente al vínculo madre-hijo entablado durante la primera infancia , afirmando que si bien, *"la presencia de estos factores no bastan para crear ipso facto la locura del niño, si instauran las condiciones que la hacen posible"*²¹.

²¹ CASTORIADIS-AULAGNIER, Piera (1991). *"La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado"*. Buenos Aires: Amorrortu editores. Pág. 191.

Su argumentación se basará fundamentalmente en que el niño nace en un medio en el que su deseo (deseo de ser deseado) no encuentra respuesta satisfactoria ya sea, porque ningún niño ha sido deseado o bien, porque el deseo materno se niega a hablar con este niño acerca de su origen. Así pueden evidenciarse claramente algunas de las siguientes situaciones:

-Un fracaso de la represión en el discurso materno, no existiendo acceso al concepto de función materna y a su poder de simbolización. Dicha función se verá reducida a atributos que "los demás" le otorgan al concepto.

Lo que intentarán estas madres es reencontrar el placer que su propio nacimiento le otorgo a sus propias madres; si bien la participación del padre es reconocida lo que se niega es el deseo compartido del nacimiento de un hijo.

-Una apropiación por parte de la madre de la actividad de pensamiento del niño. Esperando que su hijo, al tener acceso al discurso piense de la misma forma que ella, para que así, no se evidencie falta o incoherencia en su propio discurso.

Si este niño por el contrario logra pensar por si mismo, si logra pensar el concepto de función materna descubriendo que su madre desconoce su significación, habrá evitado así, su potencialidad psicótica; en el caso contrario el YO deberá poder crear para sobrevivir el pensamiento delirante primario²².

-Una prohibición por parte de la madre de encontrar en otro lugar lo que su discurso no puede ofrecerle (o prohibición de pensar). Aquí la prohibición afecta

²² "Interpretación que se da el Yo acerca de lo que es causa de los orígenes" Piera Castorias-Aulagnier. Pág. 194.

a toda interrogación acerca de su origen, experiencias vividas y al secreto presente por lo general en sus historias. Respecto a este último puede encontrarse vinculado, según la autora anteriormente citada, a una mentira sobre su padre real, a una enfermedad "vergonzosa" por lo general mental, a un suicidio dentro del grupo familiar, un aborto, entre otras. Sea cual fuere el mismo *"tiene que ver con la razón que ella se da acerca de los problemas encontrados por el niño, o los problemas con que tropezaría si conociese ese secreto"*²³.

En el marco de la Teoría del Vínculo desarrollada por Pichón Riviere, se considera al individuo como una resultante dinámico-mecanicista del interjuego establecido entre el sujeto y los objetos internos y externos, en una predominante relación de interacción dialéctica, la cual se expresa a través de determinadas conductas. Es decir, que no existe psiquismo fuera del vínculo con los otros. *"No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases"*²⁴.

En referencia al vínculo, el autor lo concibe como una estructura dinámica en continuo movimiento, que engloba tanto al sujeto como al objeto en un proceso de retroalimentación, es decir en el curso de este interactuar se va produciendo la internalización de la estructura vincular. Las relaciones intra-subjetivas, o estructuras vinculares internalizadas, articuladas en un mundo interno, van a integrar el grupo interno. El grupo interno es, al comienzo, básica-

²³ *Ob.cit.*, nota 17. Pág. 219 y 220.

²⁴ ZITO LEMA, Vicente (1976). " *Conversaciones con Enrique Pichon Rivière*". Timmerman Editores. Buenos Aires.

mente, la internalización de los vínculos familiares. El modo como se integre este grupo interno pasará a condicionar las características del aprendizaje de la realidad.

La aproximación de Pichón Riviere a la psiquiatría social le hace estudiar al individuo, no como un ser aislado sino como un ser incluido dentro de un grupo, básicamente el familiar, y lleva así a cabo la investigación psicosocial y sociodinámica.

En otras palabras, descubre un nuevo campo de indagación, conceptualización e intervención que trasciende el discurso del paciente, ya que descubre que el código, el sentido de los delirios y síntomas psicóticos de sus pacientes puede hallarlos en la estructura familiar. O sea que, la clave de las significaciones específicas de ese paciente lo posee la familia, esa estructura que trasciende la individualidad y que tiene efectos de constitución sobre la misma.

La investigación psicosocial y sociodinámica sumada al análisis institucional nos permite tener un cuadro completo de estructura mental y de los motivos o causas que presionaron sobre el individuo y provocaron la ruptura de un equilibrio. Es posible analizar las tensiones del paciente con los distintos miembros del grupo, como también el grupo como totalidad en sí, e investigar las funciones del intragrupo, por ejemplo, los liderazgos. *“Estudiamos la influencia del padre o la falta del mismo, el liderazgo de la madre, de un tío, de un hermano, de un amigo, etc. y vemos de que manera, a veces, la ruptura o la*

pérdida de prestigio de un líder familiar acarrea la enfermedad de uno de los miembros que integran dicho grupo”²⁵. De esta manera tenemos una visión completamente distinta de la que tiene la psiquiatría llamada clásica y podemos dar cuenta de un esquema familiar que se mantenía en un determinado equilibrio hasta que en un momento dado se produce la ruptura interna con pérdida de dicho equilibrio, surgiendo tensiones que desencadenan una psicosis particular en uno de los integrantes de dicha familia.

Es decir, que la aparición de una psicosis dentro de un grupo familiar tiene que estar relacionada con el hecho de la pérdida de prestigio del líder, al mismo tiempo que con la totalidad de lo que sucede dentro de dicho grupo. Recordemos que la psicosis es un emergente nuevo y original que aparece y transforma al psicótico, en cierta medida, en líder de su grupo familiar ya que asume las funciones de liderazgo por el hecho de ser el miembro más enfermo.

En síntesis, *“el delirio del paciente psicótico tiene que ser comprendido no solamente como una tentativa de resolver un conflicto propio sino también como tentativa de solucionar los conflictos de su familia. El enfermo es un emergente de un medio familiar, en este caso enloquecedor y por lo tanto para comprender su delirio es necesario entender a la familia de la cual éste surge.”²⁶*

²⁵ PICHON RIVIÈRE, Enrique (1985). “Teoría del vínculo”. Nueva Visión, Bs. As. Escrito por Fernando Taragano

²⁶ Lic. Mercedes Vecslir. Psicoanalista y Dra. Adriana Goldman. Médica de Familia. Área de Salud Mental Fundación MF, para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud Unidad de Medicina Familiar y Preventiva Hospital Italiano de Buenos Aires.

Sin embargo, desde otra perspectiva de análisis y a partir de los años '50 ocurren cambios en las formas de concebir, explicar y tratar las patologías psíquicas, y tienen que ver con el desarrollo de la teoría sistémica general (Bertalanffy, 1969), la teoría de las comunicaciones (Ruesch y Batenson, 1951), y la cibernética (Watzlawick 1967). La observación de familias en el estudio de la esquizofrenia y posteriormente bajo distintos grados de disfunción, generó que se pensara en el contexto familiar de los problemas humanos y en una intervención terapéutica destinada a cambiar aquellos patrones de interacción disfuncionales. Tomo fuerza la idea de la existencia de patrones transaccionales continuos y repetidos; así como también, se comprobó que independientemente del tipo o la profundidad de la intervención terapéutica individual, los síntomas reaparecían regularmente cuando el sujeto con padecimientos psíquicos retornaba a su anterior vida familiar.

Lo que caracteriza a la perspectiva sistémica es la atención a las interacciones entre individuos, subsistemas o sistemas completos; a los procesos circulares frente a los lineales y por ende, a los patrones que los conectan a lo largo del tiempo. Se centra más en la valoración directa y el cambio de relaciones entre individuos, que en los problemas "propios" o "internos" del individuo portador de los síntomas. Así no interesa un individuo "enfermo" sino las maneras de organización del sistema en el que un individuo demanda atención. Esta teoría hace un llamado a la necesidad de un enfoque globalizador e interdisciplinario de los fenómenos.

A continuación se citarán los principios de la teoría familiar sistémica:

Principios sistémicos básicos	
Contexto	Los problemas psiquiátricos individuales deben entenderse en un contexto social.
Interacción	Las conexiones entre los factores biopsicosociales y los patrones transactivos familiares son esenciales para entender los problemas psiquiátricos
Ajuste	Las dicotómicas función frente a disfunción, y normalidad frente a patología deben considerarse en relación con el ajuste entre el individuo o su familia y el contexto o demandas psicosociales de una situación.
Causalidad	La causalidad de los problemas psiquiátricos debe contemplarse en forma de procesos circulares o recurrentes y de reforzamiento mutuo, y no de una forma lineal.
No adición	La unidad familiar es mayor que la suma de sus partes y debe evaluarse como una unidad funcional.

Fuente: Walsh Froma y Rolland John. Terapia Familiar: Evaluación y Tratamiento desde una perspectiva sistémica.

Desde el enfoque sistémico, la familia es concebida como un sistema abierto en donde cada uno de los elementos que lo constituye determina el estado de los otros desde lo organizacional. Es decir, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente, contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas en la que los individuos se relacionan entre sí de forma tal que el cambio en un miembro afecta a otros individuos y al grupo en su conjunto, y esto, afecta al primer individuo en una cadena circular de influencias.

Con respecto a la estructura, la familia está compuesta por subsistemas (pareja adulta, padres, hermanos) que interactúan con otros sistemas tales como el trabajo, la salud y la educación. La interacción no se restringe al ámbito familiar, también ocurre entre la familia y otros sistemas. Este enfoque hará más hincapié en la interacción entre sistemas y subsistemas, que en los procesos intrapsíquicos. Es importante resaltar que desde esta perspectiva se concibe a la interacción en sentido biopsicosocial, es decir que existen influencias entre los factores biológicos, psicológicos y sociales, así como también influencias multigeneracionales y del ciclo vital; las cuales afectan al contexto actual.

Siguiendo esta línea se caracterizará al sistema familiar por sus propiedades de totalidad o no sumabilidad, por el principio de equifinalidad, por patrones de circularidad y por procesos homeostáticos (la estabilidad) y morfogenéticos (flexibilidad). Por ende, resulta inevitable caer en la premisa de que no hay ningún estilo familiar normal o anormal, ya que toda valoración

deberá enfatizar lo adecuado de la organización familiar con sus requisitos funcionales en el contexto social y de desarrollo.

Cuando un elemento se desestabiliza todo el sistema ha de ser tratado y reajustado para lograr su refuncionamiento. Lo que se intentará es desentrañar cual es el elemento que produce que el sistema enferme, mediante por ejemplo, la búsqueda de otros "miembros sintomáticos" en generaciones precedentes, ya que se sostiene que la transmisión de pautas disfuncionales se verifica a través de la comunicación de comportamientos que se han aceptado como "normales" en algunos miembros significativos del sistema familiar. Recordemos que la familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida que cumpla con sus funciones básicas.

2.2. Marco Institucional:

A continuación, se describirán las características de los servicios sociales, pertenecientes a las instituciones que nos han permitido recoger los casos abordados en este trabajo:

Hospital Interzonal General de Agudos Doctor "Oscar Alende":

En el área de Salud Mental se atiende a personas que presentan patologías psiquiátricas en estado agudo, mayores de 15 años de edad,

aunque resultan frecuentes las internaciones por adicción y/o patologías duales, es decir pacientes que presentan trastornos psiquiátricos y adicciones de cualquier índole, a pesar de carecer con dispositivos y/o medios que den respuestas específicas a estas problemáticas.

Dentro del servicio se encuentra funcionando un hospital de día, destinado a la rehabilitación psicosocial de pacientes externados que han superado el estadio agudo de la patología.

Por su parte, son siete los consultorios en los que trabajan profesionales de las diferentes áreas (psicólogos, psiquiatras y una trabajadora social) para la atención de pacientes con tratamiento ambulatorio, evaluación y entrevistas a familiares.

Se accede al mismo por derivación de otros servicios y/o profesionales, por demanda espontánea o bien para el seguimiento posterior a la externación.

En el año 1999 desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires comienzan a llegar nuevos lineamientos tendientes a una reestructuración en los servicios de Salud Mental de los Hospitales Interzonales Generales y Monovalentes. Dicha reestructuración implicaba reformas edilicias en el servicio de Salud Mental y requería también un trabajo interdisciplinario, por lo cual la dirección del Hospital designa a una trabajadora social para el servicio.

En Octubre del 2006 ingresa al área la Lic. Laura Larson en carácter de

becaria (sin nombramiento en planta) situación que continúa hasta la actualidad.

La misma desempeña funciones en:

- ✓Internaciones: en todos los casos sistemáticamente, intentando fundamentalmente con su intervención lograr: conformar o reforzar red de sostén social para el paciente; externación exitosa; diseño de estrategias para el sostenimiento del tratamiento.
- ✓Consultorio externo: por derivación o por demanda espontánea
- ✓Hospital de día: bajo las mismas condiciones.

Además, se encuentra afectada dos veces por semana a la guardia general del servicio social.

La gran demanda de trabajo, la complejidad de los casos abordados, los tiempos de las instituciones con las cuales se trabaja (juzgados, tribunales, asesorías, defensorías) y la falta de su nombramiento a planta (lo cual provoca un jornal de horas reducido) hacen que, al igual que el resto del área, el servicio se encuentre colapsado resultando muy complejo el seguimiento de los casos en los cuales se ha intervenido.

Los objetivos y funciones del servicio social en el área, son coincidentes con los del servicio social general, entre los que destacamos:

- ✓Trabajar para el mejoramiento de la población asistida, a partir de un concepto integral de la salud, el cual considera a la persona como un sujeto social y protagonista de su proceso vital.

- ✓ Estimular la participación de todos los miembros de un proyecto interno de servicio, en el cual se identifiquen en sus objetivos y sea desarrollado a partir de un sentimiento de pertenencia al mismo.
- ✓ Considerar la motivación como un objetivo primario, teniendo en cuenta que es el elemento que motoriza al compromiso que da contenido y sentido a la tarea.
- ✓ Formar parte del equipo de salud, con intervenciones teórico metodológicas que retroalimentan la práctica cotidiana.
- ✓ Formar parte del equipo de salud, con intervenciones superadoras sustentadas teórico y metodológicamente.
- ✓ Establecer una adecuada interrelación con la red de recursos institucionales de la ciudad.

-Funciones del Servicio Social:

- ✓ Mediatizar los intereses de la institución, de los pacientes y de su grupo familiar.
- ✓ Participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas implementados en la institución.
- ✓ Coordinar las acciones intra e interinstitucionales.
- ✓ Gestionar y aplicar los recursos existentes.
- ✓ Formar parte de la red institucional de la comunidad.

Con respecto a la orientación metodológica, el enfoque del Servicio Social dentro del H.I.G.A está basado en el construccionismo. El mismo rescata lo social como entramado de relaciones humanas.

Toman el construccionismo como paradigma que permite, desde un enfoque transdisciplinario, que se articulen otros paradigmas y diversas disciplinas, que operan en el plano de las representaciones, valoraciones e interpretaciones que los sujetos le asignan a la realidad, lo que se expresa a través del lenguaje en acciones comunicativas intersubjetivas. Aquí lo que interesa más que las causas, son los motivos que impulsan la acción social.

En el marco de este paradigma, se propone el paso a la comprensión, debido a que el profesional no puede acceder a una realidad simbólicamente estructurada solo a través de la observación. El conocimiento se va construyendo desde lo relacional a través de interpretaciones sucesivas cada vez más abarcativas.

Al indagar sobre el proceso metodológico podemos dar cuenta que la metodología del Trabajo Social, constituye un proceso que se pone en marcha en cada situación particular, en el trabajo individual, grupal/comunitario. Implicando investigación, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación.

Cada momento se interrelaciona con los demás, en un proceso de retroalimentación permanente, con una circularidad dialéctica que enriquece cada momento del proceso desarrollado.

El Trabajador Social investiga e interviene dentro de los "sistemas complejos", siendo estos realidades o fenómenos en donde entran en interacción elementos o factores que constituyen una totalidad organizada: es decir, la familia, la salud, el adulto, etc.; por lo tanto resulta indispensable lograr espacios consensuados de conocimiento entre disciplinas: interdisciplina.

Desde el H.I.G.A se utiliza como metodología de intervención la propuesta por Cristina de Robertis²⁷. A continuación, se describen las fases metodológicas de intervención en orden lógico:

-Localización del problema social o de la solicitud: es el punto de partida, es el encuentro con el asistido. Puede ser una solicitud directa, del servicio, del empleador, de otra institución, de una orden legal o puede ser advertida por el trabajador social.

-Análisis de situación: consiste en recoger información a acerca del asistido, la situación, el contexto, las instituciones, los organismos sociales. El análisis se realiza a partir de dos ejes análisis del sector global y la solicitud o problema en cuestión.

-Evaluación preliminar y operativa: consiste en hacer una síntesis de la situación del asistido a partir de los elementos recogidos, una interpretación de los datos, hacer hipótesis, tanto en el plano particular como en el general y comprenderlos en su dinámica.

²⁷ Argentina. Estudió la carrera de asistencia social en Montevideo y realizó diversos postgrados en EE.UU. y Francia, lugar donde reside. Trabaja en el medio psiquiátrico y en la protección de la infancia con jueces de menores. Directora del Instituto de Formación en Trabajo Social de Toulon.

-Elaboración de un proyecto: consiste en determinar el nivel de intervención y la elección de los tipos de intervención o las estrategias.

-Puesta en práctica del proyecto en común: se realiza a través de intervenciones directas e indirectas, es decir con la presencia o no del asistido.

-Evaluación de los resultados: es medir el camino recorrido, evaluar el cambio entre el principio y el final de la intervención. Puede ser parcial para ajustar y hacer balance, o final de la intervención.

-Finalización de la acción: la intervención tiene que estar limitada en el tiempo; por eso mismo el fin está pautado debe el primer contacto con el asistido, o el organismo prevé su duración.

Modalidad operativa:

La forma de acceso a los casos sociales se establece por un lado directamente en el primer contacto con el paciente o a partir de las interconsultas realizadas por otras disciplinas.

Las técnicas y procedimientos que utilizan son:

-Entrevista: individual, familiar y grupal. Institucional y domiciliaria.

-Interconsultas inter y extra hospitalaria

-Reunión en equipos interdisciplinarios

-Registro de la intervención: fichas sociales, informes socio –ambientales, reseñas sociales, ficha de evolución.

-Talleres con grupos de paciente, padres, profesionales, etc.

- Ateneos: sobre temáticas que competen al Servicio Social, tales como violencia y maltrato institucional, salud pública dentro del sistema capitalista, entre otras.
- Trabajo en red institucional: interconsultas, tratamiento conjunto, derivaciones, coordinación con otros niveles de atención
- Participación del servicio en cursos, jornadas, congresos, etc.
- Observación documental: historias clínicas, encuestas sociales, estadísticas.

Centro de Promoción social:

El Centro de Promoción Social- HIGA es un centro de día, dispositivo que se enmarca en el nivel de prevención terciaria, el cual se caracteriza por ser el conjunto de medidas orientadas a reducir la frecuencia e intensidad de las secuelas y la incapacidad. Se centra en la rehabilitación social o resocialización de la persona. *“La rehabilitación es un proceso que comienza en el primer contacto del enfermo con la terapia, se desarrolla a lo largo de todo el tratamiento y concluye con el logro de la independencia del enfermo respecto del equipo tratante y la realización equilibrada de su vida.”*²⁸

La distinción que marca la tarea del Centro de Promoción Social (C.P.S) es el corrimiento efectuado de tratar patologías a tratar personas. Los beneficiarios dejan de ocupar el lugar de enfermos para ocuparse de sus proyectos de vida, siendo la asistencia al C.P.S, el primer “para qué” que

²⁸ BECERRA, Rosa María y Kennel Beatriz Liliana (2008). “Elementos básicos para el Trabajo Social en Salud Mental”. 1era edición. Espacio Editorial. Buenos Aires. Pag142.

comienza a dar sentido a su cotidianidad. El acento radica en las potencialidades a desarrollar, las cuales pueden adquirir caminos insospechados de acuerdo a las características particulares de cada uno.

El lineamiento de los objetivos proviene de la adhesión a un sistema conceptual de la Salud Mental y cuidado de la misma que intenta sistematizar y promover experiencias integrales de reestructuración de la atención psiquiátrica. El cuidado de la Salud Mental implica la participación de todos los actores implicados en el proceso, usuarios, prestadores e instituciones. La atención integral debe orientarse al establecimiento de redes de servicios que sustituyan al modelo asilar.

En relación al área específica de Trabajo Social, en lo que respecta al Centro de Día, se desarrollan los siguientes objetivos:

Objetivos generales:

- Propiciar la integración con sus pares
- Fomentar la reintegración con su grupo familiar o red vincular
- Estimular el trabajo en redes sociales
- Propiciar las tareas interinstitucionales a fin de viabilizar el acceso a los recursos comunitarios.

Objetivos específicos:

- Recuperar pautas de resocialización.
- Impulsar la gestión de trámites legales correspondientes con sus derechos por discapacidad.

- **Facilitar las relaciones interinstitucionales en relación a cada caso en particular.**
- **Favorecer y acompañar en la re vinculación de la personas con aquellos miembros de la familia y/o actores significativos.**
- **Realizar la gestión necesaria para la adquisición de la medicación y de los beneficios sociales.**

En relación a la orientación metodológica, el enfoque no sólo del Servicio Social, sino de toda la institución esta basado en lo que se conoce como enfoque sistémico.

La intervención sistémica se diferencia de la mayoría de las demás expresiones terapéuticas, en que estas se interesan en el psiquismo humano. La intervención sistémica en cambio plantea el paso del individuo al sistema, de lo intrapsíquico a lo interpersonal. Así no interesa un individuo "enfermo" sino las maneras de organización del sistema en el que un individuo demanda atención.

Desde esta perspectiva, cualquier intervención terapéutica implicará trabajar con la familia del sujeto con padecimientos psíquicos a fin de lograr acciones integradas.

El enfoque sistémico, centrado en las pautas de interacción de sistemas familiares, busca cambiar los patrones de comportamiento que facilitan la descompensación del sujeto o bien su imposibilidad para rehabilitarse.

Con respecto al proceso metodológico, se puede dar cuenta de la

existencia de un proceso que enmarca las diferentes intervenciones realizadas desde el servicio social particularmente y desde la institución. Se describirá siguiendo como línea el proceso metodológico tal como lo desarrolla la autora Cristina de Robertis. Sin embargo, respecto a este punto, al interior del equipo de Servicio Social, no se hace mención a una metodología precisa.

En el Centro de Promoción Social, el servicio social interviene en la entrevista de admisión, primera instancia para conocer al sujeto que esta pronto a ingresar a la institución. Instancia que se entiende como el punto de partida, es el encuentro con el asistido, lo cual es denominado por De Robertis como la localización del problema social o solicitud. Sin embargo en esta primera entrevista en profundidad se indaga sobre la historia de vida, es decir, se busca que el entrevistado hable sobre si mismo, sobre su familia y sobre sus experiencias. Se considera a todos los relatos como potencialmente fructíferos para comprender las experiencias, sean estas individuales, grupales o sociales. En otras palabras estaríamos ante la fase denominada Análisis de situación, la cual se caracteriza por la tarea de recoger información a acerca de la persona con padecimientos psiquicos, la situación, el contexto, las instituciones que han intervenido, los organismos sociales. El análisis se realiza a partir de dos ejes: el análisis del sector global y la solicitud o problema en cuestión. Luego, a partir de los elementos recogidos, se interpretan los datos, se formulan hipótesis y se elaboran objetivos (evaluación preliminar y operativa) y se determina el nivel de intervención, la estrategia, hacia donde estará dirigida la primera intervención,

con que fin, (Elaboración de un proyecto), teniendo presente si la intervención se realiza a través de intervenciones directas e indirectas, es decir con la presencia o no del asistido.

La evaluación de los resultados (objetivos alcanzados), consiste en medir el camino recorrido y en el C.P.S se realiza cada tres meses aproximadamente, dejando asentado dicho momento en las planillas de evaluación de cada área. En la organización del C.P.S la intervención finaliza cuando el sujeto haya pasado de etapa. En ese momento se realiza un cierre con el equipo y la familia comentando los logros adquiridos.

A continuación se nombraran las técnicas y procedimientos que utiliza el Trabajo Social en la institución:

- Entrevista: individual, familiar y grupal. Institucional y domiciliaria.
- Reunión de equipo interdisciplinaria
- Registro de la intervención: fichas sociales, informes socio –ambientales, reseñas sociales, evolución en la historia clínica.
- Talleres con grupos de pacientes, padres, profesionales, etc.
- Trabajo en red institucional: interconsultas, tratamiento conjunto, derivaciones, coordinación con otros niveles de atención
- Organización, conjuntamente con el equipo interdisciplinario, de charlas, jornadas así como asistencia y participación a cursos, congresos, etc.
- Observación documental: historias clínicas, encuestas sociales.

PARTE III

Desarrollo metodológico

3.1. Metodología Cualitativa:

Entendiendo por metodología en ciencias sociales, a la manera de realizar investigación; es decir, al camino y al instrumental propio para el abordaje de la realidad, la cual no puede, ni debe, reducirse a un conjunto de técnicas sino que, incluye *“las concepciones teóricas de abordaje, el conjunto de técnicas que posibilitan la aprehensión de la realidad y también el potencial creativo del investigador”*²⁹; la presente investigación perseguirá los lineamientos propios de la metodología cualitativa por considerarse a la misma como la más apropiada para que la temática abordada adquiera cuerpo y sentido, siguiendo un diseño de tipo exploratorio-descriptivo.

La misma se caracteriza fundamentalmente por: ser inductiva ya que, sus estudios comienzan por interrogantes formulados vagamente y con diseños de investigación claramente flexibles; naturalista, intentando reducir el impacto del investigador al mínimo o por lo menos entendiendo los efectos que ellos mismos producen sobre las personas; holística, ya que los grupos y escenarios no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.

La metodología cualitativa valora las perspectivas de los investigados sobre sus mundos intentando captar a las mismas, reconociendo ante todo la existencia de múltiples realidades; visualiza la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y el investigado; y es principalmente descriptiva dependiendo de las palabras y los comportamientos de las personas como

²⁹ De Souza Minayo, Cecilia (2004): *“El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud”*. Buenos Aires. Ed. Lugar. pág. 20

fuelle de datos primarios; es más multiforme y temporal que jerárquica; le otorga un gran valor a la validez de la investigación aunque ésta no es entendida como un concepto absoluto sino que siempre está determinada por un contexto situacional. La misma tiene que ver con la verdad, con el valor del trabajo científico, residiendo su confianza en la apreciación del binomio usuario-investigador y no en un número. Finalmente podemos decir que ésta apunta a la transdisciplina antes que la mono o multidisciplina, resultando más heterogénea que homogénea.

Con respecto al tipo de estudio exploratorio-descriptivo, adherimos a lo desarrollado por Carlos Sabino³⁰, quien explicita que lo que se propone es alcanzar una visión general, aproximativa, del tema de estudio, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto la estructura o comportamiento de grupos homogéneos de fenómenos. Permitiendo así, contrastar conocimientos teóricos y metodológicos previamente definidos con la realidad.

3.2. Instrumentos utilizados

3.2.1. Historia de vida

Se ha seleccionado para el presente trabajo como instrumento de investigación la historia de vida, ya que consideramos que la misma forma parte de otra manera de hacer investigación.

³⁰ Sabino, Carlos A. (1998): "Como Hacer una Tesis y Elaborar Todo Tipo de Escritos". Segunda Edición. Buenos Aires. Ed. Lumen-Hvmanitas. Pág. 93-94

Coincidimos en que no puede refutar ni probar nada en forma general pero si, sin dudas, puede iluminar nuevas líneas de investigación.

El punto central del cual partimos para su aplicación es que el entrevistado este dispuesto a hablar sobre si mismo, sobre su familia y sobre sus experiencias, intentando que la historia de vida logre cuerpo y sentido en las sucesivas entrevistas a partir de la interacción entre quien relata y quien guía ese relato.

Consideramos a todos los relatos como potencialmente fructíferos para comprender las experiencias, sean estas individuales, grupales o sociales, sin embargo hemos seleccionado a cinco personas (dos de ellos pacientes que se encontraban internados en el H.I.GA y tres pacientes externados, miembros del Centro de promoción Social de Mar del Plata) ya que creemos que brindaran importantes aportes, por lo representativo de sus casos, para la temática abordada. Apostando así a un diseño polifónico construido a partir de voces plurales. Cabe resaltar que las instituciones antes citadas han sido seleccionadas de forma intencional, para así dejar en evidencia que el tipo de dispositivo no resulta relevante a los fines de nuestra investigación.

Partiendo del compromiso ético con quienes realizamos esta investigación, resaltamos que los interlocutores jamás han sido abordados como simples objetos de investigación, sino como sujetos activos en relación de igualdad con el investigador, basada en la transparencia donde no se ha ocultado el objetivo de la investigación, las premisas fundamentales sobre las

que se basaría y el destino de la misma.

Priorizamos a lo largo de este proceso, la reflexión y la comprensión de los relatos, las experiencias y vivencias de los sujetos con los cuales interactuamos, así como también la de sus familias, antes que el probar o refutar nuestras propias hipótesis, ya que el escuchar y el trabajar sobre sus historias no solo ha ampliado nuestros conocimientos sino que, han afectado nuestra forma de ver la temática a desarrollar.

Creemos en el enorme potencial que han tenido las sucesivas entrevistas con estas personas por ser miembros de grupos que históricamente han sido privados de la palabra pública, grupos que han sido dejados de lado o ignorados por las miradas dominantes.

Entendemos por historia de vida a la metodología de investigación cualitativa que intenta reunir información sobre la esencia subjetiva de la vida de un sujeto. Se constituye en una narración que no debe ser, ineludiblemente, de toda la experiencia de vida sino que, tomará los aspectos más importantes de la misma; a estos podremos llamarlos "hechos bisagra" o "epifanías o turnig points" como ha denominado Denzin.

Coincidimos con Miller cuando destaca la importancia de la familia en la vida de las personas, dejando a un lado la visión de individuos atomizados. Bertaux destaca a tal punto el rol de la familia en los métodos biográficos que, plantea incluso la existencia de un subcampo: el de la historia de las familias.

Más allá de esto, es importante destacar que la historia de vida se

construye en la relación entre pasado, presente y futuro en lugar de estar enteramente centrada en el presente, como lo hacen otros abordajes.

Por otra parte resaltamos que la misma se trata de una biografía interpretativa en donde el investigador comprende desde sus propios supuestos teóricos el relato de vida de otro, utilizando como elemento central la reflexividad entendida Según Fortunato Mallimaci y Verónica Giménez Béliveau como la permanente atención a la dinámica de la investigación, no es una opción que puede tomarse o ser dejada de lado, es parte constitutiva de la investigación misma; intentando que el relato siempre sea lo más cercano a las palabras del entrevistador.

La historia de vida se constituye como una metodología que requiere de una cuidadosa planificación. Los pasos que se han seguido para la construcción de la misma, y que serán expuestos a continuación, están divididos en etapas con fines únicamente explicativos, pero implican inequívocamente una retroalimentación continua que se ha dado en las sucesivas entrevistas llevadas adelante. Los mismos consisten en:

• Diseño y construcción del muestreo → El mismo consiste en definir el "sobre quien". Al no pretender por medio de la misma una representatividad estadística, los criterios de selección de la muestra serán básicamente teóricos (muestreo selectivo). Es así que las personas seleccionadas se constituyen en los sujetos que más contribuyen a responder la pregunta que guía la investigación. Se ha llevado adelante un estudio polifónico, es decir,

multivocal, de más de una historia, que nos ha permitido cruzar referencias y relatos de diferentes personas, pretendiendo con esto un rango amplio de experiencias individuales.

- **Negociación con los actores involucrados** → resulta imprescindible acordar con los referentes institucionales y con los sujetos seleccionados para ser entrevistados, la temática abordada, los objetivos, el cómo, los lineamientos centrales así como el fin de la investigación, para lograr de este modo su aceptación y consentimiento a formar parte de la misma.
- **Diseño y construcción del eje temático** → el mismo se constituye en un precentramiento de la entrevista que consiste en un conjunto de categorías sensibilizadoras que sirven para pensar al entrevistado y para hacer las preguntas más fructíferas al momento de realizarse las entrevistas. Para el mismo, resulta fundamental conocer el contexto en el que se desenvuelve el sujeto, así como los lugares en los que desarrolla su vida cotidiana, y demás espacios y momentos significativos para lo cual resulta esencial recurrir a otras fuentes de datos tales como: lectura de archivos, historias clínicas, contacto con personas significativas, etc. Lo antedicho nos ayudará a crear cercanía. En relación a la retroalimentación que hemos planteado en párrafos anteriores, resaltamos que dicho eje temático sufrirá modificaciones al sumarse lo que el Otro, sujeto de investigación, considera como relevante en su relato.

- Diseño y construcción del instrumento de investigación → Consiste en un punteo de temas que se pretenden desarrollar, a los que Holstein y Gubrium consideran como "agenda conversacional". Al momento de realizar el mismo hay que tener presente dos aspectos centrales: lo político y lo diacrónico. Con respecto a este último la historia de vida se considera como "línea de vida" con más continuidades que rupturas, a pesar de escapar a los tiempos cronológicos por esta subjetiva. Respecto a lo político, es de importancia reconocer al individuo como un todo, que se construye en relación con otras personas en las diferentes etapas de su vida.
- Realización de la/s entrevista/s → Se considera como instrumento privilegiado a la entrevista abierta, la cual se caracteriza por llevar adelante una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. La función del investigador está en sondear los detalles de las experiencias de las personas y los significados que estas le atribuyen. El relato de vida se construye a partir de sucesivas entrevistas. Para ello es importante tener en cuenta que los datos que recogemos son interpretaciones del entrevistado en el presente sobre hechos de los cuales ha formado parte en un pasado, los cuales se someterán a una re-interpretación por parte del entrevistador o los entrevistadores.

Resulta fundamental que el entrevistado se sienta cómodo como para hablar de sí mismo, para esto el entrevistador deberá tener cualidades tales como la capacidad de escucha y comprensión. Ruth Sautu plantea que luego

de realizar la pregunta inicial el entrevistador debe dejar hablar al sujeto sin producir interrupciones para luego así poder repreguntar, con el fin de obtener precisiones sobre determinados temas.

El rol del entrevistador consistirá entonces en abrir temas, sugerir interpretaciones, incentivar reflexiones, proponer perspectivas nuevas.

3.2.2. Elenco, mapa egocentrado y mapa de relación:

Se ha utilizado en forma complementaria y con el fin de enriquecer la información recogida, tres instrumentos que han servido para vislumbrar la situación vincular de los entrevistados.

Los mismos resultan ser:

➤ **Elenco:** este instrumento consiste en la construcción de un listado de las personas con las que el sujeto se relaciona regularmente. Resulta éste un primer paso para la aplicación posterior de herramientas como el mapa egocentrado o el mapa de relación (o de burbujas). Dicho listado puede ser construido por la misma persona a partir de la entrega de una planilla especialmente diseñada, aunque se ha optado en esta oportunidad, por la elaboración del mismo en forma conjunta a partir del relato del sujeto, es decir a partir de las personas que el entrevistado ha ido nombrando en sus relatos a lo largo de las entrevistas mantenidas.

➤ **Mapa Egocentrado:** él nos permite detectar a un número de individuos que bajo ninguna otra forma serían identificados en una entrevista convencional, pudiendo visualizarse rápidamente a las personas que integran los diferentes sector de su red (*conjunto de personas que se conocen entre si, unidas por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, ocio, estudio.*³¹) Los sujetos se disponen en función de su cercanía en cuanto a lo afectivo, teniendo como centro al sujeto entrevistado. Cada sector podrá ser completado o quedar vacío según corresponda. Su utilidad radica justamente en la posibilidad de mostrar en forma clara y simple la situación vincular actual; y a su vez, en la posibilidad de poder contraponerlo con mapa futuros, realizándose así un seguimiento en el tiempo.

➤ **Mapa de relación:** Se diseña a partir del elenco y queda sistematizado en cuatro divisiones: familia, amigos, compañeros o referentes institucionales, y otros. Posteriormente se inscriben tres áreas que atraviesan estas divisiones: un círculo inferior de relaciones íntimas, uno intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso, y un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales.

Dicha herramienta da cuenta de todos los individuos, con los cuales una persona interactúa. Por ende, nos permitirá analizar aspectos tales como, el tamaño de la red, la densidad, la composición y las funciones, entre otros;

³¹ TAUCAR, N y MALLO, L. (s/f) "Bases conceptuales" Primera parte, En *Redes Sociales Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social*. Ed. Hvmánitas.

colaborando en la construcción de una representación global de la situación. Su valor operativo derivara entonces, de la posibilidad de comprensión, de la complejidad de los fenómenos sociales, evitando caer en la simplificación de los mismos.

3.3. Diseño del instrumento de investigación: Matriz de datos

Con respecto a la construcción del instrumento de investigación podemos hacer una distinción en cuanto a su elaboración en tres momentos fundamentales:

- 1 En una primera instancia, el mismo consistió en un cuestionario con preguntas y disparadores bien direccionados. El lugar para la repregunta quedaba de este modo bastante acotado. Estaba orientado únicamente a la persona con padecimientos psíquicos, dejando los espacios de preguntas al cuidador principal poco diferenciados.

Por otra parte algunas de sus dimensiones presentaban contradicciones conceptuales en relación a lo analizado y expuesto en el marco teórico; cuando por ejemplo se hacía mención al grupo familiar como únicamente el conviviente.

Las preguntas al ser tan estructuradas exigían un nivel de respuesta sintética; pero al mismo tiempo resultaba una dificultad para las personas entrevistadas teniendo en cuenta, por un lado, la temática abordada y por otra parte, el nivel de análisis y visualización que

implicaban las mismas (Ej.: composición familiar y relación entre los mismos, previo y posterior al brote).

- 2 En un segundo momento se revé el instrumento diseñado teniendo en cuenta las críticas antes señaladas. Es así que se comienza a trabajar en la idea de incluir herramientas de análisis complementarias que contribuyan a los objetivos de la investigación. De esta forma, en concordancia con esta línea, es que optamos por la historia de vida como el instrumento que nos permitiera reunir información sobre la esencia subjetiva de la vida de un sujeto, apostando así, a un diseño polifónico que sea construido por la pluralidad de voces.

En un tercer momento se analiza la inclusión del elenco, mapa egocentrado y el mapa de relación, como dispositivos de complementariedad, en este caso, de la historia de vida. A su vez se marcan tópicos a tratar dentro de la historia, los cuales si bien serán detallados luego, los enunciaremos para una mejor comprensión: alusiones acerca de ellos mismos, su infancia y su patología; relatos sobre sus familias; relatos sobre amigos y otros significativos

- 3 La cualidad que diferencia a esta nueva matriz resulta ser la distinción entre un espacio de trabajo con el sujeto y otro, con similares características, orientado hacia el cuidador principal.

Una vez diseñado el instrumento para la recolección de datos, se realiza

una prueba piloto con personas que, más allá de no presentar sintomatología psicótica, nos permitieron ver la factibilidad del instrumento.

DATOS DEL PACIENTE.

Nombre y Apellido:.....
Sexo: M..... F..... **Edad:**.....
Estado civil:..... **Nivel de Instrucción:**.....
Diagnostico medico:.....
Cuidador Principal:.....

HISTORIA DE VIDA:

- Alusiones sobre ellos mismos
- Relatos sobre su familia
- Relatos sobre amigos y otros significativos

ELENCO:

FAMILIA.	AMIGOS.	COMPAÑEROS Y/O REFERENTES INSTITUCIONALE S.	OTROS.

GRUPO FAMILIAR, SISTEMA VINCULAR:

Grupo Familiar Conviviente:

.....
.....
.....
.....
.....

Mapa Egocentrado:

Análisis de Relaciones:

Referencias:	
DEBILES	
CONFLICTIVOS	
DISCONTINUOS	
AMBIVALENTES	
FORTALECEDORES	
INTENSOS	
NORMALES	

- 1 Signos y síntomas previos a la irrupción de la enfermedad.....
.....
.....
- 2 Posibles desencadenantes.....
.....
.....
- 3 Conciencia de enfermedad.....
.....
.....
- 4 Observaciones.....
.....
.....
.....

DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL:

Nombre y apellido:.....
Sexo: M..... F..... **Edad:**.....
Estado civil:..... **Nivel de Instrucción:**.....
Vínculo con la persona:.....
Ocupación:.....

HISTORIA DE VIDA:

- Alusiones sobre ellos mismos
- Alusiones sobre relaciones significativas en la vida de la persona

MAPA EGOCENTRADO DE SU FAMILIAR:

- 5 Signos y síntomas previos a la irrupción de la enfermedad.....
.....
.....
- 6 Posibles desencadenantes.....
.....
.....
- 7 Conciencia de enfermedad.....
.....
.....
- 8 Observaciones.....

3.4. Unidad de análisis

Siguiendo los criterios de muestreo selectivo, que lejos de responder a criterios estadísticos hacen alusión a fundamentos teóricos, se abordaron cinco casos que permitieron dar cuenta de la temática a investigar.

Las personas que fueron parte de esta investigación se caracterizaron por estar o haber estado internadas en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende" o bien concurriendo al centro de día del Centro de Promoción Social (ambas instituciones de la ciudad de Mar del Plata). Dichas instituciones han sido seleccionadas de forma intencional, para así dejar en evidencia que el tipo de dispositivo no resulta relevante a los fines de nuestra investigación.

Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes:

- Contar con el consentimiento informado de las personas entrevistadas
- Con la predisposición por parte de su familiar y/o cuidador principal
- Que hayan sido diagnosticados hace cinco o mas años
- Que cuenten con alguna internación psiquiátrica previa
- Que se encuentran actualmente en tratamiento
- Que cuenten con un grupo familiar con el cual cohabitan o de referencia.

Agregamos, que ha operado como condicionante, la autorización por parte de la institución para el acceso a las entrevistas.

3.5. Dimensiones de análisis

Se abordó una línea de análisis, compuesta por diversas cuestiones, lo que nos permitió visualizar los aspectos más relevantes, a nuestro entender, y en concordancia con los objetivos de la presente investigación. Entonces, se tuvo en cuenta las siguientes dimensiones:

A) Alusiones acerca de ellos mismos, su infancia y su patología

B) Relatos sobre sus familias

C) Relatos sobre amigos y otros significativos

En esta instancia se han tomado los aspectos más relevantes dentro de los tópicos profundizados en las respectivas historias de vida, siendo complementados con los instrumentos de análisis de vínculos antes descriptos (elenco, mapa ego centrado y mapa de relación).

Este proceso nos acercó a una comprensión global y más acabada sobre la cuestión vincular.

Además, no pudimos dejar de tener en cuenta, en dicho análisis, las contradicciones presentes en los discursos entre el cuidador principal y la

persona. Es por ello, que se identificaron determinados puntos de contradicción, conflicto o interpretaciones diferenciadas, palpables en los relatos de los entrevistados.

Dicha dimensión, busca hacer explícitas las diversas miradas con respecto a aspectos comunes por parte de los actores.

3.6. Tarea desarrollada

En un primer momento se procedió a reunir toda la información existente vinculada a la temática abordada; para lo cual fue necesario acercarnos a las diferentes bibliotecas de la ciudad, visitar portales virtuales y solicitar material a profesionales que se desempeñaban en el área. Período comprendido entre: Marzo 2008 / Julio 2008.

Una vez profundizados nuestros conocimientos acerca del tema, y ya insertas³² en dos de las instituciones que abordan la problemática en esta ciudad, es que se acordó con las mismas, la realización de las entrevistas que nos permitieron llevar adelante ésta investigación. Período comprendido entre Octubre 2008/ Diciembre 2008.

En el caso del HIGA, se realizó una lectura de historias clínicas que permitió una pre- selección de la muestra. Posteriormente, la trabajadora social y la jefa del servicio evaluaron junto a nosotras, los casos más convenientes para ser abordados, teniendo en cuenta los criterios ya

³² En el marco de las practicas pre-profesionales de la cátedra de Supervisión en Servicio Social (Mayo -Diciembre 2008)

descriptos anteriormente.

El proceso de selección de la muestra, en el CPS, consistió en un mecanismo similar al llevado a cabo en el HIGA. Sin embargo, resulta oportuno aclarar que a raíz de la dinámica de trabajo en dicha institución, más allá de la lectura de historias clínicas, se priorizó como herramienta para la selección, el conocimiento de cada historia, generado a partir del contacto cotidiano con la persona.

Una vez seleccionados los casos, se procedió a consultarles tanto a ellos como a su familiar, la posibilidad de ser parte de este trabajo; dejando en claro desde un primer momento: la temática de investigación, la confidencialidad de los datos obtenidos y sobre todo, se resaltó que su decisión a participar debía ser tomada de manera absolutamente voluntaria.

En cuanto al lugar, hora y fecha de los encuentros, éstos se acordaron previamente con los pacientes y sus familiares, notificando posteriormente a las autoridades respectivas de cada institución.

En el caso del CPS se utilizó como espacio físico para la realización de las diferentes entrevistas, tanto el consultorio de la médica psiquiatra (en los momentos en que éste se encontraba libre); como los hogares en los que cohabitaban los pacientes junto a sus familiares (a los cuales se concurría en el marco de intervenciones domiciliarias propias de la institución).

Por su parte las entrevistas en el HIGA, se realizaron en los consultorios externos con los que cuenta la institución para evaluación y seguimiento de

pacientes externados.

Fueron tres, el promedio de encuentros con cada persona entrevistada. Aunque se aclara que esto fue posible, debido al conocimiento previo del paciente con el que se contaba, por estar insertas, como ya se ha enunciado anteriormente, en el HIGA y CPS.

Las entrevistas se han realizándose siempre bajo la modalidad individual, llegando a una duración máxima de sesenta minutos.

Destacamos que durante los encuentros, no ha sido utilizado el recurso del grabador, debido a que se tuvo en cuenta la posible contraproducción del mismo, al aplicarse con personas que han tenido manifestaciones psicóticas.

Cabe destacar que la amplitud del instrumento utilizado, ha funcionado como dinamizador del diálogo, y su falta de rigidez, ha permitido la aparición de "lo imprevisto".

Por último, se paso a una etapa de análisis y producción teórica que comprendió los periodos Enero de 2009/ Febrero 2010.

PARTE IV

**Análisis de los Datos Recabados y
Presentación preliminar de
resultados.**

4.1. Caracterización general de la situación de los entrevistados

Las personas que han participado de la presente investigación reúnen las siguientes características:

- En un total de cinco personas entrevistadas, cuatro de ellas resultan ser hombres y una, mujer; sus edades abarcan la franja etárea comprendida entre los 24 y 45 años.
- Ninguno de ellos ha conformado unidades familiares propias es decir que, no cuentan con cónyuge ni hijos.
- Todos han convivido hasta pasada la mayoría de edad, con su familia de origen; de hecho, tres de ellos lo hacen hasta la actualidad. Refiriéndonos a las dos personas restantes, es importante resaltar que la finalización de la cohabitación con su familia de origen, ha sido una iniciativa terapéutica por parte de la institución interviniente (CPS).
- En relación al rol del cuidador principal, este papel ha sido llevado adelante en la totalidad de los casos, por un familiar directo; en tres de ellos, dicho rol fue desempeñado por sus madres y en dos, por uno de sus hermanos.
- Teniendo en cuenta ahora el aspecto educacional ,podemos afirmar que su nivel de instrucción resulta ser ampliamente diverso, sin poder encontrar patrones comunes de análisis más allá, de las dificultades a las que refieren los cinco entrevistados.
- Respecto a lo laboral, en todos los casos se visualiza una clara

dificultad para desempeñarse en dicho campo, caracterizándose por la falta de ocupación o bien, por la inestabilidad laboral.

- Por último, haciendo alusión a la cuestión socioeconómica, coincidimos en que todos, en mayor o menor medida, son pertenecientes a familias de clase media- media baja; desempeñándose sus padres, como empleados del sector público y/o privado, y sus madres, como amas de casa.

4.2. Dimensiones analizadas

-Historia de vida e instrumentos complementarios:

A) Alusiones acerca de ellos mismos, su infancia y su patología:

- **Niveles académicos alcanzados:**

A lo largo de las entrevistas un aspecto relevante y que ha aparecido de manera recurrente, es aquel que tiene que ver con los niveles académicos alcanzados. Si bien se observa que dichos niveles son diversos, encontramos en los discursos de las personas entrevistadas y/o en su grupo familiar, la manifestación clara y evidente de la existencia de limitaciones.

En concordancia con lo expuesto F., manifiesta haber abandonado sus estudios secundarios porque: ***“no me daba”, “nunca aprendí nada yo”***.

Por su parte, R. quien realizó su primer año en la escuela primaria N° 33 y posteriormente fue derivado a la escuela especial N° 502 (desconociendo el

motivo del pase) afirma que: ***“a mi me costaba mucho, nunca quise pasar al pizarrón; nunca aprendí a escribir, leer si puedo”***. En el caso de P., no logró concluir la secundaria con orientación en electromecánica, planteando que: ***“no pude terminar, no pude”***.

Finalmente, M.E. manifiesta que, si bien tenía buenas notas, le costaba mucho expresarse en la escuela nocturna donde terminó el secundario.

Entonces, resulta imprescindible para continuar, detenernos para repreguntarnos el por qué de las alusiones a las limitaciones, a las que hacen referencia; y determinar la interrelación que esto tiene, con las expectativas familiares.

Puede pasar que la familia se encuentre inmersa en una situación extrema, en la que no exista ninguna expectativa en relación a los logros posibles a alcanzar por parte de su familiar; sumado a esto, puede ocurrir, que hasta que sus proyecciones a futuro sean redefinidas, sus expectativas se vean dañadas, cursando dicho proceso, con sentimientos de angustia y dolor. En palabras de Julian Leff las familias ***“necesitan la oportunidad de duelar por sus deseos y aspiraciones perdidas”***.³³

El período de readaptación, por parte del grupo familiar generará, inevitablemente en la persona, sentimientos de angustia y frustración, que lo llevarán a apropiarse de un discurso pesimista con respecto a sus capacidades que, en el peor de los casos, funcionará como barrera para la

³³ LEFF, Julian, **“Trabajando con familias de pacientes esquizofrénicos”**. Artículos on line: Perspectivas sistémicas, la nueva comunicación. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/leff.htm>.<http://www.redsistemica.com.ar/leff.htm>.

concreción de diferentes proyectos (posición del: "no puedo= no hago").

Otra situación característica con respecto a esta dimensión, es la negación a las limitaciones que efectivamente existen, las cuales se vivencian con cierto grado de desconcierto en donde, resultan frecuentes, los cuestionamientos hacia las instituciones educativas y/o sus docentes, los pases de una escuela a otra y la búsqueda de todo tipo de causalidad externa.

Sumando a lo antes dicho Haydee.³⁴, en relación al cambio de institución educacional de su hijo, sostiene que: ***"no recuerdo porque, no sé si sabía"; "antes no era como ahora, te decían lo que tenías que hacer, uno lo hacía y listo"***. Nos asegura que R. aprendía, que no tenía problemas en la escuela.

En este punto, coincidimos con la Doctora en Pedagogía María Pilar Sarto Martín³⁵ cuando en su texto, Familia Y Discapacidad expone: ***"... se debe trabajar en la línea de mejorar la calidad del entorno emocional incrementando el nivel de expectativas, a través del apoyo y de una información adecuada, ya que se observa que algunos padres dan por hecho que sus hijos no desarrollaran determinadas habilidades, por lo que apenas confían en ellos; una consecuencia de esta percepción es la limitación de las oportunidades que les ofrecen, aunque sea de manera inconsciente."***

³⁴ Cuidador principal de R., madre, 63 años, jubilada.

³⁵ SARTO MARTIN, María Pilar (1999) "Familia y discapacidad", ponencia dictada en el III Congreso "La atención a la diversidad en el sistema educativo", Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

- **Vacios de actividad:**

Enfermedades como la psicosis, afectan el desarrollo de las personas en diferentes esferas, como lo es, por ejemplo la psicosocial.

Quienes la padecen, se encuentran incapacitados entre otros aspectos, para sostener un empleo, sin poder así, lograr obtener un ingreso; pudiéndose generar una dependencia económica hacia la familia.

El área ocupacional, no será la única modificada, ya que la tendencia al aislamiento social, provocará que la persona pueda no sentir deseos de realizar ningún tipo de actividad voluntaria.

Es importante preguntarnos el por qué de lo antes desarrollado, para lo cual, es necesario introducimos en algunos aspectos netamente semiológicos de la patología, para que posteriormente podamos esbozar, algunas líneas que nos permitan comprender la complejidad de la situación.

Resulta característico que cada cuadro psicopatológico presente determinadas manifestaciones, las cuales son divididas por diversos los autores en: "sintomatología positiva", la cual comprende alucinaciones o delirios; y la "sintomatología negativa" entre las que se destacan el desgano y la abulia.

Deteniéndonos en esta última característica, podríamos decir que la abulia es ante todo, una alteración de la actividad voluntaria donde aparece perturbado el deseo o la decisión de llevar adelante algo. Esta generará inevitablemente en la persona, una incapacidad para emprender y sostener

actividades dirigidas a un fin.

Queda evidenciado lo antes expuesto cuando, R. afirma: ***“no sé porque, pero no hacía nada”***. Después (no puede precisar tiempo), su hermano Roberto lo lleva a trabajar con él, pero afirma haber durado solo un día: ***“No aguante”***; por su parte, se visualiza que F. a lo largo de las entrevistas llevadas a cabo, no hace referencia nunca a una actividad concreta que haya realizado, ya sea laboral o recreativa.

En otra línea, referida más bien a la imposibilidad para persistir en actividades, es que nos encontramos con la situación que atraviesa a M.E.

Aquí, si bien no se visualiza la existencia de importantes vacíos de actividad, si se identifica la incapacidad para poder sostenerlas en el tiempo. M.E. sistemáticamente ha interrumpido cualquier actividad de tipo laboral.

Más allá de hacer referencia en su relato a diversas actividades, aclara: ***“tuve periodos en los cuales me lo pasaba tirada en lo de D.”***

Situación similar es la que ocurre en el caso de P., en donde los reiterados viajes a Capilla del Monte, han servido de argumento para abandonar su trabajo.

Teniendo en cuenta lo expuesto por Álvarez Gálvez ³⁶, cuando afirma que el síntoma predominante en estos pacientes será el deterioro en su rendimiento social (tiendo que aprender o reaprender habilidades sociales

³⁶ ÁLVAREZ GÁLVEZ Eugenio (2002) ***“Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia”***. Servicios de Salud Mental de Getafe Área X. Madrid. Anales de Psiquiatría. Aran EDICIONES, S. L. Vol. 18. N.º 1, pp. 18-26. disponible en: http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/psicosoc_eqz.pdf

para poder sobrevivir en comunidad), creemos que resulta importante, brindar la información necesaria a la familia para que no visualicen esto, como caprichos de la persona o falta de voluntad sino, que pueda ser entendido como parte de las características de la patología; teniendo siempre presente, que las probabilidades de vida social de las personas con padecimiento psíquico se van a ver limitadas, afectando todos los aspectos de su vida.

- **Vivencia y conciencia de enfermedad:**

Un punto central en este análisis resulta ser la conciencia y la vivencia que tiene, tanto la persona como su grupo familiar, de la patología; ya que, así como las familias interpretan los hechos y comportamientos de su entorno, es como será comprendida la enfermedad (así como también, la salud).

Siguiendo esta línea de análisis es interesante tener en cuenta lo planteado por Arthur Kleinman quién, resaltando la importancia de los modelos de significados (o explicativos) acerca de la enfermedad, realiza una distinción en tres dimensiones: biológica, social y simbólica. El autor expone que: *“los pacientes y sus familias viven en el reino de la dimensión simbólica, que es la experiencia humana de los síntomas y el sufrimiento. Dicha dimensión representa la manera en que la persona enferma y los miembros de la familia o red social mayor perciben los síntomas y la discapacidad, conviven con ellos y les dan respuesta, formando un sistema más o menos coherente.”*³⁷

³⁷ PILNICK, Marta “La psicosis. Sensibilidad genialidad locura. La familia como refractaria. Los límites y la transgresión. El contexto para la adaptabilidad o para la enfermedad”. Ensayo.

Deteniéndonos en la historia de vida de D. en relación a la patología, plantea que la primera vez que "se sintió mal", fue cuando finalmente lo internaron en el Hospital Privado de la Comunidad (HPC). Allí permaneció por 15 días.

Asegura que ya "se sentía mal" cuando iba a la Escuela Media N° 18, porque tenía droga en su organismo. Al mismo tiempo, relata un episodio posterior, en donde se visualiza claramente una alucinación de tipo auditiva que generó que D. cometiera un hecho delictivo (robo a un taxista, en donde afirma que: ***"una voz que me decía que tenía que hacer algo para ir preso"***).

Aquí se visualiza una vinculación entre: enfermedad=internación / enfermedad=consumo. Es decir, por un lado, no identifica D. ningún signo ni síntoma previo a la internación (por lo tanto, la enfermedad empieza, para él, en el momento en que es internado en el HPC); por otro lado, asocia a la misma, con el consumo de drogas; ese sería el factor que no solo, lo hizo permanecer internado sino también, el cual lo hizo llevar adelante un tratamiento. Expone: ***"fui internado por una cuestión de drogas", "para sacarme de las drogas"***.

A su vez, al ser indagado sobre el por qué de su concurrencia al CPS, responde: ***"para que no estuviera en casa discutiendo con mi papá"***.

Intentando contraponer su discurso con lo expuesto por Marta³⁸, se

Disponible en: www.fpsico.unr.edu.ar/congreso/mesas/mesa_20

³⁸ Cuidadora principal y madre de D., de 56 años, ama de casa.

evidencia que ambos identifican el consumo con la primera descompensación, y con su posterior tratamiento. Así, su madre afirma que cuando D. se descompensó era porque consumía marihuana y alcohol, lo que derivó en su internación del año 2004.

En relación a síntomas previos afirma que lo único que llamo su atención es que D.: ***“se enojaba con la tele”***, sin lograr profundizar ni relacionar este episodio con la patología.

Lo expuesto por F. tiene ciertos puntos de encuentro con el relato de D. ya que F. también relacionará su patología con el abuso de sustancias; sin embargo él, prefiere no profundizar en este aspecto, exponiendo: ***“No me gusta hablar de eso, mi familia no me quiere por eso”, “lo hice porque no daba más”***. María³⁹, su madre, a diferencia de él vinculará, el abandono del padre biológico de F., con la patología.

Por su parte R. afirmará que la muerte de su padre (en el año 2007) lo confundió ***“aun más”***, y desde entonces las reinternaciones resultaron periódicas. Cuando se indaga sobre la primera internación refiere que fue a causa de asegurar que podía hacer un cambio climático: ***“cuando les conté que si me concentraba podía hacer un cambio climático, me internaron”; “ahora también sé que puedo hacerlo”***.

Paradójicamente R. agradece la actitud de su padre cuando lo llevó al control que derivó, en su primera internación psiquiátrica: ***“Mi papá me trajo acá por primera vez, sino me moría, tomaba, estaba mal”; “los primeros***

³⁹ Cuidadora principal y madre de F., 50 años, ama de casa.

días estaba muy mal, me perseguía por la gente”.

Su madre afirmará que la partida de R. de su hogar (cuando tenía veinte años) ha sido la causante del inicio de la enfermedad, manifestando: **“cuando volvió, volvió re mal”; “fue un problemas de juntas y de alcohol”; “antes con nosotros estaba bien”.**

Siguiendo con la lógica de encontrar una causalidad externa con el aparente fin de desligarse de todo tipo de responsabilidades, Haydeé afirmará: **“en el restaurante de Ituzaingó, tomaban pastillas de caballo”; “yo nunca me metí, pero sabía lo de las pastillas”** (minutos después dice que no puede asegurar lo de la pastillas, pero si lo del alcohol).

Sin buscar puntos de relación reconoce que cuando murió su marido, R. estuvo muy mal: **“no sé si por las pastillas, por el alcohol o porque, pero estaba muy mal; por eso vino acá”.**

Finalmente queda en evidencia la ausencia de conciencia de enfermedad por parte de Haydeé cuando explica que R.: **“Se fue a Mendoza a la casa de una familia amiga; para ver si se le pasaba, porque estaba muy mal”.**

Sumando, en el caso de P., se identifican algunas cuestiones en relación a la conciencia de enfermedad de él y de su cuidador principal que nos parecen importantes de remarcar.

P. comenta que: **“veía ángeles de chiquito”**, pero estas visiones se fueron cuando visitó un psiquiatra en Buenos Aires. Acota que: **“Dios me abandono”.**

P. ubica como inicio de la enfermedad (por sintomatología, no por conciencia de ella) su asistencia a grupos de meditación en el año 2000 en Villa Gesell. Refiere: ***“ocurrió de golpe, en termino de unos meses paso de todo, me echaron del grupo y comencé a sentir dependencia de él, sentí que era una secta”***.

En el año 2002 (no recuerda con exactitud) vuelve a Capilla del Monte a trabajar. Manifiesta que se sentía perdido: ***“no sabía por que estaba allí”***, situación que cursaba con desinhibición y alucinaciones auditivas: ***“las voces me decían que me tirara al lago San Roque”***. Dicha situación provocó que fuese internado en el hospital de Córdoba: ***“ya venia la cosa, no fue de repente”***, aclara; ***“me pego la soledad, como si fuera una maldición cuando me dejan”, “me sentía angustiado”***.

Cuenta que su última internación, fue en el año 2007-08, no puede recordar la fecha, pero si que fue en Madariaga y que no estaba bien. Había pasado más de seis meses encerrado en la casa en la cual vivía. Recuerda que se fue a bañar al negocio del hermano, algo le pasa y sale desnudo a la calle.

En relación a su diagnóstico, “psicosis esquizofrénica”, P. asegura no contar al momento, con información acerca de la misma. Por lo tanto, la explicación causal que encuentra a su situación es el ***“estar poseído”***. Sin embargo, al indagar más en relación a los posibles desencadenantes, P. puede explicar su situación como una sucesión de hechos que le provocaron

sensaciones fuertes, ***“genético no es”, “ no tenía a las personas que necesitaba para hablar”, “cuando estaba mal, no lo sabía nadie, yo no decía nada, me lo guardaba, así me lo enseñó papá”*** .

Resulta sorprendente, que al trabajar el mismo tópico con el cuidador principal⁴⁰ éste, simplemente identificara como sintomatología el que ***“se aislaba del grupo familiar”, “quería estar solo”***, sin demostrar interés durante las entrevistas, por profundizar el análisis en dicho aspecto.

Ahora bien, pareciera que la introducción de P. en los grupos antes citados, ha funcionado como un buen argumento explicativo del desencadenamiento de la enfermedad, también para su cuidador principal.

Sin bien la descompensación de P. quizás haya estado vinculada, en mayor o menor medida, con los grupos de meditación o de tinte religioso (lo cual se manifiesta también en los delirios místicos vivenciados), se resalta que el utilizar esto como única variable, es un punto que vale la pena ser repensado.

Lo desarrollado anteriormente, nos lleva a subrayar por un lado, la importancia que posee el reconocimiento del síntoma y de la atribución del significado que se le otorga al mismo, por parte de todo el grupo familiar (incluyendo, lógicamente, a la persona con padecimientos psíquicos); ya que, ***“el síntoma no es una expresión gratuita del paciente identificado, desarticulada del contexto de donde aparece. Indica que algo anda mal, pero es un mensaje***

⁴⁰ Facundo, cuidador principal y hermano menor de P., 38 años, comerciante

*codificado. Insinúa problemas que, al mismo tiempo, contribuye a encubrir.*⁴¹

Como bien plantea Jorge Tizón⁴², generalmente la imposibilidad para la visualización de los síntomas, genera que la primera internación sea vivenciada como el hecho revelador de una problemática, que venía dando indicios desde hace tiempo; *“es la deformación tecnocrática y hospitalocéntrica de nuestros conocimientos lo que nos hace pensar que el trastorno no existe hasta que el paciente y/o su familia contactan con nosotros, con los “técnicos”, con la red profesional de asistencia”*.

Por otro lado, en este estudio se ha destacado la importancia que conlleva la conciencia de enfermedad, ya que por ejemplo la aceptación incompleta o errónea de la patología, por parte del paciente o su familia, funcionará como un obstáculo para el tratamiento.

Es oportuno aclarar que, se identificó en los relatos la conciencia de enfermedad tanto, de las personas entrevistadas como, del cuidador principal porque coincidimos en que *“la ausencia de conciencia de enfermedad o la conciencia de la misma no es patrimonio de los pacientes”*⁴³.

⁴¹ PILNICK, Marta “La psicosis. Sensibilidad genialidad locura. La familia como refractaria. Los límites y la transgresión. El contexto para la adaptabilidad o para la enfermedad”. Ensayo. Disponible en: www.fpsico.unr.edu.ar/congreso/mesas/mesa_20

⁴² TIZON, Jorge. (2009) “Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. versión ISSN 0211-5735., Madrid, España. V.29 n°1. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352009000100003&script=sci_arttext

⁴³ JAUREGUI LOBERA, Ignacio (2005). “Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria”. Hospital Infanta Luisa, Sevilla, España. En el marco del libro Trastornos de la Conducta Alimentaria. Disponible en: http://www.nutrinfo.com/pagina/info/autoayuda_y_participacion_de_la_familia.pdf

Expone que el único recuerdo que tiene de su hermana es que fueron juntos a la escuela N° 502 y que, cuando él vivía en La Herradura, almorzaban juntos.

Con respecto al hermano mayor (por parte de padre y madre), Pedro (38 años), nos comenta que habla a veces con él, no hace más referencias, reconoce no conocerlo mucho; igual es el sentimiento que le despierta María Isabel (37 años): ***“nada, no nos conocemos”***.

Agrega que Luis (36 años), es el más serio y el que a ocupado el rol de su papá desde que murió: ***“es muy serio, nunca habla; él manda porque mi viejo no está”*** (repite en reiteradas oportunidades que es Luis el que toma las decisiones en su casa).

Aclara que con Tito (22 años) es con quien mantiene mejor relación y con quien habla en algunas oportunidades.

Por último, hace alusión a Roberto diciendo: ***“él es igual a papá, el mismo carácter”***; nos comenta que horas antes de la entrevista, Roberto fue a visitarlo por primera vez: ***“a mi hermano no le gusta venir acá por eso no me ve”***

Reflexiona finalmente, afirmando: ***“Mis hermanos me tienen por loco, pero yo no soy loco, por eso estoy en salud mental”***.

Por su parte, su madre reconoce que R. no mantiene ningún tipo de relación ni con sus dos hermanas mayores por parte de padre, ni tampoco con María Isabel (hermana mujer mayor). Afirma por otra parte que, observa una

muy buena relación con Tito; y agradece aliviada que esté junto a ellos Luis, ya que es el que da las ordenes en la casa y al que, R. debe obedecer. Así, Haydeé afirma; ***“Luis es como el papá”***.

Haciendo ahora referencia al caso de P. este menciona a sus hermanos al iniciar el relato sobre su familia, sin volver a hablar sobre ellos luego.

Comenta únicamente, que Facundo es comerciante y quien más ha estado pendiente de él. Respecto a su hermana expone que: ***“mi hermana sabe de mí, pero no quiere saber”***; manifiesta su enojo hacia ella por ser evangelista, y la culpabiliza por momentos, por sus descompensaciones psicóticas.

F. por su parte asegura llevarse poco con sus hermanos, Josué y Marcos: ***“Me llevo bien, pero ellos casi nunca están conmigo”***, ***“ellos juegan a la pelota en la escuela de fútbol de mi papá, yo un día jugué”***; al ser indagado por Florencia, expone: ***“No se que decir de ella, no nos tratamos; ella no me quiere, me culpa por estar así”***.

Teniendo en cuenta los ejemplos antes desarrollados es importante hacer un especial hincapié en los hermanos “que no tienen problemas” ya que, especialistas podrían asegurar que el quedar en un segundo plano puede ocasionar que desarrollen problemas físicos o de conducta para desviar la atención de sus padres hacia sus necesidades no resueltas.

Por otro lado, el crecer y desenvolverse solos, genera que mantengan conductas rebeldes o infantilizadas; o crezcan antes de lo debido. Resaltamos

que cuando estos sean niños si bien, se les puede asignar responsabilidades, no deben ser tratados nunca como adultos.

Como los sentimientos hacia los hermanos suelen ser contradictorios, el trabajo desde el equipo profesional tratante, sobre estos aspectos resulta central para mantener al grupo familiar consolidado.

Por ultimo haciendo alusión a otros familiares se puede apreciar que todos los casos abordados refieren mantener con el grupo familiar extenso: vínculos débiles; una mala relación; o simplemente, no tener relación de tipo alguno con los mismos. Así, por ejemplo, F. no nombrara, a lo largo de su relato, a ningún familiar, con excepción del grupo conviviente.

C) Relatos sobre amigos y otros significativos:

Si concebimos al sujeto desde una perspectiva integral, no podemos dejar de hacer mención en este análisis, a su red social y sus características. Ahora bien, la importancia de abordar dicha dimensión radica en el papel relevante que juega la red social, como soporte social. Aclaremos, que entendemos al concepto de red social como, el conjunto de personas que se relacionan con un individuo, que forman vínculos sociales, que utilizan espacio y tiempo conjuntamente y que se prestan ayuda reciproca.

Destacamos que existe, en aquellas personas con un padecimiento psíquico, un denominador común o bien, una cuestión que parece recurrente: la ruptura de las redes sociales, puntualmente aquella que hace referencia a

relaciones de amistad.

Diversas investigaciones que han apostado a estudiar los lazos sociales, exponen que resulta característico, luego de tener en cuenta los periodos pre y post hospitalización, la reducción de la red social y una mayor proporción de familiares en la misma. *“Las personas con problemas psíquicos tienen redes sociales escasas, compuestas mayoritariamente por familiares.”*⁴⁹ Situación que se refleja tanto en la historia de vida, como así también en las herramientas complementarias de análisis.

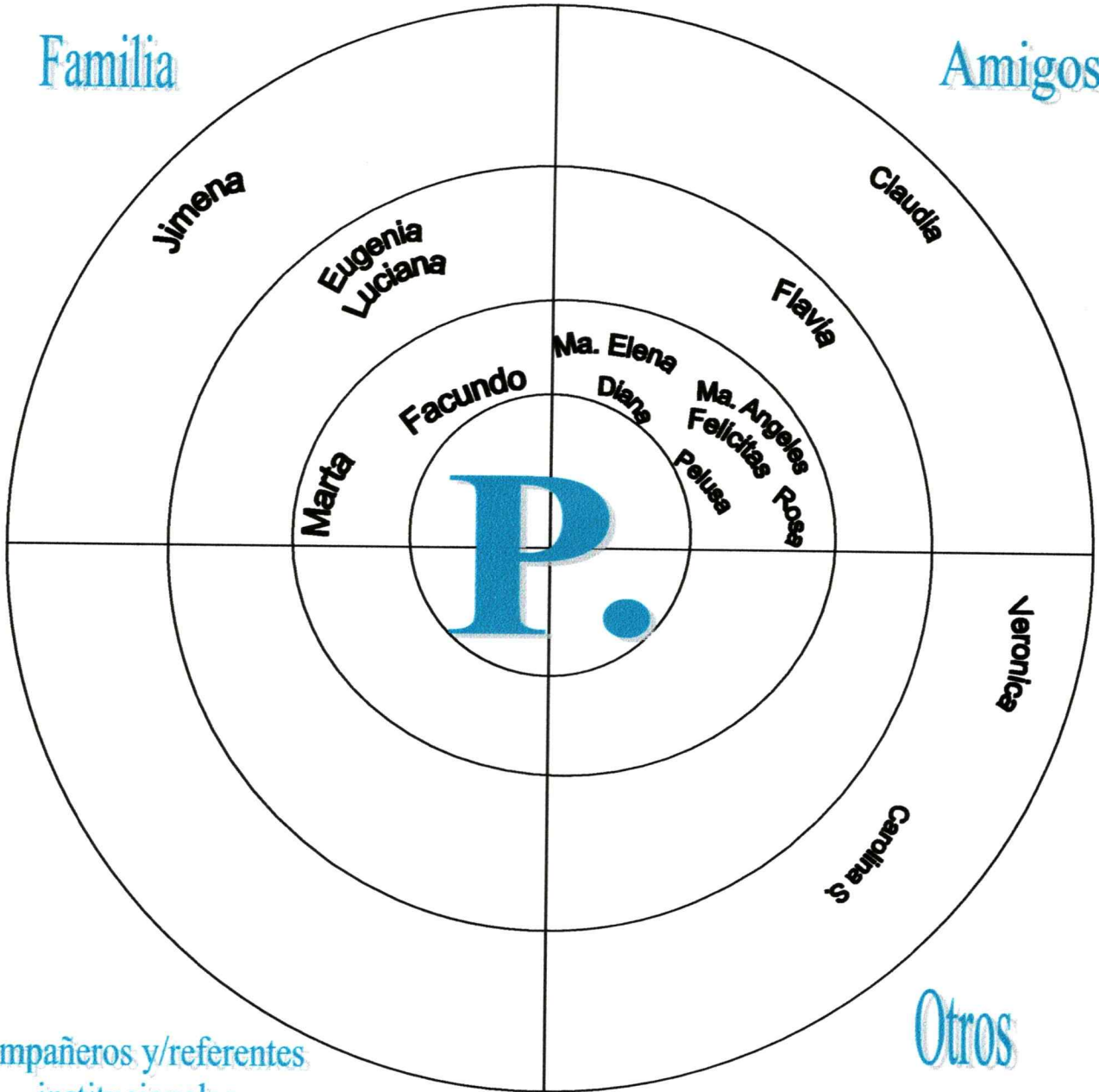
⁴⁹ MARTINEZ, Francisco, OCHOA Susana., y otros (2000) “Redes sociales de personas con esquizofrenia”. Cuadernos de Trabajo Social. ISSN 0214-0314

⁴⁹ FAZIO, Gaston., PIETRAMALA, Karina. “Postdata sobre la psicosis y el lazo social. Relato sobre una experiencia.” Disponible en: www.psiconet.com/argentina/articulos/fazio2.htm

Mapa Egocentrado:

Familia

Amigos



Entendemos, ante todo, a las crisis como periodos; y a los periodos de crisis como etapas de desestabilización del equilibrio, periodos de cambio.

Para el funcionamiento familiar, desde la perspectiva sistémica, no se apuesta a una ausencia radicalizada de conflictos sino, más bien, a la resolución conjunta de los mismos.

En la relación de D. con Marta si bien, se presentan rasgos propios de un vínculo dependiente; predominan como características principales, la dominación y la posesión por parte de su madre.

Son frecuentes las frases idénticas enunciadas por ambos, como por ejemplo, cuando hacen referencia a la conciencia de enfermedad (aspecto desarrollado anteriormente) o cuando D. expone que su madre ha sido: ***“la única que me ayudo con las drogas”*** (frase que Marta resalta sistemáticamente).

Podría ser identificado esto, parafraseando a la corriente psicoanalítica, como una “mutilación” de la actividad de pensamiento; así, el hijo, reproduce lo enunciado por su madre, sin tener posibilidad, ni acceso, a un posicionamiento propio.

La dominación y posesión no sólo se evidencian en el discurso de D., sino que también, se hacen palpables cuando se analiza como es llevado adelante su tratamiento farmacológico. Es así que la medicación es suministrada únicamente por Marta, quien ha llegado a cuestionar en oportunidades, al equipo tratante, cambios en las dosis dadas a su hijo. D.

reconoce no saber que tipo de psicofármacos contiene su tratamiento, ni sus cantidades.

A partir del análisis de los vínculos madre-hijo parece oportuno recalcar que, son estas las que llevan adelante mayoritariamente el rol de "cuidador/a principal"; tal es así que, investigaciones como "Aportaciones de la Investigación Respecto al Tratamiento Psicosocial y Familiar de Pacientes con Esquizofrenia"⁴⁶, caracterizan sociodemográficamente a los cuidadores principales como: mujeres, en especial madres, de alrededor de 50 años de edad, con nivel educativo bajo y sin pareja.

Sumado a lo antes dicho, en el citado informe, se reconoce el costo (emocional, físico y económico) a los que se exponen los cuidadores principales destacando: *"en primer lugar el costo emocional (72.2%) a través de expresiones de irritabilidad, angustia, problemas para dormir, diferentes emociones de culpa, enojo, frustración y resentimiento; en segundo lugar, el costo económico (52.7%) por gastos excesivos por los medicamentos y por su mantención; el costo físico en tercer lugar (44.4%), asociado a las enfermedades de diabetes, gastritis, colitis, herpes y otros más; y por último el costo social (33.3%) observado en el aislamiento social por la vergüenza de tener un familiar enfermo"*.

⁴⁶VALENCIA, Marcelo; RASCON, María Luisa y QUIROGA, Horacio.(2003) "Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia". Salud Mental, octubre. Año/vol 26, numero 005. Instituto nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente. DF, México. PP1-18. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58252601.pdf>

Intentando analizar ahora el vínculo **padre-hijo**, los casos abordados nos permiten deducir que, o se establecen vínculos caracterizados por la hostilidad o en su caso más extremo por la indiferencia; o bien, se identifican lo que en palabras de Dr. Juan Max Gonzales Gallegos⁴⁷ serian: "mitos de armonía" resultando estos, mecanismos de negación e idealización. Estos mitos familiares según el autor, implican un número de creencias bien sistematizadas y compartidas por todos los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación; conteniendo así, muchas de las reglas ocultas entre la rutina cotidiana de la vida familiar. Su función seria la de deformar características de las relaciones presentes o pasadas.

En relación a las líneas anteriores, se puede identificar en la historia de vida de R. que la muerte de su padre en el verano del 2007 fue el hecho bisagra más significativo de su vida, volviendo de forma continua en su relato a este momento, **"desde que el falleció nada es lo mismo"**. Según asegura, su papá era una persona trabajadora y muy recta, aunque aclara que a él nunca le pego **(repite varias veces en su discurso la misma frase como intentando convencernos)**. Comenta que con él hablaban mucho y lo encaminaba. No duda en afirmar que cuando murió su papá él "empeoró", sintiendo que por eso lo han internado esta última vez: **"para que lo acepte"**.

⁴⁷ GONZALES GALLEGOS, Juan Max (2007). "LA FAMILIA COMO SISTEMA". Revista Paceaña de Medicina Familiar. Sociedad Pacena de Medicina Familiar, La Paz, Bolivia. Pag 111-114. Disponible en: http://www.mflapaz.com/Revista_6/revista_6_pdf/4%20LA%20FAMILIA%20COMO%20SISTEMA.pdf

En contraposición a su relato, lo primero que referirá Haydee con respecto a la relación que habían mantenido R. con su padre fue: ***“él le daba mucho, todo el tiempo”; “era muy duro, pero con él andaba bien”.***

Desde el modelo conceptual abordado por Mara Selvini Palazzoli⁴⁸ esto, podrá ser entendido como “embrollo” es decir, como aquel ***“proceso interactivo complejo que se estructura y desarrolla en torno de una táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada, que en realidad no lo es. En realidad es el instrumento de una estrategia que apunta contra alguien, en general el otro cónyuge”. “...la explosión de la conducta psicótica en general tiene lugar cuando el paciente señalado se había sentido traicionado o estafado por ese padre, que había creído sentir con más afinidad.”***

Por otro lado, parece interesante resaltar, los actos en los que se intenta ubicar a otro familiar en este rol, sea de forma consciente o inconsciente.

Por ejemplo R. vinculará a hermanos o a amigos con el rol de padre: ***“Luis es muy serio, nunca habla; él manda porque mi viejo no esta”; “Roberto es igual a papá, el mismo carácter”; “Mi jefe es como mi padre”.***

Por su parte F. si bien reconoció, a minutos de comenzar la entrevista, no conocer a su padre biológico, identificará a lo largo de los encuentros a la pareja actual de su madre como padre biológico, sin retractarse al ser repreguntado sobre esto: ***“Mi padrastro no me quiere, me pega, aunque a***

⁴⁸PALAZZOLI, Mara (1995). ***“Los juegos psicóticos en la familia”.*** Barcelona. Editorial Paidós ibeca - Edición nº 1. Pág.

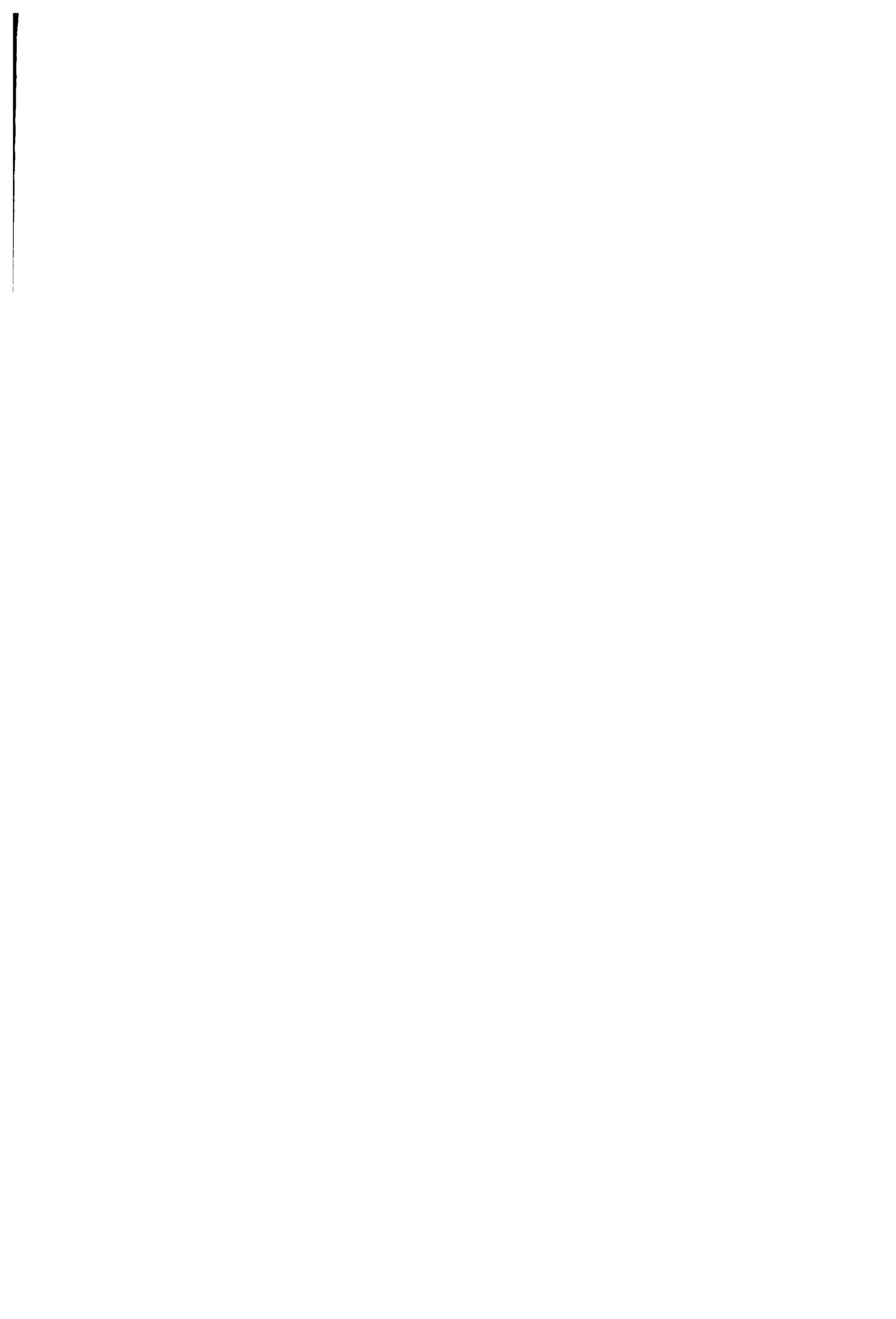
veces jugamos a la pelota” ; “Yo a mi papá no lo conozco”; “me llevo mal con mi papá” (haciendo alusión a su padrastro, a quien oportunamente se refiere como “papá” y en otras como “Roberto”).

Ahora bien, coincidimos en lo necesario que resulta en este punto, re-trabajar con el padre su rol en cuanto a tal, estableciendo o re-estableciendo el vínculo debilitado o hasta inexistente; por otra parte, aportarle las herramientas necesarias para que abandone el lugar pasivo y marginal que ocupa, en relación a la patología y al tratamiento de su hijo.

Por otra parte, al analizar los vínculos establecidos entre hermanos hemos podido observar que, en los casos abordados, predominan vínculos débiles, inestables, discontinuos, culpabilizadores; o bien, se identifican relaciones que se alejan de la propia entre hermanos ya que, uno de ellos, al desempeñar funciones parentales (hijo parentalizado) cumplirá el rol padre/ madre.

R. hace referencia en su relato a solo seis de sus ocho hermanos (justamente excluye en su discurso a sus dos hermanas por parte de padre).

Respecto a ellos comenta que: tiene una hermana melliza llamada Laura que vive en la actualidad con sus tres hijos en el barrio La Herradura; está separada. No se ven porque según refiere: **“ella tiene una vida y está ocupada”**.



Para terminar adherimos a lo planteado por la Fundación MF⁴⁴ cuando expone, *“en algunos casos la enfermedad y/o los síntomas cumplen una determinada función para la familia y están al servicio de mantener una precaria estabilidad dentro de la misma. Así la enfermedad de uno de los miembros puede ser algo de lo cual la familia no quiere o no puede desprenderse porque sirve a su propia homeostasis familiar. El médico hace bien entonces en preguntarse que función cumple el síntoma en esa familia”*

B) Relato sobre su familia:

Intentando desentrañar si los vínculos familiares operan o no, como condicionamiento para el surgimiento y persistencia de un padecimiento psíquico, es que nos proponemos, a partir de las experiencias de estas cinco personas y sus familias, buscar los puntos de fusión, con las teorías que han servido como sostén de esta investigación; para luego, ver como su reconocimiento, facilita el diseño de una estrategia de intervención exitosa desde el campo del Trabajo Social.

Siguiendo la corriente Sistémica, la familia es considerada como un sistema dinámico, sometido a un continuo establecimiento de reglas, y a la búsqueda permanente de acuerdos a partir de ellas.

Como miembros del equipo de profesionales que trabajará, junto al

⁴⁴ VECSLIR, Mercedes., GOLDMAN, Adriana. *Área de Salud Mental. Fundación MF, “Para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud”. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/fiia.pdf>*

grupo familiar, es interesante poder identificar perfiles y caracterizar a las familias que tenemos delante; así, podrán existir (siguiendo la corriente líneas antes citada) perfiles de familias distantes o caóticas, donde cada persona mantiene un nivel de autonomía extremo, donde hay inexistencia de reglas y estructuras estables, y donde el alejamiento suele ser prematuro, resultando imposible la formación de individualidades madurativas.

En el otro extremo, por el contrario, encontramos al perfil de familia simétrica o aglutinada, donde sus miembros están mezclados y los roles confusos. Por lo general, en tales familias, existe un miembro que quiere hacer de "sus miembros" un "Yo idéntico". Estas familias se rigen por dinámicas de sometimiento y poder (alguien domina y otros están dominados), perdiéndose de esta manera, la autonomía personal a causa de la dependencia exagerada (riesgo latente de desequilibrio debido a no poder ser "Yo mismo").

Teniendo en cuenta que con frecuencia las familias de personas con diagnóstico de psicosis deben afrontar numerosas restricciones económicas, estigmas sociales, estrés y sobrecarga (derivada de las descompensaciones e internaciones); además de cierta dinámica y forma de funcionamiento característico, es que consideramos relevante para abordar cualquier estrategia de intervención, poder identificar, entre otros aspectos:

- alianzas o coaliciones.
- existencia de hijos parentalizados (hijos que desempeñan funciones parentales porque el padre/madre a renunciado o no logra desarrollar su rol).

- autoridad y forma en que se distribuye el poder.
- subsistemas, forma de funcionamiento y presencia de límites funcionales, o la ausencia de ellos.
- mitos familiares.
- síntomas y significado atribuido a los mismos.

Todo lo analizado (estructura, procesos, dinámica) podrá utilizarse como insumo (y punto de partida) para elaborar una estrategia de intervención conjunta entre el equipo, la persona y su medio familiar.

Sumando, la corriente psicoanalítica expondrá, que como la dinámica familiar interviene en la aparición, evolución y pronóstico de la patología, conocer como funcionan las mismas, nos permitirá identificar situaciones que favorezcan o entorpezcan el curso de un padecimiento.

Un aspecto importante de analizar resulta ser, el vínculo establecido entre **padres- hijos**, y entre los **padres entre sí** (a partir de la aparición de la patología).

En algunos casos, al efectuarse el diagnóstico de una patología psíquica puede suceder que se postergue cualquier función, exceptuando la de padre/ madre; así, lo que en un principio fue adaptativo, se convierte en la postergación permanente de aspectos centrales en la vida familiar.

Por otro lado, como afirma Jorge Téllez-Vargas⁴⁵, los padres podrán

⁴⁵ Jorge Téllez-Vargas. "Tratamiento Psicosocial de la Esquizofrenia". Disponible en: www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol4/articulos/articulo9.pdf

utilizar mecanismos de negación de la enfermedad, como una estrategia de afrontamiento, que desafortunadamente originará demoras en las consultas médicas y baja adherencia al tratamiento.

En otra línea, el padre más involucrado, puede que se sienta cada vez mas sobrecargado y menos valorado por su hijo (quién usualmente demanda más autonomía), mientras que el otro, queda ubicado en una posición claramente marginal. En ambos padres, los sentimientos de culpa no tardarán en llegar, en uno, por no ser tan eficiente como espera serlo, y en el otro, por la falta de colaboración que le recriminan (manifiesta o indirectamente). Resultará entonces, muy importante, la coparticipación de ambos padres para afrontar de forma superadora los sentimientos de culpa, frustración, enojo o rencor.

En cuanto al subsistema conyugal en sí mismo, éste es el que sufre la mayor involución. A la pareja le costará pedir un tiempo para vivirlo como tales, como pareja.

Haciendo ahora alusión a la relación establecida entre **madre-hijo**. La misma comprende ciertas características merecedoras de ser resaltadas con mayor profundidad; tales como:

En el caso de R. el mismo, mantiene un vínculo con su madre que, según ellos mismos refieren, resulta ser dependiente y peculiar. R.: ***“yo siempre con mi mamá. Mis hermanos no tienen la relación que tenemos nosotros, eso es porque yo soy distinto”***. Por su parte Haydeé en relación a éste expone: ***“es muy pegado; los dos somos dependientes. Quiero que***

sea independiente pero él no decide nada solo, todo yo”.

Resaltamos que es importante saber que, cuando una familia exige una dependencia extrema entre sus miembros está limitando su realización personal, condicionando sus posibilidades reales de realizar alguna actividad; por el contrario, las relaciones caracterizadas por el exceso de individualidad, tienden a anular los sentimientos de pertenencia familiar.

Sin embargo, y en concordancia con el caso planteado anteriormente, y con lo desarrollado en el marco teórico, nos resulta necesario resaltar que pareciera que en la psicosis, la dependencia familiar, es una interdependencia o una dependencia mutua. Tengamos en cuenta, que muchas familias necesitan de ese paciente, en el cual depositan contenidos emocionales, situación que, inevitablemente repercute en su organización diaria.

Por su parte, la relación establecida entre F. y su madre, se caracteriza por los reproches y la culpabilización, tal es así que F. afirma: ***“La culpa de todo la tiene mi mamá, por culpa de ella nos dejo mi papá”.***

Su madre ante este tema, visualiza claramente por un lado, el rencor que su hijo siente hacia ella, responsabilizándola por el abandono de su padre biológico; y por el otro, como esto ha influenciado para el surgimiento de la patología.

El trabajar con el grupo familiar y sus situaciones conflictivas implica, no sólo ver al conflicto como lo que acontece en el aquí y ahora sino como producto que, tiene su génesis en vivencias pasadas.

D. estuvo de novio 4 años con Florencia. "me dejó y se fue a España". Asegura haberla conocido cuando iba al colegio Minerva. Según palabras de D., "la madre le hizo la cabeza, que yo no le convenía". Se escribían a veces cuando ella estaba en España. Cuando él estuvo internado, Florencia lo llamó y dice que le dijo que era un enfermo. A lo largo de las entrevistas llevadas adelante con D., él es quien introduce la presencia de algunos amigos, pero sin poder profundizar en la temática, brindando únicamente detalles pobres, aislados, como por ejemplo cuando habla de Cristian plantea: "lo conocí cuando trabajaba vendiendo libros, eso fue cuando tenía como 18 años". También trae a colación a un amigo de apodo "Corse", del cual no da muchas referencias y tampoco quiere hacerlo. Hace mención sobre la existencia de Jirani, un compañero de la escuela, "de toda la vida". Sin embargo, al indagar sobre la vigencia de dichos vínculos, D. responde que hace mucho que no los ve.

Recordemos también que una de las dificultades a la hora de sostener determinados vínculos, es por cuestiones propias de la patología como lo es, la sintomatología negativa compuesta como dijimos anteriormente, por la abulia, la apatía, el aplanamiento afectivo. Dicha cuestión hará que el sujeto tenga una expresividad emocional disminuida, y una falta de fuerza de voluntad que incluye incapacidad para tomar iniciativas propias.

Ahora bien, y ya profundizando un poco en las explicaciones de dicho fenómeno, nos preguntamos si es que las personas con psicosis tienen dificultades con los vínculos sociales, o lo social tiene problemas para establecer relaciones con la psicosis? Recordemos que muchas veces, la

persona es víctima de la estigmatización social que su trastorno genera, vivenciando no sólo la no aceptación de su enfermedad sino también, de él mismo como ser humano.

El desafío parece ser, como plantean los licenciados en psicología Fazio y Pietramala⁵⁰, retejer el vínculo con los pares como primer paso en el proceso gradual de rehabilitación psicosocial; vínculo que ha sido interrumpido por el avance de una patología tan grave como lo es la psicosis.

⁵⁰ FAZIO, Gaston., PIETRAMALA, Karina. "Postdata sobre la psicosis y el lazo social. Relato sobre una experiencia". Disponible en: www.psiconet.com/argentina/articulos/fazio2.htm

PARTE V

A modo de conclusión

El presente estudio lejos de generalizaciones, como ya se ha aclarado, ha apostado a traer al debate un tema en el cual generalmente, parece ser, que "son otros" los que tienen algo para decir.

El mismo, se realizó con una visión no negativa de la enfermedad, lo que implicó una relación de trabajo conjunta con las familias evitando culpabilizarlas, respetando sus necesidades y reconociendo siempre, la sobrecarga familiar que implica el tener un miembro en la familia con un padecimiento psíquico.

La restitución de la palabra de aquellos que pocas veces han sido escuchados, nos permitieron la construcción conjunta de espacios de intercambio que nos invitaron a la permanente reflexión, alejándonos de muchos de los pre- conceptos con los que comenzamos esta investigación.

Este trabajo nos permitió por otra parte, comenzar a utilizar ciertos modelos conceptuales como aproximaciones explicativas, para la construcción de "un nuevo saber hacer" en este campo; y no, como afirmación literal e instrumento de encasillamiento y estigmatización. Nos permitió, comenzar a esbozar modelos teóricos que tengan a la familia, entre otras cosas, como unidad de cuidado.

Hemos podido observar que muchas veces se parte del presupuesto, en este tipo de investigaciones, de que la familia es la culpable; intentando intervenir en esa dinámica con el fin de modificarla, a pesar de desconocer aspectos centrales de la misma. De esta forma, se han llevado a la acción, propuestas que si bien pueden ser consideradas válidas, al no ser analizadas sus

consecuencias al interior de "esa familia" en particular, generaron consecuencias nocivas en las mismas.

Resulta fundamental a la hora de intervenir con una persona con padecimientos psíquicos (como con cualquier otra) y con su grupo familiar, prestar particular atención a ciertos aspectos en cuanto a sus vínculos, su forma de funcionamiento, sus conflictos, su historia familiar e individual, teniendo siempre presente, por ejemplo:

- que determinada situación familiar o extrafamiliar puede modificar de manera radical toda la organización;

- que la cultura familiar (valores, costumbres, creencias compartidos por los miembros de una familia) intervendrá en la evolución y desarrollo de la enfermedad; y fundamentalmente, en la cosmovisión que se tenga de la misma;

- que la resistencia lógica por ver censurada su intimidad, será un aspecto a superar, dejando poco a poco atrás, las justificaciones para cada uno de sus actos;

- que las posiciones tutelares poco alcance tendrán, por lo tanto resultará necesario trabajar en pos de que puedan acceder a la información necesaria; viéndose esto, como una de las formas de restitución de sus derechos

amenazados o vulnerados. Teniendo muy presente siempre, que el saber no es propiedad exclusiva de los "expertos" y mucho menos, un instrumento de dominación o poder ya que, de otra forma, estaríamos dejando de lado importantes principios éticos;

-que los "pactos de silencio" van a ser un fenómeno frecuente, que implicará un trabajo conjunto con todos los miembros del grupo familiar, amigos, e incluso el equipo profesional;

-que se deberá prestar atención al momento del ciclo vital que atraviesa la familia, ya que no será lo mismo el desencadenamiento de una enfermedad en una familia que su nivel de madurez les ha hecho transitar y superar otras situaciones de crisis; de aquellas que no las han afrontado aún, y que no han puesto a prueba jamás, su capacidad para hacer frente a determinados conflictos;

-que la flexibilidad, será la característica que les permitirá afrontar con mayor facilidad los cambios demandados por las diversas circunstancias;

-que la apertura en la comunicación, los llevará a expresar sus sentimientos y que esto, será un proceso positivo para el grupo familiar, aún cuando estos parezcan injustificados o sean negativos; ya que dichas manifestaciones, serán

el primer paso para que comiencen a ser retrainados.

Destacamos por último que será fundamental tener presente que el conflicto es un elemento más en toda familia, y que en él, no residirá la dificultad sino, en la búsqueda de las capacidades familiares para resolverlos.

Con lo anterior, queda de alguna forma en evidencia que no es tarea sencilla intervenir con un grupo familiar ya que implica otros tiempos, demandas, conflictos y formación, sabiendo que las recetas planteadas de antemano no tienen aquí aplicación alguna. Más allá de esto, no debemos permitir que las anteriores dificultades (e incluso otras), nos hagan postergar un verdadero trabajo con las familias.

La problematización constante al interior de los equipos de trabajo, se constituye en una acción esencial para redefinir en forma permanente el qué, cómo y qué no se hace, en intervenciones de este tipo. La etapa en donde quedaba "al buen criterio" del profesional el cómo intervenir parece quedar atrás afortunadamente, es así que debemos definir un nuevo saber hacer crítico.

Se deberá identificar a las familias como espacios estratégicos de intercambio, en donde se puede reflexionar sobre su situación actual, sobre lo que puede ocurrir, y sobre lo que es factible de hacer respecto a la patología y al impacto que genera en el conjunto.

A la hora de dar una propuesta, nos sentimos en condiciones de resaltar que debemos trabajar para la consolidación del perfil de familia, a la cual los

sistémicos llamarían complementaria; donde fundamentalmente, todos los miembros tienen la sensación de ser ellos mismos; y en donde, a pesar de existir espacios de todos, de encuentro, de un nosotros, nadie ve afectada su individualidad.

Además, la intervención debe ser desarrollada a lo largo de los tres momentos esenciales: antes, durante y posterior al estadio agudo de la enfermedad, respetando y conociendo las características propias de cada momento.

Sumado a lo anterior, será imposible pensar en una estrategia de intervención exitosa que olvide la participación activa, tanto de la persona, como de su grupo familiar o red social de referencia.

Por último, consideramos relevante comenzar a diseñar por un lado, protocolos de intervención para con las familias; teniendo a estos, como puntos de referencia y no como lineamientos rígidos y estandarizados. Por el otro, sumergirnos en el mundo de la investigación para lograr nutrir, con fundamento teórico y posicionamiento político, a nuestras intervenciones.

Guiadas por los objetivos de esta investigación hemos podido ver:

Por un lado, la forma en que los vínculos familiares inciden en el surgimiento y persistencia de una patología psíquica. Así, las diferentes dimensiones de análisis nos han arrojado el sustento fáctico suficiente como para poder afirmar que, los vínculos establecidos entre los miembros de una familia, si bien no pueden ser entendidos como factor unicausal, aportan al

surgimiento y evolución de la misma.

Por otra parte, no quedan dudas en cuanto a las transformaciones y/o variaciones que sufrirán los vínculos preexistentes, al desarrollarse una enfermedad como la psicosis. Esto ha quedado en evidencia al enunciar las modificaciones que se generan al interior de la relación de sus padres (en cuanto pareja), o en el rol que le es asignado a sus hermanos, una vez producido el brote y/o dado un diagnóstico.

Finalizando, y haciendo ahora alusión a nuestro último objetivo, creemos haber hecho ampliamente referencia a los aportes del Trabajo Social en dicho campo en cada una de las dimensiones abordadas. Tanto es así que, concluimos este trabajo con muchas dudas pero con una única certeza: el Trabajo Social tiene mucho que aportar a esta temática, es un actor central indiscutible y queda en nosotros, como miembros de este colectivo profesional, empezar a definir futuras líneas de investigación-acción.

Creemos haber hecho un importante aporte hacia dicho campo, con las falencias lógicas de los tiempos y de la falta de experiencia, pero con la seguridad indudable de que para transformar la realidad enunciada, hay que poner manos a la obra, con el mayor compromiso posible.

BIBLIOGRAFIA

- ▶ 1° jornadas sobre Salud y Trabajo Social. *¿Salud para todos en el año 2000? Posibilidades y desafíos para la intervención del Trabajador Social.* 23 y 24 de septiembre de 1999. Centro regional Gral. Sarmiento. UNLU.

- ▶ ALONSO, Luis Enrique (1999). "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa". DELGADO, Juan Manuel y GUTIÉRREZ, Juan (coords.), **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales.** España: Síntesis.

- ▶ ÁLVAREZ GÁLVEZ Eugenio (2002) **Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. Servicios de Salud Mental de Getafe Área X. Madrid.** Anales de Psiquiatría 2002. Aran EDICIONES, S. L. Vol. 18. N.º 1, pp. 18-26. disponible en: http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/psicosoc_eqz.pdf

- ▶ AMICO, Lucia del Carmen (2005). **La institucionalización de la locura: la intervención del trabajo social en alternativas de atención.** 1°ed. Buenos Aires: Editorial Espacio.

- ▶ ANDER EGG, Ezequiel (1979) **Diccionario de Trabajo Social.** Buenos Aires: editorial ECRO.

- ▶ *Asociación argentina de neurofibromatosis. LA FAMILIA FRENTE A LA ENFERMEDAD CRONICA Y LA DISCAPACIDAD* (2007) Cuadernillo n°13. Disponible en: <http://www.aanf.org.ar/download/index.php>

- ▶ AUSTIN, Tomás. **El diseño de investigación.** Se encuentra en: http://www.angelfire.com/emo/tomaustin/Met/guiacuatrodis_e_o.htm

- ▶ BARG, Liliana (organizadora) (2006). **Lo interdisciplinario en salud mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad.** Buenos aires: Editorial Espacio.

- ▶ BECERRA Rosa Maria, KENNEL Beatriz Liliana (2008) **Elementos básicos para el trabajo social en la salud mental.** 1°ed. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- ▶ BERENSTEIN, I. (1976) **Familia y enfermedad mental**. Paidós. Buenos Aires.
- ▶ BERENSTEIN, I. Y PUGET, J. (1998) **Lo vincular. Clínica y Técnica Psicoanalítica**. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- ▶ Blog sobre investigación. **Las Entrevistas a Profundidad no son Cuestionarios**. Se encuentra en:
<http://carpio.wordpress.com/2007/04/14/las-entrevistas-a-profundidad-no-son-cuestionarios/>
- ▶ *Boletín del Instituto Galene* POSIBILIDADES Y LÍMITES DE LAS CONSTELACIONES FAMILIARES, 2007. "Todo tiene su límite. Una aspiradora no sirve para fregar los platos." Disponible en:
<http://www.metaescuela.com/documents/Article%20de%20Peter%20Bourguin.pdf>
- ▶ BUSTELO Eduardo, MINUJIN Alberto (1998) **Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes**. UNICEF, colección cuadernos debate. Buenos Aires: Ed Santillana.
- ▶ CÁCERES, Álvarez R. (1996). **El método científico en las ciencias de la salud. Las bases de la investigación biomédica**. Madrid: Díaz de Santos.
- ▶ CARBALLEDA, Alfredo J. M. (2004), **Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad**. Espacio Editorial. Buenos Aires
- ▶ CASTILLA, A; LOPEZ, M; CHAVARRIA V.; SANJUAN, M.; CANUT, P.; MARTINEZ, M.; MARTINEZ, J.M.; CACERES J.L (1997). **La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrenicos en tratamiento ambulatorio**. Se puede encontrar en:
http://usuarios.lycos.es/mental/carga_fam.pdf
- ▶ CASTORIADIS-AULAGNIER, Piera (1991). **La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado**. Buenos Aires:

Amorrortu editores.

- ▶ CESILINI G, GUERRINI M, NOVOA P (2007) ***La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social.*** Buenos Aires: Editorial Espacio.
- ▶ CHADI, Mónica (2005). ***Familias y tratamiento familiar. Un desarrollo técnico-práctico.*** Buenos Aires: Editorial Espacio.
- ▶ DE JONG, Eloisa (2001) ***La familia en los albores del nuevo milenio- Reflexiones interdisciplinarias un aporte al trabajo social.*** Buenos Aires: Ed. Espacio.
- ▶ FAZIO, Gaston., PIETRAMALA, Karina. ***Postdata sobre la psicosis y el lazo social. Relato sobre una experiencia.*** Disponible en:
www.psiconet.com/argentina/articulos/fazio2.htm
- ▶ GONZALES GALLEGOS, Juan Max (2007). ***LA FAMILIA COMO SISTEMA.*** Revista Paceaña de Medicina Familiar. 2007. Sociedad Pacena de Medicina Familiar, La Paz, Bolivia. Pag 111-114. Disponible en:
http://www.mflapaz.com/Revista_6/revista_6_pdf/4%20LA%20FAMILIA%20COMO%20SISTEMA.pdf
- ▶ GOSENDE, Eduardo (2007). ***LA ENTREVISTA.*** Material de apoyo para la cátedra. Facultad de psicología. Cátedra II de psicología social: Prof. Robertazzi. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.
- ▶ *III Congreso La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo.* SARTO MARTÍN, María Pilar. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) ***FAMILIA Y DISCAPACIDAD.***
- ▶ JAUREGUI LOBERA, Ignacio (2005). ***Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.*** Hospital Infanta Luisa, Sevilla, España. En el marco del libro *Trastornos de la Conducta Alimentaria.* Disponible en:

http://www.nutrinfo.com/pagina/info/autoayuda_y_participacion_de_la_familia.pdf

- ▶ KAPLAN Harold y SADOCK Benjamín **Signos y Síntomas típicos de la Enfermedad Mental** , en Harold Kaplan & Benjamin Sadock editores, "Tratado de Psiquiatría", sexta edición, vol.I, cap. 9, ap. 3., Editorial Intermédica S.A.I.C.I., 1997.
- ▶ LEFF, Julian, **Trabajando con familias de pacientes esquizofrénicos**. Artículos on line: Perspectivas sistémicas, la nueva comunicación. Disponible en:
<http://www.redsistemica.com.ar/leff.htm>.<http://www.redsistemica.com.ar/leff.htm>.
- ▶ MARTINEZ, Francisco, OCHOA Susana., y otros (2000) **Redes sociales de personas con esquizofrenia**. Cuadernos de Trabajo Social. ISSN 0214-0314
- ▶ MENDEZ, Rubens Ramón (2006) **"Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental"** 1º ed. Ed. UNMdP. Mar del Plata.
- ▶ MERINO MADRID, Hipólito y PEREIRA CALVIÑO, María(1990). **Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar**. Universidad de Santiago Deptº de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v06/v06_1/02-06_1.pdf
- ▶ MINUCHIN S (1974). **Familias y Terapia Familiar**. España: Editorial Gedisa.
- ▶ PALAZZOLI, Mara (1995). **Los juegos psicóticos en la familia**. Barcelona. Editorial Paidós ibeca - Edición nº 1.
- ▶ PARRA, Gustavo (comp) (2004). **Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social**. Buenos Aires: Editorial Espacio.

- ▶ PICHON RIVIÈRE, Enrique(1985). **Teoría del vínculo**. Escrito por Fernando Taragano. Buenos Aires: Nueva Vision.

- ▶ PILNICK, Marta **La psicosis. Sensibilidad genialidad locura. La familia como refractaria. Los límites y la transgresión. El contexto para la adaptabilidad o para la enfermedad**. Ensayo. Disponible en: www.fpsico.unr.edu.ar/congreso/mesas/mesa_20

- ▶ PRATA, Giuliana (1993). **Un arpón sistémico para juegos familiares**. Argentina: Amorrortu.

- ▶ REICHART ChS, Cook TD (1986). **Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y cuantitativos**. En: Cook TD,. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Morata

- ▶ ROLLAND, Jhon (2000). **Familias, enfermedad y discapacidad**. Una propuesta desde la teoría sistémica.

- ▶ ROZAS PAGAZA, Margarita (1998) **Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social**. Editorial Espacio. Buenos Aires.

- ▶ ROZAS PAGAZA, Margarita (2003). **Las distintas tendencias del Trabajo social en la argentina de hoy**. En Trabajo Social y nuevas configuraciones de lo social. Seminario internacional. Maestría en trabajo social. 16-19 de mayo de 2001. Buenos Aires: Editorial Espacio.

- ▶ SABINO, Carlos (1998) **Como hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos**. Buenos aires: Edición ampliada. Editorial lumen/ hvmánitas.

- ▶ SARTO MARTIN, Maria Pilar (1999) **Familia y discapacidad**, ponencia dictada en el III Congreso "La atención a la diversidad en el sistema educativo", Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

- ▶ TAYLOR y BOGDAN. **Introducción a los métodos cualitativos de**

investigación. Que se encuentra en :

<http://www.altillo.com/exámenes/uces/publicidad/metodic/metodic2002.asp>

- ▶ TÉLLEZ-VARGAS, Jorge. **Tratamiento Psicosocial de la Esquizofrenia.** Documento publicado en la Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Disponible en:
www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol4/articulos/articulo9.pdf
- ▶ TIZON, Jorge. (2009) **Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis.** Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. versión ISSN 0211-5735., Madrid, España. V.29 nº1. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352009000100003&script=sci_arttext
- ▶ VALENCIA, Marcelo; RASCON, María Luisa y QUIROGA, Horacio. (2003) **Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia.** Salud mental, octubre. Año/vol 26, numero 005. Instituto nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente. DF, México. PP1-18. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58252601.pdf>
- ▶ VECSLIR, Mercedes., GOLDMAN, Adriana. **Área de Salud Mental.** Fundación MF, "Para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud". Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires. Disponible en:
<http://www.foroaps.org/files/flia.pdf>
- ▶ VELA PEÓN, Fortino (2001). **Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa.** TARRÉS, María Luisa (coord.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México: Porrúa.
- ▶ VERA LUGO, Juan Pablo y JARAMILLO MARÍN Jefferson (2007). **Teoría social, métodos cualitativos y etnografía: el problema de la representación y reflexividad en las ciencias sociales.** Colombia, Pontificia Universidad Javeriana (formato PDF)

- ▶ ZITO LEMA, Vicente (1976). ***Conversaciones con Enrique Pichon Rivière.*** Buenos Aires: Timmerman Editores

ANEXOS

DATOS DEL PACIENTE.

Nombre y Apellido: F.

Sexo: M X F ...

Edad: 24

Estado civil: soltero

Nivel de Instrucción: Secundario Incompleto

Diagnostico médico: psicosis crónica con posible trastorno del desarrollo previo.

Cuidador Principal: Maria.

HISTORIA DE VIDA:

Alusiones acerca de ellos mismos, su infancia y su patología:

Al comenzar la entrevista, más allá de sus datos personales completos, expone no conocer a su padre biológico (a pesar de que a lo largo de los encuentros se desdice en reiteradas oportunidades respecto a esto; en ocasiones, reconoce a la pareja actual de su madre como su padre biológico, sin retractarse al ser repreguntado).

Asegura haber nacido en Merlo y haberse mudado posteriormente a la localidad de Mar de Ajo junto a su madre y a su padrastro: "Un día nos fuimos, creo que tenía 5 o 6 años. Nos fuimos porque Roberto iba a ser pastor de la iglesia de allá"; "pero poné que yo nací en Buenos Aires, yo soy de allá".

Abandonó sus estudios secundarios porque según refiere: "no me daba", "nunca aprendí nada yo".

En el año 2007 y con 21 años de edad, se fue de su casa (por tener una mala relación con su familia); vivió en la calle, en una obra en construcción, no recuerda por cuanto tiempo. Esta situación persiste hasta que, en el mismo año, tuvo un accidente: confuso episodio en donde cae de un segundo piso de la obra en construcción antes mencionada; el mismo fue categorizado como intento de suicidio (según figura en su historia clínica). El suceso requirió internación, inicialmente en el hospital de su localidad, por lesiones óseas y TEC; y un posterior traslado al HIGA, área de Salud Mental, por encontrarse en un estado de descompensación psicótica. Ante esto él expone: "Me asuste, no se porque y me tiré"; "no me acuerdo de eso así que, no me pregunten".

Nos comenta que desde el año 2005 se encuentra en tratamiento psicológico en su localidad de origen, según lo que refiere a causa de su consumo de sustancias. También afirma haber estado en contacto desde ese año en el CPA de su localidad. Prefiere no hablar de ese tema: "No me gusta hablar de eso, mi familia no me quiere por eso", "lo hice porque no daba más".

Al preguntarle sobre la internación, menciona: "me da igual estar acá o en cualquier otro lado", "Igual mejor me quiero ir", "extraño la calle, mi casa no".

Relatos sobre su familia:

Relata que en la actualidad convive con su madre, María (ama de casa, de 50 años de edad); su padrastro, Roberto (desocupado, ex pastor, miembro de la iglesia evangélica y padre de sus tres hermanos menores); y sus hermanos: Florencia (de 16 años), Josué (de 14 años) y Marcos (de 13 años de edad).

No nombra, a lo largo de su relato, a otros familiares.

Respecto a su familia, afirma: "Me llevo muy mal con todos, ellos no me quieren". "Mi padrastro no me quiere, me pega, aunque a veces jugamos a la pelota". "La culpa de todo la tiene mi mamá, por culpa de ella nos dejó mi papá"; "Yo a mi papá no lo conozco"; "me llevo mal con mi papá" (haciendo alusión a su padrastro, a quien oportunidades se refiere como "papá" y en otras como "Roberto").

En relación con sus hermanos reconoce llevarse poco con Josué y Marcos: "Me llevo bien, pero ellos casi nunca están conmigo", "ellos juegan a la pelota en la escuela de fútbol de mi papá, yo un día jugué"; al ser indagado por Florencia, expone: "No se que decir de ella, no nos tratamos; ella no me quiere, me culpa por estar así".

"Toda mi familia cree que todo lo hago al propósito"; "no creen que me siento mal, me dejan acá (HIGA) y no vuelven más a verme".

Relato sobre amigos y otros significativos:

Afirma no haber tenido nunca amigos: "Ni de chico, ni ahora, yo nunca tuve a nadie de amigo", "Prefiero estar solo". Más allá de esto se identifican vínculos sociales muy fuertes con el Pastor y miembros de la iglesia evangélica a la que concurren frecuentemente tanto él, como su grupo familiar: "A ellos los veo todos los días", "El Pastor siempre está conmigo y me ayuda"; "Adriana y los demás también"

(no recuerda sus nombres).

Por otra parte, hace alusión a la doctora que trabaja con él en el HIGA (donde se encuentra internado): "la Dr. C. es buena pero a veces no me entiende, me deja acá y no sé porque".

ELENCO:

FAMILIA.	AMIGOS.	COMPAÑEROS Y/o REFERENTES INSTITUCIONALES	OTROS.
María, mamá		Pastor	
Roberto, padrastro		Adriana	
Padre biológico		Dr. C.	
Florencia, hermana			
Josué, hermano			
Marcos, hermano			

GRUPO FAMILIAR, SISTEMA VINCULAR:

1 **Grupo Familiar Conviviente:**

-Madre: María. M., 50 años. Ama de casa. Miembro de la iglesia evangelista de su localidad.

-Roberto. B., actual pareja de su madre, con quien tiene tres hijos. No

cuenta con empleo formal, subsistiendo mediante empleos esporádicos (changas).
Miembro de iglesia evangelista, ex pastor.

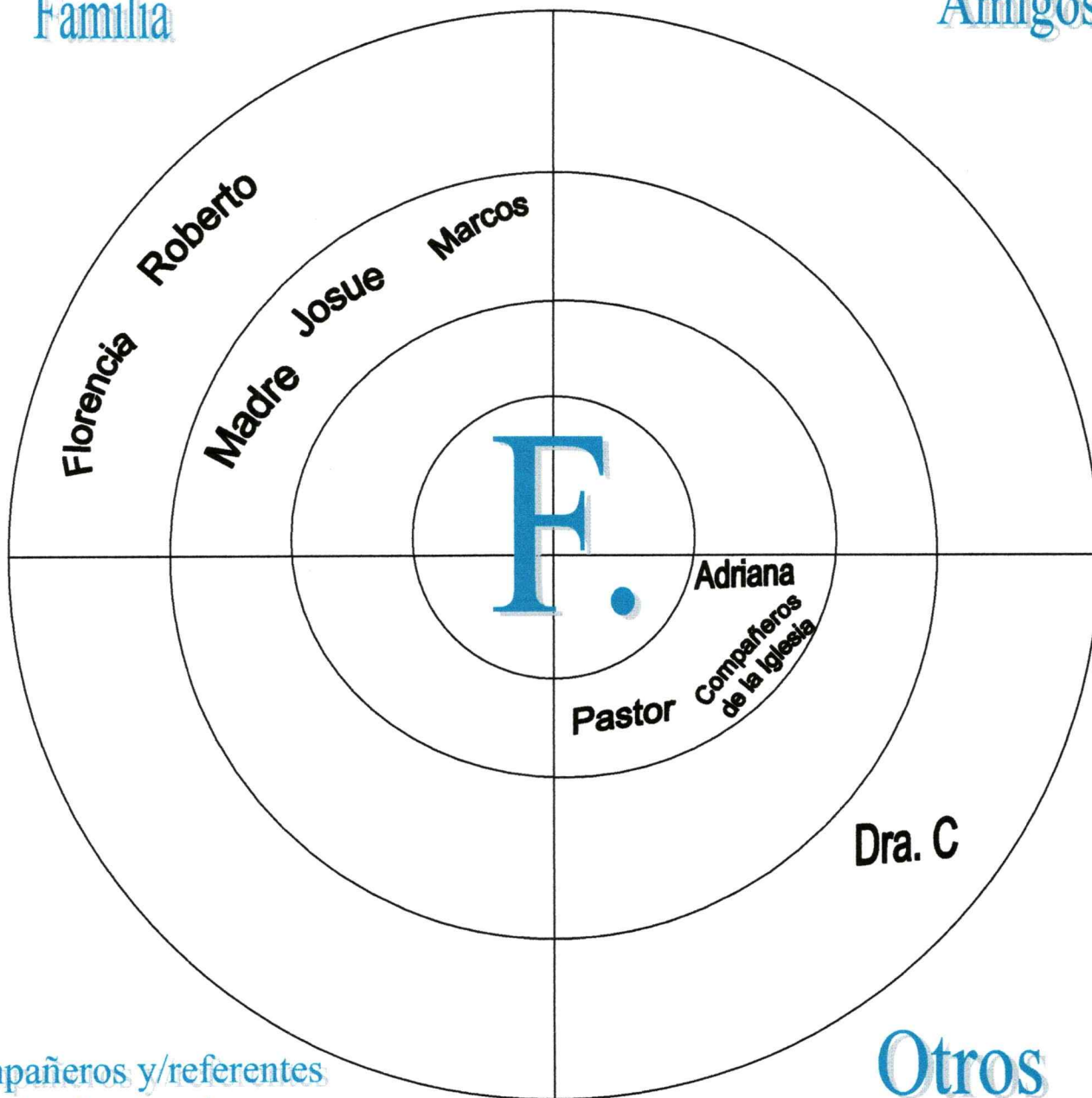
-Hermanos: Florencia. B. de 16 años de edad, quien cursa sus estudios secundarios en la Escuelas Media N° 1 (Mar de Ajó) y trabaja en un almacén de su localidad.

-Josué. D. B. y Marcos. D. B. de 14 y 13 años respectivamente, quienes realizan sus estudios en la EPB N° 5 de Mar de Ajó.

Mapa Egocentrado:

Familia

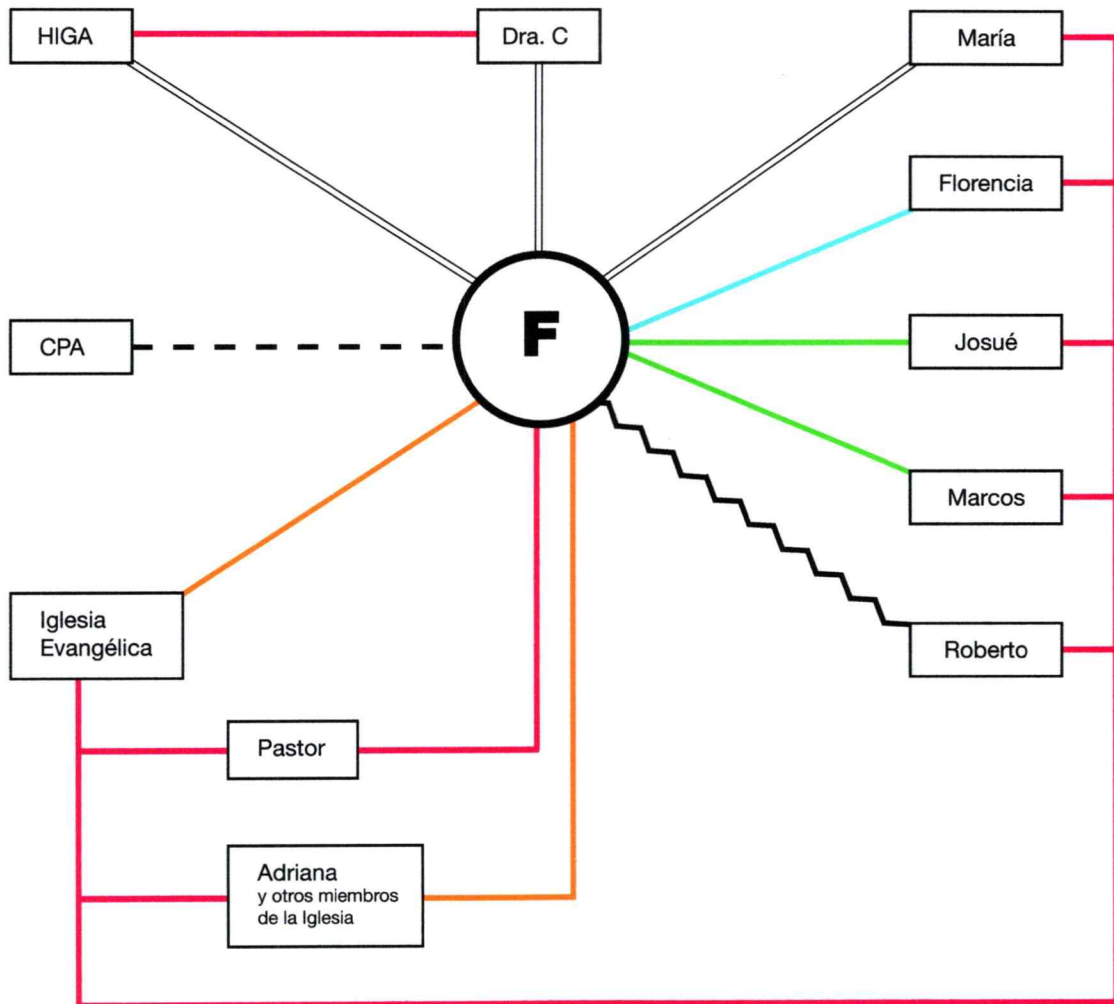
Amigos



Compañeros y/referentes
institucionales

Otros

Mapa de Relación



REFERENCIAS



1-Signos y síntomas previos a la irrupción de la enfermedad: Hace como única referencia el consumo de sustancias.

2-Posibles desencadenantes: no hace referencia.

3-Conciencia de enfermedad: prefiere no hablar del tema; ante la pregunta manifiesta no recordar. Más allá de eso, asegura que su familia no lo quiere a causa de “eso” (así se refiere cuando habla de la patología).

4-Observaciones: realiza reiteradas interrupciones a las entrevistas; sin embargo, manifiesta estar interesado de participar en este proceso. Expone en varias oportunidades no recordar.

DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL:

Nombre y apellido: Maria

Sexo: M F X **Edad:** 50 años.

Estado civil: en concubinato. **Nivel de instrucción:** Primaria Incompleta.

Vinculo con la persona: madre.

Ocupación: ama de casa.

HISTORIA DE VIDA:

Recuerdos, vivencias y alusiones acerca de la persona, su infancia y su patología:

María comenta haber venido muy joven de Tucumán; y haber trabajado durante muchos años en la casa de una familia en Merlo, en tareas de limpieza.

A los 25 años conoció al que luego, resultaría ser el padre de F.; con él, entablaron una relación por algunos meses (no recuerda con exactitud cuantos), hasta el día que ella le confeso estar embarazada: "le dije que estábamos esperando un bebé y desde ese día no volví a verlo más".

Expone que desde entonces su vida cambio, y nunca logro perdonarse a si misma lo que paso. Durante los primeros años de vida de F. vivieron en la casa de familia en la que ella trabaja pero, al conocer a Roberto, su actual pareja, abandono su trabajo para iniciar una familia junto a él: "Mis patrones siempre fueron muy buenos, aceptaron que yo me quede con F. pero con Roberto, nosotros tuvimos la oportunidad de tener una familia" "era necesario, F. necesitaba un papá"

Una oportunidad laboral de Roberto (como pastor en iglesia evangélica) los hizo mudarse a la localidad de Mar de Ajo, en el Partido de La Costa: "Al principio las cosas iban bien pero después se complicaron, llegaron los otros chicos, Roberto perdió el trabajo y F. se puso así".

Manifiesta angustiada que su hijo no le perdona el abandono de su padre biológico y su radicación en la localidad en la que viven. Además expone: "el siempre fue raro, siempre nos hizo estas cosas, yo a veces no puedo más" "sus hermanos sufren mucho por lo que él hace".

Confiesa no cumplir con el tratamiento de su hijo por motivos económicos:

“Roberto hace lo que puede, cuando el hace una changuita, va y le compra los remedios”.

Identifica como responsable de “esta situación” al padre biológico de F.: “si él no nos hubiera abandonado F. no estaría así”, “esto lo hace porque no acepta lo de su papá”.

Refiere que F. “cuando se pone loquito” hay que dejarlo sólo y se le pasa. Afirma que siempre fue extraño, pero cuando empezó a hablar sólo, ella empezó a asustarse. No duda en afirmar que F. cuando esta internado esta mejor: “cuando él esta acá (HIGA) esta bien, en casa se pone mal, agresivo, discute con Roberto, me quiere pegar; y así, todos vivimos mal”.

Alusiones sobre relaciones significativas en la vida de la persona:

Asegura que su hijo es una persona solitaria e independiente: “No le gusta estar con nadie, por eso se fue a vivir solo” (cuando se hace alusión a la obra en construcción en la que F. vivía prefiere cambiar de tema).

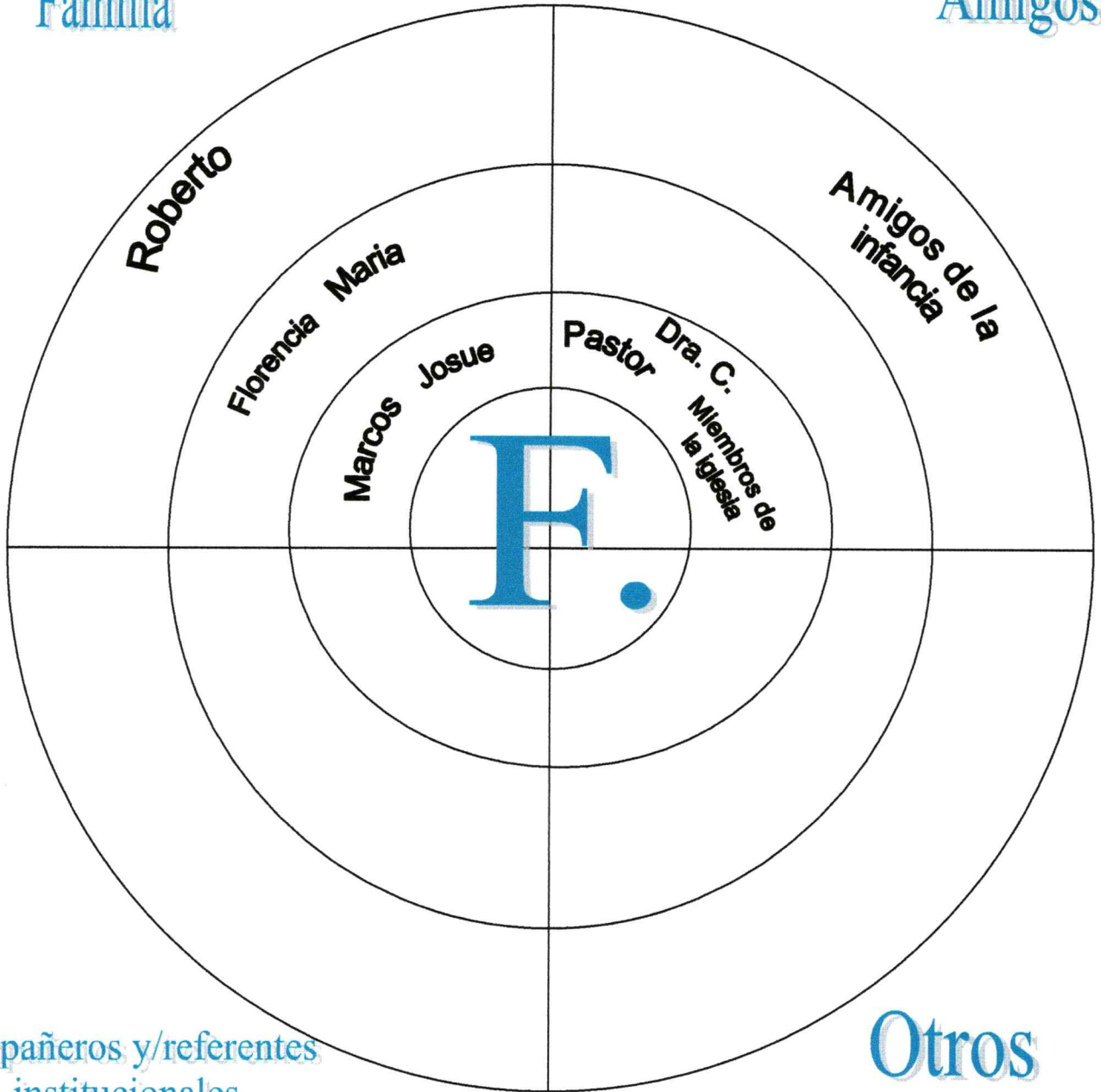
Asegura que F. mantiene una muy mala relación con todo el grupo familia: “a mi no me perdona lo de su papá” “con los peores que se lleva son con Roberto y Florencia”. Por su parte, identifica una buena relación entre F. y sus dos hermanos menores.

Expone que F. no tiene amigos, salvo el Pastor y la gente de la iglesia ellos son, según refiere, el único vinculo que F. tiene en la vida: “si no fuera por ellos él no hablaría con nadie” “la iglesia es el único lugar al que él quiere ir”.

Mapa Egocentrado:

Familia

Amigos



Compañeros y/referentes institucionales

Otros

1-Signos y síntomas previos a la irrupción de la enfermedad: no precisa síntomas iniciales pero sí asegura haberse empezado a preocupar cuando F. “comenzó a hablar sólo”.

2-Posibles desencadenantes: abandono por parte del padre biológico de F. Resulta importante destacar que lo identifica como desencadenante, no de la patología sino, “de sus actitudes, su manera de ser”

3-Conciencia de enfermedad: no se identifica conciencia de enfermedad y si, por lo contrario, relaciona la enfermedad de F. como actos similares a los que podrían ser denominados como “caprichos.”

4-Observaciones: se manifiesta durante las entrevistas con un alto nivel de angustia; omite profundización en determinados temas.

DATOS DEL PACIENTE.

Nombre y Apellido: R.

Sexo: M X F ...

Edad: 33

Estado civil: soltero

Nivel de Instrucción: Primaria Incompleta

Diagnostico médico: psicosis crónica.

Cuidador Principal: Haydee, Madre.

HISTORIA DE VIDA:

Alusiones acerca de ellos mismos, su infancia y su patología:

Al comenzar la entrevista nos comunica su edad y datos completos.

Comenta que su papa falleció en el verano del 2007 y que ahora vive con su madre y cuatro hermanos; que son en total nueve hermanos pero que solo siete, de esos nueve, son de madre y padre; las dos mayores son solo hijas de su padre, pero su madre desde chicas se ocupo de su crianza, así afirma: "Mi mamá se hizo cargo de todos, los crió".

Nos comenta que cuando él tenía siete años se mudaron de su casa anterior y se fueron a vivir a la calle Avellaneda (actual domicilio). El cambio de barrio fue positivo según R. ya que según refiere: "antes no tenía a nadie en cambio ahora conozco a algunos y tengo un amigo (Marcos)". La casa fue comprada a un primo de sus padres.

Curso primer grado en la escuela N° 33 y después, desconociendo el porque, le dieron el pase, junto a su hermana melliza Laura, a la escuela N° 502. Afirma que: "ahí era un líder", "mi maestra se llamaba Cristina y cuando nos dejaba solos nos portábamos muy mal, ella era buena"; "A mí me costaba mucho, nunca quise pasar al pizarrón; nunca aprendí a escribir, leer si puedo"; "en esa escuela no tenía amigos, pero igual era el líder, yo nunca tuve amigos".

Cursó, según refiere, hasta tercer grado y cree que le entregaron un diploma por esos años: "lo debe tener mi mamá".

Durante unos años sostiene no haber hecho nada: "no sé porque, pero no hacía nada". Después (no puede precisar tiempo) su hermano Roberto lo lleva a trabajar con él, pero afirma haber durado solo un día: "No Aguante".

A los quince años comenzó el oficio de techista donde conoce a un referente central en su vida: su jefe, "El Paraguayo" (Juan). Marca ese momento con un antes y un después no sólo, por el trabajo y su jefe, sino porque lo visualiza como el momento donde comienza a beber alcohol: "tomaba mucho": "...en la obra siempre se toma"; "ahí me hice alcohólico".

Refiere que su padre no quería que trabajara, pero él sentía que no podía vivir sin hacer nada.

A los veinte años se mudó a vivir solo al barrio La Herradura "me manejaba bien solo, iba a lo de mi hermana solo a comer, después todo lo hacía solo"; "nunca estaba trabajaba mucho, siempre atrás del Paraguayo". Asegura haber sido feliz ahí aunque se sentía solo y se llevaba mal con los vecinos (al indagar por qué, da un relato confuso donde repite varias veces: "al pibe lo mataron").

Comenta que el año 2006 tuvo un accidente, siendo atropellado por una camioneta. A partir de allí comienza un largo período de rehabilitación y un proceso judicial que en la actualidad continúa sin ser resuelto.

La muerte de su padre en el verano del 2007 será el hecho bisagra más significativo de su vida, volviendo de forma continua en su relato a este momento. Afirma que su muerte lo confundió aun más y desde entonces las reinternaciones resultan más periódicas. Al indagar sobre la primera internación refiere que fue por causa de poder hacer un cambio climático: "cuando les conté que si me concentraba podía hacer un cambio climático, me internaron"; "ahora también sé que puedo hacerlo".

Asegura: "Mi papá me trajo acá por primera vez, sino me moría, tomaba, estaba mal"; "los primeros días estaba muy mal, me perseguía por la gente"; "mis hermanos siempre pensaron que era loco, pero no estoy loco, por algo estoy en Salud Mental".

Relatos sobre su familia:

R. comenta que su familia está compuesta por su padre (hoy ya fallecido, aunque sin embargo es el primero en ser nombrado y en presente), su madre y nueve hermanos.

Relata que cuando sus padres se casaron no tenían ni para comer pero que, como su padre realizó bien su trabajo, lograron salir adelante. Su padre se

desempeñaba como chofer municipal, manejando un vehiculo donde llevaba a la gente a trabajar en las bocas de tormenta; años antes de morir se había jubilado al igual que su madre. Tuvieron siete hijos juntos, aunque su padre contaba ya con dos hijas de una relación anterior, que la pareja crió junto a los demás niños. R. en su relato. solo hace referencia a acerca de siete de ellos, los siete biológicos.

Si bien hace alusión algunos otros familiares, con ninguno de ellos aparenta tener un vinculo estable y/o fuerte.

Respecto a su padre Rafael refiere que: “desde que el falleció nada es lo mismo”

Según asegura, su papá era una persona trabajadora y muy recta, aunque aclara que a él nunca le pego (repite varias veces en su discurso la misma frase como intentando convencernos). Comenta que con él hablaban mucho y lo encaminaba. No duda en afirmar que cuando murió su papá él “empeoro” sintiendo que por eso lo han internado esta última vez: “para que lo acepte”.

Al referirse a su madre afirma: “yo siempre con mi mamá. Mis hermanos no tienen la relación que tenemos nosotros, eso es porque yo soy distinto”.

Nos cuenta que su mamá tiene hermanas que viven Neuquén que no las ve desde el año 1982, él sólo las conoce por fotos, reconoce que le gustaría conocerla, quiere saber si son parecidas a su madre.

Interrumpe su discurso y nos dice que no quiere hablar más de su mamá, que no tiene más que contar.

Relata que tiene una hermana llamada Laura que vive en la actualidad con sus tres hijos en el barrio La Herradura; está separada. No se ven porque según refiere: “ella tiene una vida y está ocupada”.

Nos relata una anécdota de ella con su padre, el día que su ex pareja vino a pedir la mano de Laura hace ocho años: “Mi papá le dijo muy serio... si te la llevas no la traes más”, “mi papá era así, o blanco, o negro”; “yo no sentí nada cuando se casó, nunca siento nada”.

Comenta que el único recuerdo que tiene de su hermana es que fueron juntos a la escuela N° 502 y que, cuando él vivía en La Herradura, almorzaban juntos.

Con respecto a “Tito”, Ángel, su hermano menor (22 años), afirma que es con el que mejor relación mantiene. Ángel es mecánico de motos (“el ama las motos”), y

según Rafael va a llegar lejos porque ya tiene su propio “tallercito”, en el terreno lindero de su casa.

Con respecto al hermano mayor (por parte de padre y madre), Pedro (38 años), nos comenta que habla a veces con él, no hace más referencias, reconoce no conocerlo mucho; igual es el sentimiento que le despierta Maria Isabel (37 años): “nada, no nos conocemos”.

Reconoce que Luís (36 años), es el más serio y el que a ocupado el rol de su papá desde que murió: “es muy serio, nunca habla; él manda porque mi viejo no esta” (repite en reiteradas oportunidades que es Luís el que toma las decisiones en su casa).

Por último, hace alusión a Roberto diciendo: “El es igual a papá, el mismo carácter”; nos comenta que horas antes de la entrevista, Roberto fue a visitarlo por primera vez: “a mi hermano no le gusta venir acá por eso no me ve”; “el labura todo el día, en un desarmadero, con el Paisano. Ese es un tráfuga, yo no me llevo.

Reflexiona finalmente afirmando: “Mis hermanos me tienen por loco, pero yo no soy loco, por eso estoy en Salud Mental”.

Con respecto a otros familiares más allá de sus tías maternas a las cuales no conoce, recuerda y nombre a dos tíos paternos: José y Carmen.

José, tiene dos hijos que no tienen ningún tipo de relación con Rafael. Uno de ellos es peluquero, según sus dichos.

Con respecto a Carmen refiere que esta casada con: “El Turco” con el cual Rafael reconoce tener una muy mala relación (no da testimonio de porque).

Por último reflexiona: “Mi familia no me quiere...y con razón”.

Relato sobre amigos y otros significativos:

Durante los tres espacios de entrevista mantenidos con R. hace referencia a cinco personas fuera de su grupo familiar, los mismo son:

-Jeremías: el mismo, es un paciente que conoció en el hospital, en una de sus internaciones; varias fueron las oportunidades en las que coincidieron en ese dispositivo. Desde aquel momento, ambos entablaron una importante relación. La familia de Jeremías a ayudado en reiteradas oportunidades materialmente a Rafael

(en una de las entrevistas nos muestra por ejemplo, una campera que le a traído el padre de jeremías).

Rafael respecto a él, refiere: “el es mi verdadero amigo”; “a veces me doy cuenta que me trato más con él que con mis hermanos”; “me llevo mucho, es importante estar acá con él” (durante los periodos que requieren hospitalización); “pronto va a salir, pero igual vamos a seguir siendo amigos”.

-Juan, “El Paraguayo”: fue su jefe desde que Rafael tenia quince años y hasta meses previos a su internación. Lo nombra en reiteradas oportunidades durante las entrevistas en frases como por ejemplo: “el tiene muy linda casa”; “teníamos una muy buena relación, es divertido”; “siempre me llevaba a bailar”; “su mujer es muy linda”; “son testigos de Jehová”; “tiene tres hijas hermosas: Nadia, Natalia y Verónica”; “las nenas no se pelean mucho”.

Por último reflexiona comentándonos: “Mi jefe es como mi padre”; pero inmediatamente después afirma: “Igual al Paraguayo no le importo, no me vino a ver; sólo una vez hace un año, vino a la reja, me dejo cigarrillos y se fue”.

-Marcos: es el único amigo de la infancia que nombra en su relato: “es el único amigo de toda la vida que tengo”; “era del barrio, desde chico”; “a él que me da la sensación que no le molesta venir a verme acá”.

-Abogado: “el me lleva el juicio por el accidente”; “no tengo mucho trato”; “hace rato que no sé nada de cómo va eso”.

-Dr. M: “él me interno, pero hizo bien, yo no estaba bien”; “no me entendió con lo del cambio climático”; “él sabe todo de mí”; “es muy importante en mi vida, no trabaja más acá pero me viene a ver”

ELENCO:

FAMILIA.	AMIGOS.	COMPANEROS Y/O REFERENTES INSTITUCIONAL ES.	OTROS.
Papá Pedro	Marcos	Jeremías	abogado
Mamá Maria Haydee	"Paraguayó"	Dr. M.	"Paraguayó"
Laura			Mujer del Paraguayó"
Tres sobrinos, hijos de Laura.			Hijas del Paraguayó: Nadia, Natalia y Verónica.
Angel			Familia de Jeremías
Pedro			
Maria Isabel			
Luis			
Roberto			
Tías maternas			
Tía paterna, Carmen			
Espeso de Carmen, "Turco"			
Tío paterno, José			
Hijos de José			

GRUPO FAMILIAR, SISTEMA VINCULAR:

1 Grupo Familiar Conviviente:

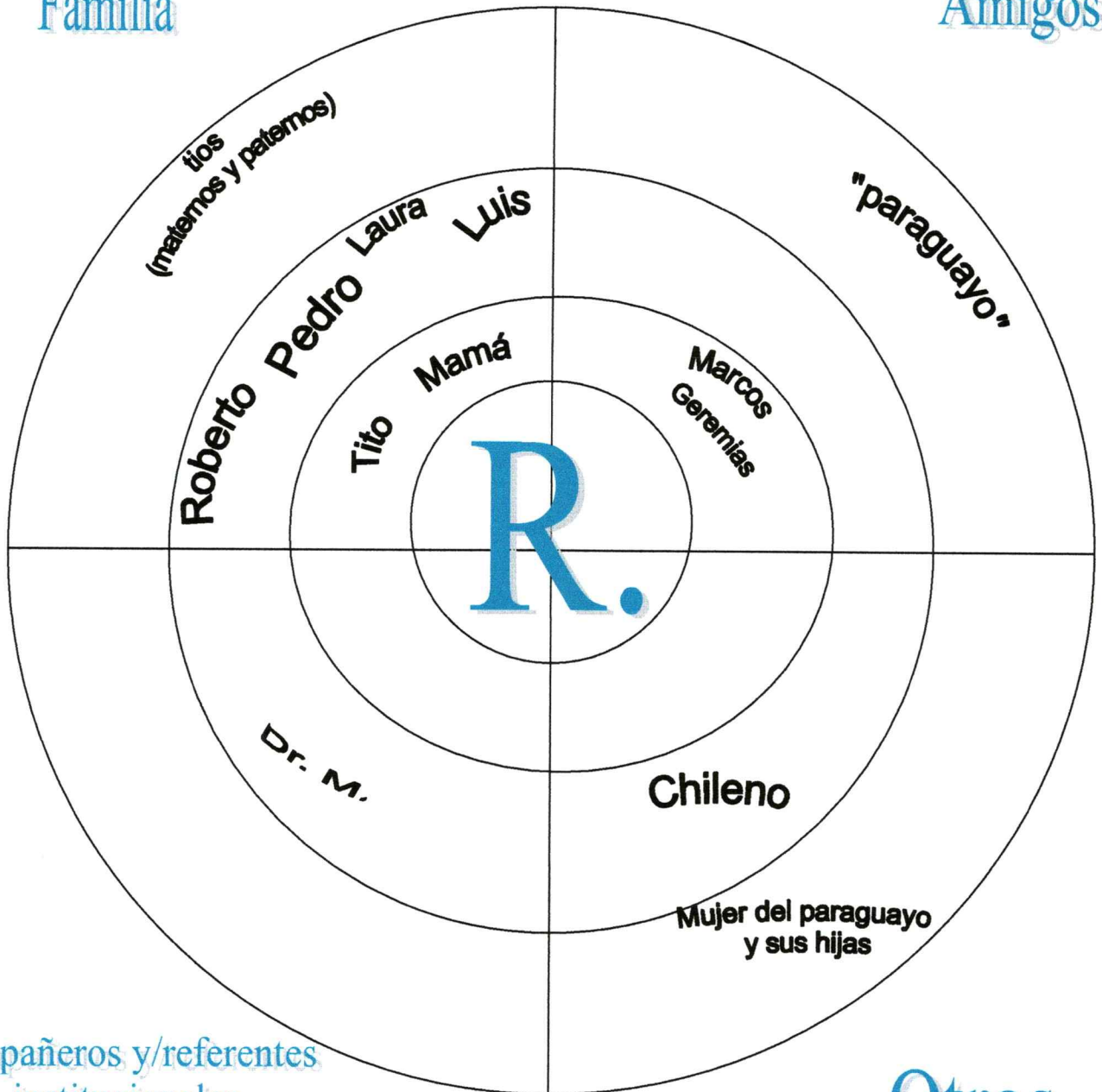
-Madre, Haydee

-Hermanos: Ángel, Luis y Roberto.

Mapa Egocentrado:

Familia

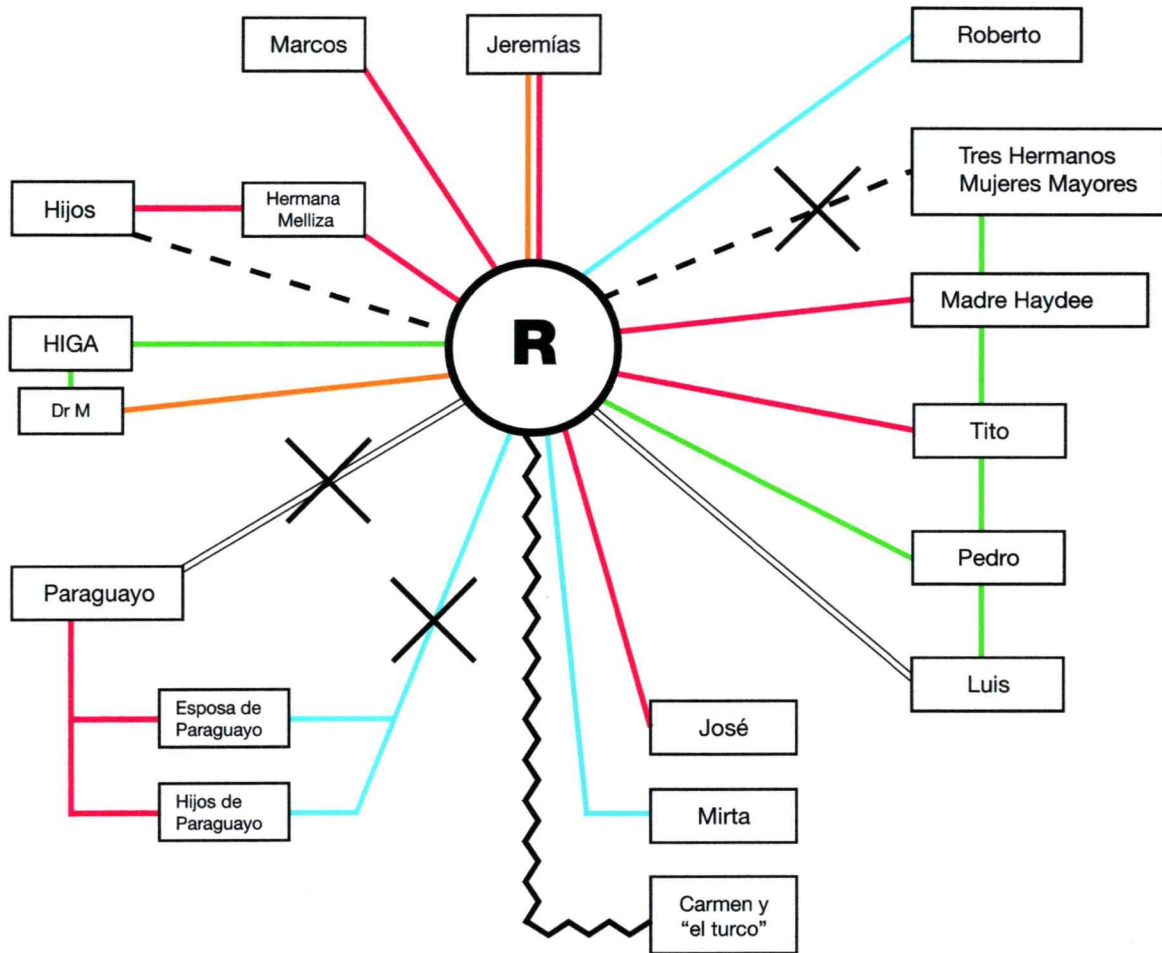
Amigos



Compañeros y/referentes
institucionales

Otros

Mapa de Relación



REFERENCIAS



1-Signos y síntomas previos a la irrupción de la enfermedad: Hace alusión a detalles como a que no ha tenido amigos en la infancia; o a que tiene una relación diferente con su madre que la que tienen sus hermanos;

2-Posibles desencadenantes: confunde dos momentos: ingesta de alcohol y muerte de su padre, aunque este es posterior a su primer brote.

3-Conciencia de enfermedad: Relativa. Si bien refiere no haber estado bien, haber tenido momentos en los que se sintió muy mal, etc. no hace en ningún momento referencia específica a su patología.

4-Observaciones: agradece el espacio de entrevistas por haber podido recordar cosas, momentos y personas que hacía tiempo que no recordaba; por otra parte reconoce a este como el único espacio en el que realizó una actividad puntual desde su internación. Se muestra todo el tiempo activo, abierto al diálogo y a colaborar en la investigación.

DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL:

Nombre y apellido: Haydee.

Sexo: M F X

Edad: 63

Estado civil: viuda.

Nivel de instrucción: Primaria Incompleta.

Vinculo con la persona: madre.

Ocupación: pensionada.

HISTORIA DE VIDA:

Recuerdos, vivencias y alusiones acerca de la persona, su infancia y su patología:

Relata que "Rafael era un chico común aunque nunca tuvo amigos".

Recuerda que empezó la primaria en la escuela N° 33 pero que después, a tanto a él como a Laura los pasaron de escuela a una "500 y pico": "no recuerdo porque, no sé si sabía"; "antes no era como ahora, te decían lo que tenías que hacer, uno lo hacía y listo". Nos asegura que Rafael aprendía, que no tenía problemas en la escuela.

Expone que tuvo una infancia normal, como la de cualquier chico: "igual a la de sus hermanos, aunque el siempre fue distinto"

A los veinte años, se fue de casa y ahí empezó a estar mal según ella recuerda: "cuando volvió, volvió re mal"; "fue un problemas de juntas y de alcohol"; "antes con nosotros estaba bien".

Refiere que ella sabe que: "en el restaurante de Ituzaingó, tomaban pastillas de caballo"; "yo nunca me metí, pero sabía lo de las pastillas" (minutos después dice que no puede asegurar lo de la pastillas pero si lo del alcohol).

Comenta que hace unos años Rafael tuvo un accidente (no puede dar referencia temporal puntual), pero que afortunadamente salió bien de eso.

Afirma que hace dos años cuando murió su marido, Rafael estuvo muy mal: "no sé si por las pastillas, por el alcohol o porque, pero estaba muy mal; por eso vino acá".

En esos años refiere que Rafael hizo un viaje a Mendoza que le hizo muy bien (profundiza muchos detalles sobre el viaje) y comenta entre otros aspectos que: "Se fue a Mendoza a la casa de una familia amiga; para ver si se le pasaba, porque estaba muy mal".

Alusiones sobre relaciones significativas en la vida de la persona:

María Haydee comenta que con su hijo siempre han mantenido una relación muy fuerte en la que los dos siempre estuvieron juntos para todo: “es muy pegado; los dos somos dependientes. Quiero que sea independiente pero él no decide nada solo, todo yo”.

Con respecto a la relación con su padre, nos comenta que le pegaba a Rafael: “él le daba mucho, todo el tiempo”; “era muy duro, pero con él andaba bien”.

En relación a sus hermanos reconoce que Rafael no mantiene ningún tipo de relación ni con sus dos hermanas mayores por parte de padre (Nélida y Mirta), ni tampoco con María Isabel (hermana menor). Afirma por otra parte que, observa una muy buena relación con “Tito” (Ángel); y agradece aliviada que esté junto a ellos Luis ya que es el que da las ordenes en la casa y al que, Rafael debe obedecer. Así, Haydee afirma; “Luis es como el papá”.

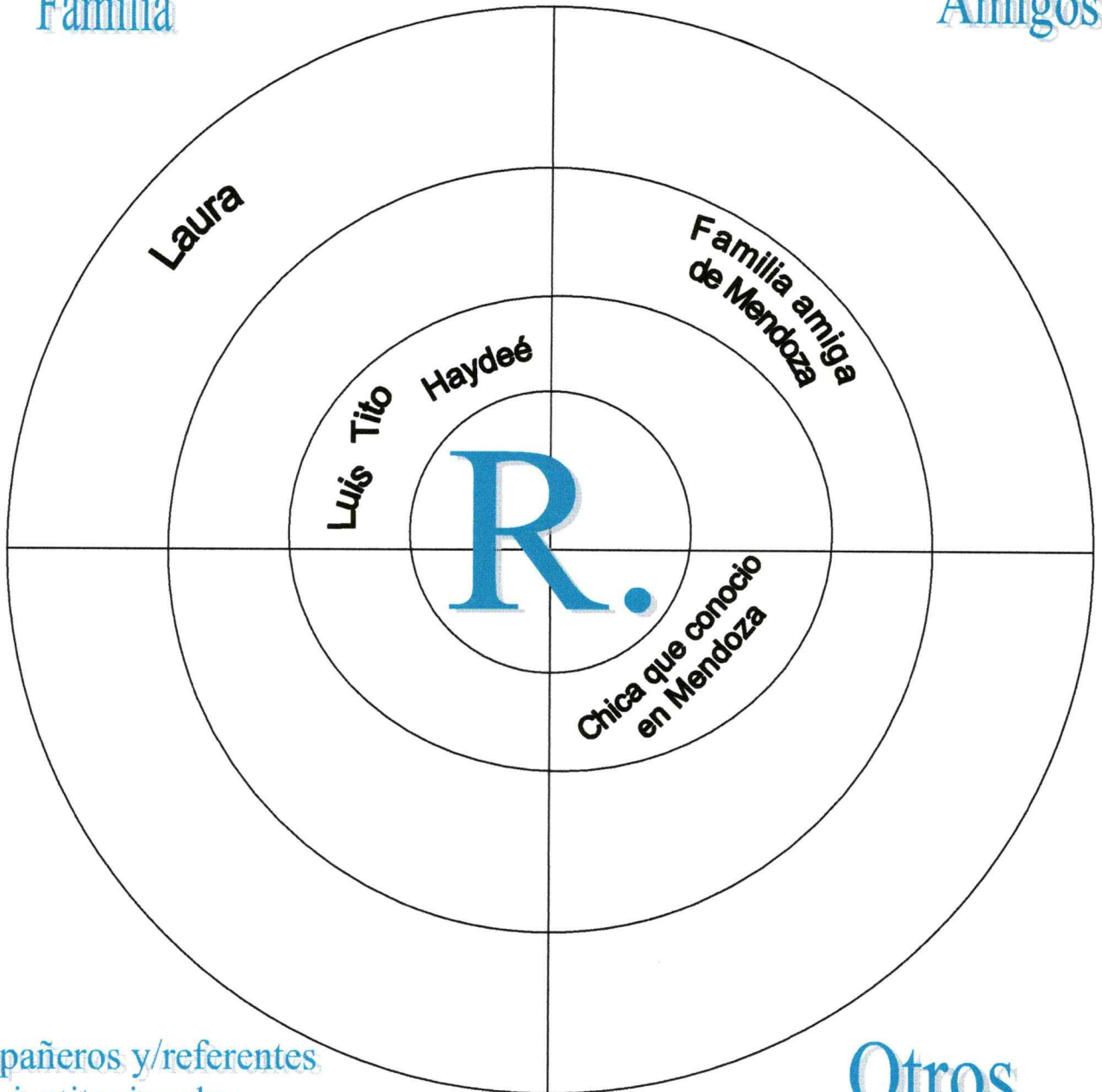
Con respecto a otras relaciones expone que: “el nunca se trató mucho con nadie, ahora dice que acá tiene un amigo pero no sé si será verdad”. Después, si según expone, tuvo “algunas juntas, ninguna buenas; por ellos está acá”; “yo no los conozco, pero me imagino, sino mirá como termino”; “hay que tener mucha paciencia como mamá con las juntas”.

Respecto a relaciones sentimentales, expone que su hijo nunca tuvo pareja, pero que en su viaje a Mendoza conoció a una chica: “No recuerdo el nombre, creo que no fueron novios porque ella tenía doce años, pero sé que le gustó”.

Mapa Egocentrado:

Familia

Amigos



Compañeros y/referentes
institucionales

Otros

1-Signos y síntomas previos a la irrupción de la enfermedad: expone que nunca a identificado nada diferente o extraño con respecto a un hijo, salvo que tomaba mucho alcohol y que tenía muy malas juntas.

2-Posibles desencadenantes: no puede especificar ninguna, pero cree que la ingesta de pastillas para caballos tuvo gran ingerencia.

3-Conciencia de enfermedad: de ningún tipo.

4-Observaciones: intenta omitir lo que ha afectado en la vida de Rafael la muerte de su padre; profundiza acerca de una relación amorosa que él mantuvo con una chica en Mendoza. Se desdice en reiteradas oportunidades; no da detalles sobre ciertos aspectos.

DATOS DEL PACIENTE.

Nombre y Apellido: M. E.

Sexo: M F X

Edad: 45

Estado civil: soltera

Nivel de Instrucción: secundario completo

Diagnostico médico: psicosis

Cuidador Principal: Ma. Inés Garin

HISTORIA DE VIDA:

Alusiones acerca de ellos mismos, su infancia y su patología:

M.E. comienza el relato argumentando que es la hija menor de la familia. Que durante su infancia vivió en un ámbito rural, ya que su familia tenía campos en el pueblo 25 de Mayo. M.E. explica que vivieron una fuerte crisis económica y que los hermanos se repartieron según indicación de sus padres con diferentes familiares. Algunos fueron con los tíos. Tanto ella como Ignacio, su hermano, se quedaron con su mamá y papá. (Siendo ellos los más pequeños)

A lo largo del primario la cambiaron cuatro veces de colegio; aclara que esos cambios involuntarios le hicieron mal y nunca llegó a integrarse. Donde estuvo mayor tiempo es en una escuela católica.

Cuando comenzó el secundario “empecé a deprimirme”, argumenta que sentía angustia. En el colegio fueron flexibles con ella, brindándole plazos para que pudiese aprobar.

A raíz de ello, comenzó terapia, pero explica que no le sirvió porque no conectó nunca.

Continúa con el relato y dice que de los 13 a los 17 años vivió un “estado de locura”, se le aparecían personajes, eran 20.

Ella ocupaba el rol de los personajes que desaparecieron cuando Ignacio comenzó a tener sus propios amigos y a jugar más con ellos que con M.E.

A los 17 años M.E. comienza terapia con el Lic. M.M.. Explica que le fue bien con él, “entendió los personajes”.

Al año siguiente comenzó en la nocturna para terminar el secundario. Lo finalizó

pero le costo, si bien tenia buenas notas, manifiesta que le costaba mucho expresarse.

Cuando termina el secundario se anota en la facultad de psicología. Curso un año, "abandone por esta mal".

En lo que respecta a lo laboral, trabajó en un taller de cerámica, en COFACO como administrativa y en un estudio jurídico como secretaria.

Empieza a estudiar derecho luego, por su novio, quien la incentivó porque el también estudiaba la misma carrera. En la actualidad, si bien tiene 19 materias aprobadas de dicha carrera, se esta replanteando si quiere seguir estudiando eso.

Agrega que estuvo en la cumbre de los pueblos (2005), allí se vinculo con representantes de los pueblos originarios y personas adherentes a su lucha. Viajo a Bolivia para la asunción de Evo Morales.

Trabajó como artesana, tallaba sobre madera; y en los ratos libres iba a la facultad. "hasta el 2006 estuve bien". Cree que se empezó a sentir mal cuando se fueron los hermanos a España. Se sentía angustiada, comienza a escuchar voces. Siempre fue una única vos que le preguntaba cosas tales como "¿me amas?", "¿no sabes quien es el muerto?". A raíz de ello volvió a empezar terapia, porque además pasaba gran parte del tiempo durmiendo. Como había fallecido el Lic. M.M, concurre a ver al Lic. B.

Refiere que durante el 2007 "estaba muy mal", "me lo pasaba tirada en lo de Daniel, no se como me aguantaba". El Lic B. le sugiere ingresar al C.P.S. Como psiquiatra tiene a la Dra. M.

Relatos sobre su familia:

M.E. explica que son siete hermanos. La mamá se Ma. Esther y vive con M.E.

Cuando eran niños, la familia tenía campos en 25 de Mayo y como les fue mal se mudaron al pueblo, siendo los hermanos separados (Hnos.: Adriana, Miguel, Isabel, Maite, Ines, Nacho).

Aproximadamente, cuando M.E. tenia 15 años su familia y ella se mudan a Mar del Plata, Adriana, una de sus hermanas, ya estaba en la ciudad. Ma. Elena manifiesta, que algo paso, porque el traslado no le hizo nada bien, y estuvo 6 meses sin salir de la casa.

Del padre no agrega nada cuando se le pregunta por él. Dice que falleció, lo

recuerda como "separado del resto".

A la madre la describe como una mujer muy mayor, que necesita que la cuiden.

Relato sobre amigos y otros significativos:

En su discurso no hace mención a amigos ni compañeros de la facultad. Refiere que estuvo mucho tiempo muy mal, y que por ende, estaba en la cama. Su única persona de referencia es Daniel, quien al momento de las entrevistas su el novio desde hace ya algunos años.

ELENCO:

FAMILIA.	AMIGOS.	COMPAÑEROS Y/O REFERENTES INSTITUCIONAL ES.	OTROS.
Ma. Esther		Dra. P.	Daniel
Ma. Ines			Pablo
Adriana (España)			
Ignacio (españa)			
Maite			
Isabel (bs as)			
Miguel (España)			

GRUPO FAMILIAR, SISTEMA VINCULAR:

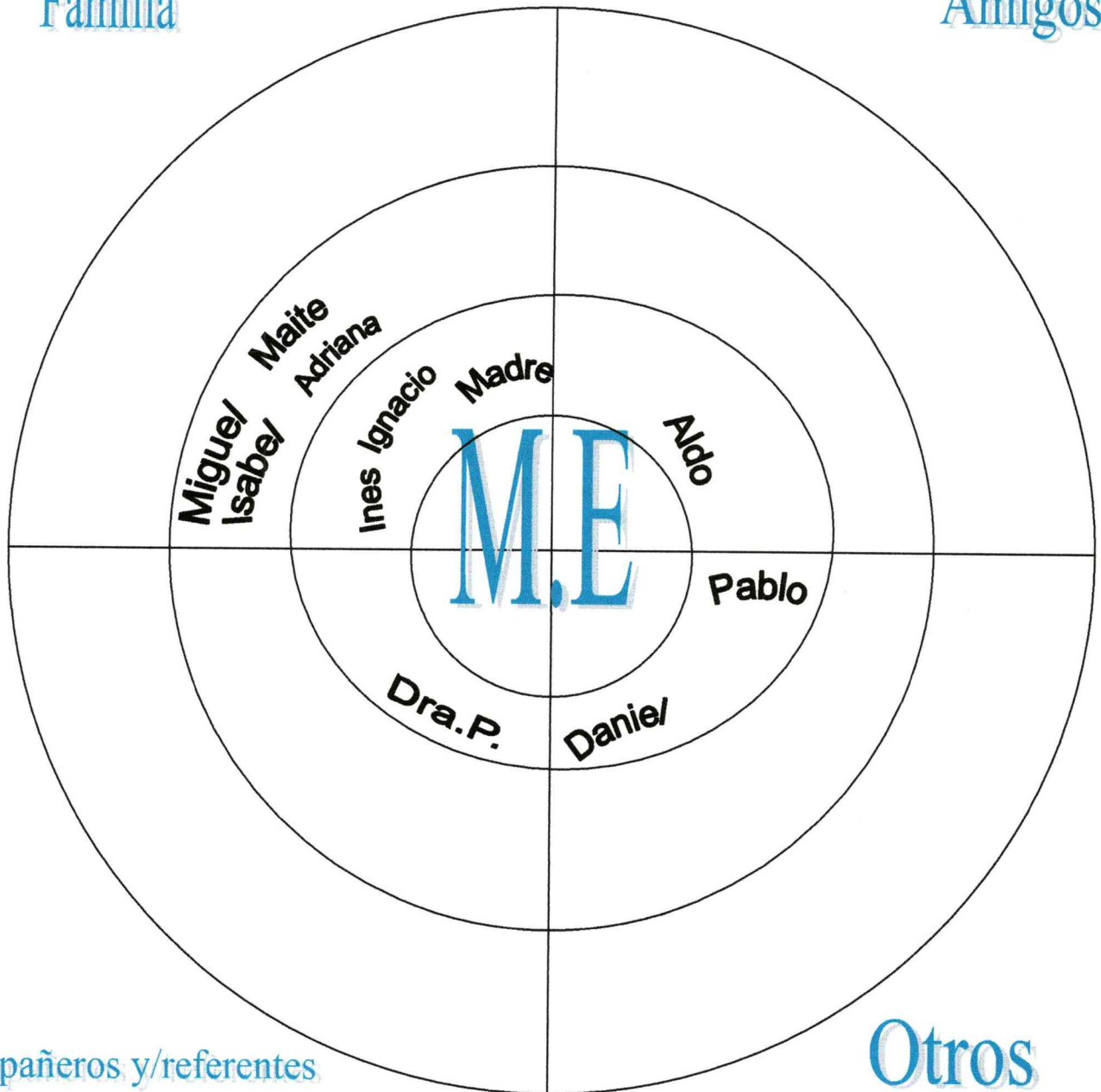
Grupo Familiar Conviviente:

M.E. vive con su mamá, la señora Ma. Esther, viuda de 82 años de edad, jubilada.

Mapa Egocentrado:

Familia

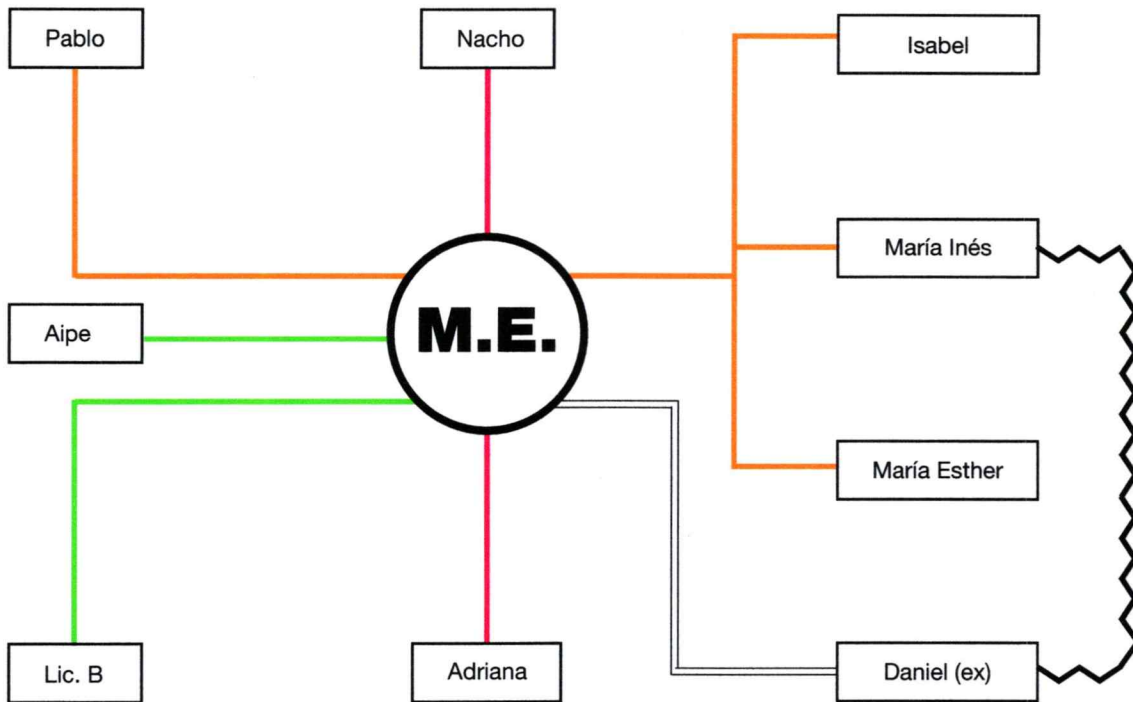
Amigos











Compañeros y/referentes
institucionales

Otros

Mapa de Relación



REFERENCIAS

	Débiles		Fortalecedores
	Conflictivas		Intensos
	Discontínuos		Normales
	Ambivalentes		Interrumpidos

1-Signos y síntomas previos a la irrupción de la enfermedad: Argumenta que se sentía deprimida, rara.

2-Posibles desencadenantes: Cree que se empezó a sentir mal cuando se fueron los hermanos a España, entre ellos Adriana, con la cual tenía más confianza.

3-Conciencia de enfermedad: Parcial. Al ingresar a la institución no quería concurrir, planteando que allí *“están todos enfermos, miralos”*.

4-Observaciones: en la última entrevista, ya había cambiado su punto de vista en relación al tratamiento y lo describe como necesario. Pinta hermosos cuadros y estuvo a cargo del taller de ajedrez.

DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL:

Nombre y apellido: Ma. Inés

Sexo: M F X **Edad:** 48

Estado civil: casada. **Nivel de instrucción:** Universitario Completo.

Vinculo con la persona: hermana.

Ocupación: Docente.

HISTORIA DE VIDA:

Recuerdos, vivencias y alusiones acerca de la persona, su infancia y su patología:

“M.E. no esta para nada, ni para hacerse la cama” plantea la hermana haciendo alusión a la actual situación de la paciente.

En relación a su infancia hace acotaciones sueltas, sin poder tener un hilo conductor:

“de chicos, cuando tenia 12 años organizaba juegos, era mas alegre”, “no era como se la ve ahora”.

Cuando iban a la escuela rural concurrían poco porque dependían de otro que las lleve. Luego cuando fueron a la ciudad hicieron el primario (un año y medio) en una escuela publica; pero como la madre era “re católica, fue a hablar con el cura párroco para que entre” a una escuela religiosa. Que era de hombres nomás, pero al año siguiente se hacia mixto (4 mujeres había)

Ahí le empezó a ir mal, “bien en la notas, pero mal en la relación con los otros”. La primaria no la termino allí, sino en una escuela rural contenida y con pocos alumnos.

Recuerda que lloraba muchísimo, “cuando empezó el secundario lloro 4 meses”. Acota rápidamente, que el secundario lo termino en la nocturna, que vinieron a vivir a Mar del Plata hace 23 años. M.E. tuvo diversos trabajos, pero que “lo que mas le gusta es lo artesanal”, tallaba en madera y pinta.

Agrega que empezó a estudiar abogacía por impulso de Daniel, ya que éste argumentaba que de este modo se la “iba a curar todos los males”. En relación al novio de M.E., dice que es un hombre que “cree saber mucho de psicología porque antes de

estudiar derecho estudio algunos años psicología”.

Según Inés, es Daniel quien argumenta que todo es problema de M.E. porque no tiene voluntad, porque no se pone las pilas, y que “le ha llegado a decir que él con una tarada no va a estar”.

En relación a la enfermedad Inés plantea que en caso que le hagan nuevos estudios para dar cuenta de su patología, le gustaría leerlos, ya que el psicólogo le ha dicho que tiene una psicosis, la psiquiatra agregó lo de Inhibición Psicomotriz “pero nadie me explico que es una psicosis o ese síndrome”, “busque en Internet sobre lo que me dijeron, pero me embarullo”.

Alusiones sobre relaciones significativas en la vida de la persona:

Inés describe en líneas generales la composición familiar, en lo que refiere a cantidad de hermanos y lugares en los que viven en la actualidad. Resaltando que mucho de ellos se fueron a España.

En relación a la madre, se encarga de dejar en claro que era quien le avalaba todo a M.E., ya que “de chiquita era la pobrecita”.

En referencia al padre, Inés lo recuerda como firme, “pero no malo”. Esta aclaración, es a colación de que en entrevistas anteriores con la madre, ésta refirió que el padre era una persona muy severa y que dicha situación ponía mal a M.E., ya que le daba miedo. Sin embargo, Inés no coincide, plantea que “estaba ausente, estando presente”, ya que estaba trabajando y cuando estaba en la casa estaba leyendo el diario o durmiendo la siesta. Era estricto, pero duda que M.E. le haya tenido miedo. Asegura que su hermana “desde chiquita, tiene una personalidad frágil”.

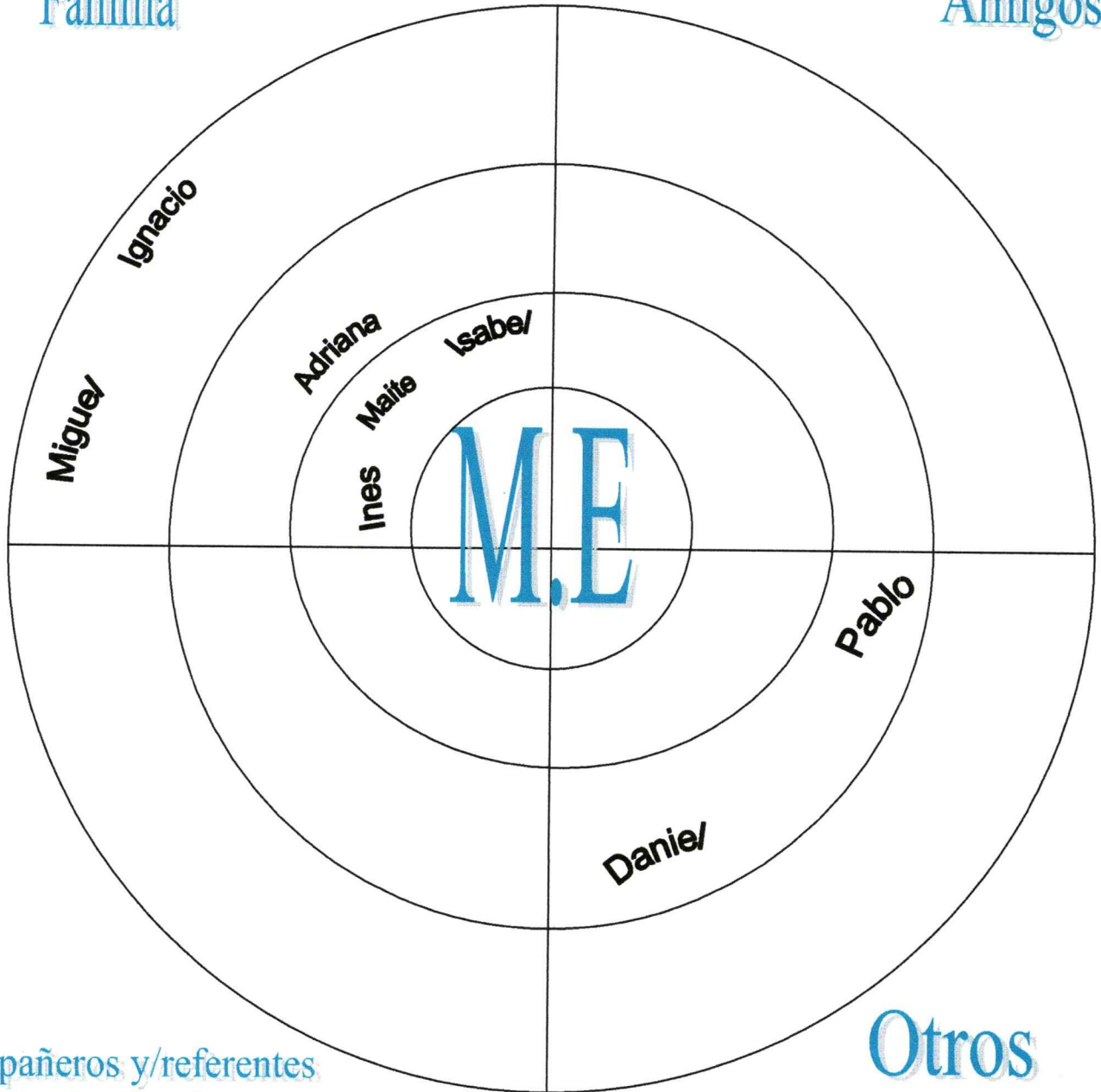
Inés comenta que M.E. empezó a estudiar abogacía por impulso de Daniel, ya que éste argumentaba que de este modo se la “iba a curar todos los males”. En relación al novio de M.E., dice que es un hombre que “cree saber mucho de psicología porque antes de estudiar derecho estudio algunos años psicología”.

Según Inés, es Daniel quien argumenta que todo es problema de M.E. porque no tiene voluntad, porque no se pone las pilas, y que “le ha llegado a decir que él con una tarada no va a estar”.

Mapa Egocentrado:

Familia

Amigos



Compañeros y/referentes
institucionales

Otros

1-Signos y síntomas previos a la irrupción de la enfermedad:

2-Posibles desencadenantes: La partida de sus hermanos a España.

3-Conciencia de enfermedad: Ines sostiene que M.E. no tiene conciencia de enfermedad.

4-Observaciones: Si bien Ines, manifiesta ser la cuidadora principal, a medida que trascurrió el tiempo, queda evidenciado, que en muchas cuestiones, no pudo ocupar dicho rol de cuidadora, agotada por el cansancio y apostando a una dedicación mas exclusiva hacia su familia.

DATOS DEL PACIENTE.

Nombre y Apellido: D.

Sexo: M X F ...

Edad: 25

Estado civil: soltero

Nivel de Instrucción: secundario completo

Diagnostico médico: Psicosis

Cuidador Principal: Marta (madre)

HISTORIA DE VIDA:

Alusiones acerca de ellos mismos, su infancia y su patología:

El relato comienza cuando D. explica que es el hermano mayor de la familia; que le lleva dos años a Facundo.

Nació en Bahía Blanca, a los 2 o 3 años se vinieron a vivir a Mar del Plata: "siempre en el mismo departamento".

El primario lo hizo en la escuela N° 62, permaneció allí hasta 9no año. Luego, afirma que el Polimodal lo empezó en el Minerva. Sin embargo, en dicha institución estuvo dos años, repitió uno; dicha situación generó que se pase a otro colegio, que no recuerda cual fue, pero es de donde fue expulsado por mala conducta: "fumaba porro, me portaba mal", "tiraba las cortinas a la mierda, estaba perdido".

A los 16 años había empezado a consumir (hasta los 21 aproximadamente): "menos inyectarme, todo", "me gustaría fumarme un porro hoy, pero se que me hace mal, me pega mal". En esa época bailaba hip hop.

Asocia el consumo de alcohol con un momento puntual en su vida, su asistencia al colegio Don Bosco, por la tarde, a estudiar electrónica. Su papá lo mandó y al tiempo le gusto.

Afirma que tenía aproximadamente quince años.

En relación a sus estudios, como no termina el colegio, años más tarde se anota en la nocturna (media 18), pero abandona. Finalmente hizo el COA por las materias que le quedaron; el título se lo dieron el año pasado (2008).

Plantea que la primera vez que se sintió mal fue cuando finalmente lo

internaron en el Hospital Privado de Comunidad. Estuvo 15 días internado, pero asegura que ya se sentía mal cuando iba a la media 18, porque tenía droga en su organismo. Dice que desde dicha internación no consume.

Del HPC lo derivan a Casa Abierta; abandono el tratamiento porque había conseguido trabajo en una fábrica de alfajores.

Rescata que estuvo de novio como 4 años, cuando ella tenía 14 y él 16: "éramos chicos". "Cuando iba al Minerva la conocí". Después se fue a España.

De la fábrica de alfajores, fue echado porque rompió una máquina. Estaba preocupado porque no se podía comprar zapatillas, y se descuido. Se enoja al recordar que todo lo que ganaba se lo daba a su familia y que no podía comprarse lo que necesitaba.

En relación al episodio del taxi, hecho ocurrido más recientemente, no sabe exactamente cuando fue, pero asegura: "fue hace poco". Afirma que: "una voz que me decía que tenía que hacer algo para ir preso" "¿te imaginas si hubiese roto el vidrio de la panadería?, no hubiese podido pagarlo".

Agrega que antes de ingresar al Centro de Promoción Social fue atendido por un médico psiquiatra debiendo abandonar el tratamiento por falta de recursos económicos.

Relatos sobre su familia:

D. refiere en relación a su familia, que su papá siempre le pegaba con el cinto: "cuando era chico, mi viejo se ensañaba conmigo, me tenía de sirviente", "Venían mis parientes y se cagaban de risa de mi, que me tenía de mulo". Agrega enojado: "de sexo, de mujeres no me enseñó nadie, ni mi viejo, ni mi vieja".

En diferentes entrevistas ha hecho alusión al vínculo con su madre, resaltando por momentos que: "es la única que me ayudó con lo de las drogas"; sin embargo, posteriormente es ella quien le resalta la pasividad que lleva en su cotidianidad. Marta lo acusa de no hacer nada, solo dormir.

Queda evidenciado en el relato de D. que la madre ha hecho en algunas circunstancias manejo inapropiado de la medicación, con una clara dependencia hacia ella. Plantea que toma en diferentes dosis, a la mañana, a la tarde y a veces a la noche para dormir, pero no sabe de que, supone que: "el que me da a la noche es

un tranquilizante”, “dice que soy muy andariego”. Dicha situación irregular con la medicación, fue comprobada meses después, cuando se hizo presente la madre, indignada respecto a un cambio de la medicación, afirmando que ella es la madre, y que le parece mucho, lo que se le esta dando.

“En mi casa me tratan como si fuese un bebe”, agrega que a su hermano lo dejan hacer de todo y que él no puede invitar a nadie a tomar mates, ni puede usar la computadora: “¿por qué yo no puedo?”, se pregunta.

Con José, su padre no se lleva bien y por momentos le tiene miedo por como lo mira.

Asegura haber vivido importantes momentos de violencia verbal, cuando de modo prepotente le dice: “vamos a laburar”, y lo levanta del almuerzo; “lo mas lindo que gana como diez mil pesos por mes y no compra ni la comida el chabón”

Relato sobre amigos y otros significativos:

D. estuvo de novio 4 años con Florencia: “me dejo y se fue a España”. Asegura haberla conocido cuando iba al colegio Minerva. Según palabras de D., no le gustaba que él se drogara: “la madre le hizo la cabeza, que yo no le convenía”.

Se escribían a veces cuando ella estaba en España. Cuando él estuvo internado, Florencia lo llamo y dice que le dijo que era un enfermo.

Prefiere hablando de ella. Dice que es parte del pasado.

A lo largo de las entrevistas llevadas adelante con D., introduce la presencia de algunos amigos, pero sin poder profundizar en la temática, brindando únicamente detalles pobres, aislados; por ejemplo, cuando habla de Cristian plantea: “lo conocí cuando trabajaba vendiendo libros, eso fue cuando tenia como 18 años”. También trae a colación a un amigo de apodo “Corsa”, del cual no da muchas referencias y tampoco quiere hacerlo. Hace alusión a la existencia de Juani, un compañero de la escuela, “de toda la vida”. Sin embargo, al indagar sobre la vigencia de dichos vínculos, Darío responde que hace mucho que no los ve.

ELENCO:

FAMILIA.	AMIGOS.	COMPAÑEROS Y/O REFERENTES INSTITUCIONAL ES.	OTROS.
Marta	Corsa	Dr. M.	Florencia ex novia
José	Juani		
Facundo	Cristian		

GRUPO FAMILIAR, SISTEMA VINCULAR:

Grupo Familiar Conviviente:

Marta: madre de D., de 56 años de edad, ama de casa. Ha realizado en diferentes momentos de su vida changas para colaborar con la económica doméstica. Ha trabajado en un geriátrico también.

José: padre de D., 62 años. Trabaja como carpintero de la base naval.

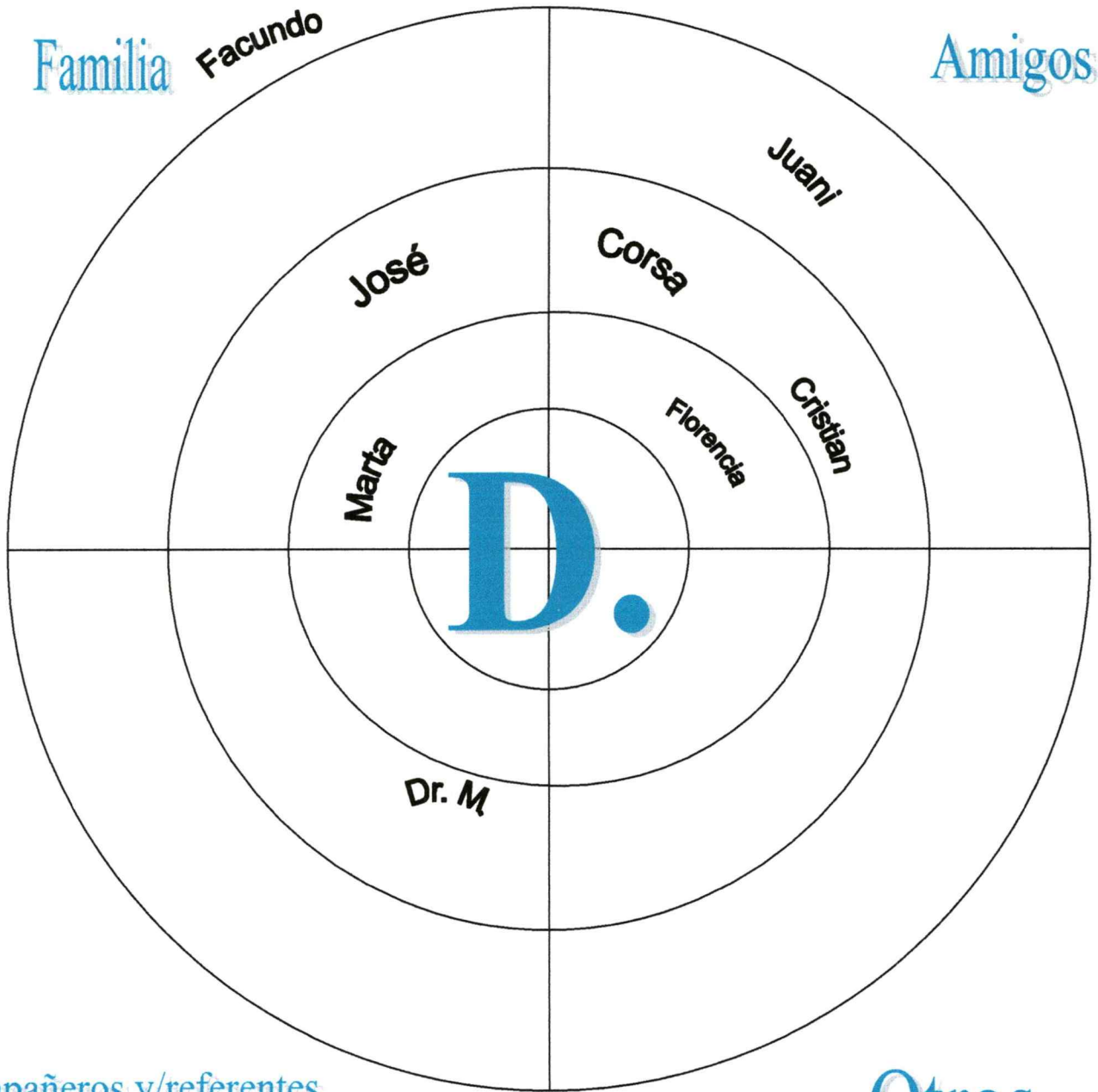
Facundo: hermano de D., tiene 23 años, secundario incompleto. Estuvo en convivencia con su novia pero en la actualidad, vive con su familia. Trabaja en una óptica.

Mapa Egocentrado:

Familia

Facundo

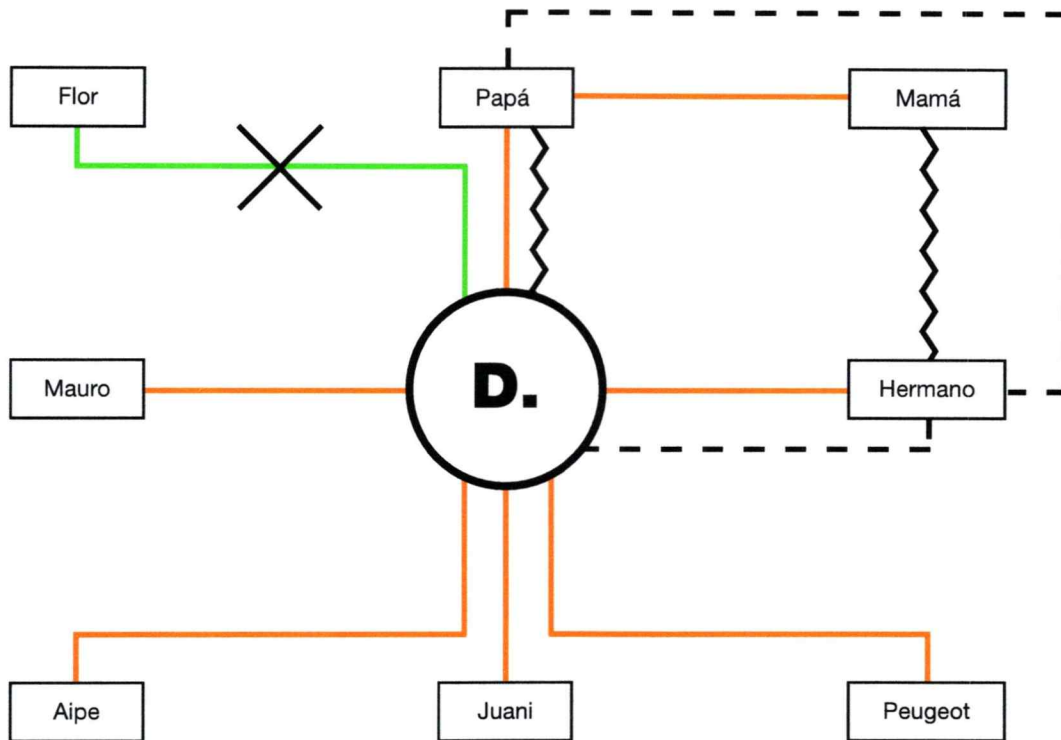
Amigos











Compañeros y/referentes
institucionales

Otros

Mapa de Relación



REFERENCIAS

	Débiles		Fortalecedores
	Conflictivas		Intensos
	Discontínuos		Normales
	Ambivalentes		Interrumpidos

1-Signos y síntomas previos a la irrupción de la enfermedad: en relación a la sintomatología, D. refiere que “fui internado por una cuestión de drogas, para sacarme de las drogas”

2-Posibles desencadenantes: No da cuenta de posibles desencadenantes. Sin embargo, en diversas entrevistas manifiesta que “no se puede estar bien en esa casa”

3-Conciencia de enfermedad: No. Manifiesta que concurre al centro de promoción social ya que consideraban que era bueno para él, “para que no estuviera en casa discutiendo con mi papá”

4-Observaciones: Al momento de la entrevista, aún continúa con algunas ideas delirantes, la cuales se visualizan en el mapa de burbujas donde pone a Peugeot. Si bien resalta que es el hermano mayor, tiene medio hermano más grande, por parte de su papá con su ex mujer.

DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL:

Nombre y apellido: Marta

Sexo: M F X **Edad:** 56

Estado civil: soltera, en concubinato **Nivel de instrucción:** secundario Incompleto.

Vinculo con la persona: madre.

Ocupación: ama de casa, realiza trabajos temporales.

HISTORIA DE VIDA:

Recuerdos, vivencias y alusiones acerca de la persona, su infancia y su patología:

Marta comienza el relato contando que D. es el primer hijo de la unión de José y ella. Años más tarde nació Facundo, hijo mejor de la pareja. José por su parte, tiene un hijo de su anterior matrimonio.

En relación a D. y el surgimiento de su patología, Marta refiere únicamente que cuando se descompensó era porque consumía drogas y que por eso, se lo internó en el Hospital Privado de Comunidad en el año 2004. Estuvo allí 15 días.

Agrega que consumía marihuana y alcohol. Luego, dice que le asusto el hecho de que había comenzado a discutir con la televisión.

Alusiones sobre relaciones significativas en la vida de la persona:

Marta plantea que José es muy autoritario en los diferentes ámbitos de la vida. En relación al dinero, ha sido quien lo maneja, y decide que comprar y que no. Él manejaba el dinero de modo independiente.

Concluye en que la convivencia esta afectada desde hace 5 años.

Al ser indagada sobre las relaciones importantes en la vida de su hijo Marta irrumpe abruptamente la entrevista afirmando: "No quiero hablar sobre ese tema".

Se considera pertinente aclarar que ella responsabiliza a "las juntas de D." como causantes de todo lo vivido por su hijo.

Mapa Egocentrado:

Familia

Amigos



Compañeros y/referentes
institucionales

Otros

1-Signos y síntomas previos a la irrupción de la enfermedad: “se enojaba con la tele” asegura Marta. Por otra parte, comenta que siempre fue más bien callado, ya que su familia así también lo es. Cree fervientemente que las amistades influyeron, porque “D. estaba todo el día en la calle, vagueando”.

2-Posibles desencadenantes: La droga y el consumo de alcohol. Dice que le comentaban que D. consumía, pero que no lo quiso creer.

3-Conciencia de enfermedad: Marta sigue pensando que D. esta allí porque fue adicto, porque consumió. En una oportunidad expuso: ¿como se lo trata al D., como un chico normal o como un chico enfermo?

4-Observaciones: A lo largo de su discurso Marta sostiene que su hijo no podrá salir adelante mientras continúe viviendo con el padre, que es quien lo humilla. Manifiesta que de ser necesario hay que buscarle un lugar para ella y D.

DATOS DEL PACIENTE.

Nombre y Apellido: P.

Sexo: M X F ...

Edad: 41

Estado civil: soltero

Nivel de Instrucción: secundario incompleto

Diagnostico médico: psicosis esquizofrenica

Cuidador Principal: Facundo, hermano

HISTORIA DE VIDA:

Alusiones acerca de ellos mismos, su infancia y su patología:

Fueron varias las entrevistas que permitieron conocer la historia de vida de P..

Ya en el primer encuentro, comienza su relato contando que es oriundo de Madariaga, y que tiene dos hermanos menores: Facundo y Jimena; y que sus padres fallecieron, hace unos cuantos años. Intentando sumar algo más a estas primeras palabras agrega, que su escolaridad transcurrió en un establecimiento rural.

Al momento de profundizar sobre su infancia, comenta que “veía Ángeles de chiquito”, pero estas visiones se fueron cuando visitó un psiquiatra en Buenos Aires. Acota que “Dios me abandonó”.

Cuando fallece su madre, se muda con su padre a Tandil; allí, termina séptimo grado y continua la secundaria con orientación en electromecánica. Le faltaban dos materias, pero no las rindió.

En relación al plano laboral, asegura haber trabajado como electromecánico por su cuenta, mientras vivió en Madariaga. Por ende, trae a colación, que a los 18 años volvió a su pueblo y vivió con una tía y una abuela.

Intentado ubicarse en el tiempo, y con algunas dudas, dice que durante el año 1999 y 2000, estuvo en concubinato con quien por entonces era su novia, Carolina.

P. ubica como inicio de enfermedad, por sintomatología no por conciencia de ella, su asistencia a grupos de meditación en el año 2000 en Villa Gesell, refiere: “ocurrió de golpe, en termino de unos meses paso de todo, me echaron del grupo y comencé a sentir dependencia de él, sentí que era una secta”

Realizo muchos viajes a Capilla del Monte, Córdoba; y en las diferentes entrevistas, intenta organizarlos cronológicamente.

El primero lo hace en el 2001. No recuerda con exactitud cuantos días fueron que estuvo allí, ni tampoco las fechas. En dicha localidad cordobesa se encuentra con un grupo, "Águila Sananda", pertenecientes al grupo "El camino del retorno".

En relación a sus viajes a Capilla del Monte, explica que volvió a dicho lugar y que el viaje de regreso no fue bueno, porque "soñé una mujer que conocía, muerta". Agrega sin relación temporal, que alguna vez ha denunciado a un grupo evangelista por ser una secta, lo ve como una diversión.

En el 2002, vuelve a Capilla del Monte a trabajar. manifiesta que: "me sentía perdido, no sabía por que estaba allí", situación que cursaba con desinhibición y alucinaciones auditivas: "las voces me decían que me tirara al lago San Roque". Termina internado en el hospital de Córdoba: "Ya venia la cosa, no fue de repente" aclara; "me pego la soledad, como si fuera una maldición cuando me dejan...", "me sentía angustiado".

Un año mas tarde vuelve al mismo lugar, de vacaciones (para en un camping).

Reanuda su actividad laboral en el 2006 hasta que sufre una descompensación psicótica: "deje de trabajar porque me agarró otro ataque", "me acosté un viernes y me desperté la semana siguiente, nadie me contó nada de lo que sucedió".

Aclara que su ultima internación fue en el 2007 o 2008, no puede recordar la fecha, pero sí, que fue en Madariaga, ante lo que expone: "no estaba bien". Explica que había pasado más de seis meses encerrado en la casa en la cual vivía. Recuerda que se fue a bañar al negocio del hermano, algo le sucede, razón por la cual sale desnudo a la calle, y es posteriormente internado en Madariaga.

Relatos sobre su familia:

P., al hablar de su familia comenta que su papá tomaba alcohol y lo recuerda como un hombre muy severo, quien muere en el año 1994 de cáncer de esófago.

En relación a su madre, explica que fallece quemada por una pérdida de gas; sin embargo, y sin hacer una pausa en el relato, agrega que la madre, se llamaba Victoria y era muy "hinchapelotas".

A sus hermanos los menciona al iniciar el relato y no vuelve a hablar de ellos.

Únicamente comenta que, Facundo es comerciante y quien más ha estado pendiente de él. No hace referencia sobre Jimena. Resalta que: “mi hermana sabe de mi, pero no quiere saber”. En alguna entrevista ha contado indignado que su hermana es evangelista.

P. en diferentes momentos de los relatos, deja ver que quien se encarga de ayudarlo es su hermano, pero que :“por algo me mando a vivir a una pensión en Mar del Plata”.

Relato sobre amigos y otros significativos:

En relación a este aspecto, al indagar sobre su red social, cita a mujeres que fueron sus novias, con las cuales hoy por hoy tiene muy buen vínculo. Sin embargo, luego agrega que son contactos que de alguna manera están un poco cortados :“por las circunstancia de mi vida”.

Menciona a “Pelusa” como un amigo que lo ayudo mucho, pero que ya no se ven. De todos modos, la define en la actualidad como: “alguien importante en mi vida”.

En diferentes oportunidades, cuando se ha trabajado respecto a sus fines de semanas en Madariaga (concorre una o dos veces al mes, en busca de dinero para su manutención) argumenta que ha estado bien, porque ha podido descansar y visitar mucha gente. Sin embargo, cuando se repregunta sobre este tema, sólo refiere haber ido a lo de su tía, haber estado en lo de su hermano y no mucho más.

ELENCO:

FAMILIA.	AMIGOS.	COMPANEROS Y/O REFERENTES INSTITUCIONAL ES.	OTROS.
Facundo (hermano)	Ma. Angeles		Andrea

Jimena (hermana)	Felicitas		Verónica
	Diana		Carolina S.
	Ma. Elena		
Marta (tia)	Pelusa		
	Flavia		
	Claudia		
	Rosa		

GRUPO FAMILIAR. SISTEMA VINCULAR:

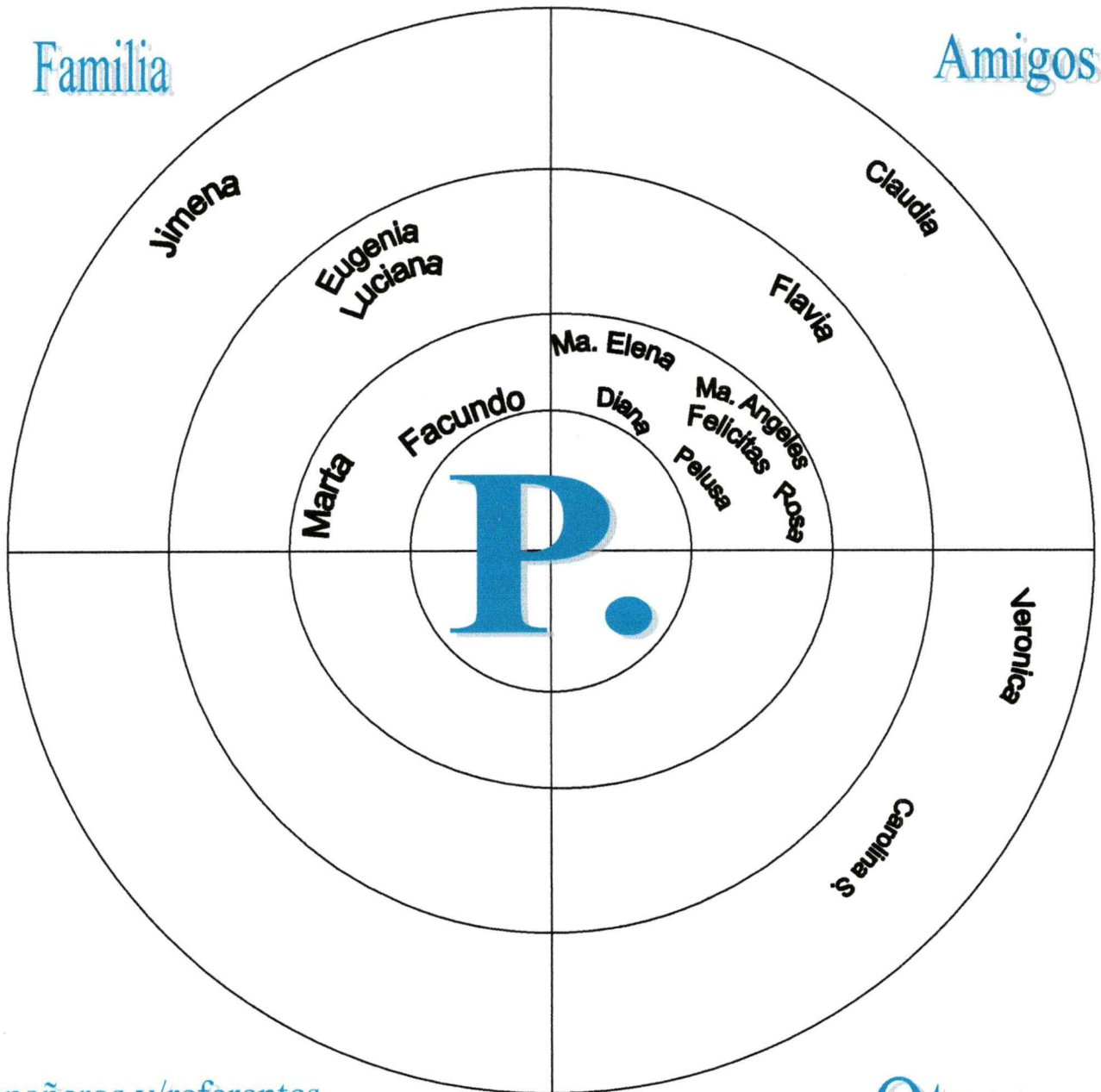
1 **Grupo Familiar Conviviente:**

Vive en una pensión, a cargo de la Sra. Julia en pleno barrio Los Pinares. En dicho establecimiento, también tienen lugar algunos compañeros del Centro de Promoción Social.

Mapa Egocentrado:

Familia

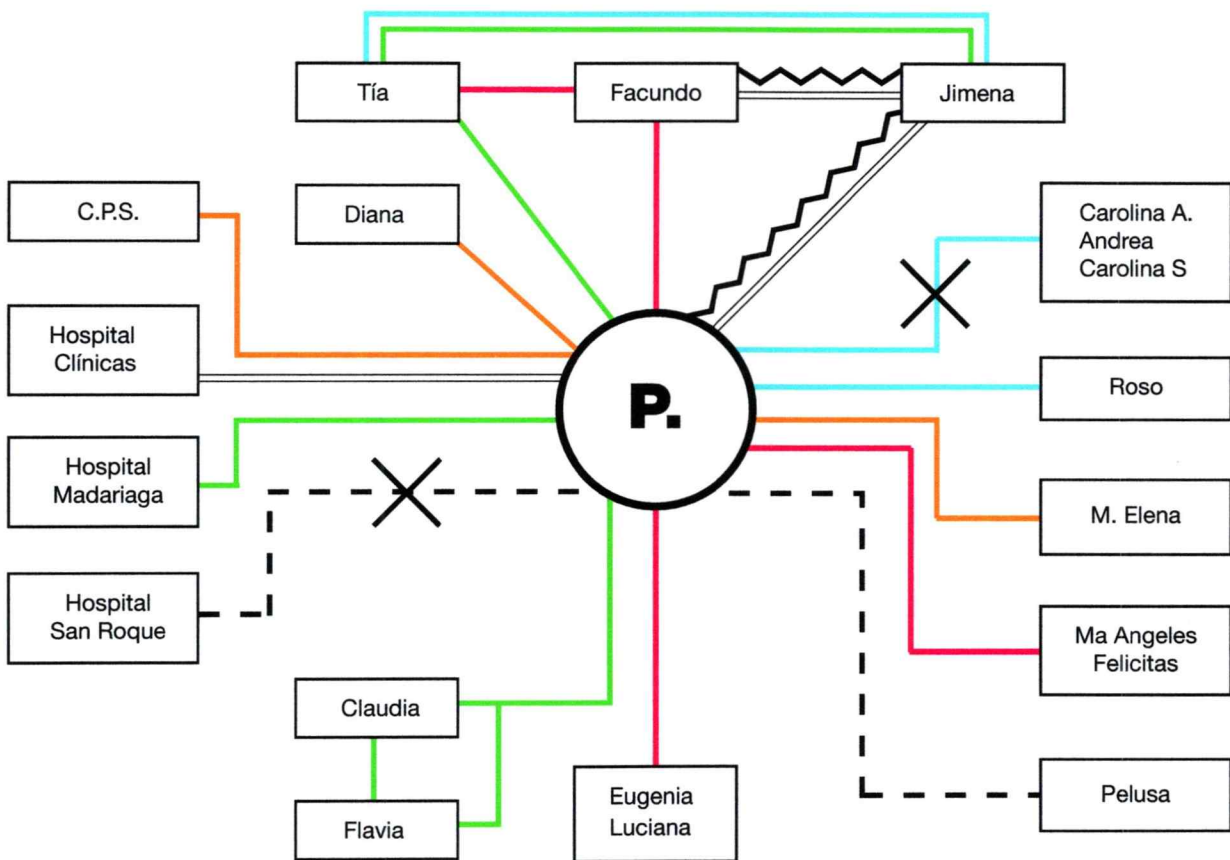
Amigos



Compañeros y/referentes
institucionales

Otros

Mapa de Relación



REFERENCIAS



1-Signos y síntomas previos a la irrupción de la enfermedad: "Me sentía perdido". "No sabía que hacer". Ha llegado a desorientarse. Estaba angustiado

2-Posibles desencadenantes: Lo ve como una sucesión de hechos que le provocaron sensaciones fuertes; "genético no es". "No tenía a las personas que necesitaba para hablar". "Cuando estaba mal, no lo sabía nadie, yo no decía nada, me lo guardaba", "así me lo enseñó papá". Sin embargo, en otra entrevista refiere que uno de los desencadenantes es una charla profunda que tuvo con su hermana (evangelista)

3-Conciencia de enfermedad: Parcial. Le dijeron que tenía una psicosis esquizofrénica, lo cual no sabe que significa. Él argumenta que cuando estuvo mal es porque estaba poseído. Cuando se vuelve a trabajar sobre el tema, unos meses después, plantea que una parte es producto de su enfermedad y otra parte es producto de una posesión.

4-Observaciones: en su relato, y quizás a causa del fallecimiento de la madre cuando él era muy chico, aparece la figura paterna, sin poder agregar nada significativo de la madre.

DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL:

Nombre y apellido: Facundo

Sexo: M X F

Edad: 38

Estado civil: soltero

Nivel de instrucción: Secundario completo

Vinculo con la persona: hermano.

Ocupación: comerciante

HISTORIA DE VIDA:

Recuerdos, vivencias y alusiones acerca de la persona, su infancia y su patología:

Facundo comienza el relato diciendo que P. "fue el primer hijo de Joaquín y Victoria, mis viejos" y que en total son tres hermanos: Facundo de 38 años, comerciante en el rubro de la indumentaria y Jimena de 37 años, separada dos veces y con dos hijas.

Asegura que P. cuando era niño tenía problemas de relación con sus compañeros: "los reprendía continuamente", "manifestaba que ellos estaban en otra cosa".

En su infancia: "tenía contacto con los Ángeles"; situación que se revierte cuando se consulta a un psiquiatra en Buenos Aires, mientras la madre estaba internada en dicha ciudad (1 mes). Luego se van a vivir los tres hermanos con la abuela y el tío paterno (estuvieron 2 años).

No puede plantearlo con seguridad, pero Facundo dice que en el año 80 se trasladan a Tandil con el padre. Es allí donde terminan la primaria y continúan con sus estudios.

A los 18 años P. se vuelve a Madariaga con la tía Marta, aun sin haber terminado sus estudios secundarios. Años después: "fallece mi papá" (en 1994), "de un cáncer terrible" (cáncer de esófago).

Facundo manifiesta ser muy fuerte volver a charlar algunas cosas y aclara que se pierde un poco en fechas. Rápidamente agrega que lo que continuaron fueron los viajes que hizo P. a Córdoba y las diferentes conexiones con sectas o grupos de

meditación.

Alusiones sobre relaciones significativas en la vida de la persona:

Joaquín, el padre, era administrador del campo de su madre y alcohólico. Agrega que lo recuerda como: "muy severo". En relación a Victoria, Facundo la describe como ama de casa y que era católica ortodoxa por la educación que había recibido: "razón por la cual, en algunos momentos era muy pesada".

Cuando eran muy chicos vivían en el campo, se mudaron en 1976 a Fulton porque había fallecido el abuelo. Para esa época, refiere: "mi viejo había dejado de tomar"; aclara que: "ya no era como antes".

Reforman la casa que habitaban hasta 1978 momento en que muere la madre quemada por una pérdida de gas de la garrafa, razón por la cual se le prendió fuego la cocina.

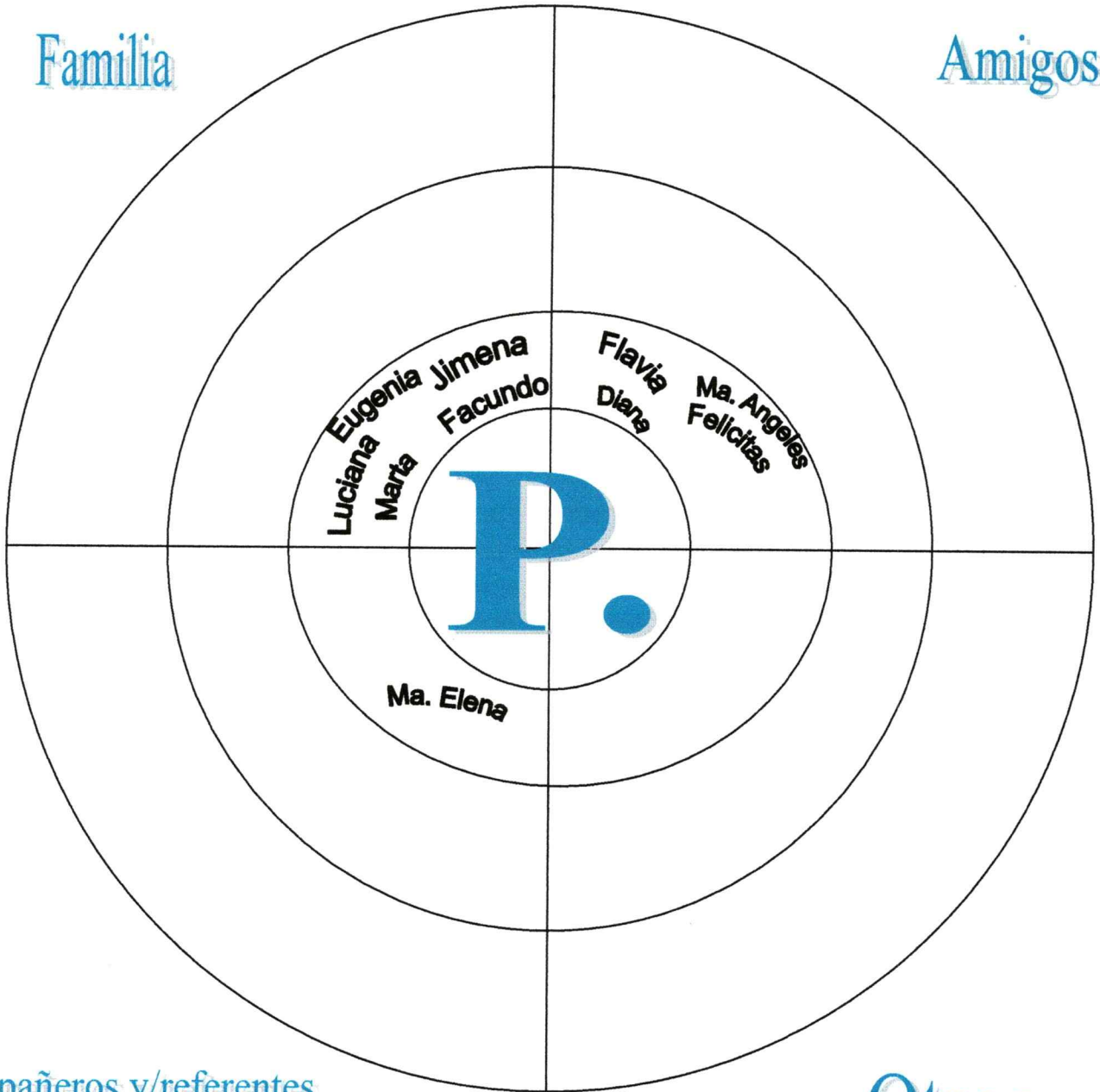
A lo largo de la conversación Facundo no hace referencia en ningún momento sobre su hermana Jimena, y se encarga de enfatizar que quien es responsable por P. es él. Cuando se pregunta por dicho vínculo, dice que no se llevan bien, que están distanciados, que no tienen mucho contacto, pero que: "ella también es familia".

Facundo dice que P. es una persona que nunca ha contado mucho respecto a su vida social. Sabe que ha viajado frecuentemente a Córdoba, y cada vez que viajo le hizo mal. Y que ha tenido grandes amistades que dudosamente las siga conservando. A lo largo de su juventud ha tenido muchas novias, con las cuales asegura tener una buena relación hoy por hoy. Asegura que P. siempre se ha refugiado en su tía Marta.

Mapa Egocentrado:

Familia

Amigos



Compañeros y/referentes
institucionales

Otros

1-Signos y síntomas previos a la irrupción de la enfermedad: Facundo refiere que se aislaba del grupo familiar, quería estar solo, le molestaba que haya mucha gente, se volvía un poco intolerante. Además, considera fundamental la conexión mística que tuvo P..

2-Posibles desencadenantes: Haber tenido contacto con un grupo espiritual. "Siempre tuvo conductas raras, pero eso le hizo peor".

3-Conciencia de enfermedad: Asegura que a la fecha, P. no tiene conciencia de enfermedad. De todos modos, Facundo tampoco puede terminar de entender con claridad que le pasó a su hermano, qué es "una psicosis": "nadie me explico de que se trata, ni como se aborda".

4-Observaciones: