

2009

La relevancia de los vínculos familiares en pacientes del servicio de salud mental del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende de la ciudad de Mar del Plata. Una mirada desde el trabajo social : análisis funcional de las familias de pacientes del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende de Mar del Plata, con respecto al sostenimiento del tratamiento. Posibilidades y limitaciones

Elizondo, Marcela

SS
Inv. 4060

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Tesis de Grado

Licenciatura en Servicio Social

La relevancia de los vínculos familiares en pacientes del servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende de la ciudad de Mar del Plata. Una mirada desde el Trabajo Social.

Subtema: Análisis funcional de las familias de pacientes del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende de Mar del Plata, con respecto al sostenimiento del tratamiento. Posibilidades y limitaciones.

Directora: Lic. María Gabriela Re

Codirectora: Lic. Miriam Sícoli

**Comité evaluador: Lic. María Gabriela Re
Lic. Roxana Volpe
Dr. Javier Curto**

Autores: Marcela Elizondo

Débora Cintia Fernández

Adrián Alejandro Galeano

Año 2009

Biblioteca C.I.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
4060	/
vol	tema: 1
Universidad Nacional de Mar del Plata	

1

26 SEP 2012

Agradecimientos

En primer lugar, agradecemos enormemente a la Lic. Gabriela Re y la Lic. Miriam Sícoli que nos orientaron en el inicio, desarrollo y finalización de este trabajo.

En segundo lugar a todas las personas que durante este proceso de aprendizaje académico, aportaron saberes, experiencias, y herramientas esenciales para nuestra formación profesional.

Por último, queremos expresar nuestro agradecimiento infinito a nuestras familias y amigos/as quienes fueron fundamentales en cuanto a su apoyo incondicional a lo largo de nuestra carrera para ayudarnos a superar obstáculos y poder finalmente alcanzar esta meta, por la que hemos trabajado con esfuerzo pero a la vez con entusiasmo, dado que es sumamente importante en nuestra vida, llegar a ser merecedores y poder honrar esta profesión que elegimos: el Trabajo Social.

Dedicatoria

A todos los y las profesionales de Salud Mental del Hospital Interzonal que nos brindaron el tiempo y material necesario para realizar el presente trabajo y a los pacientes y familiares de Salud Mental que enriquecieron nuestra experiencia profesional y nos ayudaron a comprender en mayor profundidad, que hay otras realidades que merecen ser reconocidas y valoradas como parte de la sociedad y por lo tanto sin las estigmatizaciones, rótulos y reducción de derechos a los que, sin fundamento alguno, con frecuencia se somete a las personas con capacidades diferentes.

Introducción

En principio, la elección del tema de estudio responde a que parte de los integrantes de este equipo de tesis, realizamos nuestra práctica pre-profesional en el área de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende. Desde esta experiencia, surgió paulatinamente nuestro interés por desarrollar un trabajo, dirigido al abordaje de la implicancia de las familias en el tratamiento de pacientes con padecimiento psiquiátrico. Al respecto, consideramos que sería un aporte relevante para nuestra profesión, conocer las características predominantes que asumen las familias en tanto red que facilita u obstaculiza, por una parte, el sostén del tratamiento del paciente psiquiátrico y por otra parte, la contención emocional que el mismo requiere. Asimismo, creemos que dicho conocimiento facilitará, a su vez en el colectivo profesional, la reflexión e implementación de distintas estrategias de intervención.

Siguiendo a Carlos Eroles, consideramos que *"El trabajo social es una relación entre sujetos, un punto de inflexión entre dos prácticas que interactúan para lograr la transformación de una situación problemática, en función de las necesidades e intereses del sujeto."*(Eroles, Carlos; 2001)¹. Desde la perspectiva del Trabajo Social, la orientación y educación de la familia del paciente es fundamental. Entendemos que la familia *"es una unidad bio-psico-social con leyes y dinámica propias, que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones y variaciones sin perder la identidad como grupo primario de organización social, a través de la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que la rodea"*.(Eroles, Carlos;2001)² Asimismo, *"la familia es una importante fuente de recursos para dar respuesta a la*

¹ Eroles, Carlos. "Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional". Ed. Espacio. Argentina. 2001.

² Eroles, Carlos. "Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional". Ed. Espacio. Argentina. 2001.

problemática que presenta la salud; y el mejoramiento de la calidad de vida en general. La salud familiar puede considerarse como la salud del conjunto de la familia, en términos de su funcionamiento efectivo, en la dinámica interaccional, en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes propiciando el crecimiento y desarrollo individual de cada etapa de la vida."(Ortiz Gómez, María y otros; 1996)³ En tal sentido, la familia que se ve afectada por una enfermedad mental, sufre también una fuerte desestructuración, que requiere muchas veces, de ayuda profesional especializada. La convivencia con un enfermo mental no es sencilla. Es difícil, genera una importante cuota de violencia en las relaciones; acompañado por rasgos de desorden interior. Es decir que, la familia puede ser víctima y entrar en un proceso de derrumbe y disolución con las consiguientes consecuencias negativas para el tratamiento del paciente; o por el contrario, puede ser un factor coadyuvante a la recuperación del mismo.

En consonancia con lo anterior, la problemática de la enfermedad ya no es vista desde el individuo (aislado), ya no es sólo la discapacidad el núcleo del problema, sino también la situación relacional con los demás. En efecto, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental es *"la capacidad del hombre para adaptarse al medio social y de lograr satisfacción para sí y para sus semejantes. Es la capacidad para establecer relaciones personales armónicas"*. (OMS;2002)⁴.

Por otra parte, es necesario destacar que, en el Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal, se pueden ver los mismos problemas que existen en otros servicios, producto de la realidad socio-económica por la que atraviesa nuestro

³ Ortiz Gómez, María y otros. "Proyecto de intervención en salud familiar. Una propuesta metodológica". Facultad de salud pública. Bs. As. 1996.

⁴ Marietan , Hugo. "Semiología psiquiátrica y psicopatía". Apuntes de la cátedra de psicopatología social. www.marietan.com .1994.

país, caracterizada por una crisis cuya eclosión se da particularmente desde la década del '90.

El corrimiento del Estado de sus obligaciones fundamentales en materia de educación y salud, reflejado en la merma permanente del presupuesto asignado a tales fines, y la ley de emergencia sanitaria, dejan entrever una realidad que atenta contra los tratamientos adecuados de los pacientes del Servicio de Salud Mental. Al respecto, faltan insumos esenciales, recursos humanos, medicamentos adecuados y la parte edilicia no es la apropiada. Esta situación, impacta directamente en el medio en el que se desenvuelve la persona provocando conflictos en la dinámica familiar y social.

En el presente trabajo intentaremos reflejar una realidad que, pese a ser sumamente compleja, muchas veces se la considera desde perspectivas parciales y simplistas; dado que, por lo general, se cae en el error de considerar la situación problemática como sinónimo del paciente y su patología, sin tener en cuenta que la misma comprende a la persona en relación, a la totalidad de sus vínculos sociales y en un tiempo-espacio determinado. Considerando lo anterior nos dirigimos a analizar las características de las familias de pacientes psiquiátricos, a fin de llegar a vislumbrar qué implicancias se observan en la relación existente entre el grupo familiar y el tratamiento.

Objetivos

Objetivo General

- Analizar la relevancia del grupo familiar de pacientes psiquiátricos en relación a la adhesión al tratamiento.
- Arribar a conclusiones y propuestas para ser implementadas desde el Trabajo Social.

Objetivos Específicos

- Conocer los comportamientos que configuran la dinámica familiar.
- Describir los roles familiares que se van perfilando con la emergencia de la enfermedad.
- Identificar acciones realizadas desde el Trabajo Social.
- Detectar los recursos y la información-comprensión que posee la familia para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.
- Identificar los aspectos favorecedores y obstaculizadores al interior de la dinámica familiar, con relación al tratamiento del paciente.
- Distinguir líneas de acción desde el Trabajo Social.

Parte I: Aspectos generales

Marco teórico referencial

La Salud Mental

Origen y evolución

En la Argentina, la psiquiatría tuvo sus comienzos antes de la colonización. Ya los indígenas tenían una concepción totalizadora de la enfermedad sin dividir en enfermedades mentales o físicas. Al ligar la medicina a prácticas mágico-religiosas se permitía la participación activa del paciente, la familia, el curador y de todo el grupo social en el proceso curativo. Aquí es pertinente recordar lo que plantea la Declaración de Alma Ata de 1978: *"El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención de su salud"*.

Durante la época colonial, los pacientes psiquiátricos blancos eran alojados en conventos y los negros en las cárceles de los cabildos, siendo cuidados por sacerdotes.

Por otra parte, es menester destacar que existen en la historia de la psiquiatría algunos hitos que se consideran importantes, tales como, el hecho de que en 1854 Ventura Bosch fundó el Hospital Nacional de Alienadas, que es actualmente el Hospital Braulio Moyano y en 1857 el Hospicio de Mercedes que actualmente es el Hospital Borda.

Posteriormente, Domingo Cabred, siendo director del Hospicio de Mercedes, fundó colonias y asilos para pacientes crónicos. Aquí comenzó un movimiento a favor de la eliminación del chaleco de fuerza, las duchas frías y la ligadura de miembros.

Hacia 1886 se inauguró la primera cátedra de clínica psiquiátrica en donde funciona actualmente el Hospital Borda, independizando la enseñanza de la psiquiatría, de la patología interna, enfermedades mentales y de niños.

Para Lía Ricón, esta independencia, separó la psiquiatría de la clínica, los alienó de los hospicios y no permitió colaborar en la formación integral del médico. Recién en 1956, con la vuelta de los hospitales generales y con la influencia de Mauricio Goldenberg, quien ganó un concurso para la jefatura del Policlínico Aróz Alfaro de Lanús, comenzó la integración de los aportes de distintas corrientes. En éste hospital se realizaron tareas de asistencia, docencia e investigación en los que colaboraron médicos psiquiatras, psicoanalistas, sociólogos y antropólogos.

Simultáneamente, se encontraron los que trabajaron en la integración de lo social y lo psicológico en los hospitales de alienados, siendo muchos de ellos pioneros que fundaron la Asociación Psicoanalítica Argentina, uno de los más conocidos es Enrique Pichón Riviere, cuyo nombre lleva la Escuela Argentina de Psicología Social.(Ricón, Lía y otros; 1995)⁵.

En la actualidad, casi todos los hospitales generales tienen servicios de psiquiatría, gracias a los esfuerzos de todos los pioneros que entienden el proceso salud-enfermedad como una totalidad en el hombre y no como una dicotomía en la que la mente va por un lado y la parte física va por el otro.

Situación Actual

En el modelo económico imperante, en el que prima una lógica de mercado que se rige por variables que sólo toman en cuenta las utilidades, la calidad de vida de la población con menores recursos, no es tomada en cuenta en su real magnitud a la hora de planificar las acciones y asignar presupuesto a la salud pública.

⁵ Ricón, Lía y autores varios. "Problemas del campo de la Salud Mental". Ed. Paidós. Argentina. 1995.

Si se toma el concepto de salud como una construcción histórico-social, tanto individual como comunitaria, inmersa en un proceso interdependiente entre los ciudadanos de un país y sus actores políticos, se puede estimar que cuando hay falencias en este sistema se debe no sólo a los individuos que forman parte de esa comunidad, sino que también tienen responsabilidad aquellos que están en puestos de los cuales depende una decisión política favorable para corregir tales falencias.

Una situación de mayor justicia para todos, empieza por la universalidad del sistema de salud. Es decir, que todas las instituciones de salud existentes (Estatales, Gremiales, Privadas, ONGs, etc.) estén al servicio de un único sistema de los que viven en el país, es la única forma de garantizar que la accesibilidad y la calidad de los servicios que cada uno recibe no dependa de su capacidad de pago o, como ocurre en la mayoría de los casos actuales, de la obra social (prepaga) a la que le tocó estar afiliado de acuerdo a su oficio o profesión. Esta mutual, descuenta obligatoriamente un monto mensual, generalmente elevado en relación al ingreso; pero por diversas razones la misma, no alcanza a asegurarles una prestación accesible y de calidad.

Los problemas de eficiencia apuntados, se relacionan fundamentalmente con la debilidad del aparato estatal y su consiguiente incapacidad para revertir o atenuar la fragmentación institucional a la que están expuestos los sistemas de provisión de servicios sociales.

En el actual escenario en el campo de la salud, es donde la inestabilidad y la incertidumbre cobran mayor relevancia, y grandes sectores de la población quedan excluidos. Se vive a “dos niveles”, uno de ellos goza de los beneficios de la tecnociencia, cuenta con los recursos necesarios y el otro nivel “precarizado” depende de las políticas de salud pública.

Esto se traslada al campo de la salud mental en una diferente calidad de tratamiento de las personas usuarias de los servicios de psiquiatría que está dada

básicamente por su capacidad económica para hacer frente a sus necesidades individuales.

Existen en el país hospitales públicos y clínicas privadas que atienden las patologías psiquiátricas así como también consultorios privados, pero cuando se refiere que la diferencia en la calidad del tratamiento estriba en la capacidad económica para hacer frente al mismo, se alude específicamente a que la mayoría de estas patologías son crónicas y los medicamentos requeridos, denominados genéricamente psicotrópicos, tienen precios elevados.

Actualmente hay diferentes tipos de medicación, simplificando su clasificación, se puede hablar de medicación tradicional o típica y de medicación atípica. Por lo general, las incluidas en el primer tipo son más económicas que las del segundo, pero también hay diferencias en la respuesta de quien las consume.

Los psiquiatras afirman que los neurolépticos típicos o tradicionales, tienen más efectos indeseables que los atípicos y que también los primeros tienen mayor probabilidad de causar algunas secuelas permanentes tales como discinesias tardías (Vallejos, Ruiloba; 1996)⁶, lo que haría impacto directo en la calidad de vida de los pacientes. No hace falta por lo tanto, hacer un análisis muy profundo para saber a quién le va a ir mejor en el tratamiento.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, presentó un programa de atención para pacientes crónicos usuarios de hospitales públicos, teniendo en cuenta las diferentes patologías que en ellos se atiende. Para el sector de Salud Mental, diseñó un vademécum que incluye distintos medicamentos, pero en general, se apoya en neurolépticos típicos para los pacientes crónicos y reserva los atípicos para pacientes de primer y segundo brote. Además, suele ocurrir que en la farmacia del hospital no hay la cantidad ni

⁶ “La discinesia es un efecto extrapiramidal producido por los neurolépticos y es uno de los cuatro tipos básicos de efectos adversos producidos por la medicación antipsicótica. Consiste en movimientos anormales involuntarios”. Vallejos, Ruiloba. “Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría”. Ed. Paidós. Bs. As. 1996.

variedad de medicamentos necesarios, lo que obliga a los pacientes a volver al médico para que se les receten sustitutos, a su vez se obliga al médico a optar dentro de las posibilidades de existencia o a pedir a los familiares que lo compren, cuando disponen de dinero para hacerlo. Razón por la cual no siempre se puede acceder a la estabilidad en el tratamiento. Lo anterior suma argumentos a lo postulado previamente respecto a que la calidad de vida de los pacientes depende en gran medida, de su capacidad para adquirir un medicamento que no ocasione efectos indeseables, ya sea durante su uso o en forma permanente. Por lo tanto, las personas con menores recursos, ven reducidas sus posibilidades de desarrollar una mejor calidad de vida, debido a que no pueden adquirir medicamentos más eficientes para su tratamiento.

Cuando el Estado no puede dar respuestas óptimas para quienes necesitan del mismo, se está apuntando a ocasionar el mal menor, lo cual no deja de ser un mal. En tal sentido, se neutralizan en general los síntomas positivos (Marietan, Hugo; 1994)⁷ de la enfermedad mental, pero no se tiene en cuenta la calidad de vida de las personas que la padecen y tampoco por ende, la de sus familiares o allegados.

Lo anterior alude al aspecto de la medicación, pero en lo atinente a la calidad de vida, cabe considerar otro aspecto relativo a la rehabilitación social del paciente, lo cual es sumamente importante y se encuentra en continua interrelación con el primero.

Muchos pacientes pierden capacidades de inserción social a causa del efecto de la medicación, deterioro cognitivo, largas internaciones o por la cantidad y frecuencia de reinternaciones que padecen. Esto interrumpe su desarrollo social y si no es adecuadamente atendida esta cuestión, el paciente irá perdiendo espacios sociales y los respectivos roles que en ellos desarrollaba, además es

⁷ “Suelen denominarse como síntomas positivos porque la anomalía radica en su presencia y se refiere a las alucinaciones, delirios e incoherencia del lenguaje”. Marietan, Hugo. “Semiología psiquiátrica y psicopatía”. Ed. Paidós. Bs. As. 1994.

posible que sus allegados lo tomen como algo natural y no intenten revertir esta situación.

Para algunos funcionarios políticos pareciera que esto es algo natural y una consecuencia lógica de la enfermedad, de allí que las políticas en Salud Mental tanto públicas como privadas no incluyan en los tratamientos de modo obligatorio, un plan de sostén y seguimiento del alta para alcanzar un mayor nivel de autonomía y propender a una vida productiva en la comunidad, no sólo en el sentido económico, sino en el sentido subjetivo que tiene para los pacientes y familiares, el hecho de ser partícipes del logro de proyectos tanto personales como familiares y comunitarios.

En los hospitales públicos en general, a causa de la emergencia sanitaria se hacen recortes, que llevan a priorizar en la respuesta a las patologías, el tratamiento medicamentoso, fundamental para atender una parte de la enfermedad, es decir, neutralizar los síntomas, pero los otros aspectos de rehabilitación social tales como el trabajo con la familia, el seguimiento y apoyo no pueden realizarse, o no del modo necesario, por la falta de profesionales suficientes para llevar a cabo un programa integral. De hecho en muchos hospitales los profesionales se jubilan, renuncian o terminan las residencias y no son nombrados nuevos postulantes para esos cargos, lo cual resulta totalmente inapropiado, si tenemos en cuenta que la demanda de pacientes se incrementa cada día en los hospitales públicos, producto de la desocupación y su consiguiente correlato de pérdida de cobertura social. A esto se suma una gran cantidad de patologías originadas por el sufrimiento social que provoca el quedar fuera del sistema, una gran cantidad de personas que acuden al hospital por considerarlo como único efector de salud a pesar de saber que existen otros y los que se niegan a atenderse en salas o centros de salud barriales. Otra cuestión que recarga el servicio hospitalario y merma su capacidad económica son las personas que teniendo obra social, prefieren atenderse en el hospital y no la declaran por temor a ser rechazados. Entonces, se está haciendo un mal uso de

los recursos, ya que esa obra social cobra per cápita de persona y el hospital la atiende en forma gratuita. En cuanto a los medicamentos por ejemplo, muchas personas prefieren atenderse en el hospital por que éste los entrega gratuitamente cuando los tiene, en cambio, con la obra social los tienen que comprar con descuento y a veces no cuentan con dinero para hacerlo.

El sistema de salud pública actual, presenta superposición de recursos producto del modo ineficaz y carente de planificación, que caracterizó al proceso de descentralización de los '90. Esto generó desigualdades en el acceso a los servicios de salud. En nuestro país existen un promedio de un médico cada 340 personas, una cifra superior a la de EE.UU por ejemplo, pero la cantidad de profesionales no implica por sí sola la calidad en la atención de la salud.

Condiciones de posibilidad de una transformación en la atención en Salud Mental

La Argentina se encuentra muy atrasada en su sistema de Salud Mental respecto de los estándares a nivel mundial. La explicación de ese retraso es compleja; múltiples factores conspiran para que así sea. Pero, el centro del asunto es político, se trata de un problema grave de política de salud que afecta en su mayor medida a los más desposeídos social y económicamente. Y en ese sentido, corresponde al Estado, en amplia consulta con los sectores concernidos: trabajadores profesionales y no profesionales, familiares de pacientes y otros actores de la comunidad, encarar una dinámica efectiva para salir de la situación actual.

Aunque puedan parecer obvias, cabe señalar una serie de causas que, habitualmente, cuando no son rigurosamente despejadas, conducen a esterilizar los esfuerzos para lograr cambios adecuados y duraderos en las formas de atención de la Salud Mental. Sin pretender agotar todos los aspectos posibles enumeramos algunos de ellos que se recortan como principales y que se solapan

entre sí, por lo que su abordaje en el curso de las transformaciones debe ser plástico y cambiante a las nuevas circunstancias producidas por el mismo movimiento, es decir, orientarse por un método de planificación en la acción.

- **Partir de la realidad sanitaria, social y cultural local**

Una de las causas más frecuentes de fracaso de los planes de transformación en esta área es la extrapolación más o menos automática y acrítica de nociones, modelos asistenciales o estructuras institucionales de un lugar (país, región, cultura, subcultura). Lo que puede ser muy adecuado en un ámbito determinado, puede no serlo en absoluto en otro. Ciertas modas importadas y la fascinación producida por el "colonialismo cultural" pueden inducir a copiar e importar ideas buenas para otras latitudes, pero inoperantes en otra realidad social.

- **Crear las estructuras adecuadas para cada lugar y etapa de la asistencia**

La alternativa a la hospitalización crónica está representada en la posibilidad de tener asistencia y contención en la comunidad. Ésta sólo se puede dar si se cuenta con una red de instituciones intermedias (hospitales de día, hogares a medio camino, centros de crisis, familias sustitutas, etc.) para dar respuesta, sin separar al consultante de su medio habitual, a los diversos niveles de asistencia que se requieran, evitando recurrir directamente al nivel de mayor complejidad como es la internación en los hospitales especializados.

- **Profundizar la investigación**

La investigación rigurosa en el ámbito de la Salud Mental es escasa o nula en nuestro país. Los datos epidemiológicos escasos o ausentes impiden una planificación racional. Los resultados de los planes que se ponen en marcha no son registrados adecuadamente y las interrupciones de las experiencias en curso, por razones políticas, deja trunca la evaluación de lo realizado, generando una dilapidación de esfuerzos y una parálisis de voluntades por la sensación de un

eterno “volver a empezar”. La estabilidad en el tiempo de las experiencias en este campo es indispensable para poder sacar conclusiones y efectuar las correcciones necesarias.

- **Insertarla en un plan general de Salud Pública**

La atención en Salud Mental requiere una coordinación estrecha con la política general en el ámbito de la Salud Pública, pero sin diluirse en él. La detección precoz de problemas mentales, la coexistencia de patologías, el seguimiento clínico de los pacientes y la administración de recursos comunitarios y terapéuticos, son algunos de los temas principales que obligan a respetar esa condición.

- **Preparar los recursos humanos y dotar a los efectores de efectivos numéricamente suficientes y adecuadamente equipados**

Las transformaciones a encarar reposan, en gran medida, en la acción de los trabajadores de Salud Mental (profesionales y no profesionales). Una orientación en la preparación de los recursos humanos debe comenzar para los profesionales en el nivel universitario de grado y postgrado, el cual hoy en día no está adecuadamente formulado. Por otra parte, y a pesar de la enorme cantidad de profesionales psi existentes en el país, tampoco se cuenta con suficientes recursos presupuestarios para retenerlos en las instituciones públicas una vez formados (médicos y psicólogos residentes) ni para incorporar a otros (concurrentes de los hospitales). El trabajo gratuito, de algunas horas o días en la semana impide la cohesión y organización de equipos y acentúa el hospitalocentrismo. La formación de enfermeras/os especializados es una necesidad acuciante. Un adecuado presupuesto para salarios dignos no es suficiente; debe tenerse en cuenta también la provisión de recursos y el cuidado en las condiciones de trabajo, fuente de agotamiento profesional y riesgo de enfermar de los mismos efectores de salud mental.

- **Proyectarla en la comunidad**

Tanto los estereotipos sociales respecto de la locura, como las más diversas teorías psiquiátricas y los datos de la epidemiología, refuerzan la opinión de que la patología mental psicótica (o psiquiátrica grave, en general) es, en su mayoría, crónica, deteriorante y no tiene tratamiento, o los que existen tienen poca eficacia; por lo que deben esperarse: hospitalizaciones prolongadas y desinserción socio-profesional en las personas afectadas.

No hay posibilidad de introducir un cambio en las formas de atención en Salud Mental que no esté inserto en un cambio concomitante de la percepción que tenga la sociedad de la enfermedad mental. Solamente con la participación de la comunidad toda en redes solidarias de aceptación, tolerancia, desestigmatización y acogida se podrá propender a la reinserción efectiva en su seno, de las personas con diversos grados de capacidades diferentes.

- **Resolver la interfase salud mental/justicia**

Resulta imprescindible establecer normas que redefinan la relación entre la institución sanitaria y judicial. Las condiciones reales de ese ámbito llevan a prolongar inútilmente las internaciones por motivos burocráticos y, en muchas ocasiones, a judicializar problemas sociales que aquejan a las personas internadas en las instituciones psiquiátricas, prolongando las estadías y contribuyendo a su desinserción social con agravamiento del estigma que esas internaciones generan.

- **Articular las maniobras técnicas con una perspectiva basada en las normas bioéticas y el respeto a los Derechos Humanos de los pacientes**

Es fundamental moldear la acción de transformación en la atención en Salud Mental con la normativa que proporciona la reflexión sobre los Derechos Humanos de los pacientes. Ese ideario abre la vía para revisar las condiciones de vida dentro y fuera de las instituciones, la calidad de ciudadano con plenos derechos, y permite diferenciar en el seno de la prolongación en el tiempo del

estatus de enfermo mental –con toda la invalidación y estigma que ello produce-, la diferencia entre lo que es efecto de sujeto (cronicidad) de lo que es efecto social (cronificación). (Stagnaro, Juan Carlos; 2008) ⁸

Patologías comprendidas en el campo de la Salud Mental

El campo de la psiquiatría tiene miles de personas que acuden a él, ya sea por iniciativa propia o por decisión de allegados que no saben qué hacer frente a un comportamiento diferente, frente a algo que los desestructura. Ante conductas que no resultan previsibles según comportamientos que creemos correctos de acuerdo a nuestros propios aprendizajes. Con lo anterior se alude a que si bien, hay una cantidad de personas con problemas reflejados en su actuar cotidiano que no resultan acordes a lo que se espera de ellos teniendo en cuenta los roles que desempeñan socialmente, no todas pueden ser atribuidas a patologías de origen biológico, sino que hay una gran cantidad de ellas que podrían encuadrarse en desfasajes entre necesidad y modo particular implementado para la satisfacción de esa necesidad.

Más allá de poner en tela de juicio la existencia o no de la enfermedad mental, es cierto que la psiquiatría se ha ocupado de clasificar los padecimientos de algunas personas y de ésta clasificación, según la orientación que se siga, surgen los diagnósticos y tratamientos implementados para que dichas personas se adapten lo mejor posible a la realidad social en la que viven.

Según Henri Ey (Ey, Henri; 1998)⁹, las enfermedades mentales no son entidades anátomo-clínicas, sino formas de existencia o de conciencia patológicas que se distinguen y definen por su fisonomía clínica en su estructura y evolución; y afirma que se debe distinguir primero entre enfermedades mentales agudas y

⁸ Stagnaro, Juan Carlos. “La transformación de la atención en Salud Mental: una necesidad perentoria”. Revista Actualidad Psicológica. Nº 364. Junio 2008.

⁹ Ey, Henri. “Tratado de Psiquiatría”. Ed. Toray-Masson. 8º edición. España. 1998.

enfermedades mentales crónicas. Aclarando que esta distinción no supone una oposición entre formas curables e incurables, ya que ciertas formas agudas, son rebeldes a las terapéuticas, mientras que algunas formas crónicas pueden evolucionar favorablemente con el tratamiento.

El mencionado autor, define a la enfermedad mental aguda como *“crisis, accesos o episodios más o menos largos, que pueden reproducirse, pero que presentan una natural tendencia a la remisión. En tanto que la enfermedad mental crónica presenta una evolución espontánea continua o progresiva que altera de manera persistente la actividad psíquica”*. (Ey, Henri; 1998)¹⁰

A continuación se presenta un cuadro de clasificación de las enfermedades mentales basado en el citado autor. (Ey, Henri; 1998)¹¹:

Enfermedades mentales agudas (desestructuración del campo de la conciencia)	Enfermedades mentales crónicas. (desorganización del ser consciente. Patología de la personalidad)
<ul style="list-style-type: none"> • Crisis emocionales. (reacciones neuróticas agudas). • Síndromes maníaco depresivos. • Síndromes delirantes y alucinatorios agudos. • Síndromes confuso-oníricos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurosis (de angustia, obsesivas, fóbicas, histéricas) • Psicosis delirantes crónicas. Sistematizadas (Paranoia) , Fantásticas (Parafrenia) Autísticas (Esquizofrenia) • Demencias.

La clasificación del cuadro precedente se refiere a las enfermedades mentales en general, pero también, es necesario mencionar que las mismas pueden ser de

¹⁰ Ey, Henri. “Tratado de Psiquiatría”. Ed. Toray-Masson. 8° edición. España. 1998.

¹¹ Ídem.

origen biológico conocido y que dentro de ellas también pueden encontrarse procesos agudos y procesos crónicos. Algunos de los procesos mencionados son los siguientes:

- Trastornos endócrinos.
- Psicosis puerperal.
- Psicosis alcohólica.
- Encefalitis.
- Traumatismos.
- Tumores.
- Senilidad.

De todos modos, el leer la clasificación de las enfermedades, no proporciona una verdadera dimensión sobre las implicancias que tiene para el paciente y su entorno, el hecho de convivir con una enfermedad mental. Más adelante describiremos los problemas más frecuentes en el campo de la Salud Mental, los cuales deben atenderse para lograr que la enfermedad mental no sea una carga o estigma para el paciente y su grupo familiar.

Dentro de las enfermedades mentales la esquizofrenia y los trastornos anímicos mayores son los que se presentan con características de crónicos. Algunos autores tales como Mónica Bruno y Pablo Gabay (Bruno, Mónica; Gabay, Pablo; 2003)¹² han definido al enfermo mental crónico como aquella persona que presenta un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno anímico mayor que tiene dependencia económica externa (familia, asistencia social, etc.).

Para definir al enfermo mental crónico establece tres niveles:

- 1) Diagnóstico (Síndrome clínico)
- 2) El funcionamiento social (nivel de competencia social).
- 3) La duración crónica del padecimiento (extensión en el tiempo).

¹²Bruno, Mónica; Gabay, Pablo. "Rehabilitación Psiquiátrica y Reinserción Social de las Personas con Trastornos Mentales Crónicos Graves. Ed. Polemos. Bs. As. 2003.

Patologías consideradas en la investigación: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

De acuerdo con lo que establece el DSMIV, el término psicótico, hace referencia a la presencia de ciertos síntomas. No obstante, la constelación específica de síntomas a los que el término alude varía entre las distintas categorías diagnósticas. En la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, el concepto psicótico remite a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado, o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en aquel inducido por sustancias, psicótico hace alusión a ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Finalmente, en el trastorno delirante y en el psicótico compartido, psicótico es equivalente a delirante.

En la presente tesis, nos planteamos analizar casos incluidos en alguna de las siguientes patologías:

-Esquizofrenia, es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de fase activa (por ejemplo 2 o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos).

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los primeros parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, entre ellos se incluyen distorsiones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), de la percepción (alucinaciones), del lenguaje y de la comunicación (lenguaje desorganizado), y distorsiones referidas a la organización del comportamiento (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales, comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la

fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

-Trastorno esquizofreniforme: se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (por ejemplo la alteración dura de uno a seis meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional.

-Trastorno esquizoafectivo: es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está presidida o seguida por al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.

-Trastorno delirante: se caracteriza por al menos un mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.

-Trastorno psicótico breve: es una alteración psicótica que dura más de un día y que remite antes del mes.

-Trastorno psicótico compartido: se caracteriza por la presencia de ideas delirantes en un individuo influido por otro que presenta ideas delirantes de mayor duración y contenido similar.

-Trastorno psicótico debido a enfermedad médica: se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.

-Trastorno psicótico inducido por sustancias: se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico.

-Trastorno psicótico no especificado: se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos específicos definidos previamente, o la sintomatología

psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria. (DSM-IV; OMS)¹³

De acuerdo a lo sostenido en esta tesis, sobre que el padecimiento psíquico trasciende los límites de la psiquiatría, es que podemos aseverar que el mayor obstáculo que presentan estas patologías se da en el ámbito sociofamiliar, ya que la relación del paciente con el medio, influye en la aceptación de la enfermedad por parte de la familia y la sociedad.

Las diferentes disciplinas que intervienen en la temática de la Salud Mental

Si bien se le da generalmente una mayor importancia a la psiquiatría dentro de este campo, hay otras profesiones que trabajan para la prevención, el restablecimiento y/o mantenimiento de la Salud Mental.

Sin hacer una descripción exhaustiva describiremos someramente otras disciplinas que intervienen en este campo.

- a) **La Psicología**: es la ciencia del hombre que tiene por objeto su vida en relación, es decir, aquella que lo liga como sujeto o persona a su mundo. En otros términos se puede decir que es la ciencia de las funciones, operaciones, comportamientos, ideas y sentimientos, cuyo desarrollo y organización constituyen las modalidades de su adaptación al medio físico, social y cultural en el que transcurre su existencia. La psicología se ocupa del diagnóstico y tratamiento de los conflictos surgidos en el ámbito mencionado, ya sea en forma individual o grupal (Fernández Sapino; 1999)¹⁴. En general se la asocia al psicoanálisis y a Sigmund Freud, cuya

¹³ DSM-IV, Manual de Clasificación de las Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¹⁴ Lic. Fernández Sapino. Cátedra de Psicología Social de la carrera de Lic. En Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1999.

tesis de trabajo admite un paro del desarrollo de la personalidad, que trata de hacer progresar mediante una experiencia de maduración y no de una tentativa de maduración. Toda la obra de Freud y lo que su escuela psicoanalítica ha desarrollado constituyen una teoría psicogenética de la neurosis.

En la teoría de Freud, hay dos puntos esenciales, el primero afirma que el inconsciente representa un sistema de fuerzas afectivas reprimidas que no se manifiestan clínicamente, sino por una distorsión simbólica de su sentido. El segundo punto, plantea que el inconsciente está constituido por fuerzas instintivas (Ello) o represivas (Superyo) que, en curso del primer desarrollo libidinal del niño, formaron sistemas afectivos. El conflicto de estas fuerzas inconscientes con el Yo y la realidad, es lo que determina las enfermedades mentales.

El Psicoanálisis constituye tanto la teoría de la personalidad de Freud, como así también la corriente terapéutica elaborada por el mismo.

Además de dicha corriente, existen otras dentro de la psicología que abren nuevas alternativas de tratamiento tales como la psicología del enfoque sistémico y la psicología cognoscitiva. Estas dos corrientes se distinguen del psicoanálisis dado que abordan las dificultades del paciente en tratamiento desde una perspectiva superadora de los conflictos sin hacer hincapié en su historia, sino apuntando a identificar los problemas actuales y aportar mecanismos de afrontamiento.

En particular, la psicoterapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado, de tiempo limitado y centrado en el "aquí y ahora". El objetivo de las técnicas cognitivas es conocer y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos del paciente. Se basa en el supuesto teórico de que *"los conceptos y las conductas de un individuo están*

determinados, en gran medida, por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (Bruno, Mónica; Gabay, Pablo; 2003)¹⁵.

- b) La terapia ocupacional: debe su reconocimiento como posibilidad terapéutica para los pacientes psiquiátricos, al psiquiatra francés Dr. Pinel, quien organizó programas de actividades para los internados en el asilo de Salpêtrière de París en 1879. Esta organización de la terapia ocupacional sirvió como modelo para las instituciones psiquiátricas del mundo y originó la necesidad de formar profesionales idóneos que pudieran aplicarla a todo tipo de pacientes.

En la Argentina se comenzaron a implementar actividades de terapia ocupacional en pacientes psiquiátricos hacia 1870. El Dr. Cabred reconoció los beneficios de la actividad para los pacientes y la denominó “praxiterapia”. En 1959 se crea la Escuela de Terapia Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación. Se considera a la terapia ocupacional como el arte y la ciencia de analizar e instrumentar las ocupaciones del hombre para tratar su salud. Las funciones que cumple esta disciplina son: colaborar en la prevención primaria, secundaria, terciaria de la salud, promover el bienestar general previniendo aquellos factores que facilitan las enfermedades.

Los medios terapéuticos reconocidos en el ejercicio profesional son:

- Las ocupaciones: se clasifican en automantenimiento, de productividad y de esparcimiento.
- La comunicación: implica el manejo de códigos para interactuar con el paciente. Durante el proceso de la terapia ocupacional la comunicación se facilita por medio de las ocupaciones.

¹⁵ Bruno, Mónica; Gabay, Pablo. “Rehabilitación Psiquiátrica y Reinserción Social de las Personas con Trastornos Mentales Crónicos Graves. Ed. Polemos. Argentina 2003.

- El ambiente: constituye el lugar que se elige para el abordaje en terapia ocupacional y contempla características físicas, psicológicas y sociales, las que son tenidas en cuenta para el logro de los objetivos a alcanzar con cada paciente.
- Las técnicas y metodologías: son las acciones para establecer el período de atención, la frecuencia, la intensidad y los modelos que comprende el abordaje del caso.

En el caso de los pacientes psiquiátricos, la terapia ocupacional abarca toda la población de pacientes en sus diferentes estadios de la enfermedad.

- c) La Enfermería: como profesión, realiza su intervención más ardua con los pacientes internados. Se ocupa de la administración de los medicamentos indicados por el médico tratante, toma de signos vitales, seguimiento diario de los pacientes. Los registros de enfermería son diarios y por turnos, proporcionándole al médico datos relevantes sobre la evolución del paciente. También se ocupa de la higiene y vestimenta de aquellos que no pueden hacerlo por sí mismo, como así también de alentar los hábitos alimentarios e higiénicos de todos los internados.

Otra de las funciones que cumple la enfermería es la administración de medicación de depósito a pacientes ambulatorios. En el ámbito privado, también desempeña funciones de asistencia y suministro de medicamentos en los casos en que el paciente no pueda hacerlo por sí mismo, colaborando así con la familia. En muchos casos opera como cuidador domiciliario de pacientes que no pueden ser atendidos por sus familiares, siendo esta actividad resultado de un contrato familiar entre la familia o amigos del paciente y el profesional de enfermería.

- d) La abogacía: estos profesionales, por lo general, toman contacto con los pacientes de salud mental a través de instituciones que desempeñan funciones de defensoría, asesoría, fiscalía, curaduría, juzgados y tribunales.

También pueden hacerlo desde el ámbito privado en el caso de que el paciente o la familia requiera sus servicios.

- e) El acompañante terapéutico: se trata de personas capacitadas para desarrollar un rol asistencial calificado como auxiliar de los tratamientos psicoterapéuticos de los pacientes psiquiátricos. Pueden realizar su actividad en instituciones o en el domicilio del paciente, colaborando con el equipo médico tratante en la rehabilitación social de los asistidos. Si bien estos profesionales se constituyen en algunos casos en una herramienta necesaria para aliviar a la familia en su tarea y ayudar a la persona afectada a asumir roles más activos en su vida, lo cierto es que la mayoría de los pacientes que demandan sus servicios no poseen recursos económicos y por lo tanto deben prescindir de sus beneficios.

El Trabajo Social, su especificidad y su desempeño en el campo de la Salud Mental

El Trabajador Social, intervención profesional y metodología

El trabajador social realiza sus intervenciones en diferentes temáticas, es decir, que se inserta en distintos campos, en donde la cuestión social requiere de un profesional para modificar situaciones acerca del binomio sujeto-necesidad, entendiéndose al sujeto como dimensión individual-familiar, grupos o comunidad.

Por ello, la formación profesional lo provee de una metodología de intervención que es única y distintiva de la profesión.

Si bien cada profesional le imprime su sello propio, a la hora de actuar, lo hace basado en un proceso metodológico que es el que sustenta la profesión.

El Trabajo Social se encuentra dentro de las Ciencias Sociales y como tal, su intervención está basada en el método científico.

Dicho proceso metodológico consta de diferentes etapas, las cuales varían en número y denominación según los autores, pero tienen en común que parten de una situación indeterminada en la etapa de inserción, tienen como objetivo organizar y analizar los datos recabados a través de las herramientas para arribar a un diagnóstico social o evaluación, en interacción y colaboración con el asistido y luego construir y planificar una solución a la medida de quien necesita la intervención, siempre con la participación activa de la persona. Esto es así, porque una de las premisas fundamentales de la profesión es promover la reflexión, el pensamiento crítico y propender a la independencia de los individuos. Proveer a quienes se asiste de elementos que luego pueda utilizar en otras situaciones. (Rozas Pagaza; 1998)¹⁶

En la obra de Souza Minayo, hay una propuesta de interpretación cualitativa de datos que consideramos adecuada. La autora citada denomina su propuesta de método *hermenéutico-dialéctico*. En este método el habla de los actores sociales está situado en su propio contexto para ser mejor comprendido. Esa comprensión tiene, como punto de partida el interior del habla. Y, como punto de llegada, el campo de la especificidad histórica y totalizadora que produce el habla.

Se pueden destacar dos presupuestos de este método de análisis. El primero se refiere a la idea de que no hay consenso ni punto de llegada en el proceso de producción de conocimiento. El segundo se refiere al hecho de que la ciencia se construye en una relación dinámica entre la razón de aquellos que la practican y la experiencia que surge en la realidad concreta. Los resultados de una investigación en Ciencias Sociales se constituyen siempre en una aproximación de la realidad social, que no puede ser reducida a ningún dato de investigación.

El primer dato de interpretación que debe ser hecho, según esta propuesta, es el de las determinaciones fundamentales. Este nivel se refiere a: coyuntura

¹⁶ Rozas Pagaza, Margarita. "Una Perspectiva Teórica- Metodológica de la Intervención en Trabajo Social. Ed. Espacio. 1998.

socioeconómica y política de la cual forma parte el grupo social a ser estudiado; historia de ese grupo y política que se relaciona a ese grupo. Estas determinaciones ya deben ser definidas en la fase exploratoria de la investigación.

El segundo nivel de interpretación se basa en el encuentro que realizamos con los hechos surgidos en la investigación. Este nivel es, al mismo tiempo, punto de partida y punto de llegada del análisis. Las comunicaciones individuales, las observaciones de conductas y costumbres, el análisis de las instituciones y la observación de ceremonias y rituales son aspectos a ser considerados en ese nivel de interpretación.

La autora incluso presenta los siguientes pasos para la operacionalización de su propuesta:

- a) Organización de datos: en este momento se hace un mapeo de todos los datos obtenidos en el trabajo de campo. Aquí están involucrados por ejemplo la transcripción de grabaciones, relecturas del material, organización de relatos y de los datos de la observación participante.
- b) Clasificación de los datos: en esta fase es importante tener en mente que el dato no existe por sí solo. Es construido a partir de un cuestionamiento que hacemos sobre él, en base a una fundamentación teórica. A través de una lectura exhaustiva y repetida de los textos, establecemos interrogantes para identificar lo que surge de relevante ("estructuras relevantes de los actores sociales"). En base a lo que es relevante en los textos, elaboramos las características específicas. En este sentido, determinamos el conjunto o los conjuntos de las informaciones presentes en la comunicación.
- c) Análisis final: buscamos establecer articulaciones entre los datos y los referentes teóricos de la investigación, respondiendo a las cuestiones de la investigación en base a sus objetivos. Promovemos relaciones entre lo concreto y abstracto, lo general y lo particular, la teoría y la práctica.

El producto final de análisis de una investigación por más brillante que sea, debe ser siempre encarado de forma provisoria y aproximativa. Esta posición compartida por nosotros se basa en el hecho de que, tratándose de ciencia, las afirmaciones pueden superar conclusiones previas a ella y pueden ser superadas por otras afirmaciones futuras. (De Souza Minayo, María Cecilia; 2007)¹⁷

El Trabajo Social en Salud Mental

Siendo uno de los postulados del Trabajo Social velar por el cumplimiento de los derechos de ciudadanía y elevar la calidad de vida de las personas, su accionar se dirige, sea en el campo que sea, a cumplir con dichos postulados.

El trabajador social, como se mencionó, interviene cuando hay necesidad de transformar una situación social indeseada. En el campo de la Salud Mental, ya sea en el ámbito público o privado, la necesidad del trabajador social se hace cada vez más evidente, a partir de los procesos de desmanicomialización y desinstitucionalización la necesidad de trabajar el afuera, los espacios de derecho de los pacientes externados, su contexto familiar cuando lo hay o las redes de contención e inserción de aquellos que no cuentan con familiares y amigos que los contengan en su ámbito social, crece día a día.

Lo que se plantea es que, al trabajo que siempre se realizó con los pacientes internados, se agrega hoy una gran cantidad de pacientes que realizan tratamiento ambulatorio. Entonces, todas esas cosas que antes proveía la institución, ahora dependen del contexto socio-familiar y de la comunidad.

Aquí es importante recordar que el paciente psiquiátrico no constituye para el trabajador social una categoría en sí, sino que se trabajan las cuestiones sociales que le atañen como persona de pleno derecho, más allá de que padezca una enfermedad mental. El punto de vista de la profesión no apunta a la

¹⁷ De Souza Minayo, María Cecilia. "Investigación Social, teoría , método y creatividad". Ed. Lugar. 2007.

enfermedad, sino a la parte sana de la persona, y con esto no pretendemos afirmar que el trabajador social desconoce las dificultades que los síntomas de una enfermedad puede acarrearle a la persona, sino que lo ayuda a alcanzar el grado óptimo de calidad de vida dentro de sus posibilidades particulares.

Para ello las intervenciones que realiza, muchas veces dentro de un equipo interdisciplinario y otras en forma individual, en algún servicio de psiquiatría que no interpreta los alcances de la interdisciplina, se encaminan a encarar una situación social que debe ser modificada. La intervención se realiza siempre teniendo en cuenta la metodología específica del Trabajo Social. Puede ser que en el campo de la psiquiatría resulte a veces más problemático o difícil intervenir, pero, los principios y los objetivos del Trabajo Social son los mismos que para cualquier otro campo. Las necesidades de un individuo que padece una enfermedad mental son las de una persona y como tal, se encara la intervención.

Es importante aclarar que la institución desde la cual se realiza la intervención encuadra y delimita el objetivo de intervención, pero también es cierto que por la formación profesional, desde el Trabajo Social, nunca vemos a la persona en forma aislada, sino que tratamos de captar la integralidad de la situación para luego ir delimitando qué es lo que se puede hacer desde nuestro rol y lugar de trabajo y lo que no se puede, tratar de derivarlo a la institución o nivel correspondiente, pero no de forma aislada, sino trabajando en colaboración con otros profesionales y realizando un seguimiento o apoyo si fuera necesario.

En lo que atañe a la Salud Mental esta situación a veces resulta muy compleja, sabemos que el cumplimiento del tratamiento psiquiátrico es fundamental para mantener la externación y la calidad de vida, debemos saber si el paciente cuenta con familiares o amigos que puedan colaborar en esta tarea y si están preparados con suficientes conocimientos para llevarla a cabo, también debemos saber si tiene un lugar digno para vivir, si posee recursos para alimentarse y vestir, si cuenta con la medicación adecuada en tiempo y forma, si ha tenido o tiene causas judiciales, si está inhabilitado o declarado insano, si cobra

alguna pensión o subsidio, quién se lo administra y cómo, etc. En los casos en que el paciente está internado debemos interiorizarnos en cuanto a tipo de vínculos que mantiene con su familia, si tiene vivienda y qué pasa con ella mientras está internado, aspectos atinentes a su situación laboral y finalmente, al momento del alta, asegurarse que el paciente cuente con un sitio habitacional, observar si la familia apoya la externación, trabajar con el grupo familiar para evitar desbordes o conflictos, etc. Son muchos los aspectos a tener en cuenta para tratar de sostener o mejorar las condiciones de vida de las personas con padecimiento psiquiátrico.

Aquí nos parece importante hablar sobre la interdisciplina, ya que el padecimiento psíquico trasciende los límites de la psiquiatría por lo cual es necesario abordar estas problemáticas desde un enfoque interdisciplinario, que diseñe un tratamiento y acompañamiento no sólo para los pacientes sino también para sus respectivas familias en relación al asesoramiento de éstas, con el objeto de trabajar aspectos de inserción positiva dentro del ámbito familiar y en la comunidad, a fin de prevenir situaciones que pudieran provocar perjuicios para los pacientes y sus familiares.

Para el trabajador social que se desempeña en el campo de la Salud Mental, es fundamental conocer la legislación que ampara a éstas personas, los recursos disponibles y la forma de gestionarlos o reclamarlos cuando no se dispensan.

Para ello la interdisciplina proporciona un abordaje integral que permite aunar saberes y actuar sinérgicamente, teniendo como objetivo compartido elevar la calidad de vida de los pacientes y de su entorno, dejando atrás las intervenciones parcializadas y desintegradas.

Sabemos que la interdisciplina es un escenario pleno de incertidumbre, el incremento de las desigualdades y el crecimiento de la exclusión social conducen a revisar una serie de aspectos que pueden ser útiles, en función de la necesidad de nuevas formas de diálogo entre diferentes campos del saber, debido a las características hipercomplejas de la situación actual.

Por lo tanto, la interdisciplina, puede ser un obstáculo o una oportunidad para desarrollar estrategias de intervención a fin de dar respuestas a una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la *“competencia individual desvaloriza el trabajo en equipo, el cual a veces se encuentra atravesado por la lógica del mercado donde lo que prima es la relación costo-beneficio”* (Carballeda, Alfredo; 2003)¹⁸.

Por otra parte, la interdisciplina se enfrenta a la complejidad de nuevas demandas hacia los servicios de salud que expresan una serie de cuestiones que en muchos casos superan los marcos del conocimiento de cada campo del saber.

Es importante aclarar que no es lo mismo trabajar en equipo que hacerlo en un equipo interdisciplinario. Muchas veces trabajan en equipo profesionales de la misma ciencia y aquí, quizás resulta más fácil porque se comparte el campo del saber y de la incumbencia, pero en los equipos interdisciplinarios intervienen profesionales de distintas disciplinas donde las fronteras no siempre están bien delimitadas. En dichos equipos, por lo general existe un rol de coordinador, que en el caso de Salud Mental casi siempre es desempeñado por el médico psiquiatra, no obstante, se considera que sería más operativo y eficaz el hecho de que dicho rol sea rotativo en las distintas reuniones, de acuerdo a los temas tratados. Un buen trabajo interdisciplinario es aquel en el que se fijan objetivos a alcanzar y en el que para ello, cada uno aporta su saber sin excluir la mirada integradora de los distintos participantes.

En Salud Mental, con las nuevas perspectivas de tratamiento (aparición de neurolépticos) y los nuevos enfoques derivados de la desmanicomialización, la realidad a abordar se ha complejizado mucho. Ya no se piensa en las personas con padecimiento psíquico como recluidas en instituciones o en su propia casa, hoy la gran mayoría de los pacientes son ambulatorios y se ven obligados junto a

¹⁸ Carballeda, Alfredo. “La Interdisciplina como Diálogo. Lo social y la salud mental”. Curso a distancia. www.margen.ogr.ar . 2003.

su familia o amigos si es que los hay, a negociar un espacio en la sociedad, en un mundo que generalmente por desconocimiento les resulta terriblemente hostil.

El tratamiento de las personas afectadas no puede circunscribirse sólo a la medicación, porque por lo general, tienen formas de vida diferentes, expresan otras prioridades que pueden resultar contradictorias con las de su grupo familiar y su entorno social. El padecimiento psíquico impacta en la vida de relación, es allí donde se dan los conflictos y es allí donde hay que trabajar para evitar la marginación, el prejuicio, las consultas o pedidos de internación basados en el desconocimiento o en el autoritarismo que aflora en las personas cuando no comprenden que están frente a un "diferente", que a pesar de serlo, merece gozar de sus derechos y de realizar una vida digna en su comunidad.

Trabajar estos aspectos es tarea del trabajador social, quien debe realizar intervenciones individuales con cada paciente, con su entorno socio-afectivo, con el equipo interdisciplinario, y a la vez ir trabajando en otros planos para que desde el Estado y otras instituciones se reconozcan y cumplan los derechos que asisten a estas personas, los cuales están enumerados en las leyes y que por falta de voluntad política se han ido dejando de lado frente a la crisis económica que atraviesa la atención de la salud en nuestro país.

El trabajador social tiene preparación y capacidad para organizar y planificar acciones que tengan un impacto educativo en la sociedad, para concientizar con respecto a la salud mental y los derechos de las personas que las padecen, con perspectiva de generar un espacio de instalación y discusión del tema en la comunidad para producir un cambio en sentido positivo, luchar por la prevención de las enfermedades, contra el prejuicio y la discriminación de las personas que la padecen, por un reconocimiento a sus capacidades, por un lugar en la sociedad que les permita sentirse, a pesar de sus padecimientos, personas activas y útiles para sí mismos y para otros. En definitiva se trata de correrlo del lugar de paciente pasivo y de la idea de ser una carga para la familia.

Una herramienta que posee el trabajador social para alcanzar estos objetivos es la educación, pero, entendiendo el proceso enseñanza-aprendizaje como factor de cambio y como vivencia equiparable a participación. (Quintero Velásquez, Ángela; 1997)¹⁹

La Familia

Según Carlos Eroles, la familia es el núcleo central de la sociedad. En ella el ser humano nace, crece y se desarrolla. En su tarea socializadora, la familia cumple con la trascendente función social de preservar y transmitir los valores y las tradiciones del pueblo, sirviendo de enlace a las generaciones. (Eroles, Carlos; 1998)²⁰

Por otra parte la familia debe ser entendida también, desde una perspectiva interdisciplinaria como una unidad básica bio-psico-social con leyes y dinámica propias, que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones y variaciones sin perder la identidad como grupo primario de organización social, a través de la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que lo rodea.

La familia es un grupo primario donde sus integrantes se interrelacionan por vínculos afectivos y de participación que favorecen a su vez su crecimiento armónico, desarrollo y maduración.

¹⁹ Quinteros Velásquez, Ángela M. "Trabajo social y procesos familiares". Ed. Lumen/Hvmanitas. Argentina. 1997.

²⁰ Eroles, Carlos. "Familia y Trabajo Social". Ed. Espacio. 1998.

Tipos de Familia

En la realidad social actual, la familia no ha dejado de tener importancia y significación, como elemento fundamental de la sociedad. Contrariamente a lo que predijeron diversos científicos sociales, la familia goza de una sorprendente vitalidad, que más allá de la crisis que la afecta, no tiene como consecuencia el riesgo de extinción de la misma. Por el contrario ella se fortalece en el marco de una verdadera explosión de formas familiares que coexisten en una misma realidad social, económica y cultural.

En nuestra vida cotidiana la familia sigue ocupando un lugar ponderable. Pero ello requiere un proceso de movilización de las parejas y los grupos familiares para que lo asuman en todo lo que sea posible como ámbito de la solidaridad comunitaria.

Así en nuestra realidad actual podríamos reconocer los siguientes tipos de familias:

- Familia con vínculo jurídico y/o religioso. Por razones formales o por firmes convicciones religiosas la pareja solemniza su unión matrimonial.
- Familia consensual o de hecho. Se considera por tal al vínculo estable con características casi idénticas al de la familia con formalización jurídica matrimonial.
- Familia nuclear. Se entiende por tal a la familia conformada por padres e hijos. Es una categorización distinta a las anteriores y puede coexistir con alguna de ellas.
- Familia ampliada o extensa. Es aquella en la cual hay convivencia de tres generaciones y/o la presencia de otros familiares convivientes.
- Familia ampliada modificada. En esta categoría si bien no hay convivencia, las relaciones entre los miembros de la familia tienden a un comportamiento clánico.

- **Familia monoparental.** Es la conformada por el o los hijos y solamente el padre o la madre como cabeza de familia. Ha crecido notablemente en las últimas décadas, y a su respecto ha ido cambiando la conceptualización (antes se la consideraba una familia incompleta).
- **Familia reconstituida o ensamblada con o sin convivencia de hijos de distintas uniones.** Es el grupo familiar conformado por una pareja que ha tenido (uno o ambos) experiencias matrimoniales anteriores. La convivencia permanente o por algunos días en la semana de hijos de distintas uniones le otorga un sesgo particular y difícil a las relaciones familiares.
- **Familia separada.** Llamamos así a los padres separados que siguen siendo familia en la perspectiva del o de los hijos. Este vínculo supérstite puede ser aceptado y armónico o no aceptado (expresa o implícitamente) y conflictivo.
- **Grupos familiares de crianza.** Bajo esta denominación se incluyen situaciones particulares como la adopción, el prohijamiento (práctica solidaria consistente en proteger a los huérfanos o abandonados dentro de la propia comunidad), los nietos a cargo de abuelos, etc.
- **Familiarización de amigos.** Es una realidad crecientemente extendida por la que se reconoce una relación familiar muy estrecha a los que son entrañablemente amigos. Hay así abuelos, tíos o hermanos familiarizados.
- **Uniones libres carentes de estabilidad y formalidad.** A nuestro juicio no deben ser considerada relaciones vinculares familiares. La familia requiere la decisión de compartir un proyecto de vida al que se le asigna permanencia, más allá de la posibilidad de que la relación fracase.

En una sociedad en proceso de constante cambio y afectada significativamente por situaciones críticas, la familia recibe fuertes impactos, que la afectan en su estabilidad y en su seguridad y determinan también una adaptación a nuevos contextos socioculturales.

Dentro de tales impactos, es posible establecer una tipología de problemas familiares:

- **Problemas de calidad de vida.** Una primera línea de problemas pasa por aquellas situaciones que posibilitan el desarrollo humano y familiar y que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades sociales básicas, en términos de nutrición, salud, vivienda, trabajo, educación, recreación y seguridad social. En este plano se destaca la realidad de las familias con necesidades básicas insatisfechas, muchas de las cuales se encuentran por debajo del umbral de la pobreza y que requieren del apoyo del Estado o de la comunidad para paliar su situación.

Sin embargo la calidad de vida familiar es un concepto muy rico, que tiene que ver con un conjunto de satisfactores tanto materiales como psico-sociales que conforman un marco adecuado para el desarrollo familiar. En este concepto entran aspectos que hacen al hábitat, a la infraestructura de servicios, el acceso a ciertos servicios educativos y de salud, el sistema de obras sociales, el salario familiar, etc.

- **Problemas de la trama vincular.** La familia se presenta como un sistema complejo de vínculos entre personas: de pareja, entre padres e hijos, vínculos entre otros miembros de la familia. Es en el marco de la trama vincular donde se viven los conflictos y las crisis vitales propias de la vida cotidiana.

- **Problemas de identidad.** Bajo esta categoría se agrupan una serie de situaciones problemáticas que afectan a las familias en cuanto al derecho a la identidad, un elemento indispensable para el cumplimiento de las funciones familiares y para el adecuado desarrollo de la personalidad.

- **Situaciones límites.** Se entiende por tales, ciertas circunstancias sobrevinientes que modifican abruptamente las condiciones de vida de un grupo familiar, dificultando total o parcialmente el desarrollo de su proyecto de vida.

A modo de ejemplos se pueden mencionar:

- Discapacidad: la discapacidad de un miembro de la pareja o de un hijo, puede desajustar severamente a un grupo familiar. Un accidente puede convertir en un discapacitado severo a un padre en buena situación económica, acostumbrado a ser el único sostén del hogar, el nacimiento con discapacidad mental de un hijo o su desarrollo posterior, puede alterar la fisonomía familiar hasta el punto de convertir a los padres en seres diferentes.

Discapacidad y aceptación son dos caras de una misma moneda, que no siempre van de la mano. El rechazo omnipotente de la situación viviéndola como un castigo, puede determinar situaciones de profunda frustración humana, severas patologías mentales o terminar en un abandono, por no poder asumir la situación.

Ayudar desde el trabajo profesional a afrontar la discapacidad es algo mucho más importante y significativo que poder conseguir una prótesis o facilidades para una operación u otro tipo de prestadores sociales. De lo que se trata es de apuntalar al medio familiar para el reencuentro con la vida, a partir de su nueva realidad de convivencia cotidiana con la discapacidad.

- Salud Mental, SIDA, adicciones: las familias que se ven afectadas por cuadros de enfermedad mental, drogadicción, alcoholismo y el más reciente problema del SIDA, sufren también una fuerte desestructuración, que requiere muchas veces de la ayuda profesional especializada. La convivencia con un enfermo mental, un adicto, un alcohólico, no es sencilla. Es difícil, genera una importante cuota de violencia en las relaciones; es un factor desintegrador, acompañado por rasgos de desorden interior.

En estas situaciones el papel de la familia es fundamental para ofrecer perspectivas para iniciar un proceso de rehabilitación. Diversas instituciones de Salud Mental y tratamiento de adicciones han acumulado una muy rica experiencia en el entrenamiento a padres y familiares para el acompañamiento terapéutico del paciente o el adicto.

En suma la familia puede ser víctima y entrar en un proceso de derrumbe y disolución; puede ser un factor coadyuvante a la recuperación del paciente o del adicto, o por el contrario, puede actuar como un factor acelerante y desencadenante del cuadro de deterioro que expresa el paciente.

También la comprensión y acompañamiento familiar es un factor significativo en las personas que viven con VHI y en los enfermos de SIDA para lograr mejorías, potenciar sus defensas orgánicas y espirituales y luchar por la vida.

De allí la importancia del acompañamiento profesional y el trabajo intenso con las familias para intentar tratamientos de rehabilitación o apuntalar afectivamente a quienes lo necesiten.

- Situaciones de alto riesgo social. Se agrupa bajo esta categoría a situaciones problemáticas que se expresan en la familia y configuran grupos de alto riesgo, comunes a la realidad latinoamericana como por ejemplo embarazo adolescente, adolescentes en conflicto con la ley, los sin techos, los trabajadores golondrinas.

- Privación de derechos, violencia y agresión sexual. Bajo esta categoría pueden encontrarse problemáticas que se generan dentro de la familia y se traducen en situaciones de violencia física y abuso sexual. Nos referimos a la violencia doméstica: es un problema extendido en las familias de los sectores populares pero que cruza en rigor a todas las clases sociales. Sus principales víctimas son las mujeres y niños. (Eroles, Carlos; 1998)²¹

²¹ Eroles, Carlos. "Familia y trabajo social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional". Ed Espacio. Argentina. 2001.

El rol familiar en Salud Mental

Retomando el concepto de que el padecimiento psíquico impacta en la vida de relación y de que es allí donde debemos trabajar, el primer lugar en el que debemos intervenir es en el seno familiar, ya que con los nuevos tratamientos y con la idea de minimizar al máximo las intervenciones, el seguimiento y cuidado cotidiano de estos enfermos, fue derivado a la familia.

La autora Quintero Velásquez realizó una síntesis de experiencias en Latinoamérica sobre lineamientos preventivos en salud familiar por considerar que es este un campo primordial para el trabajador social. Algunas de las acciones preventivas que menciona son:

1. Promover información relevante de Salud Mental.
2. Educar a la familia en conceptos importantes referentes a sus dificultades.
3. Entrenar a la familia en habilidades de adaptación.
4. Crear conciencia de que la familia es básica para el individuo.
5. Ofrecer la oportunidad de compartir entre familias y encontrar apoyo entre ellas y su comunidad. (Quintero Velásquez, Ángela; 1997).²²

Un concepto importante a definir es el de prevención, para la autora mencionada, *“Prevención no es evitar que sucedan las situaciones sino prepararse para manejarlas y vivirlas en positivo”*. La importancia de esta definición radica en el hecho de que en el campo Salud Mental, hay muchas situaciones que no pueden evitarse y si la familia no esta preparada para entenderlo, se genera mucha angustia y situaciones conflictivas. Por lo tanto, se considera que se pueden prevenir algunas otras situaciones conociendo los síntomas de la enfermedad mental y aprendiendo a manejarlos.

²²Quinteros Velásquez, Ángela M. “Trabajo social y procesos familiares”. Ed. Lumen/Hvmanitas. Argentina. 1997.

Dada la temática de este trabajo, nos parece fundamental definir aquí la enfermedad mental; la cual en su gran mayoría se presenta con características crónicas. Entendiendo la enfermedad crónica como la presencia irreversible, con posibilidad de agravamiento o con períodos de latencia de enfermedad que muchas veces impide el desarrollo normal de la vida cotidiana.

La enfermedad mental compromete a la persona afectada y a su entorno, ejerciendo impacto en el sistema familiar principalmente. En éstas situaciones, es importante que el trabajador social conozca los aspectos relevantes de la patología con la que trata, a fin de realizar una intervención especializada con el objetivo de apoyar y ayudar la red de organización del grupo familiar, que es el que va a operar como sostén en el tratamiento y rehabilitación del paciente.

Redes de apoyo y contención

El trabajador social tiene *“la responsabilidad de comprender cómo viven los sujetos y todo lo que se relaciona con sus experiencias sociales, así como sus sentimientos sobre estas experiencias, siendo el factor esencial el conocimiento de la forma y el grado que el individuo está afectado por su medio, y la repercusión que tiene el problema en su medio cultural. Simultáneamente, debe lograr que el individuo participe plenamente en el mejoramiento de su propia socialización”*. (Travi, Bibiana; 2005)²³

Las redes emergen frente a los trabajadores sociales como un recurso con múltiples posibilidades, la tarea del profesional consiste en descubrir en ellas las relaciones que más convienen a la persona y procurárselas. La perspectiva de redes en la intervención profesional debe ser incorporada a nuestra “caja de

²³ Travi, Bibiana; Gordon Hamilton. “La dimensión Técnico Instrumental en Trabajo Social”. Ed.

Espacio. 2005

herramientas”, como un elemento de vital importancia que evita el aislamiento de la persona, considerada esta como un ser social.

La autora y docente Castellanos delimita y define los elementos, que guían la construcción del campo hipotético de las intervenciones en red, estos son:

- a) La noción de redes sociales y la distinción entre redes primarias y redes secundarias.
- b) La interfase constitutiva de las redes naturales.
- c) Los atributos estructurales, funcionales y vinculares, que las distinguen.
- d) La dinámica de la red: el discurso colectivo y el sostén social.

Entendemos a las redes sociales como entidades relacionales complejas de carácter colectivo, en las que podemos distinguir propiedades interactivas, estructurales y funcionales que les son propias. Tienen por finalidad la satisfacción de las necesidades de sus miembros (afectivas, informativas y materiales) y la transmisión de la cultura y valores que les son propias. Se pueden distinguir dentro de las redes sociales dos grupos: las redes sociales primarias y las redes sociales secundarias.

- Las redes sociales primarias son conjuntos de personas que se conocen entre sí, unidas por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, estudio y ocio. Configuran una totalidad en la que sus miembros están unidos por relaciones de naturaleza afectiva (positiva o negativa) más que por su carácter funcional.

Las redes primarias son portadoras de una cultura, que es producto de intercambios entre redes diversas y del contexto macrosocial. Cada persona nace en el interior de una red dada, que constituye su punto de partida, pero en el curso de su vida, hace elecciones que pueden llevarlo muy lejos de esto que constituye su condicionamiento inicial.

- Las redes sociales secundarias son conjuntos sociales instituidos normativamente, estructurados en forma precisa para desarrollar una serie de misiones y funciones específicas (escuela, empresa, comercio, hospital, juzgado) que se le reconocen socialmente como propias. Quienes las integran cumplen

roles predeterminados y los intercambios que en ellas se concretan están fundados en el derecho o en el dinero. Las misiones y funciones, normativamente asignadas a las redes secundarias para la satisfacción de necesidades, universalista e impersonal, ha sido complementada siempre por satisfactores no convencionales y personalizados. Frente a la retracción del Estado de Bienestar, estas respuestas basadas en objetivos ante todo funcionales y de sentido (no de utilidad), comenzaron a adquirir estructuras organizativas estables, que permiten incluirlas en la categoría de redes secundarias. A estas nuevas formas organizativas, se las distingue como redes secundarias informales, para diferenciarlas de las anteriores, a las que se denomina redes secundarias formales. Las redes secundarias informales se estructuran en base al sentido solidario de quienes las integran y aseguran siempre, junto a la satisfacción material o de servicios, la satisfacción de necesidades psicosociales, tales como la seguridad, el afecto, la aceptación, la participación, etc. (Castellanos, Beatriz; 1997).²⁴

El espacio concreto al que denominamos vida cotidiana, nos muestra una interacción y un pasaje constante de las personas a través de los dos tipos de redes, constituyendo un entramado de personas en relación a una configuración tal, que implica necesariamente a ambos tipos de redes. Se trata de un espacio de intersección al que damos el nombre de redes naturales. Las consideramos la expresión de los mecanismos puestos en marcha por las personas para satisfacer sus necesidades de todo tipo, condicionadas en su construcción y acceso por factores estructurales y no solo producto del deseo y la disponibilidad de los sujetos que las componen. Basadas en vínculos personalizados y fuertes, que permiten el acceso a bienes instrumentales, como los materiales y los servicios y a

²⁴ Castellanos, Beatriz. "Redes Sociales naturales, un modelo de trabajo para el servicio social". Ed.

Hvmanitas. Mar del Plata. 1997.

bienes intangibles, como el afecto, la seguridad, la protección y el apoyo psicosocial. Trascienden el núcleo de personas tendencialmente estable que cohabita y los sistemas de intercambios generalizados y difusos.

Marco legal para las personas con padecimientos psíquicos

Discapacidad

La discapacidad es una realidad humana que ha sido percibida de manera diferente en los diversos períodos históricos y civilizaciones.

La visión que se le ha dado a lo largo del siglo XX estaba relacionada con una condición o función que se considera deteriorada respecto del estándar general de un individuo o de su grupo. El término, de uso frecuente, se refiere al funcionamiento individual, incluyendo la discapacidad física, sensorial, cognoscitiva, intelectual, la enfermedad mental, y varios tipos de enfermedad crónica. Esta visión se asocia a un modelo médico de la discapacidad. La misma puede surgir durante la vida de las personas o desde el nacimiento. Por el contrario, la visión basada en los derechos humanos o modelos sociales introduce el estudio de la interacción entre una persona con discapacidad y su ambiente; principalmente el papel de una sociedad en definir, causar o mantener la discapacidad dentro de esa sociedad, incluyendo actitudes o normas de accesibilidad que favorecen a una mayoría en detrimento de una minoría. También se dice que una persona tiene una discapacidad física o mentalmente si tiene una función intelectual básica limitada respecto de la media o anulada por completo.

El 13 de diciembre de 2006, las Naciones Unidas acordaron formalmente la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el primer tratado del sistema de derechos humanos del siglo XXI, para proteger y reforzar

los derechos y la igualdad de oportunidades de los aproximadamente 650 millones de personas con discapacidad que se estiman existentes a nivel mundial.

Desde sus comienzos, las Naciones Unidas han tratado de mejorar la situación de las personas con discapacidad y hacer más fáciles sus vidas. El interés de las Naciones Unidas por el bienestar y los derechos de las personas con discapacidad tiene sus orígenes en sus principios fundacionales, que están basados en los derechos humanos, las libertades fundamentales y la igualdad de todos los seres humanos.

Percepción social de la Discapacidad

Las terminologías están asociadas a ideas y conceptos que representan valores culturalmente aceptados y la sociedad evoluciona sobre la percepción que se tenga de las Discapacidades. En tal sentido según Vander Zanden, *“La percepción es el proceso por el cual se reúne e interpreta la información. Sirve como enlace mediador entre el individuo y su ambiente. Sin ella careceríamos de toda experiencia y no sería posible la sociedad humana”*. (Vander Zanden, J; 1990).²⁵

Ciertos organismos relacionados con la diversidad funcional han intentado acuñar nuevos términos, en busca de una nueva visión social de este colectivo. Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS), promocionó la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF), el nuevo esquema conceptual, sustituye la anterior clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980. Deficiencia por Déficit en el funcionamiento, la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental, la contextualiza a una desviación

²⁵ Vander Zanden, J. “Manual de Psicología Social”. Ed. Paidós. Barcelona. 1990.

significativa de la mediana estandarizada de la población. Discapacidad por Limitación en la actividad referida a las dificultades en la ejecución calificadas en distintos grados que supongan una desviación importante en cantidad y calidad en relación en una persona sin alteración de salud, Minusvalía por la Restricción en la participación, son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales, la participación está determinada por lo esperado de un individuo sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad.

La evolución de la sociedad ha ido mejorando en la década de los 80 y se han desarrollado modelos sociales de discapacidad que añaden nuevas apreciaciones al término. Por ejemplo, se distingue entre un discapacitado (cuya habilidad es objetivamente menor que la de la media) y una persona con capacidades distintas de las normales, que, aunque por ello solo no representa ninguna ventaja o inconveniente, a menudo es considerado un problema debido a la actitud de la sociedad o el hecho de que los estándares están basados en las características medias o normales.

Estos cambios de actitud han posibilitado modificaciones en la comprensión de determinadas características físicas, que antes eran consideradas como discapacidades. Así pues, en la sociedad actual se cuida mucho la adaptación del entorno a las personas con discapacidades para evitar su exclusión social.

Enfoque social

El enfoque social de la discapacidad considera a la "discapacidad" principalmente como problema social creado, y básicamente como cuestión de la integración completa de individuos en sociedad (la inclusión, como los derechos de la persona con discapacidad). En este enfoque la discapacidad, no es una cualidad de un individuo, sino una colección compleja de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, en este enfoque, la

gerencia del problema requiere la acción social, y por lo cual es responsabilidad colectiva de la sociedad realizar las modificaciones ambientales necesarias para la participación completa de la persona con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

La mayor desigualdad se da en la desinformación de la discapacidad que tienen las personas sin discapacidad y el no saber cómo desenvolverse con la persona discapacitada, logrando un distanciamiento no querido. La sociedad debe eliminar las barreras para lograr la equidad de oportunidades entre personas con discapacidad y personas sin discapacidad.

Enfoque médico

En el aspecto médico se ve a la discapacidad como una enfermedad, causando directamente una deficiencia, el trauma, u otra condición de la salud que por lo tanto requiere la asistencia médica sostenida, proporcionada bajo la forma de tratamiento individual por los profesionales.

La discapacidad es un problema individual y la asistencia médica se ve como el punto principal, y en el nivel político, la respuesta principal es la de la política de modificación o reforma de la salud. El enfoque con el cual la persona con discapacidad es tomada por la sociedad es muy importante.

Tipos de discapacidad

Existen los siguientes tipos de discapacidad: física, psíquica, sensorial e intelectual o mental.

Cada uno de los tipos puede manifestarse en distintos grados, y una persona puede tener varios tipos de discapacidades al mismo tiempo, con lo cual encontramos un amplio abanico de personas con discapacidad.

- **Discapacidad física**

La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas.

Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes (zambullido o accidentes de tráfico, por ejemplo) o problemas del organismo (derrame, por ejemplo).

- **Discapacidad sensorial**

La discapacidad sensorial corresponde a las personas con deficiencias visuales, auditivas y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psico-sociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales. También son importantes factores de riesgo para producir o agravar cuadros de depresión. Un diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para evitar estas frecuentes complicaciones.

- **Discapacidad psíquica**

Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes.

La discapacidad psíquica puede ser provocada por diversos trastornos mentales, como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar; los trastornos de pánico, el trastorno esquizomorfo y el síndrome orgánico. También se produce por autismo o síndrome de Asperger.

- **Discapacidad intelectual o mental**

La discapacidad mental se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos ó más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, interacción con la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. La discapacidad mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad.

Criterios de identificación según la AAMR (1992)

La consideración de discapacidad intelectual requiere de la coexistencia de tres criterios relacionados entre sí:

- La existencia de un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media. La concepción de inteligencia que se maneja a este respecto es la propuesta por Gardner, quien habla de la existencia más que de una capacidad general, de una estructura múltiple con sistemas cerebrales semiautónomos, pero que, a su vez, pueden interactuar entre sí. En cuanto al uso de un coeficiente de inteligencia, de uso común, para que se pueda hablar de discapacidad intelectual debe estar por debajo de 70 y debe producir problemas adaptativos.

- La presencia de dificultades en dos o más habilidades adaptativas, que aluden a la eficacia de las personas para adaptarse y satisfacer las exigencias de su medio. Estas habilidades deben ser relevantes para la edad de que se trate, de tal modo que la ausencia de ellas suponga un obstáculo.
- Que su manifestación se haya dado antes de los 18 años. Lo normal es que una discapacidad intelectual significativa se detecte ya en edades tempranas.

Causas

- Factores genéticos, como en el caso del síndrome de Down, es decir trisomía del cromosoma 21.
- Errores congénitos del metabolismo, como la fenilcetonuria y otros.
- Alteraciones del desarrollo embrionario, en las que se incluyen las lesiones prenatales.
- Problemas perinatales, relacionados con el momento del parto.
- Enfermedades infantiles, que pueden ir desde una infección grave a un traumatismo.
- Graves déficits ambientales, en los que no existen condiciones adecuadas para el desarrollo cognitivo, personal y social.
- Accidentes de tránsito.
- Accidentes laborales.
- Enfermedades profesionales.

Cuestiones legales en relación a la discapacidad

En la Republica Argentina es política de Estado, el "sistema de protección integral de las personas con discapacidad", tal como lo prevé la Constitución Nacional en el Art. 75° inc. 23. El Poder Ejecutivo Nacional propone al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los Gobiernos Provinciales y a las Municipalidades, la sanción en sus Jurisdicciones de regímenes normativos que establezcan principios análogos a las Leyes 22.431, 24.314, 24.901, 25.635, 25.689, entre otras. En acto de adhesión a estas Leyes, cada Provincia debe establecer los Organismos que tienen a su cargo, en el ámbito Provincial las acciones y actividades previstas en los artículos pertinentes. Deben establecer también con relación a los Organismos Públicos y Empresas Provinciales, así como a los bienes del dominio público o privado del Estado Provincial y de sus Municipios, el alcance de las normativas contenidas en los artículos de las Leyes mencionadas.

Se entiende por "persona con discapacidad" conforme a la Ley 22341 (del 16/03/1981) toda aquella persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental que en relación a su medio social y edad implique desventajas para su integración familiar, social, educacional, laboral.

Las prestaciones básicas

La Ley 24.901 establece un sistema de Prestaciones básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

Al respecto se estipula que las obras sociales tendrán a su cargo de modo obligatorio la cobertura de las prestaciones básicas que necesiten las personas

con discapacidad; en caso de no contar con la misma, la atención correrá por cuenta del Estado a través de sus organismos.

Algunas prestaciones enumeradas en la ley que corresponden a los pacientes con esquizofrenia son las siguientes:

- Atención Psiquiátrica: se cubre en forma integral el tratamiento de las personas con discapacidad mental, inclusive la cobertura integral de su medicación aunque el tratamiento fuere prolongado.
- Cobertura de Especialistas fuera de Cartilla: si se requiere una persona especializada para la recuperación o rehabilitación, aunque no estuviere incluido en la cartilla de la prestadora médica, si ésta estuviera prescripta y fundamentada médicamente, la misma debe ser cubierta, así como también aquellos medicamentos no producidos en el país y/o estudios nuevos que fueren necesarios.

Las Prestaciones Básicas de Discapacidad deben ser Cubiertas por:

- Agentes de Seguro de Salud (Obras Sociales): establecidos por las leyes 23660 y 23661 (art. 28) que cubren rehabilitación y medicamentos, modificados y ampliados por Ley 24901.
- Entidades que presten servicios de Medicina Pre-Paga: según la Ley 24754 (Ley de Orden Público) y Resolución 939/2000 y modificatorias, por Resolución 1/2001 del Ministerio de Salud: estas 2 Resoluciones constituyen el Programa Médico Obligatorio (PMO) Ley 24901.
- Estado Nacional: las personas con discapacidad que carecen de cobertura médica de Obra Social o sin ningún tipo de beneficio o subsidio, tiene iguales derechos en virtud de la Ley 23660.

Requisitos para la obtención del Certificado de Discapacidad

El Certificado de Discapacidad Nacional se tramita en el caso de los beneficiarios residentes en el interior del país, ante las Juntas Provinciales de

Discapacidad. Los residentes de la ciudad de Mar del Plata para obtener el mismo deben dirigirse al Instituto Psicofísico de Sur - Ruta 88 Km. 4 - Mar del Plata.(INAREPS) y a Zona VIII.

En caso de residir en una Provincia del interior del país que no cuente con autoridades provinciales para el reconocimiento del Certificado de Discapacidad, deberá solicitar el formulario pertinente en el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción para las Personas Discapacitadas y completarlo en Hospital Público más cercano al domicilio, firmado y sellado por el Director y con sello del nosocomio.

Medios de reclamo

La cobertura integral de prestaciones básicas constituye un derecho. En caso de tener respuesta negativa a una solicitud de cobertura debe reclamarse. Para ello, debe tenerse en cuenta lo siguiente: es indispensable a fin de minimizar los inconvenientes que suelen ser habituales, en esta etapa de reclamos, tener el debido asesoramiento legal.

Tener actualizado el Certificado de Discapacidad. Fundamentar los reclamos de acuerdo a los derechos y obligaciones de ambas partes. Efectuar los reclamos en la sede central de la Obra Social o empresa de Medicina Pre-Paga.

Resulta siempre aconsejable tratar de agotar la negociación previa con la Obra Social o la Pre- Paga antes de iniciar el reclamo por vía judicial. Es importante destacar que la iniciación de un reclamo judicial no implicará restricción de cobertura y/o rescisión de contrato según fuera Obra Social o Pre-Paga.

Reclamos Extrajudiciales

Consiste en elevar una nota formal, por escrito; de requerimientos específicos, y solicitando siempre copia sellada de su recepción y clara solicitud de lo demandado.

Se requiere asesoramiento legal previo y estricto seguimiento.

Adjuntar copia del Certificado de Discapacidad actualizado.

Procesos urgentes

Recurso de Amparo: Es la acción que tiene por objeto la pretensión tendiente a que se deje sin efecto un acto u omisión de autoridad pública o de un particular que en forma actual e inminente, restrinja, altere o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, los derechos o garantías explícita o implícitamente reconocidos por la Constitución Nacional, con excepción de la libertad individual tutelada por el Hábeas Corpus.

Pensiones

Los pacientes que tienen necesidad de una entrada de dinero para poder solventar gastos y que no poseen otra forma de hacerlo que tramitar una pensión, lo pueden hacer con la condición de acreditar sentencia judicial de insania o de inhabilitación.

Si bien es cierto que en muchos casos, la declaración de insania protege a la persona, en otros, no hay un grado de deterioro que amerite declararlos incapaces por la sola necesidad económica. En la Provincia de Buenos Aires, no existe la posibilidad de discapacidad parcial, por lo tanto muchas veces, tanto el paciente como los familiares, a pesar de necesitar la pensión, no están dispuestos a una declaración de discapacidad total. En relación al beneficio de pensión lo vivencian como una pérdida irreparable, de hecho, en casos en que gozan del beneficio de la pensión, la familia refiere temor a haberse equivocado, pero a la vez piensan,

en que es un seguro para el paciente frente a la posibilidad de que deba autosustentarse en una situación futura.

Subsidio por externación (Ley 10315)

En el momento de la externación, existe en nuestro país un régimen especial de prestaciones asistenciales, destinado a posibilitar la externación de enfermos mentales internados en establecimientos psiquiátricos provinciales, cuando el factor económico sea el obstáculo para efectivizarla. También se presta a pacientes ambulatorios, a fin de asegurar debidamente la continuidad de su tratamiento psiquiátrico y la subsistencia durante el mismo.

Este subsidio se otorga por un lapso de 6 meses a 1 año y puede ser renovado si las condiciones que originaron el mismo subsisten.

Por otra parte, se trata de un recurso económico fundamental para la manutención del paciente en estado de escasos recursos económicos; no obstante, este beneficio resulta insuficiente para cubrir a todos los que deberían recibirlo, ya que el presupuesto asignado para ello es exiguo y hay gran cantidad de pacientes que no pueden gozar de éste beneficio. El problema aquí, es un desfasaje en la asignación del presupuesto por parte de las autoridades provinciales, que a pesar de los informes que eleva la Curaduría Zonal con las listas de los pacientes que lo necesitan, no amplía el presupuesto para acceder a la cobertura de todos los postulados.

Instituciones que intervienen en el campo de la Salud Mental

De acuerdo a lo sostenido en este trabajo y recalcando que la enfermedad mental trasciende los límites de la psiquiatría, enumeraremos otras instituciones que desde distintos aspectos trabajan con las personas que tienen padecimiento psíquicos y sus allegados.

El Poder Judicial

Según la ley 11.453, en atención a los fueros Civil, Comercial, de Familia y Criminal y Correccional, la provincia de Buenos Aires se divide en 18 Departamentos Judiciales, dentro de los cuales se encuentra el de Mar del Plata, que tiene competencia territorial, en los partidos de Balcarce, General Alvarado, Gral. Pueyrredón y Mar Chiquita.

Dicho Departamento Judicial está integrado de la siguiente forma:

- 1 Cámara de Apelación en lo Civil y Comercial.
- 1 Cámara de Apelación y de Garantías en lo Penal.
- 14 Juzgados de Primera Instancia en lo Civil y Comercial.
- 3 Juzgados de Garantías.
- 4 Juzgados en lo Correccional.
- 1 Juzgado de Ejecución.
- 4 Tribunales en lo Criminal.
- 2 Tribunal de Familia.
- 3 Tribunales de Menores.
- 1 Registro Público de Comercio.

El Ministerio Público, es el cuerpo de Fiscales, Defensores Oficiales y Asesores de Incapaces, que está encabezado por el Procurador General y que actúa con legitimación plena en defensa de los intereses de la sociedad y el resguardo de la vigencia equilibrada de los valores jurídicos consagrados en disposiciones constitucionales y legales. Dicho Ministerio está integrado por:

- 1 Fiscal de Cámaras Departamental.
- 2 Adjuntos de Fiscal de Cámaras.
- 10 Agentes Fiscales.

- 16 Adjuntos de Agente Fiscal.
- 1 Defensor General Departamental.
- 7 Defensores Oficiales, 4 de ellos para lo Criminal y Correccional y 3 para los Fueros Civil, Comercial y de Familia.
- 7 Adjuntos de Defensor Oficial.
- 2 Asesores de Incapaces.
- 1 Asesor de Incapaces con actuación ante el Tribunal de Menores.

La mayoría de estos funcionarios son abogados, aunque en menor cantidad ocupan estos cargos trabajadores sociales y psicólogos.

Algunas de las funciones de estos organismos

Según la ley 11.453, cuando mediante la policía se disponga la internación de una persona en un centro neuropsiquiátrico, deberá ser comunicado dentro de las 24 horas al Juez o Tribunal competente y dentro del primer día hábil de efectuada la comunicación anterior, al Tribunal y Consejero de Familia o Juzgado y secretaría, y Defensoría de Pobres y Ausentes a quienes corresponda el caso.

A su vez, todo Juez que recibe la comunicación deberá dentro de las 24 horas de producida la misma, solicitar al director del establecimiento un informe médico pericial sobre la persona internada. Dentro de las 24 horas de recibido el informe, el Juez deberá expedirse confirmando o revocando la internación.

En los casos en que intervienen Tribunales Colegiados de Instancia Única del Fuero de Familia, se dará inmediata intervención al Consejero de Familia a los fines de que realice las investigaciones correspondientes.

Si a juicio del establecimiento en que se encuentra la persona internada esta cumpliera con los requisitos para ser externada, se comunicará tal hecho al Juez interviniente; si el mismo dentro de las 48 horas no manifiesta oposición, se procederá a la externación provisoria hasta que el Juez manifieste su decisión

final. El certificado de externación deberá llevar la firma del director del nosocomio y de los médicos responsables del establecimiento.

Como mencionamos anteriormente, en los casos en que se interna una persona, el hecho debe comunicarse al Defensor y al Asesor de Pobres y Ausentes. Por lo cual surge el interés de conocer cuales son las obligaciones de cada uno de ellos:

Según el artículo 21 de la ley 12.061, corresponde al Defensor Oficial:

- Asesorar, representar y defender a las personas que carezcan de recursos suficientes para hacer valer sus derechos en juicio.
- En los Fueros Criminal, Correccional y de Faltas, intervenir en cualquier estado del proceso en defensa del imputado que carezca de Defensor Particular.
- Representar a las personas ausentes citadas a juicio.
- Impartir instrucciones generales y particulares.
- Intentar acuerdos cuando lo estime pertinente, a cuyo fin están facultados para citar a las partes, celebrar acuerdos judiciales o extrajudiciales y tramitar homologaciones, resguardando el derecho de defensa.

El artículo 22 de la mencionada ley establece que:

- Se garantizará la comunicación reservada con los asistidos o representados, evitando conflictos de interés y violación del secreto profesional.
- Tomará en consideración la versión de los hechos de su defendido, debiendo buscar la solución del caso más beneficiosa para su asistido o representado.
- No podrá obligar al asistido a la elección de alternativas y procedimientos que deban depender de un acto libre de la voluntad de este.
- En el caso de la defensa penal se controlará la investigación penal preparatoria debiendo mantenerse siempre informado, investigará de manera independiente, recolectando elementos de convicción para la defensa.

Según el artículo 23 de la ley 12.061 corresponde al Asesor de Menores e Incapaces:

-Intervenir en todo asunto judicial o extrajudicial que interese a la persona o bienes de los incapaces cuando las leyes lo dispongan, so pena de nulidad de todo acto o proceso que tuviere lugar sin su participación, sin perjuicio de quienes por acción u omisión, la hubieren impedido.

-Tomar contacto inmediato y directo con los incapaces que representen judicialmente, y con aquellos que requieran su asistencia aunque no exista causa judicial en trámite.

-Asistir al incapaz en toda audiencia ante los jueces de la causa.

-Petitionar en nombre de ellos, por propia iniciativa, cuando carezcan de representantes o existan entre estos y los incapaces conflicto personal u oposición de intereses o resulte necesario para impedir la frustración de los derechos a la vida, salud, identidad, y de ser oídos por el juez de la causa.

-Tomar contacto con la comunidad a través de las instituciones vinculadas con la protección y asistencia de los incapaces a fin de coordinar acciones conducentes a tales fines.

-Vigilar la situación de los incapaces alojados por cualquier causa en lugares de detención o en establecimientos sanitarios, velando por el respeto de los derechos y garantías, formulando las denuncias y requerimientos pertinentes, y promoviendo su externación cuando corresponda.

En la ciudad de Mar del Plata, funcionan actualmente dos tribunales de familia. En lo concerniente a Salud Mental, reciben las denuncias de internación y externación de pacientes del ámbito público y privado. Por otra parte, su objetivo es garantizar que se cumplan los derechos de los pacientes con los que interviene, ya sea ante las instituciones tratantes o ante el grupo familiar.

Curaduría Zonal de Alineados

Es un órgano del Poder Judicial de la provincia de Buenos Aires que fue creado en el año 1978 por acuerdo de la Suprema Corte Provincial, según la

Acordada número 1799. Actualmente dos Acordadas del año 1989 que introdujeron modificaciones son las que rigen su funcionamiento. Por esta normativa se crean las Curadurías Oficiales Zonales que cumplen sus funciones específicas en varios departamentos judiciales, entre los que se encuentra la de Mar del Plata. La Curaduría Zonal de Mar del Plata tiene como ámbito de sus actividades a los departamentos judiciales de Mar del Plata, Dolores y Necochea.

Su planta funcional está conformada por:

- 1 Curador Oficial (abogado).
- 1 Abogado adscripto.
- 2 Peritos (trabajadores sociales).
- 1 Contador.
- 3 Empleados administrativos.
- 1 Maestranza.

Las funciones asignadas a la Curaduría son:

- De representación: representa a aquellas personas que no habiendo sido declaradas insanas, no cuentan con familiares en condiciones de asumir el rol de curador y que a su vez carecen de recursos para contratar un abogado particular.
- De asistencia: asiste a personas con padecimiento psíquico que han cometido algún delito y que son sobreseídas en razón de su enfermedad por imputabilidad. (art.34 CPP).
- También se ocupa del pago y control de los subsidios por externación otorgados por la ley 10.315.

Algunos de sus objetivos son:

- Velar por el cumplimiento de los derechos humanos en los períodos de internación y externación.
- Activar todos aquellos derechos que asisten a estas personas en la legislación vigente haciendo hincapié en la protección de la salud, de sus bienes, de la identidad y bienestar de sus hijos.

- Centrar la tarea socio-asistencial en la interfase entre lo jurídico, lo médico y lo social poniendo énfasis en el causante como ser persona.
- Considerar la internación como método terapéutico.
- Evitar las internaciones por problemas sociales.
- Vehiculizar externaciones oportunas.
- Instrumentar alternativas de tratamiento, dando prioridad a las capacidades conservadas.
- Trabajar sobre la calidad de vida de los asistidos y representados.

Centro de Promoción Social (CPS)

El C.P.S. comienza a funcionar el día 26 de agosto de 1997 en la calle Balcarce N°5037 de la ciudad de Mar del Plata, merced a un convenio firmado entre el Hospital Interzonal General de Agudos, Cáritas Diocesana y AIPE (Asociación Integradora de Personas con Padecimiento Psíquico) asociación sin fines de lucro.

El C.P.S. comenzó a funcionar con los siguientes recursos:

- HIGA: aporta recursos humanos profesionales mediante la designación de un psiquiatra, un asistente social, un enfermero, y los medicamentos como recurso material.
- Cáritas: aporta el espacio físico en donde funciona el C.P.S., alimentos no perecederos y recursos humanos.
- AIPE: aporta el siguiente recurso humano profesional; un asistente social, una psicóloga y una terapeuta ocupacional.

También funciona con recursos materiales proporcionados por la comunidad.

Las personas que asisten al C.P.S. son personas con padecimiento psíquico que se encuentran bajo tratamiento ambulatorio, y son derivadas por el HIGA y otras instituciones como el Hospital Privado de la Comunidad e

instituciones municipales. En un principio asistieron 20 personas, número que se fue incrementando con el tiempo. La franja etarea de estas va de 22 a 65 años de ambos sexos. Todas están no solo desocupados (entendiéndose por este término al hecho de no estar en relación de dependencia laboral) sino también con un cierto grado de aislamiento social.

Los pacientes para ingresar a este centro deben ser evaluados por su equipo profesional tratante a fin de determinar si este lugar es el adecuado para ellos, entrevistándose también a la familia.

Cabe aclarar, que en el mencionado centro desempeña sus funciones una de las trabajadoras sociales del hospital asignada con exclusividad a él, quien fue creadora del proyecto del centro y que ocupa la dirección del mismo.

Actualmente, el Centro de Promoción Social ha obtenido su cede propia, cita en la calle Valencia N°6400, lo que le permitió poner en desarrollo diferentes proyectos tendientes a la promoción de la salud y al desarrollo de las capacidades de las personas que allí asisten.

Contextualización local de la problemática: característica de la institución y del Servicio Social

Caracterización institucional

Con el fin de alcanzar de manera integral lo planteado dentro de los objetivos, es indispensable caracterizar la institución donde se presenta la problemática y su situación actual a fin de comprender las implicancias dentro de la problemática a investigar.

A su vez cabe destacar el trabajo que se realiza en el área de Salud Mental desde Servicio Social, ya que desde dicha profesión se plantea el tema a

investigar, especificando sobre todo las funciones características y situación actual.

Dichos datos se obtuvieron a través de la lectura de documentos institucionales, la experiencia y observación participante obtenida durante la práctica institucional supervisada y mediante la realización de entrevistas a referentes significativos de los mencionados servicios del HIGA.

Origen del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr.Oscar Allende"

En Argentina la década del 40 se caracterizó, entre otras cosas, por haber sido el inicio de una etapa en la cual la salud fue asumida como un deber del Estado, razón por la cual se comenzaron a incorporar funciones en relación a éste tema prioritario. Aparecieron entonces las políticas del salud que tenían como principal objetivo el de asegurar el acceso a la atención de todo el pueblo argentino.

Entre 1946 y 1954 se desarrolla una importante infraestructura de atención estatal, que duplicó la capacidad hospitalaria Argentina.

En los años 50 nuestro país incorporó una poderosa infraestructura pública en calidad y cantidad.

El Hospital Interzonal *General* de Agudos "Dr. Oscar Alende", HIGA fue creado por el Dr. Ramón Carrillo quien lo concibió para que sirviera a la población carenciada de la región. Estuvo casi terminado a mediados de 1955, pero después del golpe militar se detuvo la obra que se reinició posteriormente durante el Gobierno de Arturo Frondizi.

El Hospital Regional construido durante esa gestión no fue habilitado por el Gobierno Nacional quien lo transfirió totalmente equipado, al de la Provincia de Buenos Aires en el año 1960 y se habilitó para la atención del público en Diciembre de 1961.

Características Generales

El Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar E. Alende" (HIGA), dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, se encuentra ubicado en la Región Sanitaria VIII, conformada por 16 partidos, Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Madariaga, Gral. Lavalle, Gral. Pueyrredón, La Costa, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell.

A nivel de distrito es cabecera y Hospital de referencia de la Región VIII.

El HIGA es un nosocomio de complejidad 8, cuenta con una amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que comprenden servicios como radioterapia, medicina nuclear y cuidados intensivos. Estos hospitales se encuentran en grandes centros urbanos, a menudo como centros de docencia universitaria. El espectro de especialidades que cubren les permiten resolver por sí mismos la mayor parte de los problemas médicos y suelen actuar como nivel de derivación regional (PiedrolaGil, 1998)²⁶

Los recursos financieros con los que cuenta dicho hospital son los destinados desde el Ministerio de Salud y Acción Social de la provincia de Buenos Aires, por SAMO y las donaciones particulares.

Los recursos humanos son médicos y demás profesionales de la salud.

Posee servicios contratados en las áreas de cocina, mantenimiento, limpieza y seguridad.

²⁶ Piedrola Gil. "Medicina preventiva y salud pública." Editorial Masson. 1998

Cuenta con una organización verticalista con un director ejecutivo y tres directores asociados.

El servicio de Emergencia del HIGA consta de una infraestructura moderna compuesta por un shock room, donde se asiste al paciente crítico en forma intensiva; dos quirófanos de guardia, con capacidad para realizarse aproximadamente entre diez y doce cirugías diarias de diferente índole y especialidad; una sala de observación para pacientes estabilizados que aguardan su posterior internación o externación según su evolución; una sala de procedimientos en la cual se pueden llevar a cabo cualquier tipo de intervención menor; una sala de yeso dotada de radioscopio y ocho consultorios de atención externa de diferentes especialidades (cirugía, traumatología, ginecología, clínica médica, medicina general, enfermería y Salud Mental)

El Servicio de Emergencia es aquel capaz de brindar atención médica a las víctimas de un padecimiento agudo. Sin embargo, es necesario diferenciar entre una emergencia "sentida" y una "verdadera". La primera puede ser provocada por cualquier tipo de fenómeno que alarme a una persona y la haga acudir al servicio para recibir atención médica, pero la mayor parte de estos casos son de poca gravedad y pueden resolverse en un primer nivel de atención.

Dinámica Institucional

El HIGA dentro de su dinámica institucional articula los recursos necesarios para atender la demanda de asistencia especializada, tanto en internación, como en atención ambulatoria. Posee dotación específica para atender a la población con patología urgente. Asimismo, desarrolla tareas asistenciales, de promoción, prevención, investigación y docencia.

Responde a niveles de atención especializada, al cual se acude cuando se agota el nivel de atención primaria.

Se trata de concentrar una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento en el menor tiempo posible, para reintegrarlo rápidamente a su medio. La intensidad del cuidado debe estar racionalmente administrada. La organización se basa en cuidados progresivos.

Dicha articulación entre las distintas especialidades se hace a través del médico de sala, logrando una mayor coherencia en la relación médico – institución. Así la clínica médica y la medicina en general se convierten en el hilo orientador, evitando superposición de enfoques.

Esta organización lleva a la necesidad de abreviar los plazos de internación, las convalecencias en general deben transcurrir en la casa del enfermo, el cual es dado de alta en el momento que su cuadro se estabiliza y su tratamiento se puede hacer en forma ambulatoria.

Misión de la Institución

Su misión consiste en brindar asistencia en el momento agudo de la enfermedad (social y sanitaria) y en la formación profesional por medio de pasantías, residencias y concurrencias.

Objetivos institucionales

El rol social que define el objetivo del hospital público es el asegurar, para todos los ciudadanos, la accesibilidad a la atención como parte del derecho a la salud, siendo por lo tanto, el Estado el responsable de garantizarlo.

Población asistida

El HIGA esta destinado a la atención de pacientes mayores de 15 años y con padecimiento de enfermedad en estado agudo.

Situación Actual

Las instituciones hospitalarias en los últimos años padecen una crisis de financiamiento y gerencia que no les permite cumplir con los compromisos contractuales ni con el pago de mejores remuneraciones, lo que pone en riesgo la garantía para la provisión de insumos y el mantenimiento o la adquisición de equipos, elementos esenciales para la prestación de servicios de salud de calidad.

En diez años el hospital perdió más de 120 camas y varios sectores. Pero atiende tres veces más cantidad de gente. A esto se le suma la política de ajuste de personal implementada años atrás y la dificultad de cubrir insumos y medicamentos. Se puede afirmar que el HIGA fue desde su fundación un orgullo para esta ciudad. Los mejores profesionales atienden allí, pero la decadencia nacional, la desidia política, la especulación económica y la pauperización social, pusieron en crisis su calificación histórica. Este deterioro fue progresivo en los últimos años pero en el 2001 se profundizó aun más.

El servicio de Salud Mental del HIGA de Mar del Plata

El servicio de Salud Mental del HIGA, funcionó anteriormente en el tercer y cuarto piso de dicho hospital hasta febrero de 1998, fecha en que se inaugura el lugar que ocupa actualmente, se sitúa en la zona externa del edificio, contando con una estructura edilicia destinada exclusivamente al área de Salud Mental, pese a que no fue diseñada para la misma, sino que originariamente fue creada para el área de geriatría.

El edificio cuenta con un sector de internación con capacidad de 46 camas destinadas a pacientes con patología psiquiátrica aguda, separadas en dos secciones: hombres y mujeres (23 camas para cada uno), a su vez cada sector tiene previsto un lugar con 4 camas para aislamiento de pacientes psicóticos

agudos que presentan enfermedades infecto-contagiosas como por ejemplo HIV. Posee además 7 consultorios externos para la atención de pacientes ambulatorios en tratamiento, para evaluaciones y para entrevistas con familiares.

Dentro de estas instalaciones hay un espacio destinado a hospital de día, al que concurren personas que presentan patologías psiquiátricas compensadas, como requisito fundamental y que necesitan de este dispositivo para trabajar en la rehabilitación y sostén de hábitos saludables como medio para insertarse en la sociedad con mejores posibilidades.

- El hospital de día: funciona de lunes a viernes de 8 a 15 horas. Allí las personas que concurren desayunan, almuerzan, reciben la medicación indicada por el médico y realizan diferentes actividades. La dirección del hospital de día está a cargo de un médico psiquiatra concurrente, cuenta con una enfermera, una terapeuta ocupacional y dos psicólogos, también han prestado colaboración pasantes de Servicio Social, estudiantes de psicología y otras personas de la comunidad que pudieran aportar apoyo en alguna de las actividades programadas dentro del esquema diseñado para la rehabilitación psicosocial de los pacientes.

Dentro de las actividades que se realizan se pueden mencionar las siguientes:

-Mantenimiento de la limpieza del lugar que ocupa el hospital de día, a cargo de los pacientes, la cual se realiza con equipos rotativos conformados y elegidos por ellos mismos.

-Talleres de terapia ocupacional, en los que se realizan distintas actividades, que apuntan a proveer de habilidades y herramientas laborales a las personas que participan de ellos.

-Talleres de reflexión de grupos específicos: adultos y jóvenes.

-Talleres de huerta.

-Talleres de caminatas y de gimnasia.

-Elaboración y venta de café y tortas dentro de las instalaciones hospitalarias.

-Asambleas de apertura y cierre de la semana en las que participan los pacientes y el equipo profesional.

- La guardia: funciona en el hospital general, donde se recibe a la persona que consulta, allí es evaluada y si la situación así lo requiere, es derivada al servicio de psiquiatría. Allí se vuelve a evaluar a la persona y se decide si debe realizar tratamiento ambulatorio o si requiere internación.

La guardia está a cargo de un médico psiquiatra y residentes que desempeñan sus tareas todos los días durante las 24 horas del día.

- Interconsultas: las mismas son solicitadas por médicos de otras especialidades como por ejemplo de cirugía, terapia intensiva, clínica médica, etc.; tanto de consultorio externo como de internación.

- Los recursos humanos con que cuenta este servicio son:

-1 Jefe de servicio.

-1 Jefa de sala.

-1 Jefa de internación.

-1 Médica de planta.

-1 Médico concurrente (coordinador del hospital de día).

-Residentes para acceder a la especialidad de psiquiatría y psicología.

-8 Psicólogos de planta permanente.

-3 Psicólogos concurrentes.

-3 Terapistas ocupacionales.

-1 Trabajadora social.

-4 Enfermeras/os.

-2 Empleadas administrativas.

-1 Personal de vigilancia.

-La limpieza general del servicio está a cargo de la empresa contratada para todo el hospital.

- Las personas que se atienden en el servicio: El servicio de Salud Mental del HIGA atiende a personas que presentan patologías psiquiátricas mayores de 15 años, no contando con recursos especiales para atender a personas que además presentan problemas de adicciones. En los casos de patología dual, es decir, personas que presentan trastornos psiquiátricos y adicción, se trata la parte psiquiátrica y se lo deriva para su tratamiento de adicción a un centro especializado.

- Modalidad de atención: básicamente se podría decir que existen dos modalidades de atención:

-Consultorio externo: aquí las personas realizan tratamiento ambulatorio y acceden ya sea por derivación de otros servicios, otros profesionales, por demanda o por seguimiento luego de una internación.

Las personas que se atienden en consultorio externo, lo hacen con turnos programados y la frecuencia de la atención se encuentra directamente relacionada con el tipo de patología y el tratamiento indicado por el médico tratante.

Dichos pacientes, reciben la medicación prescrita en la farmacia del hospital en forma gratuita. Pero si bien esta debería ser la constante, en muchas ocasiones no hay medicación suficiente para todos o algún medicamento se encuentra en falta. Esta situación ocasiona serios problemas para los médicos, los pacientes y los familiares.

En el consultorio externo se atienden entre 300 y 400 personas mensualmente. En esta cifra se encuentran reflejadas solo las consultas resueltas con turno programado, sin embargo existe otra gran cantidad de pacientes que se atienden por demanda espontánea, lo cual no queda debidamente expresado en las estadísticas.

-Internación: aquí también pueden acceder por derivación de otros servicios, intervención de algún juzgado por denuncias en los casos en que la persona

afectada no es consciente de su patología y se niega a la atención médica presentando criterio de internación (patología en estado agudo). También cuando es atendido en el consultorio y el médico detecta que está descompensado o para atención en la guardia. El sector de internación trabaja generalmente con su capacidad completa y en ocasiones faltan camas para alojar algún paciente. Si bien el tiempo de internación en general, no excede los 15 días, hay pacientes que por su situación social, no pueden ser dados de alta, ya que no cuentan con vivienda, ni familiares o allegados que sostengan el alta. Esto genera, por su larga estadía, una merma en la capacidad del servicio para internación.

Estos pacientes que no cuentan con familiares o allegados para contenerlos al momento del alta o bien, aún contando con ellos, estos no pueden o no quieren a hacerse cargo de la externación y cuidado del paciente por diferentes motivos, genera un trabajo interinstitucional en el que interviene la Defensoría Oficial, la Curaduría Zonal, Juzgados de Familias, Instituciones de internación para crónicos, etc. , demandando un esfuerzo administrativo que insume tiempo para los trabajadores del servicio de Salud Mental, tiempo que se quita a la atención de los pacientes debido a que los profesionales deben abocarse a tareas netamente burocráticas.

Hay otros pacientes, que por el deterioro que presentan, no están en condiciones de vivir solos o de convivir con su familia, entonces se presenta el problema del lugar para alojarlos. Los que reunirían el criterio para ser derivados a un centro de internación para crónicos, no pueden hacerlo por falta de plazas en lugares adecuados. De hecho, en múltiples ocasiones, se realizan trámites para derivarlos a dichos lugares y estos pedidos no son satisfechos, por las instituciones específicas, por falta de lugar. De esta manera se desdibuja el sentido con el que ha sido creado el servicio de Salud Mental, que es el de internar y compensar en el menor tiempo posible a la persona que presenta patología en estado agudo y luego continuar su tratamiento por consultorio externo.

Un elemento importante a tener en cuenta es que en la ciudad de Mar del Plata, el HIGA es el único lugar público para internación de pacientes psiquiátricos que no cuentan con obra social.

Desempeño del Trabajador Social en el servicio de Salud Mental

El trabajador social se inserta en el servicio de Salud Mental del HIGA de Mar del Plata con los objetivos propios de la profesión y en atención a los objetivos de dicho nosocomio.

Dentro de los objetivos de esta institución se pueden mencionar los siguientes:

- Participar en la planificación y organización de los servicios del hospital con el fin de mejorar la asistencia sanitaria integral y la humanización de la institución.
- Promocionar la participación de las personas, de los grupos y de la comunidad; con la finalidad de que sean los protagonistas de la transformación de la situación sanitaria.
- Prevenir, ayudar, tratar y mejorar mediante sus métodos y técnicas específicas, a las personas o grupos que a causa de su enfermedad y en cualquier acontecimiento patológico, no alcancen por sí solos a superar las dificultades intrínsecas o extrínsecas de diverso orden, que se les presenten y obstaculicen su tratamiento médico, rehabilitación y reinserción óptimas en la vida social.

Dificultades principales en el campo de la Salud Mental

- Desventajas sociales: Un aspecto considerable son las desventajas sociales que provoca la enfermedad mental, principalmente las de la

esquizofrenia y que tienen su origen en los deterioros primarios propios de la enfermedad. Estos deterioros se podrían resumir en los siguientes:

- Problemas cognoscitivos pre-mórbidos que impidieron el desarrollo social e intelectual.
- Experiencias subjetivas anormales: ejemplo eco del pensamiento, voluntad propia anulada.
- Delirios y alucinaciones basadas en las experiencias subjetivas anormales.
- Pensamiento y lenguaje incoherentes.
- Problemas de expresión no verbal (corporal).
- Lentitud psicomotriz.
- Comportamiento anormal en función de todo lo anterior.

Impacto de los deterioros primarios en el desempeño social:

- Carencia de formación, escasez de habilidades sociales y culturales.
- Falta de ayudas sociales.
- Trato inadecuado perjudicial.
- Ausencia de ayudas capacitadoras.
- Estigma y rechazo social (incomprensión del deterioro)
- Poco interés por parte de las autoridades gubernamentales.

A todo lo mencionado arriba, se suman las propias actitudes adversas de los pacientes que son:

- Falta de consideración y confianza en sí mismo.
- Comorbilidad, depresión, ansiedad, etc.
- Reducida o nula motivación para utilizar las facultades intactas o capacidad remanente.

- Problemas en la interacción socio-familiar: es sumamente importante la forma en que actúan los familiares y el entorno social con respecto a los síntomas de la enfermedad, por ejemplo, el desgano que tienen los pacientes para iniciar cualquier actividad es una secuela intrínseca de la enfermedad y a

veces producto del aplanamiento que producen los neurolépticos, se ve al paciente con una marcada pasividad y aparece como un mero espectador de la vida, lo cual es tomado por la familia y la sociedad como abandono, desidia o vagancia. Esta concepción errónea de la familia y del entorno del paciente con respecto a él es lo que ocasiona el deterioro de los vínculos y origina situaciones conflictivas con alta emotividad negativa que opera como factor de estrés para todos y sobre todo para el paciente quien, a causa de su enfermedad se encuentra en un estado de vulnerabilidad mayor a cualquier persona de su entorno. Si a esto le sumamos los efectos adversos de la medicación, la falta de medicamentos óptimos por problemas económicos, las orientaciones psiquiátricas puramente biologicistas que no atienden el impacto social de estas desventajas, la falta de programas de rehabilitación específicos, la falta de conocimientos en la sociedad sobre estas patologías y el imaginario negativo que existe todavía sobre la peligrosidad de estas personas, vamos a encontrar las causas de un sufrimiento prolongado e innecesario que recae sobre el paciente y su entorno socio-afectivo.

- El campo laboral: la mayoría de los pacientes medicados tienen limitaciones concretas para desempeñarse en actividades laborales que requieran un estado de atención permanente o de un esfuerzo físico sostenido. Muchos de los neurolépticos ocasionan fatiga muscular o contracciones, además muchos pacientes refieren problemas para concentrarse en la lectura, problemas de amnesia, lentitud psicomotriz, acatisia, visión borrosa, somnolencia, etc. Provengan de la enfermedad o como efecto adverso de la medicación, éstos síntomas dificultan realmente la realización de tareas en un ámbito laboral formal. Esta limitación opera como elemento estigmatizante, sobre todo en una sociedad abocada al consumo y la producción. Por esta razón, los pacientes al no poder insertarse laboralmente no tienen otra

alternativa que depender económicamente de alguien, lo cual refuerza la idea de que son una carga para la familia o para el Estado.

- La discriminación y el aislamiento social: son múltiples los factores que operan para que tanto el paciente como sus familiares se vean aislados socialmente. Uno de los factores más importantes es la ignorancia que existe en la familia misma y en la sociedad, respecto de la enfermedad mental. Como mencionamos anteriormente, hay distintas posiciones que puede adoptar la familia en relación al paciente enfermo. Por lo general, la familia tiende a ocultar a la sociedad el padecimiento de su pariente. La familia también propende a tomar distancia, para evitar dar explicaciones. Los miembros de la familia ampliada, al no comprender las conductas del paciente comienzan a opinar y presionar a la familia con comentarios y consejos que ocasionan más sufrimiento. Entonces, comienza un proceso de cierre del grupo familiar hacia el entorno, que termina con el aislamiento social. Y también por sobreproteger al paciente, prefieren que se quede en su casa, para no exponerlo a las críticas, burlas o algún enfrentamiento.

- La medicación, el diagnóstico y el pronóstico: aquí se presenta un problema que se relaciona con las orientaciones de la psiquiatría y los recursos económicos. Como la enfermedad mental le resulta a la familia demasiado abstracta para comprenderla y asimilarla, como no observa un correlato en la parte física del paciente como origen de la patología, busca del médico un diagnóstico certero para poder explicar lo que le pasa. Esto, no siempre es posible, ya que muchas patologías, según plantean los psiquiatras, llevan mucho tiempo antes de poder encuadrarlas en un diagnóstico. Por esta razón, los familiares toman la decisión de cambiar de médico constantemente, en busca de una certeza que los tranquilice, con lo cual no permiten un proceso de continuidad en un tratamiento. A raíz de esto, como cada profesional que consultan adhiere a un marco teórico diferente, se suscitan cambios de medicación y un gasto muchas

veces innecesario. Esto provoca en el paciente más sensación de inseguridad y de desconfianza hacia la medicina, que se suma a la poca adherencia que tienen de por sí, algunos pacientes al tratamiento.

Por otra parte, los familiares exigen al médico un pronóstico sobre la evolución del paciente, esperando escuchar que en tantos días o meses se va a recuperar y va a volver a ser el mismo de antes, como esto no es posible, en la mayoría de los casos, comienza un camino bastante común en todas las familias, que es el de buscar soluciones fuera del ámbito médico. Muchos recurren a la religión, otros a curanderos o videntes, a la medicina alternativa, etc., pero lo más relevante es que estas prácticas, terminan por estresarlo más y alimentan el delirio místico que padecen muchos de ellos. Luego, al no ver mejoría, vuelven al médico o en casos más urgentes terminan en internación.

En cuanto a la medicación, la familia pone en general demasiada expectativa, piensan que la misma puede de por sí, devolver la tranquilidad y la normalidad a su pariente. Como los progresos son lentos, comienzan a pedir cambios en la medicación y a preguntar por cada fármaco nuevo que sale o en algunos casos a sugerir al médico que se lo recete. Aquí se da una expectativa distorsionada de la familia, que en general opera como obstáculo para el paciente, dado que la ansiedad que manifiestan no sólo sobreexige al médico, sino también a quien padece la enfermedad mental.

Dentro de la medicación disponible en el mercado farmacéutico existen neurolépticos nuevos que podrían favorecer la calidad de vida de los pacientes, pero por lo general son caros y en el hospital no hay cantidad suficiente para indicarlos a todos los que se verían beneficiados por ellos. Los médicos muchas veces tratan de suministrarlos, por medio de muestras médicas, pero no está asegurada la continuidad por esta vía ni por la farmacia del hospital, entonces en los casos en que la familia no pueda comprarlos, se tiene que optar por un sustituto, aunque éste no sea el óptimo para el tratamiento. Otra vía para conseguir la medicación indicada y asegurar la continuidad del tratamiento, es la

gestión de recursos de amparo, lo que provoca la dedicación de tiempo de los médicos del servicio de Salud Mental, a la confección de informes y resúmenes de historias clínicas, que son requisito para el inicio del trámite en la Defensoría General.

- La frustración de los pacientes en el área afectiva: muchos pacientes refieren no conseguir pareja, plantean la necesidad de formar una familia, sostienen que se sienten frustrados socio-afectivamente y que no consiguen realizarse en ese ámbito. Ante esto, se sienten impotentes y generalmente culpan a la sociedad por discriminarlos, por no darles el derecho a una vida normal, también en algunos casos, en los que no hay conciencia de enfermedad, culpan a la medicación y a la familia por obligarlos a tomarla. Otros refieren que ellos mismos no se sienten capaces de iniciar una relación, porque han tenido experiencias sexuales frustrantes debido a la medicación. En los casos en que el paciente tiene pareja, se ven conflictos ocasionados por los celos excesivos del paciente, demanda constante de atención, lo que genera una sensación de asfixia en la pareja, provocando muchas veces la separación. Por lo tanto, el paciente vuelve al seno familiar de origen, con todas las consecuencias lógicas de una separación y de los propios efectos que esto tiene emocionalmente sobre la enfermedad de base.

Lo descrito es éste epígrafe, contiene en síntesis, algunos de los problemas que se ponen de manifiesto en las entrevistas familiares y con el propio paciente. De la lectura de ello, se puede estimar que se requieren abordajes interdisciplinarios e interinstitucionales a fin de prevenir y corregir situaciones que contribuyen a profundizar el sufrimiento y malestar de los pacientes, su grupo familiar y que también generan el colapso de los servicios de salud y justicia, los cuales muchas veces deben intervenir para atender cuestiones que podrían haberse evitado.

Parte II: Aspectos metodológicos

Introducción

La investigación en Trabajo Social

La investigación en trabajo social se centra en la profundización de campos problemáticos en diversas dimensiones que hacen a la relación sujeto – necesidad, dando cuenta de aspectos particulares de la vida cotidiana de los sujetos en la lucha por la satisfacción de necesidades.

Así se considera a los sujetos como participantes activos de la investigación, ya que las personas son constructoras de su propia realidad. Por tal motivo, el investigador debe situarse frente y en interacción con los actores, conociendo mediante la comunicación y la reflexión conjunta la realidad problemática a investigar.

Se debe tener en cuenta que la persona tiene una historia y sus actos poseen significación, por tal motivo, la función del lenguaje y la comunicación son herramientas fundamentales que permiten conocer el significado asignado a la situación vivida.

En conclusión, la persona y su entorno socio-afectivo, constituyen el medio por el cual llevar adelante la acción investigativa. No obstante, no todos los problemas son susceptibles de investigación. Un problema es susceptible de ser investigado cuando una vez detectado, no sabemos su importancia real, o no lo comprendemos lo suficiente para actuar, no tenemos los medios y recursos eficaces y disponibles, o el supuesto programa de intervención no es factible. Por lo tanto, la investigación se realiza con el objeto de aumentar los conocimientos que se poseen en un determinado campo. Para tal fin es necesario contar con un

cuerpo teórico que lo sustente y un método que lo posibilite. Este método es el científico, y el cuerpo teórico que lo sustenta es la salud y los factores que condicionan o influyen en el campo problemático, ya sean económicos, demográficos, sociológicos, socioculturales, biológicos, del medio ambiente, sanitarios, tecnológicos o políticos.

Mercé Canet Ponsa define la investigación en Trabajo Social en salud como la *“actividad científica que, por una parte nos permite un mayor conocimiento sobre nuestra actuación profesional a partir de nuevas prospecciones sobre formas de actuación, organización, etc. Todo esto con la finalidad de mejorar las prestaciones sociales e incrementar el grado de humanización hospitalaria para ofrecer una calidad asistencial socio-sanitaria de forma más integral.”* (Canet Ponsa, Mercé; 2000)²⁷

Características específicas del trabajo

Objetivos

Objetivo General

- Analizar la relevancia del grupo familiar de pacientes psiquiátricos en relación a la adhesión al tratamiento.
- Arribar a conclusiones y propuestas para ser implementados desde el Trabajo Social.

Objetivos Específicos

- Conocer los comportamientos que configuran la dinámica familiar.

²⁷ Canet Ponsa, M Mercé. “La investigación del Trabajo Social Hospitalario”,.Revista de Trabajo Social y Salud, N° 14 . Enero, 2000.

- Describir los roles familiares que se van perfilando con la emergencia de la enfermedad.
- Identificar acciones realizadas desde el Trabajo Social.
- Detectar los recursos y la información-comprensión que posee la familia para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.
- Identificar los aspectos favorecedores y obstaculizadores al interior de la dinámica familiar, con relación al tratamiento del paciente.
- Distinguir líneas de acción desde el Trabajo Social.

Naturaleza de los objetivos

En el trabajo hemos planteado objetivos de carácter cualitativo y cuantitativo.

Tipo de Diseño

Adoptamos un diseño exploratorio-descriptivo, dado que la finalidad que nos proponemos es conocer y analizar aspectos vinculados al análisis funcional de la familia de pacientes con padecimiento psiquiátrico, con respecto al sostenimiento del tratamiento.

En tal sentido, describimos la significación de la enfermedad en la dinámica familiar, la reacción frente al diagnóstico y la reorganización familiar que se produce al convivir y asistir al paciente.

Unidad de análisis

Constituye la unidad de análisis del presente trabajo, la familia con un miembro que padece enfermedad mental crónica, bajo tratamiento en el Hospital Interzonal General de Agudos de la ciudad de Mar del Plata.

Universo de análisis

El universo de análisis está conformado por doce familias de pacientes con padecimiento psiquiátrico crónico, atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Interzonal de Agudos "Oscar Alende" en el período marzo 2007-diciembre 2007.

Caracterizamos este universo como una muestra intencionada, ya que las unidades de análisis fueron elegidas en función de los objetivos descriptos, es decir, que se describen e interpretan en términos de un estudio pormenorizado del caso. El criterio empleado en la selección de los casos fue la constatación de la existencia con respecto al paciente, de un cuadro psiquiátrico crónico y de vínculos familiares.

Técnicas

Empleamos los siguientes instrumentos de recolección de datos:

- Análisis de documentos preexistentes: historias clínicas y entrevistas registradas durante el trabajo de campo.
- Observación participante.
- Entrevistas semi-estructuradas a informantes claves (profesionales de salud).

Siguiendo a Cristina de Robertis, en ciertas investigaciones hay una serie de datos que no son directamente observables y es necesario recurrir a un análisis de datos documentales preexistentes. La utilización de estas fuentes debe acompañarse de una verificación crítica de la elaboración de estos datos y de la confrontación de los datos de diverso origen sobre el mismo objeto. (de Robertis Cristina; 1994)²⁸

Según María Cecilia De Souza Minayo, la observación participante es *“un proceso por el cual se mantiene la presencia del observador en una situación social, con la finalidad de realizar una investigación científica. El observador está en relación cara a cara con los observados y al participar de la vida de ellos, en su escenario natural, recoge datos. Así el observador es parte del contexto bajo observación, al mismo tiempo modificando y siendo modificado por este contexto”*. (De Souza Minayo, María Cecilia; 2004)²⁹.

La autora mencionada define a la entrevista como *“una conversación entre dos personas, hecha por iniciativa del entrevistador, destinada a entregar informaciones pertinentes para un objeto de investigación, e indagación (por parte del entrevistador) en temas igualmente pertinentes con miras a este objetivo*. (De Souza Minayo, María Cecilia; 2004)³⁰.

²⁸ de Robertis, Cristina. “La intervención colectiva en trabajo social”. Ed. El Ateneo. Bs. As. 1994.

²⁹ De Souza Minayo, M. C. “El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud”. Ed. Lugar. Bs. As. 2004.

³⁰ Idem.

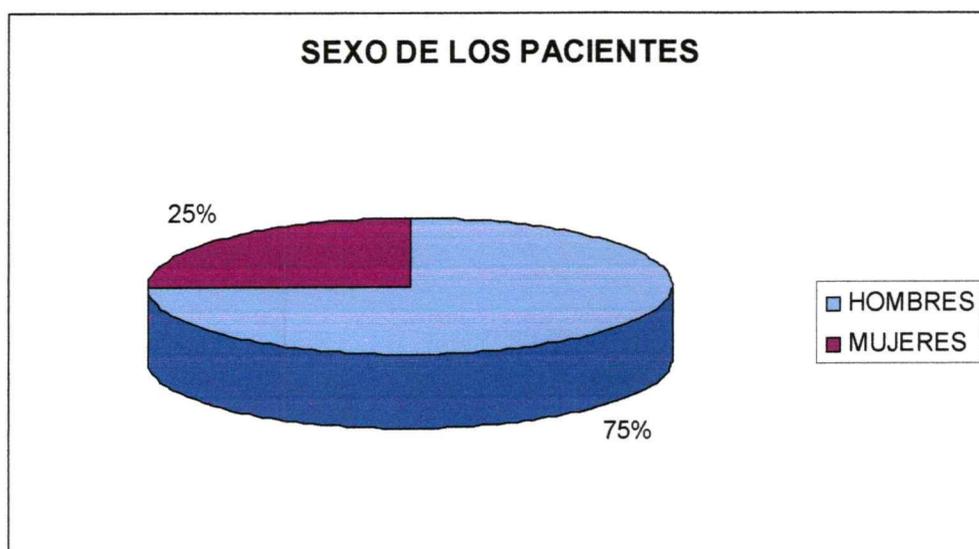
Análisis e interpretación de los datos

A partir del desempeño pre-profesional realizado durante el período marzo-diciembre 2007, la observación participante empleada en tal instancia, el análisis documental de historias clínicas y de entrevistas a las familias, así como también las entrevistas realizadas a los profesionales médicos y al equipo de salud (terapistas ocupacionales, trabajadores sociales y psicólogos); realizamos una matriz con el fin de unificar y sistematizar los datos obtenidos. A continuación expondremos los resultados más relevantes.

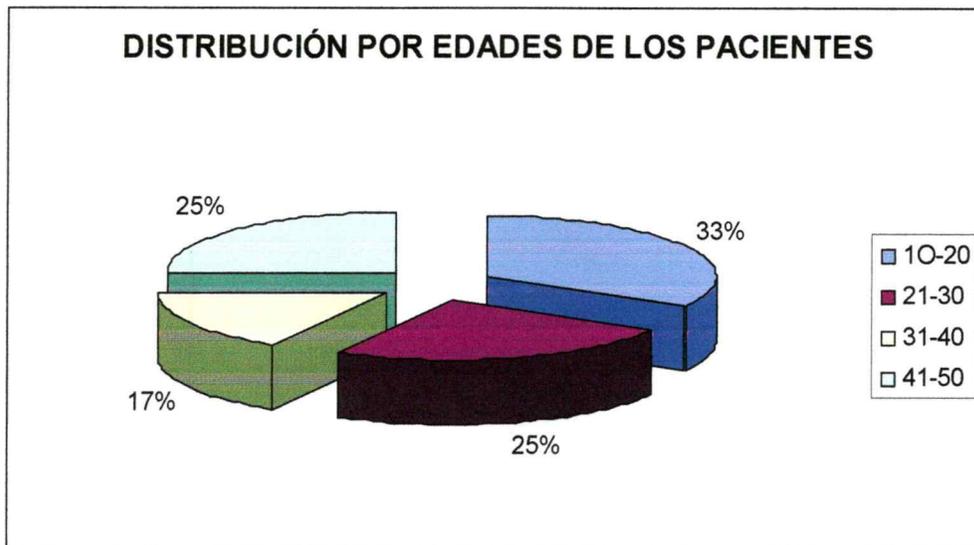
Datos demográficos

La muestra estudiada presenta las siguientes características:

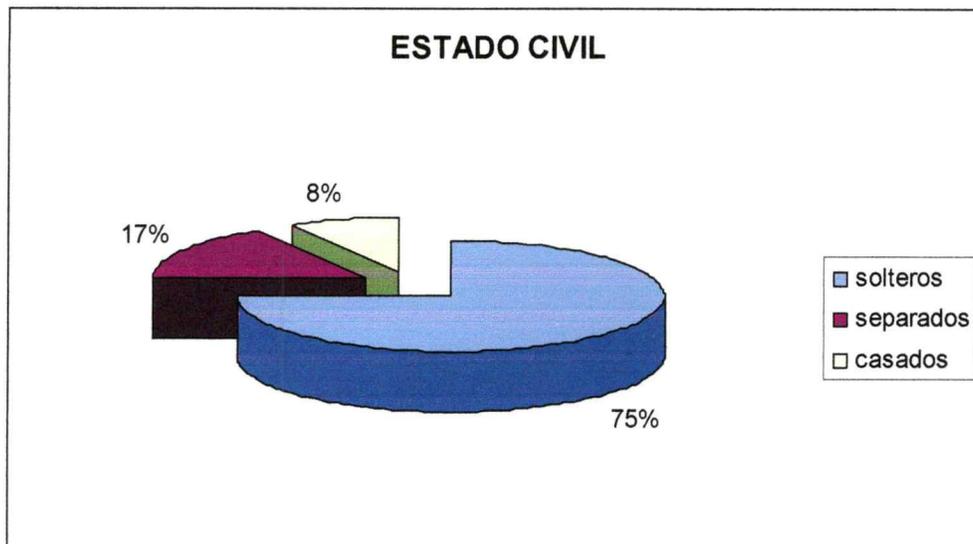
En cuanto al sexo de los pacientes, en su mayoría son de sexo masculino y en menor medida de sexo femenino, destacándose la prevalencia de los primeros.



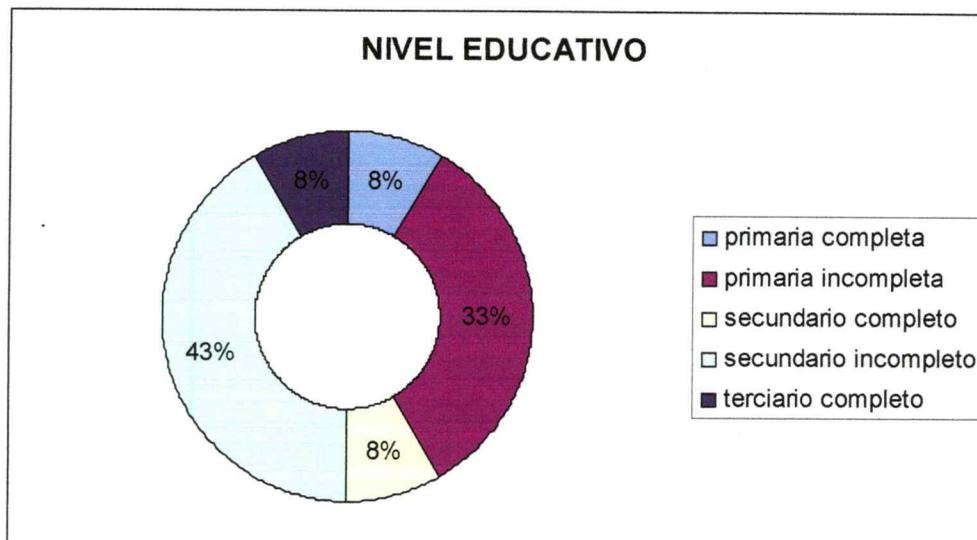
Los datos acerca de la edad de los pacientes, muestra que se trata del período de la vida correspondiente a la edad reproductiva y a los grupos de mayor peso entre la población económicamente activa, presentando un promedio de edad de 40 años y distribuyéndose de la siguiente manera:



En cuanto al estado civil, se observa que la mayoría de los mismos son solteros, en menor medida separados de hecho y una minoría se encuentra en situación conyugal.



En relación al nivel educacional de los pacientes pertenecientes a la muestra, se observa una predominancia del nivel secundario incompleto, en menor medida primario incompleto, siendo minorías, primario, secundario y terciario completos. Esto nos demuestra que este grupo de personas se ha incluido dentro del sistema educativo formal lo cual es un elemento importante a la hora de la adherencia al tratamiento, en cuanto al manejo de medicación e indicaciones médicas.



Características socio-económicas

En relación a la actividad laboral de los entrevistados, se destaca que la totalidad de los pacientes se encuentra sin ocupación laboral, si bien refieren haber tenido algún tipo de ocupación laboral previa. Por tal motivo, se analizan las fuentes de ingreso con las que cuentan, independientemente de los distintos tipos de ayuda y/o ingresos familiares y estrategias de sobrevivencia que lleve a cabo el grupo familiar.

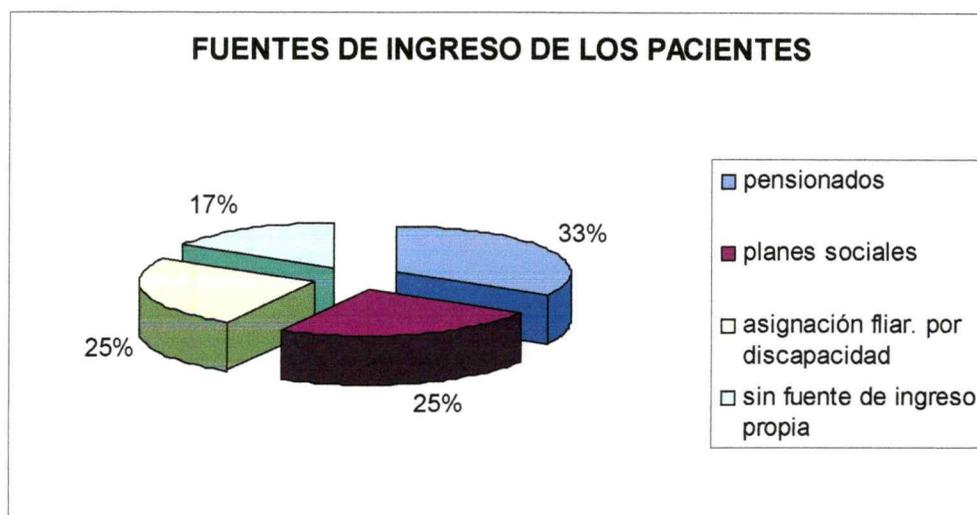
Resulta importante mencionar, que la gran mayoría de los familiares de pacientes, cuentan con un empleo informal, caracterizado por ingresos esporádicos, trabajando en condiciones de inestabilidad, debido a la inexistencia de los aportes correspondientes, o bien porque trabajan en forma discontinua o solo realizando actividades puntuales y precarias comúnmente denominadas “changas”.

En referencia a tales actividades, predominan las siguientes:

- Trabajos artesanales.
- Prostitución.

- Changas (pintura, electricidad, albañilería).

Lo descripto anteriormente da cuenta de la indefectible presencia de obstáculos que impiden el acceso a una obra social para el grupo familiar; como así también deja entrever que sus bajos ingresos resultan escasos para la cobertura de sus necesidades básicas.

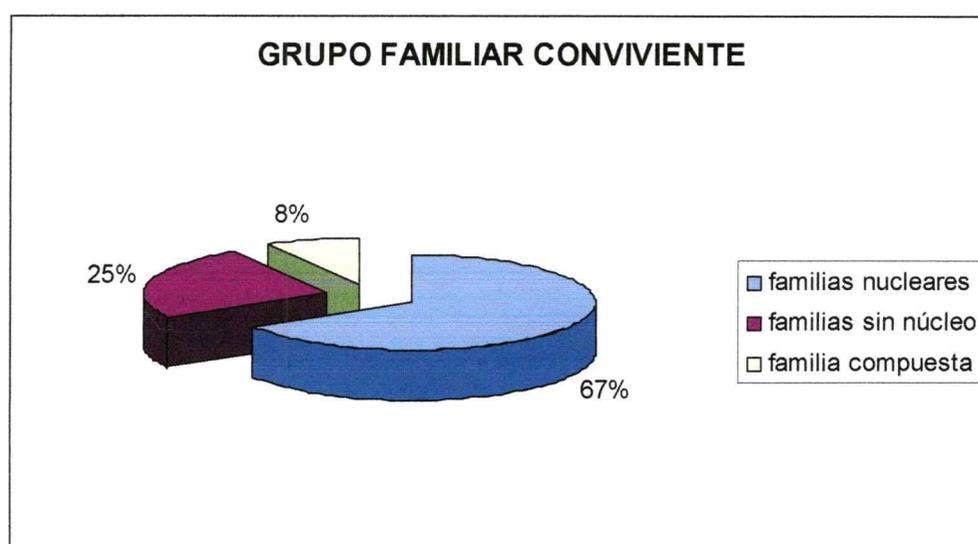


Tipos de hogares.

En cuanto al grupo familiar conviviente, pudimos observar que predominan los tipos de hogares nucleares, mientras que hay una menor proporción de hogares sin núcleo y sólo un caso de hogar compuesto. La tipología de hogares corresponde a la realizada por Elizabeth Jelin, según la cual existen cinco tipos de hogares:

- Unipersonales: conformados por una sola persona.
- Nucleares: compuestos por jefe/a y cónyuge con o sin hijos, o solo jefe/a con hijos.

- Extensos: integrados por jefe/a y cónyuge con o sin hijos, o sólo jefes con hijos más otros parientes.
- Compuestos: conformados por jefe/a y cónyuge con o sin hijos o sólo jefe/a con hijos, más otros miembros no parientes.
- Sin núcleo: hogares con jefe/a sin cónyuge y sin hijos más otros miembros que pueden o no ser parientes, por ejemplo: amigos, primos, tío y sobrino, etc. (Elizabeth Jelin; 1994)³¹

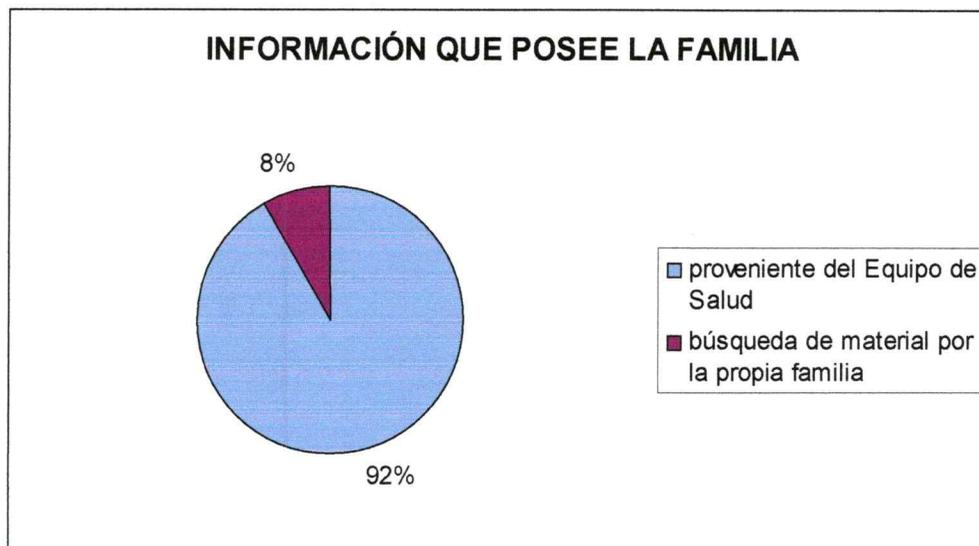


Información de la familia con respecto a la patología.

Cabe destacar que la información obtenida por la familia del paciente sobre la enfermedad, fue proporcionada mayormente por el Equipo de salud, existiendo un solo caso en el cual el grupo familiar ya contaba con cierta información previa al momento de la internación en la cual el equipo investigador tuvo intervención.

³¹ Jelin, Elizabeth. "Familia, crisis y después". Parte 1°. En Wainerman, C. "Vivir en Familia". UNICEF/ Losada .1994.

Al hablar de información nos referimos a aquellos datos que operan como facilitadores en cuanto a la adherencia al tratamiento; observándose muchas veces la negación por parte del grupo familiar de la enfermedad como principal factor explicativo de la ausencia de voluntad para informarse.

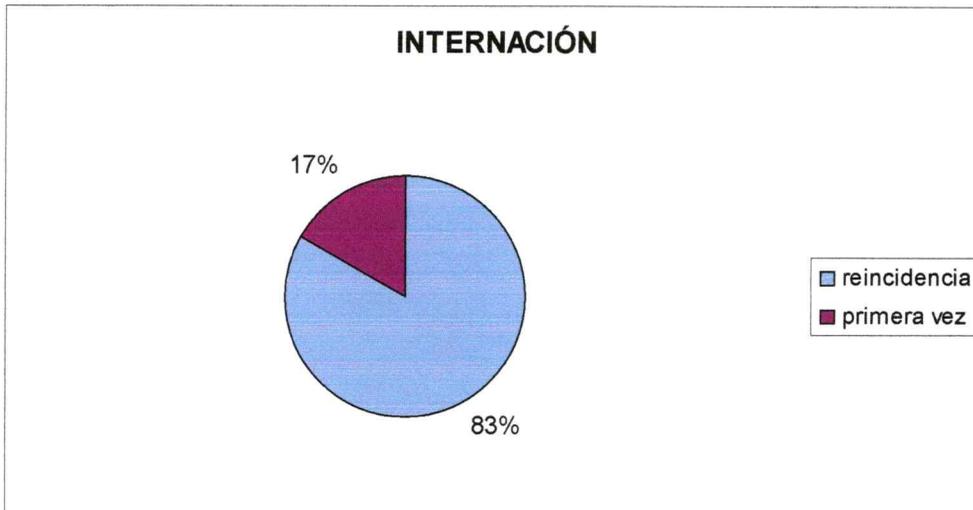


Adherencia al tratamiento.

Según la definición de la OMS, la adherencia es el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. La adherencia es importante para las patologías crónicas, dado que aumenta las probabilidades de que los pacientes sostengan un nivel de compensación que les permita tener una calidad de vida lo más saludable posible.

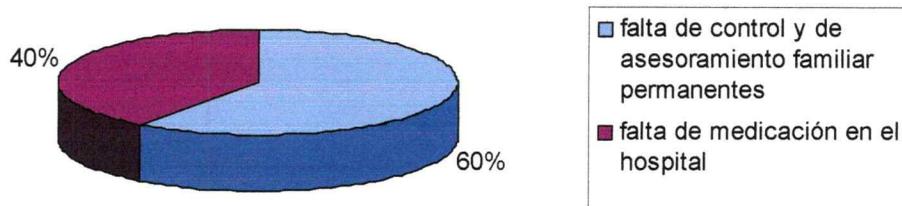
Siguiendo con lo anterior, pudimos advertir que la mayoría de los pacientes son reincidentes, dado que por lo menos una vez han estado previamente internados, ya sea en el Hospital Interzonal o en otra institución de Salud Mental.

Siendo sólo una pequeña minoría aquellos que son internados por primera vez, lo cual da cuenta de que se han producido sucesivas interrupciones del tratamiento en la mayoría de los casos.



En relación al gráfico anterior, en que se refleja la existencia de dos casos de internación por primera vez y diez de pacientes reincidentes, como equipo de investigación nos pareció oportuno destacar los factores que llevaron al último grupo mencionado a interrumpir el tratamiento y por ende sufrir una recaída o descompensación.

FACTORES OBSTACULIZADORES DEL TRATAMIENTO



A partir de lo expuesto y según los casos analizados, es posible inferir que en mayor medida el sostén del tratamiento depende de la continencia familiar, mientras que en menor proporción de la falta de medicación adecuada a cada cuadro patológico. No obstante, lo anterior no implica quitarle relevancia a la medicación, ambos factores son importantes para el tratamiento, sólo que es altamente probable que una familia continente realice las acciones adecuadas para finalmente adquirir dichos medicamentos.

Contrastación de los aspectos favorecedores y obstaculizadores para el tratamiento vinculados con la familia y su entorno.

Aspectos favorecedores	Aspectos obstaculizadores
Distribución equitativa de las tareas entre los miembros de la familia.	Sobrecarga de responsabilidades y/o actividades en un solo referente que se ocupa del cuidado del paciente.
Eficiencia y eficacia en la organización familiar y voluntad para adquirir los recursos necesarios para el tratamiento.	Dificultades económicas del grupo familiar y/o falta de voluntad para implementar estrategias adecuadas.
Aceptación y comprensión adecuada de la enfermedad, sus implicancias y por ende de la necesidad de un tratamiento sostenido.	Negación de la enfermedad, inadecuada comprensión de la misma o minimización de la patología y/o culpabilización del enfermo/a.
Eficiencia y eficacia en la administración institucional de los recursos humanos y materiales.	Carencia de medicamentos adecuados (ya sea en cantidad y calidad) y de personal de Salud Mental.
Facultad propia del paciente resiliente que le permite sobrellevar el tratamiento más allá de las dificultades de su entorno.	Existencia de otras enfermedades y/o problemáticas relacionales intrafamiliares (drogadicción, violencia, abuso sexual, etc.)
Grupo familiar resiliente. La familia actúa sinérgicamente (en una misma dirección) para superar las dificultades y ayudar al paciente más allá de los conflictos familiares que puedan coexistir propios de cada familia.	Carencia de instrumentos legales (DNI, otros trámites) que permitan gestionar recursos para el paciente.

La comparación anterior, nos permite fundamentar lo afirmado anteriormente en el sentido de que la familia puede tanto operar como grupo que impide un adecuado tratamiento del paciente, o bien constituirse en un sistema dinamizador en la recuperación y mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

Pacientes con grupo familiar continente	Pacientes sin referentes socio afectivos o que no se responsabilizan por él.
Período de internación más breve.	Período de internación que se prolonga debido a no contar con algún referente que se responsabilice a posteriori del alta de internación.
Mayores posibilidades de realizar distintas actividades en otras instituciones o lugares que mejoren en algún sentido su calidad de vida y le permitan insertarse socialmente.	Como consecuencia de lo anterior, pérdida de posibilidades de vinculación social y experimentación de otras vivencias que le aporten bienestar y recreación al paciente (como por ejemplo paseos, actividades en instituciones, distintos roles sociales).
Aumento de la autoestima y capacidad de construcción de su subjetividad, a partir de las demostraciones de afecto, interés y cuidados hacia el enfermo.	Pérdida de autoestima y alienación (en relación a la dificultad en la construcción de la identidad) dado que el paciente, o bien, no tiene familia (referente) o ésta no se hace presente con lo cual se destruyen las expectativas del paciente en cuanto a recibir su contención y por ende un mejor estilo de vida.

En lo que atañe a la diferenciación previa, hay coincidencias entre los distintos profesionales entrevistados, en relación al hecho de que no contar con una red de apoyo o referente de contención, implica que se prolongue la internación del paciente, dando lugar en muchos casos a la denominada "cronificación". Esta situación además de los mencionados efectos negativos sobre el enfermo, genera el colapso del sistema de atención del Hospital Interzonal, el cual debería focalizar su acción en los casos de pacientes cuya enfermedad se encuentra en fase aguda.

Por otra parte, se observa que en relación al diagnóstico, en general las familias no llegan a una comprensión en profundidad del mismo, sus implicancias y gravedad. Se infiere que esta situación se debe en parte al lenguaje médico cuyo significado muchas veces no es entendido por la familia, la cual no se atreve a repreguntar y también por el hecho de que tanto los médicos como el equipo de salud, se ven frecuentemente desbordados y deben optar por atender la demanda espontánea, las urgencias, restándole esta condición, tiempo para reafirmar la comprensión de las familias. Es en gran parte esta dificultad en la comprensión de la enfermedad lo que motiva las reacciones frecuentes de la familia caracterizadas por una minimización, por ejemplo de las consecuencias negativas de abandonar la medicación; una negación de la enfermedad como tal, culpabilizando a quien la padece, como si por ejemplo sus actos agresivos fuesen intencionales. Todo lo anterior deriva en una adherencia deficiente al tratamiento, que a su vez genera sucesivas internaciones que terminan por desgastar al sistema familiar, en una especie de espiral o círculo vicioso difícil, aunque no por ello imposible de romper.

Con respecto a las consecuencias que genera en la dinámica familiar la aparición de la patología psiquiátrica crónica, pudimos observar que se generan problemas asociados tales como: el hecho de que quien se ocupa del paciente en ocasiones debe dejar de trabajar, lo cual implica menores ingresos y consecuentes problemas económicos. Esto a su vez, puede conllevar conflictos porque el dinero no alcanza y hay que hacer frente a una enfermedad crónica.

Por otra parte, muchas veces la persona que cuida del enfermo si no es reemplazada se cansa y/o se desgasta produciéndose diferentes niveles de estrés, además los conflictos pueden provenir del hecho de que otros miembros de la familia suelen estar celosos o sentirse subestimados debido a que ahora se presta mayor atención a quien padece la enfermedad.

En general, las familias responden al surgimiento del padecimiento psíquico, elaborando distintas estrategias de sobrevivencia, dado sus escasos recursos económicos como por ejemplo, suelen recurrir a la tramitación de pensiones, planes sociales o bien intercambiar favores con vecinos y/o parientes, entre otras.

En cuanto al rol del Trabajo Social, la profesional que se desempeña en el área de Salud Mental del HIGA, se ve perjudicada en su labor porque no cuenta con un espacio adecuado para organizar y efectuar su trabajo, por ejemplo las entrevistas se realizan muchas veces en pasillos, lo cual dificulta el clima de confianza que debería generarse. Además no se cuenta con la cantidad necesaria de vehículos para el traslado de pacientes lo cual retrasa todo tipo de gestiones. A estas trabas de carácter institucional, se suma la carencia de medicamentos que contribuye a dificultar la adherencia al tratamiento, ya que se trata de pacientes que requieren si o si de medicación, caso contrario pueden descompensarse independientemente del esfuerzo de los profesionales de salud.

Por otra parte, pudo observarse claramente el lugar subalterno que ocupa la profesión del Trabajo Social, lo cual da lugar entre otras cosas a una comunicación deficiente (en ocasiones) con el equipo médico, el cual a veces, omite informar al trabajador social de ciertos datos vinculados con los casos.

El trabajador social intenta en las entrevistas explicar al grupo familiar de qué se trata la enfermedad desde el punto de vista social y planificar consensuadamente estrategias que posibiliten un tratamiento lo más acorde con sus posibilidades socio-económicas y personales.

Sin embargo en ocasiones, el mismo, encuentra dificultades para lograr comprometer a la familia en una especie de acuerdo para la recuperación del paciente, debiendo por lo tanto negociar las acciones necesarias para mejorar la situación del mismo.

Dentro de las estrategias y/o intervenciones que lleva a cabo el trabajador social se encuentran el asesoramiento para la gestión del certificado de discapacidad, que permite acceder posteriormente a pensiones, pase gratuito de transporte público y obras sociales para aquellos pacientes cuyos progenitores cuentan con éstas, lo cual posibilita un acceso más seguro y rápido a medicación y atención privada, descomprimiendo concomitantemente la saturada atención pública.

Conclusiones

A partir de la investigación realizada, y los distintos aspectos analizados en los apartados previos, pudimos arribar a una serie de conclusiones esenciales para basar las propuestas de intervención profesional en el ámbito del Trabajo Social.

En primer lugar, es posible a esta altura afirmar que las patologías psiquiátricas crónicas (tales como la esquizofrenia), dan lugar a una serie de repercusiones emocionales, psicológicas y sociales. El hecho de que el padecimiento psiquiátrico en tanto enfermedad crónica, se prolongue en el tiempo y exija un contacto continuo con el equipo de salud (médicos, enfermeros, trabajador social, psicólogos, etc.) determina cambios importantes en el paciente y su entorno familiar.

En tal sentido, se percibe que la idea de enfermo/a como culpable de su comportamiento, aparece como una amenaza permanente en el imaginario de la familia en particular y de su entorno en general, lo cual contribuye a incrementar la estigmatización del paciente. En este proceso que se inicia con la percepción por parte de la familia o referente de que "algo no está bien" en alguno de sus miembros y la posterior consulta médica, con su respectivo diagnóstico de padecimiento psiquiátrico, se trata de aprender a convivir con la enfermedad. En dicho proceso, se van detectando distintos momentos que van desde la negación de la patología y una especie de ocultamiento de quien la padece, pasando por confusión o falta de comprensión de la enfermedad, sensación de vergüenza al compararse con otras familias, hasta llegar a la aceptación y comprensión de la enfermedad. Aunque el equilibrio emocional se pierda fácilmente, y estos momentos y sensaciones encontradas, se reciclen una y otra vez.

El padecimiento crónico conduce necesariamente a una reorganización de la vida cotidiana del paciente y de su/s referente/s socio-afectivos; es un desafío permanente del cual dependerá en última instancia la calidad de vida del grupo

familiar. Esta reorganización, implica además el surgimiento de nuevos roles, el de paciente y cuidador/ra, dado que la patología psiquiátrica crónica no sólo altera la organización doméstica, sino básicamente el interjuego de roles que a su vez modifica la dinámica familiar y su relación con el afuera.

En algunos casos, la familia replantea su organización en torno al paciente y a las exigencias del tratamiento. Éste se convierte en un patrón referencial para la toma de decisiones. Los padres por ejemplo, al estar centrados en quien sufre la enfermedad, muchas veces descuidan afectivamente a sus otros hijos; estos experimentan además del abandono en sí y sus consecuencias, sentimientos de celos por los cuidados que recibe el hermano/a enfermo/a.

En cuanto a la pareja, las relaciones vinculares se resienten por el protagonismo que adquiere el hijo/a enfermo/a, lo cual genera una serie de conflictos relativos a la dedicación intensa al cuidado del mismo, la cual conlleva un reforzamiento de la pareja en el rol de cuidadores y como contrapartida el debilitamiento del rol conyugal.

Por otra parte, en un primer momento de surgimiento de la enfermedad, los vínculos al interior de la familia son vulnerables y difusos, luego se van clarificando. El fortalecimiento de los mismos se considera importante para atenuar los riesgos que dificultan o agravan la enfermedad. Se trata de un largo y lento proceso, que la familia deberá recorrer contando con la permanente atención y oportuna intervención del equipo de salud. Cabe destacar al respecto, que si bien la familia es relevante para el individuo en cualquier situación en que éste se halle, esta relevancia adquiere el estatus de fundamental al tratarse de las patologías que nos ocupan; en las cuales si o si es menester contar con alguien que supervise al enfermo en relación al tratamiento que le permitirá vivir con una mejor calidad de vida, dentro de sus posibilidades.

En su mayoría, estos pacientes pertenecen a grupos familiares de nivel socio-económico bajo, sin inserción laboral permanente, por lo cual, sin aportes jubilatorios ni beneficios provisionales; situaciones que muchas veces se agravan por las

características del sistema de salud que se ve colapsado, sin poder ofrecer aquellos recursos con los que la familia no cuenta. En tal sentido, es pertinente destacar que existen limitaciones de distinto tipo, en el contexto institucional provienen de la falta de decisiones políticas que avalen un abordaje integral e interdisciplinario, en el seno de las políticas sociales, se deben a la falta de programas que incluyan a la familia para que, con el apoyo y asesoramiento de los equipos de salud, se conviertan en el recurso necesario para la rehabilitación y sostén del alta de los pacientes; y existen por último, limitaciones en la sociedad en cuanto al imaginario negativo que persiste en general, sobre la enfermedad mental.

Desde el punto de vista del trabajador social, las limitaciones radican en el hecho de que el campo de la Salud Mental continúa bajo la fuerte impronta del modelo médico. Por lo cual el trabajo interdisciplinario lejos de ser una práctica integrada de profesionales de distintas disciplinas donde cada una aporta su perspectiva para la comprensión del caso, se torna en una subordinación de las restantes disciplinas, entre ellas el Trabajo Social, al mandato médico. Así es muy difícil para el trabajador social intervenir, cuando no sólo el médico sino también en muchos casos la familia, piensan que el único soporte del tratamiento es la medicación, ven al tratamiento social como algo secundario. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, los procesos de rehabilitación y reinserción social positiva de los pacientes, dependen de una intervención especializada, para la cual el trabajador social está adecuadamente capacitado. Por consiguiente consideramos importante tener en cuenta que el tratamiento psíquico debe apoyarse en dos pilares fundamentales: el tratamiento médico y en igualdad de relevancia el tratamiento social. Para finalizar esta cuestión creemos oportuno expresar que las profesiones tienden en general, a tomar lo social como algo en lo que todos tienen injerencia, menoscabando la acción del trabajador social que es en sí quien se ha formado y por lo cual cuenta con las competencias profesionales que lo habilitan para resolver cuestiones vinculadas con lo social.

En concordancia con lo previo, dicho profesional debe entre otras cosas, informar debidamente a la familia sobre las implicancias de la enfermedad, despejando las dudas que el grupo familiar pueda tener. Al respecto, es importante considerar que la información sobre las características que presenta la enfermedad de uno de sus miembros, es un factor clave para poder paulatinamente ir comprendiendo las conductas del mismo, y a partir de esto llegar a aceptar la patología como algo que simplemente puede suceder y que no es ni vergonzoso ni humillante. Al mismo tiempo, esta comprensión y aceptación, aliviana la angustia del grupo familiar y le permite reorganizarse de mejor modo, para distribuir responsabilidades, y así, por un lado ayudar a quien padece la patología, acrecentando su calidad de vida, pero también, por otro lado, actuar de modo tal que dicha ayuda no implique el desgaste y desintegración del sistema familiar.

Fundamentación de las propuestas

Del análisis y conclusiones previas, se desprenden las siguientes alternativas de intervención desde el Trabajo Social. Antes de explicitarlas queremos partir de su fundamentación, mencionando en primera instancia que nuestra postura tiene sus raíces en la consideración del paciente como sujeto de derechos, esto implica lograr que el paciente, su familia y la comunidad participen activamente en el proceso de tratamiento y atención de la persona afectada.

En consonancia con lo anterior, desde el plano teórico, la propuesta hace referencia a comenzar a trabajar en la construcción de un nuevo modelo de intervención, que respete la dignidad y los derechos humanos, para lo cual estimamos imprescindible generar una estrategia de trabajo conjunta e interdisciplinaria y el trabajo en equipo como una forma de articulación que a partir del dialogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilite la construcción de un nuevo conocimiento.

Todo lo anterior implica, direccionar la intervención profesional no solamente sobre el paciente, sino también hacia todo el grupo familiar. Además, es indispensable trabajar en la relación familia- sistema de salud. Al respecto, distintos autores plantean que se logra la mejoría del paciente cuando la tríada equipo de salud- paciente- familia es funcional y el deterioro del mismo, cuando este vínculo contenedor no se conforma. Entonces, se puede decir que la familia y el hospital se necesitan mutuamente porque son interdependientes, por lo cual, una alianza entre ambos contribuye a un resultado positivo.

La intervención del trabajador social junto a la familia, debe contribuir a transformar su realidad problemática y propiciar en aquella, la posibilidad de superar las dificultades vividas en la convivencia con un miembro enfermo mental, organizando con ellos el tiempo de cuidado, ofreciendo recursos y elaborando estrategias conjuntas de resolución de problemas.

En síntesis, el trabajo integrado de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se articulan en estos cuadros con personas portadoras de trastorno mental, nos proporciona como trabajadores sociales una gran herramienta terapéutica: trabajar con grupos familiares y su red social. Así se logra integrar al paciente, su familia y su soporte social.

Propuestas desde el Trabajo Social

En lo que atañe a las propuestas propiamente dichas, como equipo investigador planteamos un conjunto de cuestiones a tener en cuenta:

- Construir un dispositivo que posibilite monitorear el funcionamiento institucional y la dinámica del equipo de salud. Es importante que el trabajador social aporte sus saberes y técnicas para esta evaluación que permita el mejoramiento continuo del servicio de Salud Mental.
- El trabajador social es quien debe evaluar periódicamente la situación de los enfermos mentales, haciendo hincapié en impedir la vulneración del derecho a la salud, promoviendo las acciones pertinentes para el recupero del ejercicio efectivo del mismo. En tal sentido, sería conveniente instalarse en una postura ético-política de defensa de los derechos del paciente y su familia.
- Propiciar el tratamiento interdisciplinario e intersectorial desde la institución hacia la comunidad, para que se establezca un mecanismo de retroalimentación en la tríada paciente-familia-comunidad.
- Establecer una ruptura con respecto a la modalidad actual en la cual los pacientes sólo desarrollan actividades dentro de la institución. Se deberán considerar recursos tales como los centros de día presentes en la comunidad, que posibiliten la participación e inserción de los pacientes en actividades educativas, recreativas o culturales que ofrece la comunidad.
- Co-crear con las familias y el resto de profesionales del equipo de salud, un proyecto institucional de generación de grupos de autoayuda que apunten a informar, asesorar y contener al grupo familiar, de modo que se vea facilitada la

adherencia del paciente al tratamiento y se fortalezcan los vínculos familiares evitando así el desgaste y derrumbe del sistema familiar.

- Implementar la estrategia de una atención domiciliaria, por parte del trabajador social, médico y enfermero que permita el seguimiento y supervisión de aquellos pacientes crónicos externados, como forma de garantizar la efectivización del tratamiento, evitando en mayor medida, posibles recaídas.

- Realizar un proyecto de fortalecimiento interinstitucional, que permita trabajar en red la problemática de Salud Mental, de modo tal que se incremente la eficiencia y eficacia en la distribución de recursos. Esta mayor comunicación y elaboración de consensos entre los profesionales de las distintas instituciones que se abocan a la salud mental en Mar del Plata, permitiría a nuestro criterio cubrir en mayor medida las necesidades de los pacientes y sus familias mediante una optimización de los recursos humanos y materiales. Aunar esfuerzos en dicho sentido sería útil sobre todo en el caso de pacientes que no cuentan con una red de contención, para los cuales se debería prever un sitio (que el paciente pueda internalizar como su propio hogar) en el cual puedan vivir luego de ser compensados y externados. Así se contribuiría a garantizar el derecho a su autonomía ciudadana (si bien dentro de sus limitaciones) y la construcción de su identidad e inserción social, aumentando su confianza, autoestima y capacidad resiliente, apuntando de este modo a mejorar integralmente su calidad de vida. Aquí el rol del trabajador social sería el de orientar esta forma de vida del paciente, intentando que logre construir vínculos con sus pares y la comunidad en sí.

Reflexiones finales

Nuestra línea de investigación privilegió desde una perspectiva micro-social, la problemática de la familia como escenario y eje en el proceso salud-enfermedad.

Al aproximarnos a la realidad de las familias con un miembro con padecimiento psíquico crónico, pudimos observar ciertas recurrencias en los casos analizados tales como: la confusión y sentimientos ambiguos que genera ver que el comportamiento de un miembro de la familia va cambiando día a día, la desazón que provoca la incertidumbre acerca del futuro, la necesidad de abrirse al diálogo con otros y también de encerrarse en su situación. Todo esto tiene como telón de fondo la dificultad de sobrevivir en la pobreza, y las tensiones propias de la vida familiar que aumentan por los requerimientos de la enfermedad y el difícil reacomodamiento que cada nueva etapa del tratamiento les exige. Asimismo se agrega la estigmatización social que sufren el paciente y su familia. En tal sentido, se advierte que tanto en el marco del tratamiento como en el seno familiar (a veces) y en la comunidad misma, se sigue manejando una concepción de "peligrosidad de los enfermos mentales", entendiendo por tal, la capacidad de producir daño para sí o para terceros. Esto tiende a justificar la prolongación de la internación.

A esta concepción de peligrosidad, se añade otros dos vocablos que fortalecen la teoría de la internación: irreversibilidad y cronicidad. Esta tríada peligrosidad- irreversibilidad-cronicidad, fundamenta el aislamiento de los sujetos, lo cual de ninguna manera favorece a la salud del paciente, por el contrario, fomenta su deterioro en función de su marginación familiar y social.

Considerando lo mencionado, es que hemos basado las propuestas de intervención, apuntando a evitar la despersonalización del paciente y su aislamiento social, porque si el hombre es un ser bio-psico-social, no encontramos fundamento alguno para concebir a quien padece enfermedad mental como un objeto de tratamiento psiquiátrico, como si fuera una cosa o no-persona, a la cual se le impone una modalidad de intervención biomédica, es decir se le suministra medicamentos y/o se lo interna sin considerar las posibilidades de su autocuidado y de ciertos espacios autónomos, lo cual es sumamente importante y en gran medida definitorio del binomio salud-enfermedad. Por consiguiente, consideramos oportuno reivindicar también para los enfermos mentales la dimensión social y el sostén de su autoestima e identidad.

Para finalizar, siguiendo a Enrique Di Carlo y Osvaldo San Giacomo, *“El objetivo del trabajador social y de los sujetos individuales o colectivos con quienes se establece el vínculo profesional, se refiere a la creación de una situación nueva que no sólo mejore las condiciones de la situación existente, sino que signifique la elaboración de una nueva situación por los sujetos: la objetividad del vínculo para el conocimiento es lo que en concreto une al sujeto con el objeto. Es decir, que no es suficiente con objetivar el conocimiento, sino que se debe permitir la transformación de la situación específica instrumentando acciones y políticas sociales que permitan atenderlas”*. (Di Carlo, Enrique y San Giacomo Parodi, Osvaldo; 2001)³². Por lo cual, entendemos que el objetivo ético-político por excelencia del trabajador social debe ser instrumentar acciones en favor del paciente y su entorno socio-afectivo, más allá de que esto signifique luchar e ir en contra de ciertas concepciones hegemónicas. Es decir, que debemos ser plenamente conscientes de que primordialmente nuestro compromiso es para con

³² Di Carlo, Enrique; San Giacomo Parodi, Osvaldo. “Una introducción al trabajo social”. Ed. Universidad Nacional de Mar del Plata EIEM. 2001.

la gente, porque en ello radica la esencia de nuestra profesión y los postulados a que la misma refiere.

Parte III: anexo, bibliografía e Índice

Anexo

Guía de entrevista al equipo médico de Salud Mental

- 1) ¿Cómo cree que influye el entorno familiar del paciente, en cuanto a su adherencia al tratamiento?
- 2) ¿Qué diferencia encuentra entre pacientes que cuentan con contención familiar para realizar el tratamiento y aquellos que no poseen referentes socio-afectivos?
- 3) ¿Qué factores familiares recurrentes observa que obstaculizan el tratamiento sostenido del paciente y cuáles son en general los factores facilitadores del mismo?
- 4) ¿Cuál es la reacción que comúnmente presentan las familias al conocer el diagnóstico de patología psiquiátrica crónica? ¿Lo aceptan? ¿Lo niegan? ¿Buscan informarse? ¿Les es indiferente?
- 5) ¿Se producen dificultades de comprensión del diagnóstico y sus implicancias? ¿Qué estrategias se utilizan para lograr tal comprensión?
- 6) ¿Quién provee la medicación para los pacientes? ¿Es suficiente?

Guía de entrevista al equipo de profesionales de Salud Mental

- 1) ¿Cómo está conformado el equipo de salud?
- 2) ¿Cuál es la modalidad de trabajo adoptada?
- 3) ¿Cómo es la dinámica del equipo? (frecuencia de reuniones, temas a tratar, etc.)
- 4) ¿Cómo se realiza el abordaje de los casos? ¿Cómo se organiza el equipo?
- 5) ¿Cuáles son las problemáticas y/o dificultades prevalecientes?
- 6) ¿Qué alteraciones en la dinámica familiar surgen en general en las familias como consecuencia de la aparición de la enfermedad en uno de sus miembros?
- 7) ¿Cómo se reorganiza el grupo familiar para hacer frente a esta nueva situación?
- 8) ¿Cuál es el aporte específico del trabajador social? ¿Cómo se vincula con los demás profesionales?
- 9) ¿Qué aspectos facilitan la labor del trabajador social y cuáles la obstaculizan en relación a la institución, el equipo de profesionales de salud y la familia?
- 10) ¿Qué importancia le atribuyen a la inserción socio-cultural y la recreación del paciente en tanto cuestiones que favorecen el tratamiento en particular y su calidad de vida en general?
- 11) ¿Qué estrategias y/o propuestas implementan para trabajar con la familia coadyuvando a la adherencia al tratamiento del paciente?

Sistema de Prestaciones básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad.

Capítulo I. Objetivo.

Art. 1: Instituyese por la presente ley un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

Capítulo II. Ámbito de aplicación

Art. 2: Las Obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el art. 1° de la Ley 23.660, tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.

Art. 3°: Modificase, atento a la obligatoriedad a cargo de las Obras Sociales en la cobertura determinada en el art. 2° de la presente ley, el art. 4°, primer párrafo de la ley 22.431 en la forma que a continuación se indica: El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de Obras Sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios.

Art. 4°: Las personas con discapacidad que carecieren de Obra Social tendrán derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones básicas comprendidas en la presente norma, a través de los organismos dependientes del Estado.

Art. 5°: Las Obras Sociales y todos los organismos objeto de la presente ley, deberán establecer los mecanismos necesarios para la capacitación de sus agentes y la difusión a sus beneficiarios de todos los servicios a los que pueden acceder, conforme al contenido de esta norma.

Art. 6: Los entes obligados por la presente ley brindarán las prestaciones básicas a sus afiliados con discapacidad mediante servicios propios o contratados, los que se evaluarán previamente de acuerdo a los criterios definidos y preestablecidos en la reglamentación pertinente.

Art. 7°: Las prestaciones previstas en esta ley se financiarán del siguiente modo:

Quando se tratare de:

- a) personas beneficiarias del sistema nacional del seguro de salud comprendidas en el inciso a) del art. 5° de la Ley 23.661, con excepción de las incluidas en el inc. b) del presente art., con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución a que se refiere el art. 22 de esa misma ley.
- b) Jubilados y pensionados del régimen nacional de Previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones con los recursos establecidos en la ley 19.032, sus modificatorias y complementarias;
- c) personas comprendidas en el art. 49 de la Ley 24.241, con recursos provenientes del Fondo para Tratamiento de Rehabilitación Psicofísica y Recapacitación Laboral previsto en el punto 6 del mismo art.;
- d) personas beneficiarias de las prestaciones en especie previstas en el art. 20 de la Ley 24.557, estarán a cargo de las aseguradoras de riesgo del trabajo o del régimen de autoseguro comprendido en el art. 30 de la misma ley;
- e) personas beneficiarias de pensiones no contributivas y/o graciabiles por invalidez, ex - combatientes ley 24310 y demás personas con discapacidad no comprendidas en los inc. precedentes que no tuvieren cobertura de obra social, en la medida en que las mismas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, con los fondos que anualmente determine el presupuesto general de la Nación para tal fin.

Art. 8°: El Poder Ejecutivo propondrá a las provincias la sanción en sus jurisdicciones de regímenes normativos que establezcan principios análogos a los de la presente ley. Capítulo III. Población Beneficiaria.

Art. 9°: Entiéndese por persona con discapacidad, conforme lo establecido por el art. 2° de la Ley 22.431, a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social, implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Art. 10: A los efectos de la presente ley, la discapacidad deberá acreditarse conforme a lo establecido por el art. 3° de la Ley 22.431 y por leyes provinciales análogas.

Art. 11°: Las personas con discapacidad afiliadas a Obras Sociales accederán a través de las mismas, por medio de equipos interdisciplinarios capacitados a tales efectos, a acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivo promocionales de carácter comunitario y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.

Art. 12°: La permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado deberá pronosticarse estimativamente de acuerdo a las pautas que establezca el equipo interdisciplinario y en concordancia con los postulados consagrados en la presente ley. Cuando una persona con discapacidad presente cuadros agudos que le imposibiliten recibir habilitación o rehabilitación deberá ser orientada a servicios específicos. Cuando un beneficiario presente evidentes signos de detención o estancamiento de su cuadro general evolutivo en los aspectos terapéuticos, educativos, o rehabilitatorios, y se encuentre en una situación de cronicidad, el equipo interdisciplinario deberá orientarlo invariablemente hacia otro tipo de servicio acorde con sus actuales posibilidades. Asimismo, cuando una persona con discapacidad presente signos de evolución favorable, deberá orientarse a un servicio que contemple la superación.

Art. 13°: Los beneficiarios de la presente ley que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el art. 22, inc. a) de la Ley 24.314, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial con el auxilio de terceros, cuando fuere necesario. Capítulo IV. Prestaciones Básicas.

Art. 14°: Prestaciones preventivas. La madre y el niño tendrán garantizado desde el momento de la concepción los controles, atención y prevención adecuados para su óptimo desarrollo físico-psíquico y social. En caso de existir además, factores de riesgo, se deberán extremar los esfuerzos en relación con los controles, asistencia, tratamientos, y exámenes complementarios necesarios, para evitar patologías o en su defecto detectarla tempranamente. Si se detecta patología discapacitante en la madre o el feto, durante el embarazo o en el recién nacido en el periodo perinatal, se pondrán en marcha, además, los tratamientos necesarios para evitar discapacidad o compensarla, a través de una adecuada estimulación y/u otros tratamientos que se puedan aplicar. En todos los casos se deberá contemplar el apoyo psicológico adecuado del grupo familiar.

Art. 15°: Prestaciones de rehabilitación. Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario tiene por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que una persona con discapacidad alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social; a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean éstas de origen congénito o adquirido (traumáticas, neurológicas, reumáticas, infecciosas, mixtas, o de otra índole), utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios. En todos los casos se deberá brindar

cobertura integral en rehabilitación, cualquiera fuere el tipo y grado de discapacidad, con los recursos humanos, metodologías y técnicas que fueren menester, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera.

Art. 16: Prestaciones terapéuticas educativas. Se entiende por prestaciones terapéuticas educativas a aquellas que implementan acciones de atención tendientes a promover la restauración de conductas desajustadas, adquisición de adecuados niveles de autovalimiento e independencia, e incorporación de nuevos modelos de interacción, mediante el desarrollo coordinado de metodologías y técnicas de ámbito terapéutico-pedagógico y recreativo.

Art. 17: Prestaciones educativas. Se entiende por prestaciones educativas a aquellas que desarrollan acciones de enseñanza - aprendizaje mediante una programación sistemática específicamente diseñada para realizarlas en un periodo predeterminado e implementarlas según requerimientos de cada tipo de discapacidad. Comprende escolaridad, en todos sus tipos, capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros. Los programas que se desarrollen deberán estar inscriptos y supervisados por el organismo oficial competente que correspondiere.

Art. 18: Prestaciones asistenciales. Se entiende por prestaciones asistenciales a aquellas que tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (hábitat-alimentación-atención especializada) a los que se accede de acuerdo con el tipo de discapacidad y situación socio - familiar que posea el demandante. Comprenden sistemas alternativos al grupo familiar a favor de las personas con discapacidad sin grupo familiar o con grupo familiar no continente. CAPITULO V Servicios específicos

Art. 19: Los servicios específicos desarrollados en el presente capítulo al solo efecto enunciativo, integrarán las prestaciones básicas que deberán brindarse a favor de las personas con discapacidad en concordancia con criterios de patología

(tipo y grado), edad y situación socio-familiar, pudiendo ser ampliados y modificados por la reglamentación. La reglamentación establecerá los alcances y características específicas de estas prestaciones.

Art. 20: Estimulación temprana. Estimulación temprana es el proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño con discapacidad.

Art. 21.- Educación inicial. Educación inicial es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años, de acuerdo con una programación especialmente elaborada y aprobada para ello. Puede implementarse dentro de un servicio de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada. Educación general básica es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo, dentro de un servicio escolar especial o común. El límite de edad no implica negar el acceso a la escolaridad a aquellas personas que, por cualquier causa o motivo, no hubieren recibido educación. El programa escolar que se implemente deberá responder a lineamientos curriculares aprobados por los organismos oficiales competentes en materia de educación y podrán contemplar los aspectos de integración en escuela común, en todos aquellos casos que el tipo y grado de discapacidad así lo permita.

Art. 23: Formación laboral. Formación laboral es el proceso de capacitación cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. El proceso de capacitación es de carácter educativo y sistemático y para ser considerado como tal debe contar con un programa específico, de una duración determinada y estar aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

Art. 24: Centro de día. Centro de día es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

Art. 25: Centro educativo terapéutico. Centro educativo terapéutico es el servicio que se brindará a las personas con discapacidad teniendo como objeto la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad motriz, sensorial y mental no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Art. 26: Centro de rehabilitación psicofísica. Centro de rehabilitación psicofísica es el servicio que se brindará en una institución especializada en rehabilitación mediante equipos interdisciplinarios, y tiene por objeto estimular, desarrollar y recuperar al máximo nivel posible las capacidades remanentes de una persona con discapacidad.

Art. 27: Rehabilitación motora. Rehabilitación motora es el servicio que tiene por finalidad la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades discapacitantes de orden predominantemente motor.

a) Tratamiento rehabilitatorio: las personas con discapacidad ocasionada por afecciones neurológicas, osteo-articulomusculares, traumáticas, congénitas tumorales, inflamatorias, infecciosas, metabólicas, vasculares o de otra causa, tendrán derecho a recibir atención especializada, con la duración y alcances que establezca la reglamentación;

b) Provisión de órtesis, prótesis, ayudas técnicas u otros aparatos ortopédicos: se deberán proveer los necesarios de acuerdo con las características del paciente, el

período evolutivo de la discapacidad, la integración social del mismo y según prescripción del médico especialista en medicina física y rehabilitación y/o equipo tratante o su eventual evaluación ante la prescripción de otro especialista.

Art. 28: Las personas con discapacidad tendrán garantizada una atención odontológica integral que abarcará desde la atención primaria hasta las técnicas quirúrgicas complejas y de rehabilitación. En aquellos casos que fueren necesarios se brindará la cobertura de un anestesista. Capítulo VI. Sistemas alternativos al grupo familiar.

Art. 29: En concordancia con lo estipulado en el art. 11 de la presente ley, cuando una persona con discapacidad no pudiere permanecer en su grupo familiar de origen, a su requerimiento o el de su representante legal, podrá incorporarse a uno de los sistemas alternativos al grupo familiar, entendiéndose por tales a: residencias, pequeños hogares y hogares. Los criterios que determinarán las características de estos recursos serán la edad, tipo y grado de discapacidad, nivel de autovalimiento e independencia.

Art. 30: Residencia. Se entiende por residencia al recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas. La residencia se caracteriza porque las personas con discapacidad que la habitan poseen un adecuado nivel de autogestión, disponiendo por sí mismas la administración y organización de los bienes y servicios que requieren para vivir.

Art. 31: Pequeños hogares. Se entiende por pequeño hogar al recurso institucional a cargo de un grupo familiar y destinado a un número limitado de menores que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes con discapacidad, sin grupo familiar propio, o con grupo familiar no continente.

Art. 32: Hogares. Se entiende por hogar al recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. El hogar estará dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descritos, y requieran un mayor grado de asistencia y protección. Capítulo VII. Prestaciones complementarias.

Art. 33: Cobertura económica. Se otorgará cobertura económica con el fin de ayudar económicamente a una persona con discapacidad y/o su grupo familiar afectados por una situación económica deficitaria, persiguiendo los siguientes objetivos: a) facilitar la permanencia de la persona con discapacidad en el ámbito social donde reside o elija vivir: b) apoyar económicamente a la persona con discapacidad y a su grupo familiar ante situaciones atípicas y de excepcionalidad, no contempladas en las distintas modalidades de las prestaciones normadas en la presente ley, pero esenciales para lograr su habilitación y/o rehabilitación e inserción socio - laboral y posibilitar su acceso a la educación, capacitación y/o rehabilitación. El carácter transitorio del subsidio otorgado lo determinará la superación, mejoramiento o agravamiento de la contingencia que lo motivó, y no plazos prefijados previamente en forma taxativa.

Art. 34: Cuando las personas con discapacidad presentaren dificultades en sus recursos económicos y/o humanos para atender sus requerimientos cotidianos y/o vinculados con su educación, habilitación, rehabilitación y/o reinserción social, las Obras Sociales deberán brindar la cobertura necesaria para asegurar la atención especializada domiciliaria que requieren conforme la evaluación y orientación estipulada en el art. 11 de la presente ley.

Art. 35: Apoyo para acceder a las distintas prestaciones. Es la cobertura que tiende a facilitar y/o permitir la adquisición de elementos y/o instrumentos de apoyo que se requieren para acceder a la habilitación y/o rehabilitación, educación, capacitación laboral y/o inserción social inherente a las necesidades de las personas con discapacidad.

Art. 36: Iniciación laboral. Es la cobertura que se otorgará por única vez a la persona con discapacidad una vez finalizado su proceso de habilitación, rehabilitación y/o capacitación, y en condiciones de desempeñarse laboralmente en una tarea productiva en forma individual y/o colectiva, con el objeto de brindarle todo el apoyo necesario a fin de lograr su autonomía e integración social.

Art. 37: Atención psiquiátrica. La atención psiquiátrica de las personas con discapacidad se desarrolla dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de los trastornos mentales agudos o crónicos, ya sean éstos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes, como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de su rehabilitación. Las personas con discapacidad tendrán garantizada la asistencia psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad tratamientos integrales, psicofísicos y sociales, que aseguren su rehabilitación e inserción social. También se cubrirá el costo total de los tratamientos prolongados, ya sean psicofarmacológicos o de otras formas terapéuticas.

Art. 38: En caso de que una persona con discapacidad requiriere, en función de su patología, medicamentos o productos dieto terapícos específicos y que no se produzcan en el país, se les reconocerá el costo total de los mismos.

Art. 39: Será obligación de los entes que prestan cobertura social el reconocimiento de los siguientes servicios a favor de las personas con discapacidad:

- a) atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología, conforme así lo determine las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el art. 11 de la presente ley;
- b) aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados en la presente ley, conforme así lo determinen las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el art. 11 de la presente ley;
- c) diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presenten patologías de carácter genético-hereditario.

Art. 40: El poder ejecutivo reglamentará las disposiciones de la presente ley dentro de los ciento ochenta días de su promulgación.

Art. 41: Comuníquese, etc.

Bibliografía

- Amico, Lucía del Carmen. “Desmanicomialización: hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud mental”. Ed. Paidós. Bs. As. 2004.
- Bruno, Mónica; Gabay, Pablo. “Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves”. Ed. Polemos. Bs. As. 2003.
- Canet Ponsa, M. Mercé. “La investigación del trabajo social hospitalario”. Revista de trabajo social y salud N° 14. Enero 2000.
- Carballeda, Alfredo. “La interdisciplina como diálogo. Lo social y la salud mental”. Curso a distancia. www.margen.org.ar
- Castellano, Beatriz en Di Carlo, Enrique y Equipo. “Redes sociales naturales, un modelo de trabajo para el servicio social”. Ed. Hvmánitas. Mar del Plata. 1997.
- D’ Ávila Rodolfo. “Calidad de vida. La relación bio- psico- social del sujeto”. Ed. Lugar. Bs. As. 2005.
- De Robertis, Cristina- Pascal Henri. “La intervención colectiva en trabajo social”. Ed. El Ateneo. 1994.
- De Souza Minayo, María Cecilia. “Investigación social, teoría, método y creatividad”. Ed. Lugar. 2007.

- De Souza Minayo, María Cecilia. "El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud". Ed. Lugar. Bs. As. 2004.
- Di Carlo, Enrique; San Giacomo Parodi, Osvaldo. "Una introducción al trabajo social". Ed. Universidad Nacional de Mar del Plata. Equipo EIAM. 2001.
- DSM-IV. Manual de Clasificación de las Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud.
- Eroles, Carlos. "Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional". Ed. Espacio. Argentina. 2001.
- Ey, Henri. "Tratado de psiquiatría". Ed. Toray-Masson. 8° edición. España. 1998.
- Feyerabend, Paúl. "Tratado contra el método". Ed. Tecnos. Madrid. 1986.
- Gálvez Vargas, R; Sánchez González, M. "La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública". MC. 10° Ed. Barcelona/Masson. 2001.
- Jelín, Elizabeth. "Familia, crisis y después". Parte I en Wainerman, C. "Vivir en familia". Ed. UNICEF/LOSADA. 1994

- Kisnerman, Natalio. "Pensar el Trabajo Social". Ed. Hvmánitas. 1998. Bs. As.
- Marietan, Hugo. "Semiología psiquiátrica y psicopatía". Ed. Paidós. Bs. As.1994.
- Ortiz Gómez, María y otros. "Proyecto de intervención en salud familiar. Una propuesta metodológica". Facultad de salud pública. Bs. As.1996.
- Pedriota Gil. "Medicina preventiva y salud pública". Ed. Masson. 1998.
- Perlman, Helen. "El Trabajo Social Individualizado". Ediciones Rialp. Madrid. 1965.
- Quintero Velásquez, Ángela M. "Trabajo social y procesos familiares". Ed. Lumen/Hvmanitas. Argentina. 1997.
- Ricón, Lía y autores varios. "Problemas del campo de la salud mental". Ed. Paidós. Argentina. 1995.
- Rozas Pagaza, Margarita. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención del Trabajo Social".Ed. Espacio Bs. As. 1998.
- San Giacomo, Osvaldo. "Construcción del objeto y comunicación racional", en Trabajo Social profesional: El método de la comunicación racional. Ed Hvmánitas. Mar del Plata. 1996.

- Stagnaro, Juan Carlos. "La transformación de la atención en salud mental, una necesidad perentoria". Revista Actualidad Psicológica N° 364. Junio 2008.
- Travi, Bibiana; Hamilton, Gordon. "La dimensión Técnico Instrumental en Trabajo Social". Ed. Espacio. 2005
- Tulio, Angel. "Trabajo Social y Derechos Humanos. Su relación con la Bioética". Revista de Trabajo Social. Año III N° III. Colegio de Asistente Sociales de la Provincia de Bs. As. La Plata. Agosto 2000.
- Vallejos, Ruiloba. "Introducción a la psicopatología y psiquiatría". Ed. Paidós. Bs. As.1996.

Páginas web

- <http://www.clacso.edu.ar>.

Índice

Portada.....	1
Agradecimientos.....	2
Dedicatoria.....	3
Introducción.....	4
Parte I: Aspectos generales. Marco teórico referencial.....	8
La Salud Mental.....	8
-Origen y evolución.....	8
-Situación actual.....	9
-Condiciones de disponibilidad de una transformación en la atención en Salud Mental.....	14
-Patologías comprendidas en el campo de la Salud Mental.....	18
-Patologías consideradas en la investigación: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.....	21
Las diferentes disciplinas que intervienen en la temática de la Salud Mental.....	23
-Psicología.....	23
-Terapia Ocupacional.....	25
-Enfermería.....	26
-Abogacía.....	26
-Acompañante Terapéutico.....	27
El Trabajo Social, su especificidad y su desempeño en el campo de la salud Mental.....	27
-El Trabajo Social, intervención profesional y metodología.....	27
-El Trabajo social en Salud Mental.....	30
La Familia.....	35
-Tipos de familia.....	36

El rol familiar en Salud Mental.....	40
Redes de apoyo y contención.....	42
Marco legal para las personas con padecimientos psíquicos.....	45
-Discapacidad.....	45
-Percepción social de la discapacidad.....	46
-Enfoque Social.....	47
-Enfoque médico.....	48
-Tipos de discapacidad.....	48
-Criterios de identificación según la AAMR (1992).....	50
-Causas.....	51
-Cuestiones legales en relación a la discapacidad.....	52
-Las prestaciones básicas.....	52
-Requisitos para la obtención del Certificado de Discapacidad.....	53
-Medios de reclamo.....	54
-Reclamos extrajudiciales.....	54
-Procesos urgentes.....	55
-Pensiones.....	55
-Subsidio por externación (ley 10315).....	56
-Instituciones que intervienen en el campo de la Salud Mental.....	56
-El Poder Judicial.....	57
-Algunas de las funciones de estos organismos.....	58
-Curaduría Zonal de Alienados.....	60
-Centro de Promoción Social (C.P.S).....	62
Contextualización local de la problemática: características de la institución y del Servicio Social.....	63
-Origen del HIGA.....	64
-Características generales.....	65

-Dinámica institucional.....	66
-Misión de la institución.....	67
-Objetivos Institucionales.....	67
-El servicio de Salud Mental del HIGA.....	68
-Desempeño del trabajador social en el servicio de Salud Mental.....	73
-Problemas más frecuentes en el campo de la Salud Mental.....	73
Parte II: Aspectos Metodológicos.....	79
Introducción.....	79
-La investigación en Trabajo Social.....	79
-Características específicas del trabajo	
-Objetivos.....	80
-Naturaleza de los objetivos.....	81
-Tipo de diseño.....	81
-Unidad de análisis.....	82
-Universo de análisis.....	82
-Técnicas.....	82
Análisis e interpretación.....	84
-Datos demográficos.....	84
-Características socio-económicas.....	87
-Tipos de Hogares.....	88
-Información de la familia con respecto a la patología.....	89
-Adherencia al tratamiento.....	90
-Contrastación de los aspectos favorecedores y obstaculizadores para el tratamiento vinculados al paciente y su entorno.....	93
Conclusiones.....	98
Fundamentación de las propuestas.....	101

Propuestas desde el Trabajo Social.....	103
Reflexiones finales.....	105
Parte III: anexo, bibliografía e índice.....	108
Anexo.....	108
Guía de entrevista al equipo médico de Salud Mental.....	108
Guía de entrevista al equipo de profesionales de Salud Mental.....	109
Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.....	110
Bibliografía.....	121
Índice.....	125