

2005

Adolescentes con padecimiento psíquico y salud mental : atribuciones y significados de los actores sociales involucrado

Artola, Silvia

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/580>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
CARRERA: LIC. EN SERVICIO SOCIAL

TESIS:

"ADOLESCENTES CON PADECIMIENTO PSÍQUICO Y SALUD
MENTAL: ATRIBUCIONES Y SIGNIFICADOS DE LOS ACTORES
SOCIALES INVOLUCRADOS"

APROXIMACIÓN A LAS FORMAS DE COMPRENSIÓN DE LA RED
SOCIAL ACTUAL Y AL REGISTRO DE SIGNOS QUE PUDIERAN
HABERSE EVIDENCIADO DURANTE EL PROCESO DE
SOCIALIZACIÓN.

ALUMNAS

ARTOLA, SILVIA
FERNANDEZ, SUSANA
SOSA, TAMARA

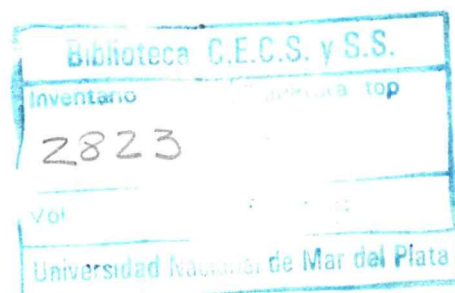
DIRECTORA

LIC. BEATRIZ CASTELLANOS

CO-DIRECTORA

LIC. DANIELA GIBEAUD

AÑO 2005



Agradecimientos.

- *A nuestras familias quienes nos brindaron su apoyo y supieron darnos afecto durante el transcurso de nuestra carrera, sosteniéndonos y alentándonos hasta el final.*
- *A nuestros amigos y compañeros que nos dieron fuerza y estuvieron presentes en todo momento.*
- *A nuestra directora Beatriz Castellanos y co-directora Daniela Gibeaud quienes nos guiaron, brindándonos su experiencia y conocimiento, ayudándonos a transitar esta última etapa.*
- *Al Equipo de profesionales y a las personas que accedieron a participar en la presente investigación y que hicieron posible nuestro trabajo.*

INDICE

INTRODUCCIÓN	Pág. 1-5
<u>CAPITULO I:</u> Planteo del problema y definición de objetivos.	Pág. 6-12
<u>CAPITULO II: Marco Teórico Referencial</u>	Pág. 13-56
II-1 -Una mirada histórica – antropológica de la salud mental.	Pág. 13-21
-Concepto de salud mental	Pág. 22-23
II-2 -Psicopatología del adolescente en la realidad actual.	Pág. 24-31
-Representación social del padecimiento psíquico.	Pág. 32-39
II-3 -El proceso de socialización y Redes sociales	Pág. 40-51
II-4 -Glosario	Pág. 52-56
<u>CAPITULO III: Desarrollo metodológico.</u>	Pág. 57-64
-Contexto institucional.	Pág. 57
-El recorrido de la investigación..	Pág. 58-62
-La tarea desarrollada	Pág. 63-64
<u>CAPITULO IV: Análisis de los datos.</u>	Pág. 65-87
-Cuadro dato de base	Pág. 65
-Dimensión 1: Creencias y valoraciones.	Pág. 66-71
-Dimensión 2: Actores sociales involucrados y registro de signos.	Pág. 72-79
-Dimensión 3: Señalamientos – orientaciones y actitudes frente a la enfermedad.	Pág. 80-84
-Dimensión 4: Formas de organización para contener emergentes de la enfermedad.	Pág. 85-87
<u>CAPITULO V: Conclusiones Finales.</u>	Pág. 88-93
<u>CAPITULO VI: Propuestas.</u>	Pág. 94-98
Bibliografía.	Pág. 99-101
Anexos	

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El interés por el tema surge de la experiencia de práctica institucional supervisada que realizan las autoras en el último año de la Licenciatura de Servicio Social. La misma se realiza en dos instituciones del área de salud mental. En el ámbito de la justicia -Asesoría de Menores e Incapaces del Departamento del Poder Judicial- y en el ámbito de salud -Clínica Neuropsiquiátrica Grupo Suizo-, ambas en la ciudad de Mar del Plata.

Tanto desde la función de representación -asumiendo el rol de curador- como desde la función asistencial en la atención de pacientes con padecimiento psíquico agudo, se interviene desde un enfoque integral. Este está conformado por un eje clínico que requiere tratamiento y un eje social que atiende al mejoramiento de las condiciones socio-ambientales de la persona; teniendo en cuenta que *"la enfermedad mental compromete la totalidad del hombre y modifica las relaciones entre los distintos aspectos del individuo y con su medio"* (Lía Ricón. 1.995)

Esta aproximación a la problemática de la salud en general y a la salud mental en particular, intenta captar algunos aspectos relacionados con la cronicidad del padecimiento psíquico en los adolescentes desde una perspectiva histórico-social. Concibe con Gabriel Gyarmati y Vicente Gali que:

"La salud no es un estado, tampoco lo es la enfermedad. Son parte de un proceso multidimensional. El individuo a lo largo de su vida, se va desplazando sobre un eje salud- enfermedad (y muerte) acercándose ya a uno, ya a otro de sus extremos, según si se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que

están permanentemente interactuando: físicos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales"

"Salud mental es, desde el punto de vista cualitativo un proceso colectivo de integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, con crisis registrables subjetivas y objetivamente y una de cuyas principales expresiones es la participación de las personas en sus propios cambios y en los de su entorno"

La aparición de la enfermedad o padecimiento mental puede ocurrir en cualquier momento de la vida, generando desconcierto y desestructuración tanto en la persona como en el grupo familiar y su entorno. La presencia del padecimiento psíquico, como otros, "despierta" en la sociedad una actitud negativa. El prejuicio o actitud sectaria que conlleva a estigmatizar a la persona que lo padece lo cual evidenciaría un aspecto negativo de la representación social.

Informantes calificados dan cuenta de un alarmante incremento de adolescentes con padecimiento psíquico crónico en la demanda de los servicios de salud mental que no llegan oportunamente a la consulta psiquiátrica. No obstante un grupo considerable de ellos habría sido orientado, en el mejor de los casos, a la consulta psicoterapéutica o al asistente social; aparentemente un número importante habría "corrido" peor suerte con un expediente que "corrió" traslado directamente hacia la escuela especial y / o el tribunal.

Los profesionales de la salud parecen acordar que un abordaje oportuno de los emergentes facilita la detección temprana y la generación de soporte adecuado para la atención y recuperación de la enfermedad pudiendo en muchos casos evitar la cronicidad, aliviar así el sufrimiento psicosocial y mejorar las oportunidades de integración social de las personas con enfermedad mental severa. Médicos, psicólogos, asistentes sociales, profesionales de profesiones "no sanitarias" sostienen que el sufrimiento no se alivia tratando un solo aspecto. Como toda problemática de salud es compleja y requiere una atención integrada e integral que considere el eje psicosocial y médico simultáneamente,

Cabe entonces preguntarse si en el intento de abandonar posiciones organicistas y medicalizantes no estaremos psicologizando la salud, algo así como la otra cara de la misma moneda. O si en aras de un relativismo cultural a ultranza dejamos de "intervenir" permaneciendo indiferentes o haciendo intervenir a otros judicializando. O si en un sesgo reduccionista y agobiados por la crisis de la cuestión social no estaremos aceptando sin más el "caso social" como único argumento excluyente de la complejidad de la circunstancia humana, abandonando así la responsabilidad que nos compete desde nuestro marco institucional y perdiendo la oportunidad de "derivar adecuada y oportunamente".

También hay consenso en señalar que "la información" es un pilar fundamental y que además debe ser compartida, recibida y buscada por todos los

integrantes de la familia. Muestra de ello es la proliferación de los grupos de autoayuda que convocan a pacientes y familiares de "fóbicos" "neuróticos" "esquizofrénicos."...O la convocatoria y concurrencia a "charlas" en shoppings, teatros; espacios públicos o más o menos privados que advierten, que la vergüenza por algo que se desconoce o se conoce insuficientemente podría llevar en ocasiones hasta el ocultamiento de la situación y/o al encierro de la persona. Se les sugiere a las familias que participar en la búsqueda de conocimiento, tolerar el dolor, afrontar los temores, superar los prejuicios, podrían evitar actitudes tales como el ocultamiento, abandono, sobreexigencia o sobreprotección.

Aparentemente habría una asignación de responsabilidad mayor puesta en la familia que oculta o que abandona o que sobreprotege. Ocultamiento-sobreprotección y evitación-abandono: dos extremos de una misma realidad que contribuyen a la agudización del problema y a su cronificación.

Si bien es cierto que la familia es el primer grupo socializador, no es menos cierto que en el proceso de socialización del niño concurren otros integrantes de la red social, actores sociales con diferentes grados de responsabilidad y capacidad teórico-técnica para el registro oportuno y/o adecuada comprensión de signos emergentes. Signos que evidenciarían algunas respuestas en el niño y/o la familia compatibles con algún trastorno psiquiátrico y/o ambiental obstaculizador de dicho proceso.

Cabe preguntarse entonces ¿qué otros actores participan y cómo? Y si tal encubrimiento se relacionaría con la ausencia de un registro adecuado de signos y/o con la evitación de la derivación oportuna al psiquiatra y/o descalificación de la medicación como parte del tratamiento.

En definitiva éstos y otros hechos podrían obstaculizar el diagnóstico precoz de patologías severas que tratadas a edades tempranas mejorarían notablemente las oportunidades de la persona que las padece.

El trabajo se ha elaborado de la siguiente manera, los interrogantes anteriormente formulados instalan al equipo en un momento: "planteamiento del problema" que hace síntesis en un presupuesto

Luego se elaboran los objetivos. Simultáneamente la exploración teórica va configurando el marco referencial que guía el desarrollo metodológico.

Los aspectos teóricos-metodológicos orientan el análisis de los datos.

A continuación y como síntesis del momento procedimental operativo se arriba a conclusiones organizadas por las dimensiones-temas definidos por los objetivos; para finalizar con algunas propuestas

CAPITULO I:
Planteo del problema y
definición de objetivos

PLANTEO DEL PROBLEMA

Los cambios socio-políticos mundiales y en América Latina, en las últimas décadas han influido notablemente en la salud mental de las poblaciones, dando lugar a la aparición de nuevas categorías de sufrimiento psíquico que alarman y preocupan por su gravedad y extensión.

En la Argentina de comienzo de siglo el estado de salud mental de la población se encuentra severamente afectado por la concurrencia de múltiples factores que dispara el modelo político económico de los últimos treinta años.

Con la crisis del Estado de Bienestar, entra en declinación “una forma de hacer política y de anudar solidaridades colectivas, que tenían su base en fuertes componentes normativos asociados a ideas de igualdad y justicia social” (GARCIA DELGADO, D. 1999)

De ésta forma, con el Estado Benefactor se constituyó una particular ciudadanía social o “ciudadanía del trabajador”, que si bien tenía connotaciones autoritarias, producía solidaridades colectivas en el ámbito laboral y protección estatal con el predominio de la comunidad sobre el individuo y de lo estatal sobre el mercado. El desarrollo de una particular ciudadanía social o “ciudadanía del Trabajador” y sus derechos de protección específicos favoreció el carácter residual de la asistencia social pública, cuyos legítimos beneficiarios fueron aquellos individuos imposibilitados de integrarse al mercado laboral por razones ajenas a su voluntad (invalidez, viudez, etc.). Sin embargo la asistencia social siempre tuvo un “sujeto vergonzante”, el pobre por desocupación, y esto

último tuvo una connotación estigmatizante, atribuida a desajustes personales cuando no respondía a las llamadas razones ajenas a la voluntad.

Actualmente en nuestro medio los necesitados de asistencia ya no son una categoría residual sino el 50% de la población, debido a los altos índices de desocupación, subocupación, precarización de las condiciones laborales, etc.

La pérdida de derechos sociales básicos como consecuencia del perfil que asumen las políticas sociales, donde el universalismo ha sido desplazado por la selectividad, la solidaridad por el individualismo, la equidad por la eficacia y la idea de beneficio social por la de lucro, observándose un avance desmedido de la lógica del mercado y una ausencia marcada de la presencia del Estado.

En éste contexto las acciones del Estado a través de políticas sociales poseen una perspectiva economicista, que reduce los problemas sociales a consecuencias de crisis o de ajuste "...la implementación de políticas focalizadas dirigidas a los afectados por la situación, sean estos niños, mujeres, desempleados u otras categorías de pobres dejando de lado las contradicciones básicas de la sociedad..."(CORREA,V. Integración y desintegración social.1998.)

De ésta forma, estas políticas sociales atienden las necesidades más urgentes, pero no contribuyen a modificar el desequilibrio generado por las variables macroeconómicas, reducen a un mero asistencialismo (acceso a recursos o subsidios para la subsistencia). "La Asistencia Social transita en el ámbito de la ayuda solidaria, del voluntarismo, de la dádiva, restando

legitimidad a las demandas. Esto es, se desconocen titularidades, se debilitan capacidades de pretensión en términos legales, alejando cada vez mas las posibilidades de equilibrar la relación de éstas con las provisiones.” (LEVIN,S. La ciudadanía social argentina en los umbrales del siglo XXI. 1997.)

La autora se refiere con titularidades a los derechos básicos para disponer de las cosas a través de los medios legales existentes en la sociedad. Estas titularidades permiten el acceso a bienes y servicios a los que denomina provisiones, constituyéndose en opciones en cuanto al objeto a elegir.

El tipo de política social que se plantea hoy en nuestro país, lejos de eliminar las causas estructurales de la pobreza, se encuentra supeditada a las exigencias del ajuste estructural económico, sumado a las políticas de privatización y descentralización, los recortes presupuestarios en el área social acelerando el debilitamiento de los servicios sociales, en detrimento de los grupos mas necesitados de la población.

En este contexto, la programación de políticas sociales en el campo de la salud mental no escapa a las características descritas anteriormente. Sumado a esto, no se evidencia una intersectorialidad de las políticas que se implementan, ni de los sectores que intervienen en ésta problemática. Es por ello que creemos que “en la implementación de políticas sociales se revela la importancia del trabajo intersectorial, dada la constatación de que ninguno de los sectores por sí solos pueden enfrentar en forma integral los problemas de la población y que la duplicidad de funciones y de inversiones resta calidad y eficiencia al trabajo que desarrollan. Todos sabemos que la intersectorialidad se da en un contexto donde cada sector está en la obligación de demostrar

mejores y mayores capacidades para su propia gestión interna. El interrogante sería cómo hacer eficientes los sectores tradicionales y cómo establecemos mecanismos para que la intersectorialidad de las políticas sociales sea parte sustantiva de una reforma estatal” (LA ROSA, L. Institucionalidad pública de las políticas sociales para los adolescentes y jóvenes. 1998).

En el campo de Salud Mental “están produciéndose grandes cambios en las políticas sociales en general, desplazando las políticas del sector salud hacia el concepto de “mercado de salud”, lo cual trae aparejado que las políticas de desinstitucionalización corran el riesgo de convertirse en políticas de deshospitalización, mostrándose en consecuencia coherentes con la política de ajuste” (FARAONE, S. Políticas en la Salud Mental. 1995.).

Señala además que en el marco neoliberal, los procesos de descentralización administrativa y de autogestión se inscriben en una política de traspaso de funciones que eran competencia del Estado Nacional a otras jurisdicciones. De esta forma, el Estado va desentendiéndose de las funciones sociales en el ámbito de la Salud, donde la brecha económica repercutirá con diferencias sustanciales en la accesibilidad a la atención.

Creemos que la salud alcanzada por una persona, continuando con el pensamiento de Lía Ricon (1995) y mas específicamente la Salud Mental, no depende sólo de las políticas de salud, sino que hay otros factores que ejercen influencia sobre la misma y que también son competencia de otras áreas de política social. Esto evidencia la necesidad de una intersectorialidad de estas políticas.

El tipo de atención predominante en el campo de la salud mental es basado en un modelo asistencialista y asilar que expone a las personas a un proceso de permanente cronificación, y que dicha atención se ha visto cuestionada social y técnicamente con insistencia. Nuestra preocupación está centrada en la oportunidad de acceso a una instancia previa que hubiera podido prevenir la necesidad de dicho ingreso.

Según Mariló Hidalgo: "...La utopía de cualquier sociedad es educar a niños felices, creativos y preparados para enfrentarse a la aventura de la vida. Son la generación del futuro. Esta utopía ha impedido ver en muchas ocasiones otra cruda realidad. La de los bebés y niños con depresión, estrés, fobias, problema de conducta alimentaria... pequeños que se niegan a pronunciar sus primeras palabras o que no consiguen concentrarse y aprender del mundo que los rodea. Son trastornos mentales infantiles y aún se desconocen muchas de las causas que los producen. ¿Que está pasando en la mente de estos niños?".

Compartimos la preocupación de esta autora pero nos preguntamos: ¿Qué está pasando con las creencias y con el registro de su entorno? Concretamente ¿Hay espacios de inclusión de la salud mental como constitutiva de la calidad de vida en todos los ámbitos de la vida cotidiana? O dicho de otra manera ¿La salud mental se piensa fuera de los sistemas terapéuticos de salud mental?

Este estudio intenta avanzar en el conocimiento de las creencias y valoraciones que circulan respecto a la salud mental y que afectan la comprensión adecuada y oportuna del padecimiento psíquico. Recuperando tanto la concepción del grupo familiar actual como la de los actores que durante el proceso de

socialización pudieran haber registrado objetivamente la crisis; una aproximación a aquellas circunstancias relacionadas con la instancia previa a la aparición de la enfermedad y vinculadas a la comprensión actual.

Presupuesto

La consideración inadecuada de emergentes compatibles con el padecimiento psíquico está fuertemente condicionada por las creencias que circulan en torno de la salud mental y la enfermedad; interfiriendo el registro adecuado de signos que lo evidencian, la atención psiquiátrica oportuna, el tratamiento adecuado, incidiendo negativamente en el pronóstico de la enfermedad.

- **Objetivo General**
- Explorar y describir la concepción de Salud Mental que circula en la red social de los adolescentes con padecimiento psíquico crónico, así como el significado que se atribuye a la enfermedad y las formas de registro de signos que la hubieran evidenciado durante el proceso de socialización.

Objetivos específicos

- Estudiar las creencias y valoraciones de la red social respecto del adolescente con padecimiento psíquico crónico

- Identificar los actores sociales y como registran y/o perciben signos compatibles con la aparición de la enfermedad mental.
- Indagar la información, señalamientos, orientaciones y actitudes que se manifiestan con anterioridad, al momento de la aparición de la enfermedad y durante su evolución.
- Conocer las formas de organización que se generan para contener los emergentes actuales que plantea la enfermedad.
- Estimar la comprensión del padecimiento psíquico y su incidencia en el soporte social actual.
- Analizar si el impacto de la enfermedad psiquiátrica y sus consecuencias generan demandas de asesoramiento-orientación-apoyo profesional, por parte del cuidador principal y/o su entorno familiar.

CAPITULO II:
Marco teórico referencial

II-1 Una mirada histórica- antropológica de la salud mental

Para abordar el tema que nos ocupa es necesario reconocer que el concepto de enfermedad mental ha ido variando a lo largo de la historia: “de lo mítico a lo científico; del azote a la asistencia; de la institucionalización a la desinstitucionalización; de lo demoníaco a la etiopatogenia; de hechiceros y exorcizadores a psiquiatras y psicólogos”¹. En el desarrollo del concepto de enfermedad mental se encontraran diferentes posiciones que harán a la evolución del mismo.

Este tránsito es el que nos permite vislumbrar el saber y el poder imperante de cada época ligados estrechamente con las creencias, el avance de la ciencia y el poder político.

En primer lugar nos encontramos con la concepción primitiva o pre-científica: “La locura aparece como una categoría de lo sagrado, relacionada con la divinidad o con el demonio. En el Nuevo Testamento la locura es considerada como una posesión por los malos espíritus a los que hay que desalojar del cuerpo enfermo para curarle”².

“Con el Renacimiento los locos dejaron de ser endemoniados. Algunos médicos dirán que los locos nada tienen que ver con fuerzas sobrenaturales y por lo tanto pertenecen al médico y no a la hoguera. Estamos en presencia del movimiento que dio en llamarse “Primera revolución Psiquiátrica”. Se inicia en el Renacimiento y se extiende hasta la Revolución francesa, se dejará de considerar como poseso

¹ Huletche, A y Delgado, L: “La función social de la locura. Una mirada desde el poder”. Ed Espacio, 1998

² Ibidem

al loco y lo transformará tan solo en una persona peligrosa, por esta razón debe ser internado”³

“La idea de alienación, como la locura en el devenir del hombre, surge en la conciencia espontánea antes de finales del siglo XVIII. Se piensa que el medio social enloquece. El hombre se enajena de sus costumbres, de sus objetos, pierde su propia verdad, se hace extraño a si mismo. Poco después la filosofía produce el concepto de alienación. Las ideas de alienación, enajenación, provenientes de la filosofía, son incorporadas en el siglo XIX por la psiquiatría y transformadas en equivalente de locura”⁴. Un pionero de la psiquiatría de la etapa científica es Philippe Pinel quien en su obra “El tratado médico filosófico” va a señalar que: “la alineación mental es una enfermedad como otras enfermedades orgánicas con perturbación de las funciones del cerebro y los nervios”(…)” Sus clasificaciones y descripciones se corresponden con las fuentes filosóficas, médicas y políticas de su época: el papel de la herencia como causa de enfermedad mental surge de los estudios botánicos, las causas cerebrales se piensan desde la medicina (estudios cerebrales), las pasiones intensas y fuertemente contrariadas, los excesos de las costumbres y del modo de vida, provienen de la ideología política de la época. Las causas morales, orgánicas, la constitución y la herencia, forman un conglomerado causal no específico. Sí tiene consistencia el tratamiento moral y el lugar que la institución posee en las prácticas terapéuticas de Pinel. El aislamiento es curativo, para apartar de lo que enferma, pero esencialmente porque refuerza la autoridad del médico, que puede controlar todos los aspectos de la vida de su paciente,

³ Ibidem

⁴ Galende, Emiliano: “Psicoanálisis y Salud Mental”. Ed Paidós. Bs. As. 1994

sometiendo al enfermo a una disciplina severa que Pinel llama "Paternal". Las amenazas, las recompensas, los castigos y los consuelos van creando en el enfermo la política interior que vigilará sus pasiones. El chaleco de fuerza permite que los enfermos deambulen por el asilo, se usará el trato de los enfermeros y las celdas como premio o castigo; dulzura y comprensión o severidad y encierro"⁵

Al ingresar el médico al asilo, la locura comienza a ligarse con la problemática de la naturaleza y sus causas, se hace objeto de un saber positivo que se encuentra dominado ahora por un tratamiento médico. Estamos en presencia de un nuevo sector social, el de la medicina mental, hegemonizado por una nueva disciplina: la psiquiatría como especialidad de la medicina. En esta etapa adquiere gran relevancia la figura del psiquiatra quien dentro del asilo da lugar a las relaciones de poder, en palabras de Foucault: "Si el personaje del médico puede asilar la locura no es porque la conozca, sino porque la domina"⁶.

"En el resurgimiento intelectual de la posguerra, el conjunto de la inteligencia de Europa y Estados Unidos se hace progresista, participa más de los procesos sociales, se revalorizan los problemas teóricos y prácticos de la subjetividad. En este contexto de redescubrimiento de lo humano, el psicoanálisis y la reflexión fenomenológica atraen a muchos intelectuales y también a algunos psiquiatras y psicólogos que van a potenciar en el plano de las ideas la necesidad de un cambio en las relaciones que instituye la psiquiatría asilar"⁷. La guerra irrumpe política, económica y socialmente en la sociedad dejando secuelas importantes y una incertidumbre generalizada que incide, de forma directa, psíquicamente en la

⁵ Ibidem

⁶ Ibidem

⁷ Galende, Emiliano: "Psicoanálisis y Salud Mental". Ed Paidós. Bs. As. 1994

población. Es así que algunas de las prácticas ortodoxas de la "vieja" Psiquiatría quedan desfasadas ante el nuevo contexto social. La psicología toma partido y gran preponderancia en este momento: "La disciplina, aunque mantenga el rostro de lo médico, debe incorporar una serie de prácticas sociales no médicas que hacen que ya no se hable de psiquiatría sino de salud mental, como un nuevo campo disciplinario. En los saberes las referencias ya no son médicas ni filosóficas, el lenguaje en que los nuevos técnicos de salud mental expresan sus conocimientos es político, se habla de comunidad, democratización, gestión social, organización participativa, etc. Las teorías por su parte son más heterodoxas"⁸.

Las prácticas asilares llevadas a cabo por la psiquiatría clásica demuestran que no son suficientes para la atención y tratamiento de las personas con padecimientos psíquicos dando lugar a la búsqueda de nuevas alternativas. Se comenzó a equiparar la internación con la esclavitud y de este modo surgieron movimientos de desinstitucionalización en diferentes países como Inglaterra, Estados Unidos, Italia, etc adoptando en cada país formas particulares de acuerdo a su organización sociopolítica.

En la década de 1960 comienza a desarrollarse una perspectiva de salud mental superadora de la psiquiatría clásica. Surge la corriente de la "antipsiquiatría". Uno de los representantes de este movimiento es Franco Basaglia quien en Italia promovía como postulados la abolición de la estructura manicomial, la creación de una atención sanitaria descentralizante y la no aplicación de electroshock, los cuales fueron incluidos en la legislación italiana. Este movimiento intenta revalorizar el rol del enfermo psiquiátrico y rechaza la rotulación. "La Argentina

⁸ Ibidem

inició en 1983, a partir de la recuperación de la democracia y después de largos y oscuros años de dictadura militar, un proceso de transformación política, conceptual y práctica en materia de salud mental que alcanzó perfiles inesperados y que fue intencionalmente calificado como una experiencia inédita, de alto impacto en el campo sanitario y social. Dicha experiencia tuvo su expresión de mayor capacidad movilizadora durante los 6 primeros años y luego fue debilitándose o consolidándose con desigualdades en las distintas provincias, influida por los cambios políticos-sociales que vivió el país”.⁹

En nuestro país, en el año 1984, terminada la dictadura militar el gobierno de Alfonsín intentó llevar a cabo una experiencia similar a la italiana. Desde la Dirección Nacional de salud mental, el psicoanalista y profesor universitario Vicente Galli encabezó la experiencia y decidió aplicarla en tres puntos del país: Río Negro, Córdoba y en Buenos Aires. De esos tres lugares, el único donde se concretó el cierre del manicomio fue en la localidad de Allen, Río Negro. Se trataba de un neurropsiquiátrico de alrededor de 100 internos que pasó a ser un hospital general. Los pacientes fueron trasladados a su lugar de origen tanto dentro como fuera de la provincia. Se armaron cooperativas de trabajo artesanales.

Cuando se produjo esta iniciativa del primer gobierno democrático, Alberto Sava era un actor y mimo que llevaba dos décadas en el llamado teatro callejero, este trabajaba en el año 1984 junto al psicoanalista José Grandinetti quien en ese mismo año fue designado Jefe del servicio de psicología social del hospital José T

⁹ Malvarez, Silvina: “Construyendo un nuevo paradigma en salud mental: La experiencia Argentina”. Trabajo preparado a pedido de la Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1996

Borda, y en el marco del proyecto desmanicomializador impulsado desde el gobierno ambos crearon la propuesta de que los internos hicieran arte como parte de su rehabilitación y como camino al cierre del manicomio. Así nació el “Frente de Artistas del Borda”

“Los cambios socio-políticos mundiales y de las Américas de las últimas décadas, han influido notablemente en la salud mental de las poblaciones y han modificado la tendencia epidemiológica dando lugar a la aparición de nuevas categorías de sufrimiento psíquico, no del todo comprendidas aun, que alarman y preocupan por su gravedad y extensión”¹⁰

En lo que respecta específicamente a Latinoamérica: “ la tradicional respuesta psiquiátrica asilar se ha visto cuestionada social y técnicamente con insistencia en la Región, a punto tal que la mayoría de los países han emprendido acciones de cambio, confluyendo hacia y expandiéndose desde la llamada “Conferencia de Caracas” destinada a estudiar la situación de la Salud Mental en la Región, sistematizar y promover experiencias integrales de reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina”¹¹

“En noviembre de 1990 se celebró en Caracas Venezuela, la conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. La finalidad de la misma fue formar marcos de referencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y promover su transformación basándose en los principios establecidos por la Organización Mundial de la salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

¹⁰ Ibidem

¹¹ Ibidem

La importancia de la Declaración en el campo de la legislación de Salud Mental surge del punto 4 de sus "considerados", donde se declara que "las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que": a) Aseguren el respeto a los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, y b) promuevan la organización de los servicios comunitarios de salud que garanticen su cumplimiento.

La Conferencia urgió al análisis de los textos normativos y vigentes en materia de atención psiquiátrica en América Latina. Arribando a las siguientes conclusiones: Aunque la legislación considera múltiples factores que influyen en el proceso de salud mental, la mayor parte de las normas no se cumplen. En la práctica las estructuras de atención no se ajustan a las provisiones que permitan incluir a la multiplicidad de factores en dicho proceso. Tampoco existe un marco empírico que salvaguarda de los derechos de los pacientes.

Ninguno de los países estudiados contaba con una legislación específica sobre salud mental capaz de regular desde una perspectiva integral todos sus aspectos. Por consiguiente, se concluyó que los marcos jurídicos existentes favorecían la perpetuación de modelos de atención ya superados. Centralizándose en la mayoría de los países en hospitales psiquiátricos. Esto produce resultados negativos en tres áreas: la atención de los pacientes, la garantía de sus derechos humanos y civiles (particularmente alterados debido a la falta de claridad en las normas), y la capacitación de recursos humanos. El hospital mental refuerza el estigma que rodea tradicionalmente a los pacientes con trastornos mentales, a sus familias y al personal encargado de su atención. Perjudicando la integración de los pacientes en la comunidad. También se observó la falta de aplicación de las

medidas sobre la atención psiquiátrica y salud mental. Este fenómeno era causado por la falta de condiciones adecuadas, estructuras institucionales y acceso real al sistema de salud.

Más allá de la incorporación de los principios de la Declaración de Caracas en las legislaciones nacionales, la Conferencia creó conciencia a nivel de administradores de salud pública, parlamentarios y grupos de consumidor/defensores de derechos humanos en cuanto a la necesidad de examinar las normas existentes a través de enfoques multidisciplinarios. Diversos mecanismos se han utilizado con esta finalidad, como seminarios y conferencias y programas de cooperación con legislaciones interesadas en el tema de la salud mental, por medio de los cuales estos se incorporaron de manera más sistemática al debate. El sistema judicial y las defensorías de derechos humanos también se han agregado al diálogo de salud mental.

Además de la actualización de la legislación de salud mental, la Conferencia de Caracas ha incentivado el fortalecimiento de otras estrategias de trabajo como son: la creación de grupos para la defensa de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales (Argentina, Brasil, Chile, Republica Dominicana, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y Uruguay). La sensibilización del poder judicial en la resolución de las causas que involucran al paciente mental, como en el caso de la interdicción (Argentina, Colombia y Chile).

Por consiguiente, es posible concluir que a partir de Caracas un sistema legal caracterizado por la ambigüedad, está siendo lentamente reemplazado por otro que resalta la cooperación multidisciplinaria, establece garantías para la

protección de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales y crea mecanismos que sientan las bases para hacerlos posibles”¹²

“Cada una de estas concepciones con sus tratamientos y modelos de asistencia, no se reconoce como un enfoque o tratamiento parcial de los problemas de salud mental, sino que tienden a establecerse como totalizantes, abarcativas, esta coexistencia de concepciones mantuvo y aun mantiene abiertas las polémicas y las luchas por cierta hegemonía. No planteándose como un caos sino impregnando los procesos sociales que caracterizan al sector, ya que cada concepción refleja una manera de pensar del hombre y su relación social. Este proceso ha favorecido el pasaje a las políticas de salud mental, ya que ha permitido sensibilizar, permear, el dispositivo autoritario y autosuficiente de lo psiquiátrico con lo que sucede en la vida social”¹³

¹² Celasco Gabriela; Gibeaud Daniela: “La intervención del trabajador social en la demanda individual-familiar en un hospital de agudos de alta complejidad de la ciudad de Mar del Plata” Tesis de licenciatura. Facultad de Cs de la Salud y Servicio Social. UNMDP. 2003

¹³ Galende, Emiliano: “Psicoanálisis y Salud mental”. ED Paidós. Bs. As. 1994

Concepto de salud mental

Desde nuestra perspectiva de trabajo tomamos el concepto de salud mental que propone Vicente Galli considerándolo como el eje apropiado para abordar la problemática de la salud mental: **“Salud mental es, desde el punto de vista cualitativo un proceso colectivo de integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, con crisis registrables subjetiva y objetivamente y una de cuyas principales expresiones es la participación de las personas en sus propios cambios y en los de su entorno”** (Vicente Galli 1986)

El padecimiento psíquico es un trastorno mental, severo o no, que se encuentra incorporado dentro del concepto de salud mental expuesto, dado que todo padecimiento psíquico data de un proceso de integración de elementos conflictivos y que en determinadas ocasiones conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. En estos casos se considera que existe un padecimiento psíquico severo y son los casos que nos ocupan en la presente investigación.

Puede observarse una coexistencia de conceptos en lo que hace a la salud mental y a las prácticas terapéuticas a implementar en cada época en particular. Resaltamos que la inclusión de un nuevo concepto no supone la superación del anterior, sino que forma parte de una dialéctica que conforman el actual concepto de salud mental en su sentido ampliado.

En la actualidad la salud mental es un tema de relevante importancia que compete no solo a los profesionales de la salud los cuales no pueden, ni deben, dejar de tener en cuenta los cambios políticos, sociales, culturales y económicos que

influyen en nuestra sociedad. Hoy la salud mental debiera ser una problemática en la que participen tanto las personas que sufren un padecimiento psíquico, como los involucrados con estas: familiares, escuela, profesionales de la salud, entre ellos los trabajadores sociales y la comunidad en general.

II-2 Psicopatología del adolescente y su realidad actual

El hombre es un ser social. El primer contacto desde que nacemos es con nuestra madre de quien proviene no sólo la satisfacción de las necesidades biológicas como el alimento, sino que de ella también proviene el afecto que todo ser humano necesita para sobrevivir. Es a través de ella que comienzan nuestras primeras experiencias sociales así como la interacción con el entorno asimilando además todo tipo de estímulos e influencias tanto físicas y psicológicas en el medio en que crecemos y nos adaptamos y fundamentalmente con las personas que nos relacionamos en nuestra primera infancia, (padres, abuelos, hermanos, tíos , amigos, etc) lo que llamamos (socialización primaria); figuras importantes que contribuyen a moldear nuestra manera de ser. Imitamos e incorporamos rasgos de esas personas así como circunstancias y experiencias tanto negativas como positivas que permiten la adaptación y formación de nuestra personalidad.

Una definición de familia que nos acerca al conocimiento de la función que cumple esta en la formación de la personalidad del niño es la que refiere "La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca"¹⁴

¹⁴ Minuchin , Salvador y otros: "Técnicas de terapia familiar" cap.II. Ed Paidós.

"El niño necesita afecto, -argumenta Bernabé Tierno, psicólogo, psicopedagogo y escritor-, pero aparte necesita la presencia de sus padres (...) "Ciertas depresiones son producidas porque estos pequeños no están el suficiente tiempo con sus padres y perciben su desinterés" (...) "Dato que puede dar explicación al hecho, por ejemplo. De la depresión de bebés y niños de hasta tres años de edad. Esta enfermedad, aparentemente adulta, hace varios años que se viene detectando en estos pequeños, que lo manifiestan a través de expresiones tristes, retraso en el lenguaje, llantos sin motivo y quejas por molestias en todo el cuerpo"

15

"La realidad es que los trastornos psiquiátricos, por extraño que parezca, también afectan a los niños y los adolescentes", asegura la doctora M^a Jesús Mardomingo, Jefa de Psiquiatría Infantil del Hospital Gregorio Marañón. "Los niños -denuncia la especialista- ocupan un lugar secundario en los intereses de una sociedad esencialmente adultocéntrica que atiende en primer lugar las necesidades de los miembros más fuertes: los hombres adultos. Los ancianos, las mujeres y los niños, vienen después". De hecho, la especialidad de Psiquiatría infantil, no existe en nuestro país. Debemos tener en cuenta estas situaciones donde la sociedad no entiende lo que está pasando y se queda perpleja ante situaciones de extrema violencia y que no pocas veces son la resultante de tragedias protagonizadas por niños y jóvenes. Si los padres se asustan y atemorizan ante el comportamiento que demuestran sus hijos, no lo entienden y no reaccionan. Y si el Estado no

¹⁵ Trianes, Ma. Victoria: "Estrés en la infancia" en [http:// diariomedico.recoletos.es](http://diariomedico.recoletos.es)

tiene en cuenta este tipo de enfermedades y provee de personal cualificado y presupuestos, como dice el profesor Bernabé Tierno ¿Quién ayudará a construir la generación del futuro?”¹⁶

Estamos hablando de la mente de los adolescentes. Jóvenes que se encuentran ante una de las etapas más confusas del ser humano, donde se juntan cambios hormonales, corporales y mentales con los sueños, las utopías, la personal visión del mundo, el rechazo a lo impuesto y a los valores caducos. Un período demasiado largo si tenemos en cuenta que en la actualidad los jóvenes se independizan a una edad más tardía. Y conflictivo, porque muchas veces coincide con crisis de los padres y la obligada revisión de bases que éstos habían establecido hasta el momento como básicas: la familia, la educación, las relaciones, la comunicación.

Los seres humanos atravesamos en diferentes etapas de nuestras vidas por situaciones de crisis las cuales pueden tener distintos modos de resolución. Estas no escapan a la vida de los adolescentes. Se consideran vitales ya que involucran al individuo en forma inevitable como el crecimiento, envejecimiento y muerte u otras pérdidas, otras pueden ser necesarias pero no inevitables, como los divorcios, otras son producidas en relación con el medio como cambios de trabajo, mudanzas y otras el resultado del impacto con el medio, como la pérdida del empleo.

¹⁶ Ibidem

José Ferrater Mora las define como: "La terminación de un acontecimiento en un sentido o en otro; la característica es de ser súbita y por lo general acelerada" (...) La crisis no ofrece nunca un aspecto gradual y normal, además parece ser siempre todo lo contrario de toda permanencia y estabilidad (...) Se dificulta su comprensión ya que se enfatizan sus aspectos negativos y se ocultan los aspectos positivos"¹⁷

Otro aspecto a tener en cuenta es el referido por Vicente Garrido, profesor en la Universidad de Valencia, quien no quiere restar importancia a determinados sucesos de violencia juvenil. En su libro *El psicópata* asegura que: "Debemos preocuparnos por estos casos de violencia psicopática o sádica porque están demostrando que algo ha cambiado en nuestra sociedad. Algo a lo que debemos de enfrentarnos. "Hace mucho tiempo -argumenta el profesor Garrido- que la estructura familiar perdió su capacidad de socializar, de establecer patrones sociales de comportamiento en los niños. Por encima de la ideología de cada uno, lo cierto es que la familia es el agente socializador por excelencia. Y, por el momento, no hemos encontrado nada que lo sustituya".¹⁸ Cuestión con la que están de acuerdo los sociólogos que estudian estos hechos. Aseguran que lo que está en entredicho es la forma de educar, la relación padre-hijo y afirman que el futuro que tenemos por delante exige otro tipo de actitudes. "Las normas -comenta una mediadora familiar- no suponen ni autoritarismo ni imposición, sino una

¹⁷ Di Segni, S: "Problemas del campo de la salud mental". Cap: "Las crisis vitales".

¹⁸ Rojas Marcos, L: "Las semillas de la violencia" en <http://diariomedico.recoletos.es>

especie de regla de juego. A cada relación le corresponderá un determinado grado de mutua tolerancia, que se establece a partir de la negociación de las partes. Aquí quienes lo va a tener más difícil van a ser los padres".¹⁹

Podríamos preguntarnos entonces ¿hasta cuando dura la adolescencia? Hablar de duración de la adolescencia implica hablar de diferenciar los términos *adolescencia* y *juventud*.

Según Doltó: "Un adolescente es un ser humano que pasó la pubertad y que todavía se encuentra en etapa de formación ya sea en lo referente a su capacitación profesional, a la estructuración de su personalidad o a la identidad sexual".²⁰ En cambio el joven se refiere al adulto joven, es alguien que ya ha adquirido responsabilidades y cierta cuota de poder, que ha madurado su personalidad y tiene establecida su identidad sexual, mas allá que no tenga una pareja estable o no sea totalmente autosuficiente en lo económico.

Esta misma autora, en 1980, describe: "...en los últimos años se ha dado un fenómeno de postadolescencia, un alargamiento de la misma que no permite fijar sus límites con mucha precisión" (...) Existen proyecciones de los adultos que los jóvenes reciben y una sociedad que les impone límites de exploración (...) Algo parece estar fallando en relación a ésta situación ya que el fenómeno de la postadolescencia suele detectarse con mayor asiduidad en los consultorios

¹⁹ Ibidem

²⁰ Craig, G y Woolfolk, A: "Manual de psicología y desarrollo educativo". Mexico. 1998. 1ª edición

psiquiátricos" (...) "En la actualidad nos encontramos con personas que a los 30 años no han conseguido la independencia mínima, la estabilidad afectiva e incluso la sensación de no tener una identidad clara, por lo que suelen consultar manifestando conflictos claramente adolescentes"²¹

Doltó se guiaba para fijar los límites de edad de la adolescencia en *La declaración universal de los derechos del niño* en su art. 1º como: "Todo ser humano hasta la edad de 18 años, salvo si la legislación nacional acuerda la mayoría antes de dicha edad", pero concluye que no habría madurez posible en tanto no hubiera independencia económica.

La adolescencia es un concepto ampliamente debatido. Desde el punto de vista cultural, algunos comentaristas sociales de Estados Unidos, entre quienes se destaca Eric Erikson (1959), conciben el período de la adolescencia como "...una transición psicosocial en la cual al individuo se le permite explorar y ensayar varios papeles antes de establecerse en su nicho social (...) debemos tener en cuenta que esta dependencia prolongada de los adolescentes, en un mundo industrializado, está atribuida entre otros factores en la asignación de los trabajos más complejos a los adultos primero en la generalidad de los casos. Esta situación alarga la dependencia económica, retrasa la oportunidad de que el adolescente pueda demostrar sus capacidades e intensifica su frustración e inquietud (...) Esta dependencia *impuesta* puede dirigir su ira hacia su fuente,

²¹ Ibidem

generalmente los padres o el sistema”²². Además en una sociedad dominada por los medios de comunicación se genera un ambiente poco propicio para el desarrollo humano y adecuado para el desempeño y conocimiento de nuestras capacidades. Las personas deben poder actuar libremente en su ambiente, decidir sus propios actos. La situación de crisis generada a causa de la globalización , la situación económica y social afectadas por el retraimiento del Estado de Bienestar y las políticas de privatización y achicamiento del Estado han producido la violación de casi todos los derechos humanos y sociales, generando en los últimos tiempos el crecimiento de una población marginada y excluida fomentando y acrecentando en la mente de nuestros jóvenes una cierta violencia generalizada y la no aceptación de .las normas y pautas tanto sociales como culturales , así como la modificación de valores que han sido transmitidos de generación en generación, por nuestros padres ; considerando que una de las principales funciones de la familia es la socialización, y la transmisión de valores que permiten el buen desempeño y desarrollo emocional y afectivo de nuestros niños primero y de nuestros jóvenes después. Toda época histórica ha tenido sus crisis, pero en general la situación actual a nivel mundial afecta a los adolescentes:”quienes son y siempre lo han sido, muy vulnerables a tales crisis y los afecta mas que a los niños durante los años iniciales e intermedios de la infancia. Unos y otros sienten el impacto a través del desempleo de sus padres o

²² Ibidem

de su larga ausencia de la casa. Cuando el niño llega a la adolescencia, confronta y asimila las circunstancias de la época, y reacciona además ante ellas”²³

²³ Ibidem

Representación social del padecimiento psíquico

“El carácter integrador del concepto de Representación social señala la concepción de Ser humano como ser activo, productor de informaciones y significados analizado en su doble perspectiva de “forma de conocimiento” y de “reconstrucción mental de la realidad”.²⁴

Para Moscovici los seres humanos no son receptores pasivos, piensan autónomamente, producen y comunican constantemente representaciones. “El Ser humano no es un re-productor, sino un productor de informaciones y significados.”²⁵ No interpreta la realidad tal cual es sino que internaliza ese conocimiento desde su subjetividad de acuerdo a sus vivencias y experiencias anteriores tratando de aprehender y entender, resolver situaciones de la Vida cotidiana y dilucidar otras que las rodean. Transfiriendo éstas experiencias en la educación de sus hijos, elaboración de planes, etc.

Según Mead el Hombre puede mirarse a sí mismo mediante un proceso por el cual se asume como un objeto para sí que le permite adoptar el papel de otros, asumiendo roles y actitudes de esos otros, que organizadas, incorpora a su propia persona “produciéndose al mismo tiempo en ese proceso la constitución del YO y el MI”.²⁶ Siguiendo a este mismo autor “El YO es el principio de la acción

²⁴ Banchs; Ma. Auxiliadora: Revista Costarricense de Psicología, Nº 8 y 9. “Conceptos de Representaciones sociales”. Análisis comparativos. Pag 27-40. 1986.

²⁵ Ibidem

²⁶ Mead, G: “Espíritu, persona y sociedad”. The University of Chicago Press. Chicago Illinois. Impreso en Argentina. Pag 202

y el impulso; y en la manifestación de esa acción cambia en cierto grado la conformación de la estructura social".²⁷

"Representarse algo es darse en conjunto indiferenciadamente el estímulo y la respuesta, esto implica que siempre hay una parte de construcción y reconstrucción en el acto de representación "²⁸ (Jodelet 1983)

Dado que al representarse algo se da en forma simultánea el estímulo y la respuesta, el estímulo es percibido por nuestros sentidos, introyectando en forma inmediata la situación, reorganizándola a través de un proceso de asimilación y acomodación, interpretándola y dando respuesta a la misma mediante la intervención de nuestras estructuras previas, basadas en experiencias anteriores que se adaptan al nuevo conocimiento, modificándolas; de manera tal que se construye un nuevo concepto asignándole significado . Tal construcción consiste en un proceso que denominamos conceptualización: "donde se agrupan las percepciones en unidades, categorías o clases basándose en ciertas similitudes entre ellas" (...) "Se experimenta el mundo en función de conceptos de regularidades descriptibles de los objetos y sucesos, reales o imaginarios "(...) "la conceptualización deriva de nuestra necesidad de orientarnos en la vida"²⁹ (Boume, Esktrand y Dominowski. 1971)

²⁷ Ibidem

²⁸ Banchs, M: Revista Costarricense de Psicología. N° 8 y9. Conceptos de representaciones sociales: Análisis compartivos. Pag 27-40. 1986

²⁹ Vander Zanden, J: "Manual de psicología social" Bs. As Ed Paidós. 1986

Moscovici afirma que: "toda representación debe ser comprendida y explicada a partir de aquella o aquellas que le dieron origen, y no, directamente, partiendo de tal o cual comportamiento o aspecto de la estructura social"³⁰. Toda estructura anterior interviene en nuestro conocimiento actual; debemos preguntarnos que se entiende por social cuando se habla de representación social. Denise Jodelet señala que: "la manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, es una forma de conocimiento social; y correlativamente la actividad mental desplegada por individuos y grupos para fijar su posición en relación a situaciones, eventos, objetos y comunicaciones que les interesan (...) En ellas lo social interviene de diversas maneras: -a) Por el contexto concreto en el cual están situadas personas y grupos; - b) Por la comunicación que se establece entre ellos; -c) Por los cuadros de aprehensión que les proporciona su bagaje cultural; - d) Por los códigos, valores e ideologías ligados a las posiciones o pertenencias sociales específicas (...) Por lo tanto "la noción de representación social nos coloca en la interfase de lo psicológico y de lo social..."³¹

Todos estos elementos que intervienen en nuestro conocimiento nos posicionan de una manera determinada en cuanto a objetos, personas, situaciones sociales específicas, nuestro bagaje cultural, que interfiere en nuestro comportamiento incorporándolo a él de manera inconsciente e impulsándonos a la acción en procura de fines concientes.

³⁰ Banchs, M: Revista Costarricense de psicología nº 8 y 9. "Conceptos de representaciones sociales" Pag 27-40. 1986

³¹ Ibidem

Según Dewey: "el Hombre tiene la capacidad de dirigir su acción en términos de consecuencias previstas en procura de fines conscientes"³² El hombre puede detenerse, reflexionar y considerar el resultado de sus acciones, y demorarla a través de su pensamiento reflexivo; tanto que su experiencia es social, común y compartida, solo en comparación con ese mundo en común entendible y aceptable por cualquiera de los individuos involucrados en una misma actividad en común, se puede distinguir de su propia experiencia privada.

Esta acción del individuo puede estar influenciada por ciertos posicionamientos que interfieren en su juicio y que se manifiestan en forma de prejuicios.

La palabra prejuicio se refiere a un juicio prematuro o previo. La persona con prejuicios parece haber decidido antes de toda prueba. Podemos considerar que: "los prejuicios constituyen opiniones dogmáticas y desfavorables respecto a otros grupos, y por extensión a miembros individuales de éstos grupos y además establecer una distinción entre prejuicio y discriminación. El prejuicio refiere a las actitudes negativas y la discriminación a un comportamiento dirigido contra los individuos objeto del prejuicio"³³ El hecho de que una persona exprese prejuicios negativos hacia un grupo determinado no significa que ésta persona se comporte forzosamente de manera hostil hacia cada miembro individual de dicho grupo.

³² Dewey, J. "Naturaleza humana y conducta" Introducción a la psicología social. México. 1975

³³ Billig, M. "Racismo, prejuicios y discriminación" Psicología social y problemas sociales. Pag 596-597.

Según los experimentos de La Piere, que evoca numerosos incidentes de la vida real, se podría suponer que existe una relación directa entre "el prejuicio en tanto que actitud y la discriminación en tanto que comportamiento".³⁴

Debemos considerar además el aspecto social del prejuicio el cual reviste una gran importancia y constituye la base de numerosas investigaciones psicológicas en las que se ha intentado ver: "si había que explicar el prejuicio en función de las características personales del individuo con prejuicios o en función de las situaciones sociales en las que se produce la discriminación (...) estos estudios realizados por diversos investigadores señalan la aparición de comportamientos inadecuados y la manifestación de prejuicios irracionales en las personas en situaciones desconocidas y en circunstancias no habituales. Como consecuencia del desconocimiento de fenómenos no esperados que modifican las características propias y comunes a su vida cotidiana conlleva a considerar la utilización de mecanismos ocultos e inconscientes que los obligan a actuar en forma incomprensible y a comportarse de manera irracional"³⁵

Estos prejuicios manifestados como actitudes de los individuos están dados a través de la conducta. Según Bleger "la palabra conducta significa conducida o guiada; es decir que todas las manifestaciones comprendidas en el término de conducta son acciones conducidas o guiadas por algo que está afuera de las

³⁴ Ibidem

³⁵ Ibidem

mismas: por la mente (...) La actitud se infiere a través de la conducta, y cuando ésta cambia se infiere que hay cambios de actitud.”³⁶

Para comprender la conducta de un individuo que actúa en consecuencia de un prejuicio debemos entender la percepción que dicho individuo tiene de la realidad:

“La percepción de las personas se refiere a todos aquellos procesos mediante los cuales el individuo llega a conocer a los demás y a concebir sus características, cualidades y estados interiores que le permite volver estable, predecible y manejable su visión del mundo social, además de comprender su comportamiento y predecir sus acciones, orientarse, facilita su interacción con ellos. Como consecuencia de ello necesita sacar conclusiones acerca de las características y propiedades de las personas y situaciones con las que entra en contacto. A éstas actividades cognitivas se las llama atribución: proceso por el cual el individuo explica e interpreta los hechos que le acontecen” ³⁷(Fritz Heider. 1958)

Podemos incorporar el concepto de percepción selectiva que “implica que los individuos no perciben el mundo exterior en forma pasiva. Por el contrario, los individuos siempre intentan comprender la información que reciben y a menudo la interpretan según suposiciones anteriores de una forma que les induce al error (...) la gente ve el mundo en función de lo que espera ver.”(Bruner y Postman 1949)³⁸.

³⁶ Bleger, J: “Psicología de la conducta” Ed. Paidós. 1992

³⁷ Vander Zander, J: “Manual de psicología social” Bs. As. Ed. Paidós. 1986

³⁸ Billig, M: “Racismo, prejuicios y discriminación”. Psicología social y problemas sociales. Pag 596/7

Desde nuestra perspectiva de salud y salud mental entendemos como padecimiento psíquico: "al trastorno mental grave de duración prolongada y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social, al que denominamos trastorno mental severo".³⁹ La aceptación de este concepto no niega la clasificación diagnóstica, importante a la hora de definir el tipo y severidad del trastorno mental tanto para el pronóstico y seguimientos básicos de su atención como para establecer comunidad de discurso entre los profesionales del campo sanitario. El concepto es superador en tanto sugiere al menos cuatro condiciones:

- Variabilidad en la presentación, evolución y pronóstico.
- Vulnerabilidad derivada de la desventaja que supone.
- Capacidad diferente para afrontar la vida cotidiana.
- Susceptibilidad progresiva generadora de desventaja.

El padecimiento psíquico lleva implícito una afectación particular para la persona que enferma y consecuentemente la idea de sufrimiento psíquico asociado al sufrimiento social que cada uno vivenciará según su circunstancia.

La representación social del trastorno mental, como señaláramos en el apartado uno, ha ido modificándose en el tiempo. No obstante las definiciones que hoy utilizamos, incluso la que señalamos en nuestra perspectiva, aparecen -aún para los profesionales- como postulados teóricos que consideramos en vías de

³⁹ A.E.N (Asociación española de neuropsiquiatría).
www.pulso.com/aen/documentos/cuadrenos_tecnico%206.pdf.

consolidación. Por tanto la representación social está ligada, en general, a la “patología psiquiátrica” en su concepto más restringido y generalizante.

Si bien entendemos que cada persona percibirá y atribuirá de acuerdo a su propia historia y pautas culturales, consideramos que resulta muy difícil superar las posiciones negativas y prejuiciosas y aceptar una idea “no congelada” de la persona que enferma y aceptar también el derecho de estos a vivir en relativa autonomía como con cualquier tipo de enfermedad crónica.

Uno de los temas de nuestra investigación profundiza las creencias y valoraciones de la red social respecto del adolescente con trastorno mental crónico.

Si aceptamos que la representación social es una construcción dialéctica entonces nos acercamos a la percepción “selectiva” conciente que la atribución y la atribución que se le otorga está fuertemente influenciada por lo que una sociedad está dispuesta a tolerar.

Cualquier proceso de trabajo social que intente un cambio de mentalidad en una persona “cuidador principal”, un grupo “familia y red social primaria” o una comunidad profesional o social debe tener como uno de sus fines contribuir a la comprensión del padecimiento psíquico y el sufrimiento social que conlleva y a la responsabilidad social -en sentido ampliado- que supone cualquier intento de alivio.

II-3 El proceso de socialización. Redes Sociales

Al hablar de un padecimiento psíquico tanto de su constitución como de su evolución, así como del tratamiento de la persona que lo padece, no puede dejar de considerarse al ambiente. Como señalábamos al definir el concepto de Salud Mental la constitución de cualquier tipo de patología, así como su forma de expresión y manifestación están multideterminadas por aspectos biológicos, psicológicos, culturales, sociales, económicos y ambientales.

La importancia otorgada a la socialización primaria y a la socialización secundaria denominada así por Berger y Luckman como “los procesos por el cual los individuos llegan a un grado de internalización y pueden ser considerados miembros de la sociedad. Es la inducción amplia y coherente de un individuo en el mundo objetivo de una sociedad. Con respecto a la socialización primaria es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez, por medio de ella se convertirá en miembro de la sociedad. La socialización secundaria es cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad”⁴⁰ esto nos permite conocer algunos aspectos de la persona, su ambiente y los modos de satisfacer socialmente sus necesidades. Desde un enfoque psicosocial también los problemas se configuran individualmente y colectivamente. El padecimiento psíquico es un problema social que afecta a la persona de manera singular pero individuo y sociedad son indisolubles están en permanente relación.

En salud mental, la persona que posee un trastorno requiere apoyo, sostén de su

⁴⁰ Berger y Luckmann: “La construcción social de la realidad” Cap.III. Amorroutu. Bs. As

ambiente y una forma de verlo es en RED, que otorga una mirada amplia y circular del ambiente. la metáfora de red permite visualizar la interacción individuo / sociedad. particular / general, individuo / colectivo y brinda algunas categorías de análisis.

Varios autores ofrecen definiciones sobre redes. Se mencionaran los más relevantes.

Algunos autores definen a la red como "un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectivo, es un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales posibilita la potenciación de los recursos que poseen".⁴¹ También diferencia entre redes primarias y secundarias y habla del alcance de la red "es el conjunto de individuos que esta en contacto directo con una persona"⁴² y a su vez hace referencia al contenido de la red, que es el respaldo que brinda en forma de ayuda económica, obligaciones familiares, solidaridad social, prácticas religiosas, etc.

Mony Elkain define a la red social como un grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o familia.

Esta autora refiere con respecto a la red primaria en relación a los problemas psicopatológicos que "el apoyo concedido por los miembros de la red, reduce el impacto del estrés y por ello disminuye los riesgos de enfermar y facilita el tratamiento de la afección y de sus complicaciones".⁴³

⁴¹ Garbarini Islas: "Boletín de la Universidad del Museo Social Argentino, año 72 nº 3". Pag 54. 1997. Bs.As

⁴² Ibidem

⁴³ Mony Elkaim y otros: "Las prácticas de la terapia de red" Cap II. Pag 49. Ed Gedisa. 1995

“En situaciones de crisis las personas normales tienden a buscar ayuda y apoyo de la red.

En cambio los pacientes con trastornos psicopatológicos utilizan su red solo superficialmente, no se entregan lo suficiente como para que sus miembros puedan brindarle verdadero apoyo”.⁴⁴

“Los sujetos que necesitan apoyo psiquiátrico tienen menos relaciones afectivas con los miembros de la red primaria que los demás”.⁴⁵

“En el caso de los pacientes psiquiátricos la estructura de la red y la calidad de sus lazos no permiten esperar una ayuda adecuada en la vida cotidiana especialmente en los momentos de crisis. En general no cuentan con su red, sino mas bien tienen una actitud negativa hacia ella”⁴⁶

“La red primaria, es decir, las personas presentes en la vida cotidiana, no son necesariamente las más significativas y por ende las más movilizables en situación de crisis”.⁴⁷ Por esto es importante la contención y protección que puede brindar la red secundaria.

Otra autora Mónica Chadín en su libro de “Integración del servicio social y el enfoque sistémico relacional” hace referencia a redes primarias y redes institucionales, las primeras constituyen un elemento que permite ampliar, desarrollar y promover dormidos y nuevos recursos de los cuales se accede a la resolución de problemáticas, retiene la responsabilidad por las conductas y las resoluciones en el individuo y su familia.

⁴⁴ Ibidem

⁴⁵ Ibidem

⁴⁶ Ibidem

⁴⁷ Ibidem

“En las redes institucionales con los recursos de la comunidad se pueden dar otro tipo de respuestas pero las instituciones son sistemas en donde cada uno de sus miembros son personas con lo cual el aspecto relacional es crucial”⁴⁸

Lía Sanicola en su libro “Redes sociales y menores en riesgo”, refiere que las redes sociales están constituidas por el conjunto de relaciones interpersonales por efecto de las cuales “un sujeto mantiene la propia identidad social, recibe sostén emotivo, ayuda material, servicios, informaciones, para tornar posible el desarrollo de ulteriores relaciones sociales”.⁴⁹ Cada persona y cada familia es, de hecho, el nudo de un entrecruzamiento de relaciones que constituye una red. Esta se caracteriza según el número de actores en ella involucrados, las interrelaciones de los sujetos, los lazos necesarios para vincularse en tiempos breves con otros sujetos.

En el ámbito de las redes sociales llamadas primarias, están consideradas las relaciones derivadas de la familia, de los parientes y de los vecinos. Pertenecen a las redes sociales secundarias las relaciones derivadas del trabajo, de la utilización de los servicios primarios y secundarios, y de otras relaciones sociales, sindicales, políticas, etc. Algunas de estas relaciones son permanentemente activas, otras se activan en presencia de determinadas situaciones o circunstancias y otras, finalmente, solo lo hacen cuando son oportunamente solicitadas. Las redes primarias “se caracterizan por recurrir a la reciprocidad.

⁴⁸ Mónica Chadín: “ Integración del Servicio social y el enfoque sistémico relacional” Cap II. Ed Espacio 1997

⁴⁹ Lía Sinicola: “Redes sociales y menores en riesgo” Cap I Pag 27. Ed Lumen Humanitas. Argentina 1996

Constituyen el ámbito donde el espíritu de la donación se instaure y se desarrolle de modo privilegiado, dando forma al mundo afectivo y simbólico de los individuos del grupo.”⁵⁰

Las redes secundarias informales “se constituyen a partir de las redes primarias, ante una necesidad compartida para cuya satisfacción organizan una ayuda o un servicio. Pueden consistir en una unión de padres o un grupo de ayuda o ayuda mutua no formalizado. Usan como medio de intercambio la solidaridad, esto es, la dimensión misma de la reciprocidad que se manifiesta en términos de responsabilidad colectiva.”⁵¹

Las redes secundarias formales “se caracterizan por los intercambios fundados sobre el derecho, en primer lugar el de ciudadanía. Estas brindan prestaciones o servicios e intervienen de acuerdo como exigencias a los usuarios.”⁵² “Las redes de tercer sector se constituyen como organizaciones de servicios sin fines de lucro, utilizando como médium no solo el derecho sino también la solidaridad. Son las cooperativas sociales, las asociaciones de voluntariados, las fundaciones.

Las redes de *mercado* fundan su existencia en el médium del dinero y del provecho, con las administraciones, las empresas, las unidades comerciales, los negocios y las actividades de libre profesión.

Las redes *mixtas*, generalmente, son las que utilizan una combinación de medios de intercambio como, por ejemplo, las escuelas privadas que, aunque actúan en la esfera de las prestaciones de derecho, las brindan en correspondencia de un pago.”⁵³

⁵⁰ Ibidem

⁵¹ Ibidem

⁵² Ibidem

⁵³ Ibidem

Las redes naturales son conceptualizadas por el equipo EIEM como “aquellas que configuran el campo real de actuación de todo individuo en el mundo de la vida”.⁵⁴

Teniendo siempre presente la multiplicidad de relaciones que las personas construimos a lo largo de nuestras vidas y la compleja dinámica de las interacciones entre las personas, entre las personas e instituciones, puede pensarse que las redes sostienen, anidan y porque no enredan, en distintos momentos de nuestras vidas. “Estos momentos son vividos en un espacio vital donde interactúan redes primarias y redes secundarias y donde los satisfactores se expresan y particularizan”.⁵⁵

Las redes sociales primarias son “conjuntos de personas que se conocen entre si y están unidos por los lazos de familia, vecindad, amistad, trabajo, estudio y ocio constituyendo agrupamientos en los que los vínculos que unen a sus miembros son de naturaleza afectiva (positiva o negativa) antes que funcional. Representan un territorio psíquico mas allá de su localización geográfica o temporal y las relaciones que en ellas se producen están basados en la reciprocidad, mediata o inmediata estando los intercambios caracterizados por la gratitud y reciprocidad (familia y amigos).”⁵⁶

Las redes sociales secundarias son “conjuntos sociales instituidos, estructurados en forma precisa para desarrollar funciones específicas. Sus integrantes cumplen

⁵⁴ Equipo EIEM: “Redes sociales naturales”. Facultad de Cs de la Salud y Servicio Social. UNMDP. Ed Humanitas. 1998

⁵⁵ Ibidem

⁵⁶ Ibidem

roles predeterminados y las relaciones que se dan en su interior se fundan en el derecho o en el dinero” Ej.: (escuela, empresa, hospital).”⁵⁷

Es importante resaltar que “en término de redes, se piensa a la familia y a su ambiente en unidad, evitando aislar a las personas de los vínculos con su entorno mediato e inmediato.”⁵⁸

Las otras redes no tienen como función llevar a cabo las misiones que a la familia le compete para el sostén que pueden brindar pero puede ser compartido y/o complementario

Las redes tienen una morfología que las distinguen y se hace visible a través de los atributos estructurales, funcionales y vinculares definidas así por Carlos Sluzki en su libro “La red social: Frontera de la práctica sistémica” (Ed Gedisa, 1998).

Con respecto a los “atributos estructurales” está referido al número de miembros que integran la red y nos permiten identificarlos según: Tamaño pequeño hasta 10 miembros, medianos hasta 30 miembros y amplios más de 30 miembros. La densidad establece junto a la cantidad de miembros que constituyen una red, la cantidad de vínculos que establecen entre si, dentro de cada sector y entre sectores.

La composición refiere al número de sectores diferenciados que integran una red (familia, amigos, vecinos, miembros de redes formales, como maestros, comerciantes y miembros de redes informales, como voluntarios, cooperadotes, etc). Aquí se puede analizar la distribución y la dispersión referida a la ubicación geográfica de los miembros.

⁵⁷ Ibidem

⁵⁸ Ibidem

La homogeneidad o heterogeneidad de la red se establece en la medida en que sus miembros pertenecen o no al mismo sexo, edad, cultura, nivel socioeconómico, etc.

Refiriéndose ahora a los "atributos funcionales" se puede decir que están referidos al tipo de intercambio que los miembros realizan entre sí, a los bienes que circulan entre ellos y que pueden ser de tres órdenes: afectivo, materiales e informativos. Estos intercambios simétricos o asimétricos, mediatos o inmediatos, escasos o suficientes nos permiten distinguir las capacidades, las dificultades existentes y potenciales que tiene una red.

Entre los intercambios afectivos se puede nombrar, apoyo emocional, guía regulación Social, compañía. Entre los intercambios materiales bienes y servicios. Dentro de los intercambios informativos guía cognitiva, acceso a nuevos contactos.

Con respecto a los "atributos vinculares" constituyen el conjunto de relaciones interpersonales que caracterizan a una red. Los vínculos que se establecen entre sus integrantes no son simétricos y equivalentes. Están caracterizados por su reciprocidad mediata o inmediata. Existen características generales para los vínculos de cada sector con variaciones de cantidad y calidad relacionadas con su duración en el tiempo, el compromiso afectivo y la intimidad que generan y la reciprocidad de los intercambios. Con estas categorizaciones podemos decir si un vínculo es fuerte, débil, normal, discontinuo, ambivalente, interrumpido, ruptura.

Los vínculos familiares se caracterizan por ser adscriptivos, con inserción jurídica social independiente de la voluntad y categorías (padre, primo, abuelo).

Los vínculos amistosos están basados fundamentalmente en afinidades personales, cimentada y alimentadas por la identidad de objetivos y valores, se estructuran en torno a la libre elección.

Los vínculos vecinales están condicionados por la proximidad físico-territorial, su selección y profundización se produce subjetivamente y refuerzan el sentido de identidad y pertenencia social.

Los vínculos laborales se establecen por afinidad de oficio o profesión, están signados por la exterioridad de su selección, la contigüidad forzosa y contingente.

Los vínculos con miembros de redes secundarias sean formales o informales están prefiguradas por las normas que la rigen y las formas de acceso al vínculo mediados por el derecho o el dinero.

En los atributos relacionales del vínculo se observan funciones prevaecientes que son aquellas cuya predominancia caracteriza en especial a ese vínculo.

La multidimensionalidad está dada por la variedad de funciones que cumple el vínculo la reciprocidad es el intercambio entre dos miembros de las mismas funciones o funciones equivalentes.

La intensidad implica el compromiso de la relación, el grado de intimidad.

La frecuencia refiere a la periodicidad de los contactos. Si los vínculos son intensos pueden ser reactivos aun si transcurre un lapso de tiempo importante entre contacto y contacto.

El Equipo EIAM hace referencia a la "dinámica de la red" de esta se puede decir que "está constituida por la serie de movimientos relacionales observables en el interior de la misma, así como por los vínculos que esta establece con otras redes. Como resultado de esta dinámica propia la red produce dos efectos fundamentales para la comprensión y la intervención, ellos son el discurso

colectivo que lo caracteriza y la capacidad de sostén social que ofrece a sus miembros.”⁵⁹

“El discurso colectivo es un conjunto complejo de normas, reglas, límites, valores, creencias, actitudes y modos peculiares de comunicación, que configuran la cultura que le es propia a cada red. Sus manifestaciones no se expresan solo en palabras sino que significan los actos de cada miembro y se reflejan en los pasajes importantes del ciclo vital como el nacimiento, casamiento, separación, muerte, en las relaciones entre generaciones y entre sexos y las expresiones sociales, económicas y culturales tales como la movilidad social, las migraciones, la producción de bienes, la obtención de dinero, la preservación de la salud, las creencias y ritos religiosos. El conocimiento mutuo, los vínculos que se prolongan en el tiempo y generan el desarrollo de una historia compartida hace a cada uno mandatario y portador de esas normas, valores y creencias que encarnan la síntesis del discurso de su Red. Mandato que pondrán en juego para dar sentido y significado a toda nueva relación”.⁶⁰

Al referirse al sostén social el equipo EDEM reflexiona sobre el hombre que “forma parte de una trama relacional amplia y las redes naturales son el espacio donde esa trama adquiere sentido y significado para él.”⁶¹ No lo ve como un ser pasivo que acude a bienes instrumentales e intangibles sino como constructor donde algunas cosas dependerán de él,

⁵⁹ Equipo EDEM: “Redes sociales naturales. Un modelo de trabajo para el servicio social”. Pag 43. Ed Humanitas. 1998

⁶⁰ Ibidem

⁶¹ Ibidem

pero también “modifica las valoraciones y pautas culturales de su contexto inmediato y del marco socio-político en el que se desarrolla. Aporta y usufructa sostén social”.⁶²

“El sostén social que las redes ofrecen es un efecto espontáneo de su dinámica en condiciones que se pueden calificar normales. Producto de la interacción de la persona, sus relaciones inmediatas y su contexto provee a través de tres tipos de aporte – el afectivo, el material, y el informativo – las condiciones e insumos necesarios para el desarrollo integral de la persona como ser social.”⁶³ Las redes responden a necesidades de orden psicosocial -seguridad, pertenencia, reconocimiento- y a necesidades materiales y comunicacionales.

Para visualizar la distribución de los diferentes tipos de soporte se utiliza la “grilla tipos de soporte”. Se toma como base lo propuesto por el Equipo EIEM en el libro “Redes sociales naturales”. Las autoras de la presente tesis definen una nueva dimensión denominada apoyo al tratamiento y amplían la referente a regulación o control social, dado que se considera que es específica para el estudio de personas que sufren algún tipo de padecimiento psíquico. (ver glosario)

“Las redes naturales cuando integran armónicamente sus diferentes sectores, producen además de sostén, una capacidad de amortiguación frente a las contingencias vitales (críticas o naturales) y a los impactos provenientes de situaciones contextuales (económicas políticas y sociales) adversas”.⁶⁴ Cuando surge incapacidad de generar sostén o de ser sostenidos “deriva en demandas de intervención a sectores externos a la red, con una fuerte preeminencia de los aportes institucionales provenientes de las redes secundarias

⁶² Ibidem

⁶³ Ibidem

⁶⁴ Ibidem

Las redes naturales son sujetos sociales portadores de contradicciones en su interior, brindan soporte pero no siempre pueden o desean hacerlo. A su vez condicionantes externos pueden cristalizarlas y limitarlas en las posibilidades de concretar sus deseos”.⁶⁵

Es importante tener presente los aspectos condicionantes del contexto macrosocial ya que de otra forma se tendría una visión reduccionista o simplista de la producción del soporte social. Ningún sector por sí solo podrá dar respuesta a las necesidades del hombre. Es necesario la acción mancomunada de una pluralidad de actores. Esto es una perspectiva de Red.

Una definición ampliada del concepto de Red se puede hallar en el libro de Redes Sociales Naturales del equipo EIEM inicialmente nombrado y es la que da cuenta de la interrelación de los conceptos hasta ahora referidos: **“Es la expresión de los modos históricos, socioeconómicos y culturales puestos en marcha por las personas para la consecución de su proyecto de vida. Constituyen constelaciones dinámicas de mallas elásticas que brindan diferentes tipos de satisfacción a las necesidades de orden afectivo, material, informativo”**.⁶⁶

⁶⁵ Ibidem

⁶⁶ Equipo EIEM: “Redes sociales naturales. Un modelo de trabajo para el servicio social” UNMDP. Ed Humanitas. 1998

II-4 Glosario

Actividades de la vida diaria (A.V.D) Katz realiza un índice en el que enumera diferentes actividades rutinarias necesarias para el mantenimiento y desarrollo del ser humano a las que denomina “actividades de la vida diaria” (avd) y se corresponden con lavado, vestido, uso del inodoro, movilización, continencia, alimentación. A la vez son subdivididas por el grado de dependencia que, en cada una de estas actividades, requiere el paciente. Ver Anexo: Índice de Katz (a.v.d.)

Acceso a nuevos contactos: Es la apertura de puertas para conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social del individuo. (Sluzki).

Apoyo al tratamiento: Se entiende por apoyo al tratamiento al sostenimiento del paciente y a la participación de los familiares y/o allegados en los dispositivos individuales y grupales que integran al esquema de tratamiento del paciente y su red primaria. Como oportunamente lo describiéramos incluyen:

Pacientes internados: En la admisión: evaluación médica del paciente y Evaluación social. Durante el tratamiento: psicoterapia familiar, grupo de familiares, generación del soporte socio-familiar post-alta.

Paciente ambulatorio con internación previa:

Control médico por consultorio externo.

Control social en caso de tratamiento previo

Control asistencia a Hospital de día.

Control, administración o supervisión de la medicación cuando está a cargo del paciente.

Asistencia o supervisión de las avd cuando están a cargo del paciente.
(Artola, Fernández y Sosa)

Apoyo emocional: "Intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; es poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro; es el tipo de función característica de las amistades íntimas y las relaciones familiares mas cercanas con un nivel bajo de ambivalencia; para subrayar la diferencia entre esta función y la anterior, algunos autores diferencian entre -interactores frecuentes- y -relaciones de intimidad- " (Sluzki) "Sentimientos de pertenencia y protección, visitas frecuentes y gestos de afecto". (Grupo EIEM)

Aspecto ambiental: Está constituido por el conjunto de elementos, condiciones y sucesos (incluyendo él o los individuos) y comprendido objetivamente en su estructura. (Bleger, J)

Aspecto biológico: aquellos signos orgánicos y/o funciones que pueden ser hereditarios, congénitos o adquiridos.

Aspecto místico: Relativo a la vida espiritual, contemplativa. Que encierra misterio. Aquello que puede explicarse por diferentes formas de entender el origen de las cosas, puede estar vinculado a lo esotérico.

Aspecto psicológico: Comprende la configuración o estructura particular que para el sujeto o el propio grupo tiene, en un momento dado el campo ambiental o geográfico. (Bleger, J)

Ayuda material y de servicios: “Colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, incluyendo los servicios de salud. De hecho, los terapeutas y otros trabajadores de salud mental suelen constituir un componente importante de la red de muchos pacientes psiquiátricos crónicos” Sluzki”Implica una colaboración o prestación específica. Alojamiento, sostén económico, oportunidades laborales, servicios de salud”. (Grupo EIEM)
Se trata de las gestiones necesarias para el paciente que lo requiera.

Compañía social: “La realización de actividades conjuntas o simplemente el estar juntos”. Sluzki C. “Acompañamiento que permite realizar actividades conjuntas, tener disponibilidad para el diálogo y el intercambio de confidencias. Interés y comprensión en las actividades de la vida cotidiana”. (Grupo EIEM)

Cuidador principal: Persona que se responsabiliza de las necesidades que otro sujeto requiere para su sostenimiento y mantención.

Guía cognitiva y consejos: “Interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas, y proveer modelos del rol (Sluzki)

Grilla tipos de soporte: Es el instrumento utilizado para visualizar la distribución de los distintos tipos de soporte en la red y que tipos de soporte ofrece cada sector, cuales son las funciones prevalecientes, cuantas de estas funciones cumple cada sector y se da simultaneidad de funciones en algunos de sus miembros. (Equipo EIEM)

Padecimiento psíquico: Trastorno mental grave de duración prolongada y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social, al que se denomina "trastorno mental severo". (Asociación española de Neuropsiquiatría)

Patología dual: Coexistencia de dos patologías en un mismo sujeto. En esta investigación se incluyen este tipo de pacientes solamente en el caso en que el trastorno mental está considerado como patología de base.

Patología psiquiátrica: Caracterización de una manera de enfermar. A través de este concepto se realizan diferentes clasificaciones diagnósticas que se publican en un manual denominado DSM actualmente está en vigencia el número IV.

Regulación (o control) social: "Interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizan las desviaciones de comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas, permiten una disipación de la frustración y de la violencia, y favorecen la resolución de los conflictos. Muchos de los ritos y rituales sociales actúan como recordatorio de esas restricciones". (Sluzki)

Las funciones de regulación social para el caso que nos compete estarían orientadas a la protección del paciente y a la prevención a situaciones que lo expongan a distintos riesgos:

-Adherencia al tratamiento.

-Presencia del cuidador principal.

-Responsabilidad de las acciones y/o actividades que el paciente no puede tener a cargo, transitoria o definitivamente.

-Presencia de un curador en caso que el paciente requiera o haya requerido para su protección un juicio de inhabilitación e insania. (Artola, Fernández y Sosa)

CAPITULO III: Desarrollo metodológico

Desarrollo Metodológico

Contexto institucional:

La Clínica Grupo Suizo es un establecimiento privado que se encarga de la atención de personas con padecimientos psíquicos trabajando no solo con la persona, sino también con su contexto socio-familiar. La institución ofrece cinco prestaciones: internación, hospital de día, consultorios externos, urgencias y atención domiciliaria.

La Clínica es dirigida por un director médico especialista en psiquiatría y cuenta con: tres médicos psiquiatras tratantes; dos Lic. en psicología; una Lic. en Terapia Ocupacional; una Lic. en Servicio Social, Nutricionista, Profesora de Educación Física, Médico clínico, Médico de guardia, equipo de enfermeros, personal de mantenimiento y personal de administración.

A partir del año 2004 se ha implementado un "Programa de Pasantías de pregrado" dirigido a estudiantes del último año de la carrera de Licenciatura en Servicio Social de la UNMDP vinculado a la cátedra de Supervisión de dicha unidad académica. Se incorporan al programa, en el área de internación, estudiantes de la carrera que actualmente participan en esta tesis.

El objetivo general del servicio social es "asistir al paciente y la familia en los emergentes sociales que plantea el continuo salud-enfermedad". La finalidad es asesorar y orientar para promover una organización familiar adecuada a las necesidades del paciente.

Para la realización de la presente tesis se solicitó autorización a la dirección de la institución y a las personas entrevistadas involucradas en la investigación. El vínculo logrado durante el año de residencia nos permitió un mejor acceso a los casos a investigar.

El recorrido de la investigación

El presente trabajo constituye una investigación en áreas específicas. El tipo de diseño es exploratorio descriptivo, basándose en una metodología cualitativa. En cuanto a este último aspecto el interés está puesto en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de los sujetos actuantes, es decir desde su subjetividad. Se buscan las diferentes atribuciones y significados de las experiencias vividas sobre una misma problemática desde las respuestas de los propios protagonistas, quienes se encuentran en contextos específicos y complejos.

La participación como residentes de pre-grado, de la carrera de Licenciatura en Servicio Social en la Clínica Grupo Suizo de esta ciudad, nos familiarizó con las características de la problemática y la cotidianidad de las personas que la padecen facilitando tanto el desarrollo de la investigación como el contacto con las personas involucradas. El investigador es un recurso de la investigación por lo tanto no se encuentra fuera de la misma sino que es uno de los instrumentos y técnicas teniendo contacto directo con los sujetos y fenómenos que estudia.

La investigación cualitativa busca riqueza y profundidad en los datos a recabar por esto mismo no es relevante el número de casos y sus resultados no son generalizables.

En cuanto a los criterios de inclusión se seleccionó a la totalidad de adolescentes de ambos sexos que fueron internados durante el año de residencia en la clínica por patología psiquiátrica de base, incluyendo aquellos pacientes que manifestaron patologías duales.

Las entrevistas fueron realizadas a los cuidadores principales de dichos pacientes. De un total de 16 casos se efectuó la investigación solo con 11 de los mismos, dado que: tres casos abandonaron el tratamiento y no pudieron ser ubicados; uno se encuentra distante geográficamente con dificultad para trasladarse y uno se negó a participar de la investigación.

Los casos no están seleccionados con criterio estadístico, el énfasis está puesto en analizar a través de los mismos la manera particular y singular que asume el objeto de estudio a fin de encontrar los aspectos más significativos que den cuenta del problema.

En el capítulo correspondiente al análisis y sistematización de los datos, será posible observar los testimonios extraídos de las entrevistas efectuadas a las personas de la muestra seleccionada.

Técnicas:

Consecuentemente con el marco metodológico postulado, el trabajo de campo se instrumenta a través de la aplicación de las siguientes técnicas: consulta a informantes clave, observación y recopilación documental, observación participante, entrevistas semi-estructuradas y entrevistas en profundidad

-Consulta a informantes clave:

Ander Egg destaca que uno de los procedimientos más importantes que se han de utilizar en la fase exploratoria de una investigación es la consulta a informantes clave. Esta consulta se hace fundamentalmente, "a través de entrevistas semi-estructuradas o bien focalizadas, ya que a través de estas técnicas se hace conocer al informante que tipo de información se requiere"⁶⁷

Destacamos este tipo de técnica, dado que para la realización de la presente tesis, los informantes clave fueron los médicos psiquiatras tratantes, la trabajadora social de la institución y los enfermeros a cargo de los pacientes.

-Observación y recopilación documental:

"La consulta y recopilación documental consiste en ponerse en contacto con esa parte de la realidad que se ha de investigar y en la que se ha de actuar, a través de lo que otros vieron o estudiaron de ella. Los documentos son hechos o rastros de "algo" que ha pasado, de ahí que, "testimonios" que proporcionan información, datos o cifras, constituyan un tipo de material muy útil para la investigación social.

Se trata de informaciones, documentos escritos, estadísticas, mapas, periódicos, obras literarias, etc, recogidos y elaborados por distintas personas, organizaciones o instituciones y que sirven para conocer mejor un aspecto de

⁶⁷ Ander Egg: "Métodos y técnicas de investigación social III. Como organizar el trabajo de investigación" Ed. Lumen Humanitas. 1992

la realidad”⁶⁸. En la presente tesis se realizó observación de historias clínicas donde constan las evoluciones diarias de todos los profesionales intervinientes y documentos oficiales; evaluaciones socio-ambientales del servicio social (ver anexo) y actas de reuniones de familiares y allegados.

-Observación participante:

Este tipo de técnica permite “pasar de una observación superficial a una observación desde el interior: se ve así la observación de la experiencia vivida de la situación, a la significación dada a los gestos, a los comportamientos de los actores”⁶⁹. Este tipo de técnica nos exige no determinar a priori lo observable, sino permanecer flexible durante todo el proceso.

-Entrevista semi-estructurada:

El entrevistador dispone de una guía dividida en dimensiones que indica los temas que debe abordar en el transcurso de la entrevista. El orden en que estos son planteados y el modo de formular las preguntas se realizan de acuerdo a un esquema que debe ser flexible a los intereses que vayan surgiendo en la conversación, teniendo siempre presente el objetivo de la entrevista y la información necesaria a recabar.

⁶⁸ Ander Egg: “Técnicas de investigación social”. Humanitas. Bs.As. 1992

⁶⁹ De Robertis y Pascal: “La intervención colectiva en Trabajo Social” El Ateneo. Bs.As. 1994

-Entrevista en profundidad:

Este tipo de entrevista sigue el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. La entrevista en profundidad requiere de la capacidad de relacionarse con otros en sus propios términos. La función principal del investigador está en sondear los detalles de las experiencias de las personas y los significados que estas le atribuyen. De esta forma esta técnica se aparta de las conversaciones cotidianas.

Para implementar la entrevista en profundidad se debe tener un conocimiento previo a través del trabajo de campo, entrevistas preliminares u otra experiencia directa.

En el caso que nos compete los cuidadores principales han sido entrevistados por las residentes para la elaboración de la evaluación social y/o reuniones de familiares y allegados.

La tarea desarrollada:

1-Con motivo de delimitar los lineamientos conceptuales y metodológicos que orientan la presente tesis, se comenzó con la búsqueda bibliográfica para poder ampliar, complementar y focalizar los conocimientos teóricos previos.

2-Como segunda instancia se seleccionaron los casos pertinentes con los criterios de inclusión descriptos anteriormente, decidiendo realizar entrevistas en profundidad a los cuidadores principales de los pacientes.

3- Se realiza la observación documental de historias clínicas y evaluaciones socio-ambientales del servicio social como así también entrevistas a informantes clave de los 11 casos correspondientes a la presente investigación.

4- Se confecciona el instrumento de recolección de datos: Entrevista al Cuidador Principal (ver anexo). Posteriormente se efectúan dichas entrevistas en la institución o en el domicilio del entrevistado según sus posibilidades. Las mismas tuvieron una duración de alrededor de 60 minutos y fueron grabadas, previo consentimiento del entrevistado.

5- Se realizó la desgrabación de las entrevistas mediante la transcripción textual del contenido de las mismas. Posteriormente se procedió a seleccionar como descriptores las frases o párrafos más relevantes respecto a las dimensiones a analizar:

-Creencias y valoraciones.

-Actores sociales involucrados y registro de signos.

-Señalamientos-orientaciones y actitudes frente a la enfermedad.

-Formas de organización para contener emergentes de la enfermedad.

6- Se efectúa el análisis y se elaboran conclusiones procurando la integración entre los contenidos teóricos y empíricos.

Cabe señalar que estas tareas se realizan en el marco del proceso metodológico por lo que cada momento requirió una lectura y actualización del marco teórico.

CAPITULO IV: Análisis de los datos

Cuadro datos de base:

El siguiente cuadro describe los datos de base de los pacientes involucrados en la investigación, relevados de historias clínicas e informes socio-ambientales.

Pacientes	Sexo	Edad	Estado Civil	Nivel de Instrucción	Diagnóstico	Cuidador Principal	Ocupación del Cuidador principal
F. M	Masculino	34	soltero	Primaria completa	Esquizofrenia + adicción	Madre	Ama de casa
M. F	Masculino	23	soltero	Secundaria incompleta	Trastorno de la personalidad	Madre	Docente
M. P	Masculino	25	soltero	Primaria completa	Esquizofrenia	Padres	Madre: Docente Padre: Carpintería
L. N	Femenino	16	soltera	Primaria completa	Psicosis a especificar	Madre	Ama de casa
A. O	Masculino	33	soltero	Secundaria incompleta	Esquizofrenia	Hermana	Estudiante
N. Z	Femenino	18	soltera	Secundaria completa	Psicosis a especificar	Padre	Viajante
F. C	Masculino	30	soltero	Primaria completa	Trastorno de la personalidad + adicción	Madre	Ama de casa
N. A	Femenino	32	soltera	Secundaria completa	Psicosis	Madre	Gestora
S. C	Masculino	21	soltero	Primaria completa	Trastorno Bipolar + adicción	Madre	Ama de casa
A. G	Masculino	33	soltero	Primaria Completa	Esquizofrenia + adicción	Madre	Empleada
E. C	Masculino	29	soltero	Primaria completa	Psicosis	Madre	Docente

Dimensión Creencias y valoraciones

El análisis de esta dimensión nos indica que la mayoría de los entrevistados consideran al menos más de una causa en la irrupción del padecimiento psíquico:

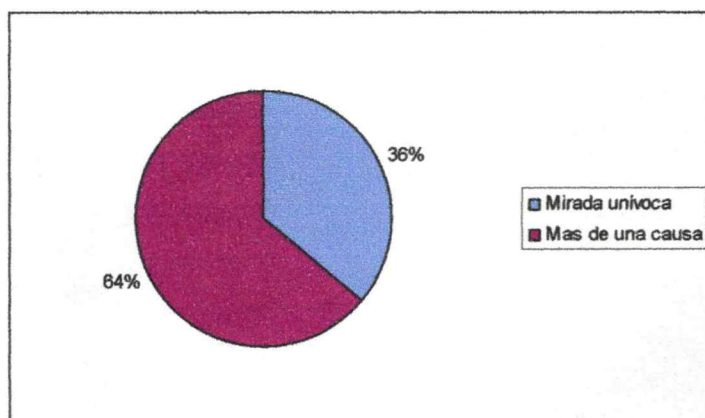
Cuidador principal de M.P: *“Influyen varios factores. Uno que puede ser hereditario, uno genético, es que puede haber cierta predisposición. Después puede ser también el desarrollo de la vida que haya tenido no cierto?, que puede haber influido en ciertas circunstancias puede haber influido más negativamente o menos negativamente en M, pero digamos, lo mismo que las ciencias, no puedo determinar a ciencias ciertas el porque”.*

Solo cuatro de los 11 casos analizados tienen una mirada unívoca de la enfermedad

Cuidadora principal de N. A: *“Yo me vengo enterando que había antecedentes en la familia cuando llega a los 15 años. Ignoraba por completo que en la familia había antecedentes de ese tipo (...) vuelvo a la familia biológica y me entero que dos tías de ella tenían la enfermedad”.* (adoptada)

Gráfico: Creencias y valoraciones

Mirada unívoca	36 %
Mas de una causa	64%



En general vinculan la aparición de la enfermedad con aspectos psicosociales. Dentro de los factores socio-ambientales enfatizan la influencia negativa de la red primaria (amigos, allegados, vecinos, familiares, "juntas"). De los siete cuidadores que hacen esta atribución, cuatro pacientes padecen patologías duales. En todos ellos la adicción es secundaria al padecimiento psíquico. No obstante a todos los cuidadores se les dificulta reconocer la existencia de la patología psiquiátrica. A pesar de que se menciona la patología psiquiátrica, la entrevistada hace hincapié en la conducta adictiva.

Cuidadora principal de F. M: *"... se criaron bajo el mismo techo mis hijos, lo que pasó que mi hijo el otro tuvo otras compañías y F tuvo malas compañías que lo indujeron a la droga, a tomar y me dijo un Dr. que él es muy dócil que él es muy fácil de llevar y eso le ayudó a declarársele la esquizofrenia".*

En el segundo caso la entrevistada hace referencia a la influencia del ambiente con respecto a la patología del paciente.

Cuidadora principal de A.G: *" Lo que le pasó a A son varios factores, primero yo me junté con el padrastro, segundo vivir, digamos, socialmente en un lugar que no era el de él porque él se trataba con gente de un nivel económico alto y nosotros somos humildes y él trataba con un nivel de gente que no correspondía, que no es de él..."*

Cuando enfatizan aspectos psicológicos se refieren a experiencias traumáticas

como muertes, abusos, abandonos y separaciones como también problemas no resueltos vividos por los pacientes.

Resulta significativo la comprensión inadecuada de la patología psiquiátrica, ya que además de referir lo psicológico como una causa parecen creer que es la agudización- evolución de estos cuadros lo que da lugar a la aparición de la psicosis. Dentro de este aspecto haremos referencia, a continuación, al único caso que atribuye la causa de la enfermedad a un factor meramente psicológico.

Cuidadora principal de A. O: *"Yo creo que puede ser que como que tenés miles de problemas vos y que no lo hablás, y que los guardás y empezás a maquinar de una manera que te lleva a este mundo, supongo..."*

En cuanto a otras consideraciones dentro de este aspecto podemos citar dos de los casos que atribuyen como causal de la patología el abandono de la madre biológica y el abuso deshonesto por parte de un familiar respectivamente:

Cuidadora principal de F. C: *"...F vino en adopción de 15 días, muy chiquitito. Supongo que lo que le pasa a él es un poquito el abandono de su madre. Yo creo que esto se siente dentro de la panza"*

Cuidadora principal de L.N: *"A causa de lo del tío y a causa de que yo en su momento no le creí (...) no la alcanzó a violar pero le hizo abuso deshonesto, porque bebió alcohol, "L" en realidad nunca lo quiso, si vamos de una base, nunca lo quiso. De un principio nunca lo quiso"*

Cuatro de los casos analizados atribuyen al aspecto biológico como causante de la enfermedad. Dos de ellos al factor hereditario, uno a factores congénitos y uno a factores adquiridos. Los referentes a factores hereditarios son los casos nombrados anteriormente en los que refieren más de una causa y en los que tienen mirada unívoca en torno a la aparición de la enfermedad. Con respecto a factores congénitos podemos citar:

Cuidadora principal de E.C: *"Yo pienso que viene desde el útero, yo me siento culpable de los miedos y locuras que se vivía (...) "E" nace en el 76..."*

En relación a causales biológicas adquiridas se describe a continuación:

Cuidadora principal de M.F: *" Es muy probable que se enfermó porque él es adoptado, yo lo adopté cuando él tenía 4 años y estaba totalmente desnutrido, o sea que durante los primeros 4 años de vida no recibió la alimentación suficiente como para que sus neuronas estuviesen bien (...) por eso tiene la patología que tiene".*

Es relevante mencionar uno de los casos que además de referirse a aspectos psicosociales en general, es el único que hace atribuciones místicas:

Cuidador principal de N.Z: *"Viendo la forma en que había fallecido el tío empieza ella a querer ocupar el lugar de él (...) Se ha mimetizado con la persona de mi hermano, se ha metido en el cuerpo y alma de él..."*

El análisis de la descripción anteriormente expuesta nos brinda datos relevantes en cuanto a que en la mayoría de los casos los entrevistados pueden mencionar más de una causa en la atribución del padecimiento psíquico, lo cual demuestra que no se centran en un solo aspecto como algo determinado y acabado, han buscado diferentes respuestas al padecimiento de su familiar.

Del total de los casos, tres de los pacientes han sido adoptados de niños y dos de estos atribuyen al aspecto biológico como desencadenante del padecimiento psíquico. Resulta significativo que en estos casos los cuidadores a pesar de reconocer más de una causa, desplazan el problema fuera de la familia adoptiva.

**Cuadro: Aspectos a los que se le atribuye
causa de enfermedad**

Pacientes	Aspecto Biológico	Aspecto Psicológico	Aspecto Ambiental	Aspecto Místico
F. M			*****	
M. F	*****			
M. P	*****	*****	*****	
L. N		*****	*****	
A. O		*****		
N. Z		*****		*****
F. C		*****	*****	
N. A	*****			
S. C		*****	*****	
A. G		*****	*****	
E. C	*****		*****	

Referencias Color rojo: Mirada unívoca Color negro: Más e una causa

Como señaláramos en nuestro marco teórico referencial existe una relación entre representación social y prejuicio.

El prejuicio interfiere o incide en la posición del cuidador principal al momento de situarse o dirigir su acción. Dado que el prejuicio está asociado con la discriminación, se actúa en función de prevenir tal discriminación. En uno de los casos queda claramente evidenciado:

Cuidadora principal de M.F: *“...a veces M. me decía – “no quiero tomar mas las pastillas porque me dicen drogadicto” – y a vos que te importa lo que te dicen, vos decile que estás enfermo, que tenès una enfermedad. Yo soy hipertensa y tengo que tomar para la presión, vos decile que tenes diabetes, deciles cualquier cosa si no querès decir que tenès algo en la cabeza.*

Dimensión Actores sociales involucrados y registro de signos:

Se elabora el siguiente cuadro donde se describe la situación previa al diagnóstico del padecimiento psíquico respecto al registro de signos por parte de los actores involucrados

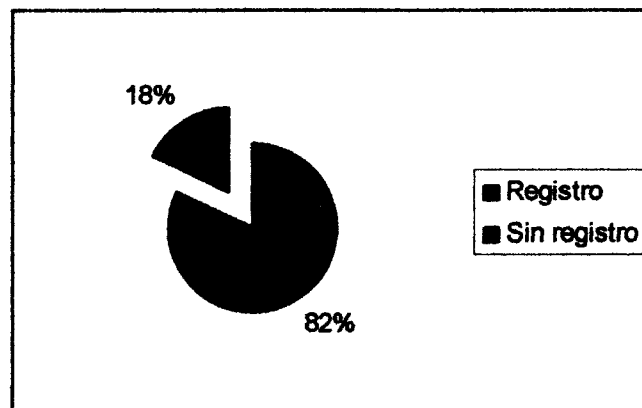
Se recurre a palabras y frases textuales citadas por los entrevistados.

Pacientes	Registro de signos	Actores involucrados	Actores que evidenciaron signos	Actividades que realizaba
F. M	Infancia: "Nervioso", "discusiones con el hermano", "celoso con el hermano" Adolescencia: 18 años adicción a drogas	Madre, Padre, Hermano, Abuela, Amigos y "malas compañías" (juntas), Pareja	Abuela y Hermano registran la adicción	Sin actividades
M. F	Infancia: "agresión" (en la escuela y con el hermano) psicólogo a los 8 años. Adolescencia: judicialización a los 13 años. "agresión"	Madre, Padre y hermano. Separación de los padres a los 8 años de edad. Padre distante geográficamente. Sin amigos	Madre. Padre niega evidencias de signos	Escuela
M. P	Infancia: 8 años "Timidez", "falta de integración", "celos con el hermano", "problemas de aprendizaje en la escuela" Adolescencia: alrededor de los 18 años agresión. "conductas más raras", alucinaciones.	Madre, Padre, Hermano y Amigos temporales. Adolescencia: padres separados. Paciente vive solo	Padres, Amigos de la familia, Vecinos y Maestras	Escuela. Fútbol y natación en forma interumpida
L. N	Sin registro de signos hasta primera descompensación psiquiátrica a los 16 años: brote psicótico con alucinaciones visuales y auditivas	Madre, Hermanos menores. Padre adoptivo fallecido. Tío. Novio. Sin amigos	Madre en la primera descompensación	Deserción de escuela. Sin otra actividad.
A. Q	Infancia: sin registro de signos, "Buen alumno" Adolescencia: 16 años "cambios de conducta", "aislamiento social", "buen alumno", "sin amigos". Comienza tratamiento psicológico,	Convivencia y crianza de abuelos maternos. Madres y hermanos menores residen en otro domicilio. Padre distante geográficamente. Adolescencia:	Abuelo	Escuela secundaria. Pintura y Patin artístico

	posteriormente tratamiento psiquiátrico.	muerte del padre y de la abuela materna. Sin amigos		
N. Z	Infancia: "poco comunicativa", "depresiva", "sin amigos". Adolescencia: 16/17 años a raíz del fallecimiento del tío "toma la identidad del tío". Comienza tratamiento psicológico, posteriormente tratamiento psiquiátrico.	Padres, hermanos y menores. Posteriormente traslado del grupo familiar a Mar del Plata al domicilio del Tío (quien fallece a los tres meses de convivencia) Sin amigos	Toda la familia	Deserción del polimodal. Actividad física: taeba
F. C	Infancia: "problemas de aprendizaje y conducta", "inquieto", "hiperquinético". Comienza tratamiento psicológico y apoyo escolar Adolescencia: 19 años adicción a drogas, "agresión", "adolescencia tardía", "amistades no acorde a su edad"	Padres. Abuela	Médico pediatra a los 5 años: "este chico necesita actividad". Maestra escuela primaria: "va a dar trabajo"	Escuela y Guitarra
N. A	Infancia: "traviesa", "charlatana", "hincha p...." Adolescencia: "a los 15 años agresión", "mala conducta en la escuela", "celosa con el hermano"	Madre, hermano y abuela materna	Madre	Escuela secundaria. Paddle
S. C	Infancia: muerte del padre repite de grado Adolescencia: a los 13 años "cantaba todo el día", "traía tierra del cementerio" comienza con adicción a drogas	Madre y hermanos. Padre fallecido. Sin amigos	Amiga de la madre y hermana del paciente.	Escuela primaria. Cuidaba autos.
A. G	Infancia: "travieso", psicólogo a los 9 años. Adolescencia: alrededor de los 20 años adicción a las drogas	Madre, padrastro y hermanos	Escuela primaria. Hermano mayor evidencia drogas.	Trabajo temporario en balneario
E. C	Infancia: "se identifica con problemas ajenos", "hipersensible", "hiperkinético", "fobia al ascensor". Adolescencia: 17	Padres, hermanos, abuela y tías maternas. Posteriormente suicidio de hermano mayor	Tías maternas	Escuela secundaria. Interés por el dibujo.

	años citación de gabinete escolar, "era el moderador de la familia", "quema de pertenencias de la madre", "fuga del hogar"	y separación de padres. Sin amigos		
--	--	---------------------------------------	--	--

En nueve de los once casos se registran comportamientos inadecuados en la infancia.



Cuidadora principal de M.F: *"...Cada dos por tres me llamaban de la escuela por la agresión de "M", entonces lo llevé a una psicóloga que había. Había tenido una agresión y empezó con la psicóloga..."*

Cuidador principal de N.Z: *"...ella era poco comunicativa, un tanto depresiva"*

Dentro de los nueve casos que registran diferentes manifestaciones en la conducta durante el periodo de la infancia, dos hacen referencia también a problemas de aprendizaje.

Cuidador principal de M.P: *"...las maestras de los primeros grados de primaria decían que "M" estaba como en el aire como que estaba por momentos en otro"*

mundo (...) le costaba aprender, pasaba de grado, pero digamos a los ponchazos...

Del análisis del cuadro se desprende que en la totalidad de los casos solo uno no registró signos hasta el momento de la primera descompensación del paciente que requiere internación por un episodio psicótico:

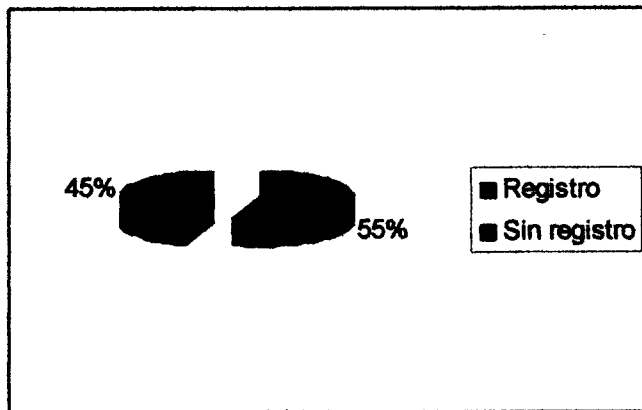
Cuidadora principal de L.N: *"...desde que empezó a tener síntomas yo no me di cuenta porque ella se iba a lo del novio y no volvía hasta la noche y entonces yo nunca me di cuenta de lo que le estaba pasando a "L", jamás. Y jamás "L" me contó lo que le estaba haciendo el tío tampoco, el abuso deshonesto que estaba haciendo el tío (...) yo no me di cuenta de lo que le estaba pasando a mi hija en ningún momento, me di cuenta recién cuando le pasa lo que le pasa, esa misma noche que se descompone, que empieza a delirar..."*

De los diez casos restantes solo uno no evidencio signos en el periodo de la infancia:

Cuidadora principal de A.Q: *"Desde que se enfermó que yo me acuerde tenía 16 años, él estaba por terminar el secundario, se estaba por poner a estudiar medicina para entrar en la facultad de La Plata a estudiar..."*

En 6 de la totalidad de los casos analizados se evidenciaron problemas de conducta y/o aprendizaje en la etapa escolar primaria. Solo 3 brindaron señalamientos a los padres y de estos, 2 realizaron consulta psicológica ante dicha situación.

Gráfico: registro de comportamientos inadecuados en la etapa escolar.



En cuanto al periodo de la adolescencia se observa la agudización de problemas de la personalidad en la totalidad de los casos. El registro de los cuidadores comienza a ser más notorio y la edad varía entre los 13 y los 20 años. Dichos cambios de conducta se manifiestan generalmente a partir de situaciones de crisis como pérdidas, ya sea por muertes, traslados, abandonos, separaciones, abusos. Los modos de exteriorizar estas situaciones de crisis varía entre: agresiones más severas ya sea a si mismos o a terceros; inicio de consumo de drogas; celos desmesurados; aislamiento social; alucinaciones.

Cuidador principal de M.P: *"...hace cuatro años empezaba a tener conductas cada vez más raras, de apartarse más, de estar cada vez más solitario, de vernos menos. Se había enojado con la madre....un día se aparece con el pelo pintado, las uñas pintadas, no nos daba bolilla. Estaba más agresivo, nos enteramos después con el tiempo que rompía vidrios"*

Cuidadora principal de L.N: (haciendo referencia a la primera descompensación psiquiátrica de su hija) *"...ella se descompone y quería salir afuera a toda costa, después va al baño y se hace encima y me llama –"mami me siento mal,*

siento el cuerpo todo duro”- Dice que en ese momento el baño lo veía todo blanco, el piso blanco, color no veía, era todo blanco para ella. Hacía que manejaba la camioneta, el hermano la cargaba”

Cabe señalar que la información documental y entrevista con médico tratante da cuenta que en determinados casos existieron importantes signos que no fueron enunciados por los entrevistados. Tales como fugas del hogar; retiro de tenencia por juzgado de menores; consumo de marihuana; adicción al juego y conductas sexuales de riesgo previas a la aparición de la enfermedad. Lo cual no se puede inferir si es por falta de registro u omisión de los mismos.

Otro aspecto a destacar es que de los 11 casos solo 5 realizaron consultas o tratamientos psicológicos en edades tempranas ante el registro de signos. De estos últimos solo 2 fueron derivados por profesionales a tratamiento psiquiátrico. Los 3 restantes realizaron terapia psicológica de forma interrumpida. Resaltamos que la totalidad de los casos ingresa a la internación psiquiátrica sin derivación oportuna.

En cuanto a los actores involucrados previos a la aparición de la enfermedad, se desprende del análisis que de la totalidad de los casos solo 2 de ellos tienen una figura representativa fuerte del padre. En el resto de los casos los padres se encuentran fallecidos o mantienen un vínculo frágil con los pacientes. En todos los casos existe presencia materna, excepto en uno ellos donde la madre-también con diagnóstico de padecimiento psíquico severo- no puede ejercer dicho rol que es representado por la abuela materna.

En general los casos responden a las características predominantes ya conocidas, redes sociales pequeñas compuestas por familia nuclear, abuelos, tíos. Ausencia de amigos (5), amigos temporales (1), amistades no acorde a edad (1)

Cuidador principal de M.P: *"...ellos están generalmente en un círculo social muy restringido, el papá, la mamá, algún que otro familiar, algún que otro amigo. Entonces no salen de eso y al no salir de eso se va retroalimentando el problema"*

En referencia a los actores involucrados que pudieran haber evidenciado signos la mayoría de los registros fueron observados por personas ajenas al grupo conviviente. Solo 2 casos fueron registrados por ambos padres, 3 por la madre y 6 por personas de la red social primaria (otros familiares, amigos de la familia, allegados) y personas de la red secundaria.

En la totalidad de los casos los cuidadores principales refieren haber tenido dificultad en el registro de signos.

Cuidadora principal de S.C: *"como puedo yo saber lo que le pasaba a él a dentro de él"*.

Cuidador principal de M.P: *"...hasta que no conoces este mundo desde el punto de vista mental, o de la salud mental, o de la enfermedades mentales te reusas"*

Cuidadora principal de A. G: *“el hermano es el primero que se da cuenta, es como que la madre está en la casa con el nene chiquito...uno no abre los ojos hasta que no le pasa”*

Es importante resaltar que solo 2 de los casos fueron evidenciados por personas de la red secundaria (maestras, médicos).

Se evidencia que en la infancia se producen comportamientos inadecuados que no son registrados por la red primaria como relevantes. En la adolescencia, coincidentemente con el cambio de signos vitales, estos comportamientos se agudizan y solo allí comienzan a ser registrados por sus cuidadores.

Inferimos que son familias disfuncionales que en su cotidianidad han perdido objetividad, no registrando signos que más tarde derivarían en el padecimiento psíquico. El conocimiento en cuanto a salud mental parece insuficiente seguido de la ausencia de señalamientos oportunos.

Dimensión Señalamientos-orientaciones y actitudes frente a la enfermedad.

El siguiente cuadro intenta demostrar los señalamientos u orientaciones que fueron efectuados a los cuidadores principales ante la aparición de la enfermedad y la consecuente actitud de los mismos. Se destaca que las edades corresponden al momento del inicio del tratamiento psiquiátrico. Algunos de los casos presentaron discontinuidad en el tratamiento.

En la actualidad todos los pacientes relevados en la investigación se encuentran en tratamiento psiquiátrico bajo la modalidad de internación o en tratamiento ambulatorio

Pacientes	Señalamientos- orientaciones			Actitud frente a la enfermedad		
	Médico	Escuela	Poder judicial	Que pudo hacer	Que hubiera hecho	Contención ante la enfermedad
F.M (18 años)	Ante descompensación médico psiquiatra: señala internación, explica diferencia patología psiquiátrica de adictiva.		Asesoría de incapaces: orientación para la internación	Gestiones para la internación	"nada, si hubiese otra cosa lo haría"	Refiere no necesitar contención. Actitud: omnipotente
M.F (13 años)	Ante episodios severos de agresión médico señala tratamiento con medicación y terapia. Recomienda internación psiquiátrica. Orienta en denuncias policiales por agresión		Tribunal de menores: internación en Institución de menores	Madre accede a la internación en Inst. de menores. Padre en desacuerdo	"Hubiera preservado más a mi otro hijo, nada hubiese cambiado en "M"	Madre realiza tratamiento psiquiátrico. Recibe apoyo de amigas
M.P (20 años)			Tribunal de familia asesora en denuncias para internación psiquiátrica	Padres realizan terapia. El paciente no realiza tratamiento en ningún momento hasta primera internación psiquiátrica la	Padre: "lo hubiera obligado a hacer terapia de chico"	Padre: realiza terapia psicológica y concurre a ONG. Refiere comprensión solo de la

				cual es llevada a cabo previa denuncia de los padres Se asesoran legalmente. Padre concurre a ONG		gente que "atraviesa lo mismo"
L.N (16 años)				Madre: internación de la hija ante primera descompensación	"Hubiese cambiado el ambiente"; "le hubiese creído"	Siente comprensión "solo del que lo padece" Madre realiza tratamiento psiquiátrico. Apoyo de la pareja
A.Q (16 años)	Por derivación del psicólogo se comienza con tratamiento psiquiátrico			Acceden al tratamiento psiquiátrico		La situación le genera malestar. No necesita consejo. Necesita hablar con sus amigos
N.Z (17 años)	Por derivación del psicólogo se comienza con tratamiento psiquiátrico por auto agresión			Varias inter consultas. Acceden al tratamiento psiquiátrico.	"no se podría haber hecho nada"	Padre realiza terapia psicológica. Conversa con su flia
F.C (23 años)	Ante episodio agresivo y consumo de drogas es internado en Inst. psiquiátrica			Madre accede a internación, realiza terapia de grupo para familiares de adictos	"lo hubiera puesto en una granja"	Le gustaría que hubiera apoyo de su flia. No siente apoyo institucional por adicciones
N.A (15 años)	Ante episodio agresivo severo se señala la internación por periodos breves			Buscar instituciones adecuadas a la enfermedad	"no hay nada para hacer"; "se hizo todo"	No necesita apoyo. Actitud omnipotente
S.C (17 años)	Por descompensación es internado en Inst. psiquiátrica médico psiquiatra explica la enfermedad distinguiéndola de la adicción			Apoya la internación y acompaña en el tratamiento		Siente que no la comprenden. Desconfianza
A.G (20 años)	Ante adicción es internado en el hospital. Posteriormente ante descompensación internación			Busca ayuda por la adicción. Accede a la internación. Apoya la internación Acompaña en el	"tener las herramientas para poder internarlo por la adicción"	No se siente contenida por problemática de adicciones. Siente apoyo de obra

	psiquiátrica.			tratamiento		social e Inst. psiquiátrica
E.C (22 años)	Ante fuga de hogar y descompensación, médico psiquiatra señala tratamiento ambulatorio que abandona posteriormente. Años más tarde es internado en Inst. psiquiátrica.			La flia comienza terapia por el suicidio del hermano mayor y enfermedad psiquiátrica del padre. Madre apoya internación, padre en disconformidad		Necesita hablar del problema. "solo una madre puede comprender lo que se siente". Preocupación por la externación del Paciente

Como se señaló en la dimensión anterior, solo 2 de los casos fueron derivados a tratamiento psiquiátrico desde su terapia psicológica. Es relevante mencionar que el resto de los casos solo accedió a tratamiento psiquiátrico luego de un episodio crítico por indicación médica o mediación judicial.

Del análisis del cuadro anterior se observa que ninguno de los pacientes se encontraba en actividad escolar, dado que la mayoría abandonó anteriormente sus estudios y 2 debido a la aparición de la enfermedad (los mismos que fueron derivados a tratamiento psiquiátrico).

En 3 de los casos se requiere, por parte de los cuidadores, orientación del poder judicial ante la necesidad de internación. Uno de los casos solicita apoyo ante la situación de agresión producida dentro del núcleo familiar y en consecuencia el Tribunal de Menores resuelve la internación en una institución de menores.

En general los cuidadores "ven" al paciente cuando este pierde la capacidad de tener control sobre algunos aspectos de su vida y esto genera situaciones de desborde que nadie puede controlar. Son ellos mismos los cuidadores los que solicitan la intervención policial o judicial cuando el paciente no acepta concurrir a la entrevista psiquiátrica.

Podemos inferir que piden internación como alternativa de control, como en algún momento judicialización, pero no aceptan ni comprenden la enfermedad. Esto es explicable y hasta esperable ya que la totalidad de las familias de estos pacientes manifiestan severas disfunciones.

Resaltamos que las redes secundarias no hacen un señalamiento oportuno que conduzca a una alternativa diferente a la judicialización. Es decir que en todos los casos se ha omitido un diagnóstico precoz.

De los 4 casos que existe patología dual se adjudica, por parte de los cuidadores, mayor preponderancia a la patología adictiva; con dificultad en reconocer la patología psiquiátrica a pesar de las explicaciones médicas dadas:

Cuidadora principal de S.C: "...el Dr "B" me dijo que él tenía, por haber consumido drogas, empezó a tener una enfermedad que no se le había despertado y se le despertó, es un trastorno que tiene" (...) "yo le dije que lo iba a apoyar si no se junta con gente que no se tiene que juntar, le dije que si él se porta mal, si vuelve a consumir yo ya no puedo hacer más por él..."

La mayoría de los cuidadores reconoce la necesidad de hablar y de ser escuchados ante la problemática que atraviesan.

De la totalidad de los casos estudiados, dos de los cuidadores principales se encuentran en tratamiento psiquiátrico, uno de ellos comienza el mismo antes de la aparición de la enfermedad del paciente; y el otro lo inicia con posterioridad. Tres de los cuidadores principales concurren a terapia psicológica y de estos uno de ellos participa en una ONG especializada en salud mental y otra participa en un grupo de familiares con problemas de

adicción. Todos en busca de información, contención y apoyo; además han encontrado cierta contención dentro del grupo familiar y allegados, con excepción de un solo entrevistado que refiere la necesidad de ser comprendido por su familia.

Del resto de los casos estudiados, dos de estos refieren no necesitar ayuda, demostrando una actitud omnipotente. Otros exigen ser escuchados y apoyados institucionalmente, en referencia a este último aspecto es importante mencionar la preocupación de los cuidadores en cuanto a la externación de los pacientes, dado que no existen instituciones que contengan y acompañen a los mismos después de la compensación del cuadro agudo y en el proceso de reinserción social.

La mayoría de los cuidadores concuerdan en que a pesar de la ayuda que puedan recibir de diferentes personas o instituciones, no se obtiene una verdadera comprensión de lo que padecen y atraviesan con sus familiares.

Dimensión: Formas de organización para contener emergentes de la enfermedad.

El siguiente análisis se ha efectuado conjuntamente con los entrevistados intentando evaluar las formas de organización para contener los emergentes que genera la enfermedad. Para ello se utilizó el índice de Katz (ver anexo) para el estudio de las actividades de la vida diaria (a.v.d), agregando como otro indicador la toma de medicación.

A su vez se ha utilizado la grilla de análisis que nos permite visualizar la distribución de los distintos tipos de soporte (ver anexo) propuesta por el Equipo EIEM en el libro "Redes sociales Naturales". A esta grilla se le ha agregado por las tesisistas el indicador apoyo al tratamiento.

La descripción de los datos recabados con lo entrevistados se encuentran detallados en el anexo del presente trabajo.

De los 11 casos analizados se desprende que, al momento de la investigación, 6 pacientes permanecen internados. De los mismos se puede referir que son independientes en las actividades de la vida diaria, excepto en la toma de medicación requiriendo supervisión y/o control. Tres de ellos necesitan supervisión en la toma de medicación y tres necesitan estricto control en la misma actividad. Refiriéndonos nuevamente a los pacientes con necesidad de supervisión, dos de estos se encuentran a la fecha con régimen de permisos terapéuticos; en uno de los casos con necesidad de supervisión en algunas actividades de la casa (cocinar y lavado de ropa), y otro demanda supervisión por conductas impulsivas agresivas.

De los tres casos que requieren control estricto en la toma de medicación, dos de ellos además necesitan control ya sea por auto agresión o en la ingesta de alimentos.

Los cinco casos restantes se encuentran realizando tratamiento ambulatorio. Son independientes en las actividades de la vida diaria excepto en la toma de medicación la cual requiere solo supervisión. Uno de estos casos también la requiere en cuanto a los horarios de alimentación.

Con respecto al análisis de la grilla de tipos de soporte podemos inferir que el sector prevaleciente es la familia y dentro de esta el cuidador principal, en la mayoría de los casos, es la madre quien ejerce simultaneidad de funciones y brinda sostén al paciente. Como funciones prevalecientes se encuentran principalmente en el apoyo emocional, la regulación social y en el apoyo al tratamiento, dada la dificultad de los pacientes psiquiátricos en sostener la continuidad del mismo. En dos de los casos el rol del cuidador principal lo cumple el padre, quien está presente en las mismas funciones anteriormente citadas. En el resto de los casos que existe presencia de padres, estos colaboran solo económicamente en el tratamiento.

Por otro lado 8 de los entrevistados refieren la importancia de la intervención de redes secundarias incluida la institución psiquiátrica en cuanto a la regulación social, guía cognitiva y apoyo al tratamiento.

Si comparamos la presencia de los actores involucrados en el registro de signos previos a la aparición de la enfermedad y al momento del diagnóstico de la misma, con la presencia de los actores sociales actuales, se constata la formulación teórica que en estos casos las características estructurales varían reduciéndose notoriamente en tamaño y en composición. Esto podría estar

dado por agotamiento de la red, ya sea por la complejidad de la enfermedad y la cronicidad de la misma y/o por la dificultad de los pacientes en sostener grupos permanentes.

En el sector correspondiente a las amistades solo uno de los pacientes conserva sus amigos desde la adolescencia y dos de los pacientes conformaron un nuevo grupo en la actualidad. El resto de los casos no presenta grupos de amistades.

Todo lo anteriormente expuesto caracteriza a una red insuficiente que tenderá a la sobrecarga y al agotamiento de la misma y probablemente incidirá negativamente en la contención del paciente.

El último punto a analizar de esta dimensión es el referente a las actividades que realizan los pacientes (también se encuentra detallado en el anexo). Nos indica que de los 6 pacientes que se encuentran internados ninguno desempeña actividad de su interés actualmente, más allá de las proporcionadas terapéuticamente por la institución. No obstante tres de ellos manifiestan su deseo de emprender alguna actividad.

De los 5 pacientes que realizan tratamiento ambulatorio, se reitera por parte de los cuidadores, la dificultad de sostener en el tiempo las actividades. De todas maneras se observa que desempeñan alguna actividad de su interés.

Esto proporciona la posibilidad de ampliar su red y favorecer su integración social. Desde este análisis consideramos que es un factor que favorece y da lugar a una cierta independencia de los pacientes y de sus cuidadores principales

CAPITULO V:
Conclusiones finales

Conclusiones Finales

A fin de lograr una mayor organización de lo obtenido en la investigación realizada, las conclusiones se presentan tomando como referencia los objetivos planteados inicialmente

-“Creencias y valoraciones de la red social respecto del adolescente con padecimiento psíquico crónico”.

Existe una tendencia general que atribuye más de un factor a la constitución del padecimiento psíquico. No hay una tendencia a enfatizar una sola creencia. Los aspectos psicológicos o ambientales u orgánicos aparecen como determinantes no sólo de la irrupción de la enfermedad sino de su misma constitución.

Si bien es cierto, como señaláramos reiteradamente, las personas interpretan desde la subjetividad de acuerdo a sus propias vivencias y experiencias que asocian y relacionan con la situación actual. Pero en esta búsqueda parecieran estar más cerca de un desplazamiento, que les permite tolerar el padecimiento de su familiar, que de una comprensión articulada o relacionada que contribuya a la toma de conciencia de la enfermedad y el padecimiento psíquico y sufrimiento social que supone.

- “Actores sociales que registran y/o perciben signos compatibles con la aparición de la enfermedad mental”.

Podemos concluir que las personas de la red primaria que se encontraban presentes en la infancia y /o adolescencia del paciente, pueden referir comportamientos inadecuados de los mismos en dichos periodos. No obstante no fueron asociados con algún tipo de padecimiento.

Confirmamos la idea de disfunción familiar en la cual el contexto complejo y específico de estas familias interfieren en la objetividad y presentan como naturales o cotidianos comportamientos que sabemos pueden tener asociación directa con diferentes tipos de padecimientos a futuro.

A si mismo pareciera existir una vacancia de actores sociales sensibles- atentos en la red secundaria, donde se espera capacidad y objetividad para actitudes y aptitudes preventivas.

-“Información, señalamientos, orientaciones y actitudes que se manifiestan con anterioridad, al momento de la aparición de la enfermedad y durante su evolución”.

Se concluye que, con anterioridad a la irrupción abrupta de la enfermedad, la red secundaria no ha ofrecido señalamientos y orientaciones a la consulta psiquiátrica. Se puede estimar que la ausencia de información y de derivaciones oportunas, entre otras posibles intervenciones, incide negativamente en el diagnóstico precoz y consecuentemente en la calidad de vida del paciente. Así mismo no contribuye a una actitud positiva por parte de los cuidadores principales y la red primaria, reforzando una estrategia de atención que apela a la voluntad y esfuerzo personal del paciente y la red primaria, únicos responsables del padecimiento psíquico de sus familiares.

Al momento de la irrupción de la enfermedad, momento en que el paciente debe ser sometido a tratamiento psiquiátrico ya como forma de control, empiezan a vislumbrarse señalamientos y orientaciones que en la mayoría de los casos ya no pueden interferir en la cronificación del padecimiento.

La actitud ante la aparición- evolución de la enfermedad estaría dada por un acompañamiento en el tratamiento de una situación que ya nadie puede evadir y de la que poco se comprende.

-“Formas de organización que se generan para contener los emergentes actuales que plantea la enfermedad”.

Los sujetos formamos parte de tramas relacionales que nos permiten sostener y ser sostenidos por dichas tramas, el sentido y significado que atribuimos a nuestras necesidades estarán condicionados por motivaciones, valoraciones, pautas culturales, propias y del contexto. Los modos de organización de estado predominante y por ende las políticas en salud, seguridad, educación que se definen en otras esferas, instalan recursos insuficientes a los que en caso de acceder, no necesariamente se constituirán en satisfactores adecuados a la particularidad de cada situación.

Se aprecia que en el proceso de agotamiento que se produce en la red primaria de los pacientes con padecimiento psíquico, existe sobre carga de demandas, pero fundamentalmente problemas de los cuidadores principales para delegar responsabilidades. Se estima que las dificultades pueden estar vinculadas a características culturales y de personalidad de los cuidadores – generalmente mujeres y madres- . No obstante consideramos que la

disponibilidad para generar un sistema de soporte adecuado para este tipo de paciente -que considere el derecho a su autonomía relativa- están primordialmente afectadas por la falta de políticas activas que amparen al cuidador para que pueda amparar al paciente, dicho de otra manera en quien va a delegar el cuidador?

- "Comprensión del padecimiento psíquico y su incidencia en el soporte social actual".

Concluimos que existe una gran dificultad en la aceptación y comprensión del padecimiento psíquico. Las explicaciones referidas en las dimensiones analizadas dejan ver el escaso conocimiento que se tiene en torno a la salud mental en general. La negación, los prejuicios, las representaciones sociales que circulan en torno a la enfermedad mental inciden notoriamente en la forma de comprensión de la misma condicionando el apoyo al tratamiento, la evolución del padecimiento y las alternativas que se puedan brindar para una mejor calidad de vida.

No obstante no podemos dejar de señalar que existen, como dijimos anteriormente, distintos factores que la obstaculizan como la falta de señalamientos, la disfunción familiar, la presencia de patologías adictivas que desplazan el problema hacia este punto. De allí se desprende que las formas de sostener al paciente y sus emergentes muchas veces sean inadecuadas.

Por otra parte si bien la capacidad de definir y sostener un soporte adecuado, funcionando operativamente está fuertemente condicionada por la situación actual de mercantilización de los derechos sociales, la comprensión es una

construcción que compromete simultáneamente la mirada atenta de la red secundaria que tiene o debiera tener la capacidad de objetivación de signos que brinda el conocimiento y la disponibilidad para informar, orientar, señalar y derivar.

-“Generación de demandas de asesoramiento, orientación y apoyo profesional por parte del cuidador principal y/o su entorno familiar ante el impacto de la enfermedad psiquiátrica”.

El impacto que genera la irrupción de la enfermedad, su evolución y cronicidad, desestructura el entorno del paciente generando severas dificultades a los cuidadores para tramitar la vida cotidiana, que explicitan confiar en sus allegados, pero que no conduce a la demanda personal de apoyo profesional.

La comprensión adecuada del padecimiento psíquico implica conciencia del proceso salud-enfermedad y de la posición de todos los involucrados, incluidos los cuidadores. Pero comprensión y acción objetiva requiere una mediación.

Como señaláramos anteriormente el escaso o nulo protagonismo de las redes secundarias, incluido el sistema de salud, a nuestro entender no estaría facilitando una actitud conducente a la demanda de asesoramiento, orientación y apoyo profesional por parte del cuidador principal y/o su entorno familiar.

Entendemos que los profesionales de los servicios de todos los campos tienen la oportunidad de transformar esta situación. Según la actitud y aptitud con que generan la respuesta que ofrecen a los pedidos, problemas y necesidades de las personas, construirán o no la oportunidad para una relación asistencial.

Una relación confiable que ponga -en ese espacio- una demanda vinculada a

dificultad-limitación del cuidador y diferente a la queja sobre el
"comportamiento" del paciente

CAPITULO VI:
Propuestas

Propuestas

Se considera que la atención integral de la salud mental incluye un conjunto de medidas sanitarias, socio-culturales, científico-técnicas, económico políticas, legislativas, estéticas, y organizacionales que se encuadran dentro de la configuración de vida del sujeto y la sociedad.

Desde una perspectiva histórico social la salud mental se da en el entrecruzamiento de múltiples factores. Su comprensión y adecuado abordaje requiere de la convergencia de disciplinas y prácticas diversas vinculadas a todos los campos de la actividad humana. Esta mirada debiera conducir por un lado a la consideración de la salud mental en la educación, el trabajo y todas las instituciones que hacen a las actividades humanas y no sólo en el hospital; por otro lado debiera definir la intervención primordial del trabajador social como elemento humano indispensable en la tarea de comprensión, abordaje y detección temprana de las enfermedades que ocasionan un padecimiento psíquico y su presencia en los equipos. De tal manera se posibilitaría el mejoramiento de las condiciones ambientales que permitan el surgimiento de nuevas oportunidades, como así también la orientación necesaria que conduzca hacia el establecimiento adecuado de redes de servicios que sustituyan el modelo asilar de la psiquiatría.

Creemos necesario hacer extensivo el conocimiento respecto de la salud mental a la comunidad en general partiendo de la prevención y educación.

Esto implica abandonar el rol subsidiario de nuestra profesión y asumir la especificidad en la convergencia disciplinar. A nuestro criterio a excepción del poder judicial donde aparece con claridad el rol pericial – asistencial como por ejemplo CAV, o de representación protección y orientación como por ejemplo

Curaduría Oficial de Alienados; se observa con demasiada frecuencia una actitud “derivadora” generalmente judicializante y una expectativa desproporcionada de la intervención del poder judicial. No se valora el rol pericial y se espera el tratamiento.

En la institución centro de nuestra residencia y campo de la investigación pudimos observar la especificidad y autonomía profesional. En otras instituciones de esta característica la Asistente Social no forma parte del staff y es convocada para “tareas puntuales” que en general tienen que ver con la judicialización o la gestión de un recurso de contención como por ejemplo el geriátrico.

→ Identificar los signos que pudieran evidenciar un trastorno mental requiere conocimiento por parte del trabajador social y de todos los profesionales que trabajan con la relación humana en el campo de la salud y en otros campos. En el tema que nos ocupa resulta prioritario que cada institución de la red social secundaria, donde se instalan profesionales y equipos concurren aptitudes y actitudes preventivas y promocionales.

→ Para lograr el protagonismo de Actores sociales involucrados, promotores de redes secundarias salutógenas, competentes y alertas, resulta imprescindible pensar en la incorporación de contenidos en las currículas de las carreras universitarias, a fin de contribuir a la comprensión del padecimiento psíquico en el marco de la salud mental, desde la formación que recibe el futuro profesional tanto en el ámbito universitario, como en las carreras de nivel

terciario tales como magisterios, profesorados de educación física, plástica, pintura, artes, deporte entre otros.

→ En el caso del trabajador social este conocimiento se torna prioritario y esto lo planteamos con prescindencia del valor instrumental para la derivación oportuna, cualquiera sea el campo al que se dedique, o de la convergencia disciplinar y la comunidad de discurso en el ámbito de los equipos de salud mental, dicho valor instrumental es común a todas las profesiones. A nuestro entender debiera ser parte del corpus teórico de la disciplina como: elemento constitutivo tanto de la dimensión teóricometodológica que orienta la construcción del objeto, como de los aspectos procedimentales operativos que ponen en marcha la estrategia. El diagnóstico social, brinda una imagen concentrada de la situación socio-ambiental, a la vez que considera la "capacidad" de afrontamiento de la persona-paciente para llevar adelante el "proyecto social". En tal sentido consideramos iatrogénica una intervención que puede estar orientada en el sentido del deseo de la persona y hasta ser planificada con ella, pero que por desconocimiento de cómo la capacidad de afrontamiento esta diversamente afectada por los trastornos mentales severos, no alcanza a objetivar un proyecto social accesible, ignorando "el deseo posible" y consecuentemente incrementando los niveles de sufrimiento social.

→ Como señaláramos en las conclusiones es evidente que los cuidadores principales de los pacientes internados en la institución tienen una comprensión insuficiente del trastorno mental en términos de la relación padecimiento psíquico- sufrimiento social. El trabajador social que trabaja en

con el paciente, la familia y su red primaria debiera dar lugar a un proceso comprensivo que privilegie en una primera instancia contribuir a un corrimiento de la preocupación por el diagnóstico médico a la ocupación por el padecimiento psíquico “que es lo que tiene” en términos de consecuencias para tramitar la vida cotidiana. Para ello el trabajador social también debe hacer un corrimiento, de “traductor oficial” del diagnóstico médico a profesional específico de la evaluación social “que es lo que tiene” en términos de conocer que es lo que todavía tiene a cargo efectiva o potencialmente y quienes están con que y como para sostenerlo y que tipo de soporte debe contribuir a generar para evitar su internación-reclusión.

→ La práctica profesional y la atención individualizada pone en contacto al trabajador social con la singularidad de la problemática y la observación de la recurrencia de situaciones generadoras de padecimiento psíquico y sufrimiento social. Le dan la oportunidad de generar diferentes dispositivos de apoyo intrainstitucionales, tanto para la atención del paciente y la familia, como para la contribuir al mejoramiento de la dinámica institucional organizadora de la vida cotidiana del paciente. Para poder implementarlos debe tener un módulo horario que se lo posibilite. Entendemos que cuando es convocado por las clínicas de salud debe formar parte del Staff de profesionales. La contradicción que observamos es que estas instituciones que son prestadoras de obras sociales como por ejemplo PAMI deben reunir una serie de requisitos entre ellos el recurso humano de los que está ausente la obligación de integrar a la Trabajadora Social como parte del Staff. Proponemos que los profesionales de estos servicios se organicen a fin de de presentar un proyecto a través del

colegio profesional y otros organismos a fin de lograr una inserción protagónica y conducente a la representación social positiva de la profesión

→ Consideramos que el rol ético político del trabajador social se juega en la constitución del sujeto y la construcción de ciudadanía un proceso que lo involucra a él mismo como sujeto colectivo conciente que le posibilite la superación del rol subsidiario en la copresencia en la convergencia disciplinar. Así mismo esta condición y el tiempo le posibilitará orientar procesos en el acceso a los derechos en este caso el derecho a la salud anulado por la mercantilización de los derechos sociales, realizando un trabajo de extensión a la comunidad. En este sentido proponemos la generación de dispositivos de atención individual y grupal al interior de la institución que incluyan a la familia y algún miembro de la red primaria. En el tiempo es posible que podamos identificar personas sensibilizadas con el padecimiento psíquico y sufrimiento social y sus múltiples condicionamientos y fundamentalmente motivados para la creación de organizaciones no gubernamentales. Proponemos la orientación profesional adecuada para que en el camino de obtener recursos de apoyo a la autonomía posible de la persona con padecimiento psíquico severo estas organizaciones puedan instalar la problemática de salud mental y sus múltiples determinaciones en la agenda pública y política,

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA:

- ♣ ACKERMAN, Nathan. "Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares". Buenos Aires. 1974
- ♣ ANDER EGG: "Métodos y técnicas de investigación social III. Como organizar el trabajo de investigación" Ed Lumen- Humanitas. Bs. As 2000
- ♣ ANDER EGG: "Técnicas de investigación social" Ed Humanitas. 1992
- ♣ BANCHS, M: "Revista costarricense de psicología" N° 8 y 9. 1986
- ♣ "BERGER y PETER; LUCKMAN, Thomas."La construcción social de la realidad" Amorrortu, Buenos Aires. "La sociedad como realidad subjetiva"
- ♣ BILLIG, Michael. "Racismo, prejuicios y discriminación". Apuntes de cátedra
- ♣ BLEGER, J: "Psicología de la conducta" Ed. Paidós. 1986
- ♣ CELASCO, Gabriela; GIBAUD, Daniela: " La intervención del trabajador social en la demanda individual en un hospital de agudos de alta complejidad de la ciudad de Mar del Plata" (1).
- ♣ CHADÍN, M: "Integración del servicio social y el enfoque sistémico relacional" Ed Espacio. 1997
- ♣ CORREA, V: "Integración y desintegración social" 1998
- ♣ CRAIG, G Y WOOLFOLK, A: "Manual de psicología y desarrollo educativo". México. 1998.
- ♣ DE ROBERTIS Y PASCAL: "La intervención colectiva en trabajo social". Ed El Ateneo. 1994
- ♣ DEWEY, J: "Naturaleza humana y conducta" México 1975
- ♣ DI SEGNI, Silvia. "Problemas del campo de la salud mental" Apunte de cátedra.
- ♣ DURKHEIM: "Representaciones conceptuales: representaciones sociales, algunos elementos de definición. Apuntes de cátedra.
- ♣ ELKAIM, M Y OTROS: "Las prácticas de la terapia de red" Ed Gedisa. 1995
- ♣ Equipo EIAM: "Redes sociales naturales. Un modelo de trabajo para el servicio social" UNMDP. Ed Humanitas. 1998
- ♣ FARAONE, S: "Políticas de salud mental" 1995

- ♣ GALENDE, Emiliano: "Psicoanálisis y Salud Mental" Ed. Paidós. Bs. As. 1994
- ♣ GARBARINI ISLAS: "Boletín de la universidad del museo social argentino" Bs. As
- ♣ GARCIA DELGADO: "Ciudadanía, participación y desarrollo social". 1999
- ♣ HIDALGO, Mariló: "Niños adolescentes". ¿qué ocurre en sus mentes? Artículo de la revista Fusión. España 2004.
- ♣ HULETCHE, Ana Maria; DELGADO, Liliana: "La función social de la locura. Una mirada desde el poder" Ed. Espacio. Bs. As. 1998
- ♣ KISNERMAN, Natalio. "Atención individualizada y familiar". Teoría y práctica del Trabajo social. Buenos Aires .1986.
- ♣ LA ROSA, L: "Institucionalidad pública de las políticas sociales para los adolescentes y jóvenes" 1998
- ♣ LEVIN, S: "La ciudadanía social argentina en los umbrales del siglo XXI" 1997
- ♣ MALVÁREZ, Silvina. "Construyendo un nuevo paradigma en Salud Mental: La experiencia Argentina".(2)
- ♣ MEAD, G: "Espíritu, persona y sociedad"
- ♣ MINUCHÍN, S Y OTROS: "Técnicas de terapia familiar" Ed Paidos.
- ♣ PERLMAN, H: "El trabajo social individualizado" RIALP Madrid 1995
- ♣ RICÓN, L: "Problemas del campo de la salud mental". Ed Paidos. 1995
- ♣ SANÍCOLA, L: "Redes sociales y menores en riesgo" Ed Lumen-Humanitas. 1996
- ♣ SLUZKI, C: "La red social: frontera de la práctica sistémica". Ed Gedisa.1998.
- ♣ TESTA, Mario. " Pensar en salud" Buenos Aires. Ed Lugar S. A 1996.
- ♣ TESTA, Mario:"Saber en salud" Buenos Aires. Ed Lugar S. A 1997.
- ♣ UNMDP, Facultad de Cs de la Salud y Servicio Social, Varios Autores " La función social de la Locura, una mirada desde el poder". Ed Espacio 1998.

- ♣ VANDER ZANDER, J: "Manual de psicología social" Bs. As Ed Paidós. 1986
- ♣ WATZLAWICK y otros. "La realidad inventada". Acerca de estar sano en un medio enfermo" (por David Rosenhan). Buenos Aires. 1988.

(1) Tesis de licenciatura. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. 2003

(2) Trabajo preparado a pedido de la Organización Panamericana de la Salud, sobre experiencias en Salud Mental en A.Latina, en relación con la participación de las enfermeras en el proceso. Washington. 1996.

Otras fuentes de información:

- ♣ TRIANES, MV; "Estrés en la infancia" <http://diariomedico.recoletos.es>.
- ROJAS MARCOS, L: "La semilla de la violencia"
- ♣ <http://diariomedicos.recoletos.es>.
- ♣ www.salud_mental_propuesta.ministeriodesalud.gov
- ♣ www.Infosaludpsi.elgratissitio
- ♣ A. E. N (Asociación española de neuropsiquiatría. www.pulso.com/aen/documentos/cuadernos_tecnico%206.pdf).

ANEXOS

Entrevista al cuidador principal:

1- Creencias y valoraciones:

- 1) ¿Qué cree Ud que es esto que le está pasando a su familiar?
- 2) ¿Por qué cree que aparecen estas cosas?
- 3) ¿Qué pensamiento le provoca?
- 4) ¿Qué sentimientos le provoca?
- 5) ¿Que piensa su familia?

2-Actores sociales involucrados y registro de signos:

- 6)¿Cuánto tiempo hace que se enfermó su familiar?
- 7)¿Con quienes convivía en ese momento?
- 8)¿Quiénes estaban cerca de él en ese momento?
- 9)¿Cómo se dieron cuenta de lo que pasaba?
- 10)¿Quiénes se dieron cuenta?
- 11)¿Alguna otra persona le dijo que veía algo que le llamara la atención?
- 12)¿Qué hicieron ellos en ese momento?
- 13)¿Qué actividades realizaba su familiar en ese momento?

3-Señalamientos-orientaciones y actitudes frente a la enfermedad

- 14)¿Le digeron que hiciera algo a Ud?
- 15)¿Qué cosa le pidieron que hiciera?
- 16)¿Qué pudo hacer en ese momento?
- 17)¿En ese momento se le pasó por la cabeza hacer otra cosa? Que? Pudo hacerla?
- 18)¿Necesitó algún consejo para sobrellevar todo esto?
- 19)¿Alguien sugirió que buscara consejo? ¿Dónde? ¿A quien?
- 20)¿Quién le sugirió?
- 21)¿Qué hizo Ud?
- 22)¿Necesita hablar de esto?
- 23)¿Cuándo lo necesita?
- 24)¿Puede compartir sus pensamientos con alguien?
- 25)¿Pueden escucharla cuando lo necesita?
- 26)¿Pueden comprender lo que siente?

4-Formas de organización para contener emergentes de la enfermedad

- 27)¿Su familiar necesita ayuda para relizar las actividades diarias?
Si..... No.....
(realizar preguntas de a.v.d)
- 28) Grilla de soporte
- 29)¿Su familiar se mostró alguna vez interesado en realizar alguna actividad?
- 30)¿Su familiar realiza actualmente alguna actividad de su interés?

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BÁSICAS (a. v. d) INDICE DE KATZ

Lavado:

- No recibe ayuda.
- Recibe ayuda en una parte del cuerpo.
- Recibe ayuda para el aseo de más de una parte, para entrar y salir de la bañera

Vestido:

- Se viste solo.
- Sin ayuda, excepto atarse los zapatos
- Recibe ayuda para ponerse la ropa.

Uso del inodoro:

- Sin ayuda.
- Recibe ayuda para ir, o limpiarse o ajustarse la ropa.
- No va al inodoro.

Movilización:

- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda de otra persona.
- Lo realiza con ayuda.
- No se levanta de la cama.

Continencia:

- Controla ambos esfínteres.
- Incontinencia ocasional.
- Incontinente o sonda.

Alimentación:

- Sin ayuda.
- Ayuda solo para cortar.
- Ayuda para comer o sonda.

Medicación:

- La ingiere solo
- Requiere supervisión en la ingesta
- Requiere control en la ingesta.

Ubicación

- A- Independiente en todas.
- B- Independiente en todas salvo en una.
- C- Independiente en todas salvo en dos
- D- Independiente en todas salvo en tres
- E- Independiente en todas salvo en cuatro
- F- Independiente en todas salvo en cinco
- G- Independiente en todas salvo en seis
- H- Dependiente en las siete funciones

Informe socio-ambiental Servicio Social

Fecha informe:
Lic. en Servicio Social interviniente:
Motivo de Intervención: Estudio y evaluación social.
Médico interviniente:
Enfermero a cargo:
Fecha de Ingreso a Internación:
Juzgado al que pertenece:
Motivo de consulta:
Diagnóstico:
Internaciones anteriores:
Datos Cuidador Principal:
Procedimientos:

A. Datos Personales

Nombre y Apellido:
Fecha de Nacimiento:
Lugar de Nacimiento:
Edad:
DNI:
Nivel de Instrucción:
Ocupación:
Estado Civil:
Obra Social: Nro. Afiliado:
Domicilio:
Tel.:

B Datos Red Social

B1. Grupo familiar conviviente

Parentesco	Nombre y Apellido	Edad	Estado Civil	Ocupación	Hijos	Residencia

Observaciones:

B.2 Grupo familiar no conviviente

Parentesco	Nombre y Apellido	Edad	Estado Civil	Ocupación	Hijos	Residencia

Observaciones:

B3. Otros miembros de la red social:

C. Aspecto Habitacional

Tenencia:

Tipo:

Comodidades:

Servicios:

Observaciones:

D. Aspecto Económico

Ingresos:

Egresos:

Observaciones:

E. Datos Relevantes de Historia de Vida

Situación Actual

Impresión Diagnóstica

Plan de acción

Dimensión 4: Paciente F. M

Paciente Internado en régimen de permisos terapéuticos.

Rta 27) Independiente para las avd. Requiere supervisión para la toma de medicación y para algunas actividades de la casa (cocinar, lavado de ropa)

Rta 28)

	Familia	Amistades	Vecinos	Compañeros de trabajo	Compañeros de tiempo libre	Otros
Apoyo emocional	Madre	Daniel y Javier				
Compañía social		Daniel y Javier				
Acceso a nuevos contactos						
Guía cognitiva y consejos	Madre	Daniel y Javier				Psiquiatra tratante
Regulación social	Madre					Equipo de salud de la clínica
Apoyo al tratamiento	Madre	Daniel				Equipo de salud la clínica
Ayuda material y de servicios	Madre					

Rta 29) No se mostró interesado en realizar actividades.

Rta 30) Actualmente no demuestra interés por alguna actividad

Dimensión 4: Paciente M. F

Paciente en tratamiento ambulatorio

Rta 27) Paciente independiente para las avd. Requiere supervisión para la toma de medicación y en horarios de comidas.

Rta 28)

	Familia	Amistades	Vecinos	Compañeros de trabajo	Compañeros de tiempo libre	Otros
Apoyo emocional	Mamá y hermano					
Compañía social						Concurre a una radio fm.
Acceso a nuevos contactos						
Guía cognitiva y consejos	Mamá					Psiquiatra tratante
Regulación social	Mamá y papá					Equipote salud de la Clínica
Apoyo al tratamiento	Mamá, hermano y papá					
Ayuda material y de servicios						

Rta 29) Paciente con dificultad para finalizar actividades. Realizó varias pero no las finalizó.

30) Paciente en tratamiento ambulatorio

Dimensión 4 Paciente: M. P

Paciente en tratamiento ambulatorio

Rta 27) Paciente independiente para las avd. Requiere supervisión solo en la toma de medicación.

Rta 28)

	Familia	Amigos	Vecinos	Compañeros de trabajo	Compañeros de tiempo libre	Otros
Apoyo al tratamiento	Flia. Nuclear. Abuelo materno					
Compañía social						
Acceso a nuevos contactos						
Guía cognitiva y consejo	Padres					
Regulación social	Padres					
Apoyo al tratamiento	Padres					
Ayuda material y de servicios	Padres					

Rta 29) Paciente que se mostró interesado en realizar actividades (fútbol, natación) pero no las ha culminado.

Rta 30) Actualmente se encuentra interesado en comprarse una computadora. Ayuda a su padre en el trabajo.

Dimensión 4 Paciente L. N:

Paciente en tratamiento ambulatorio

Rta 27) paciente independiente para las avd. Requiere supervisión en la toma de medicación.

Rta 28)

	Familia	Amistades	Vecinos	Compañeros de Trabajo	Compañeros de tiempo libre	otros
Apoyo emocional	Mamá, hermanos, novio					
Compañía social		Nuevos amigos del barrio				
Acceso a nuevos contactos		Nuevos amigos del barrio				
Guía cognitiva y consejos						
Regulación social	Mamá					
Apoyo al tratamiento	Mamá					
Ayuda material y de servicios	Mamá					

Rta 29) Paciente que no se mostró interesado en realizar actividades.

Rta 30) Actualmente conformó un nuevo grupo de amigos con quienes realiza actividades de su interés. Quiere comenzar a realizar actividades físicas

Dimensión 4 Paciente A. Q:

Paciente internado

Rta 27) Paciente independiente para las avd. Requiere supervisión en la toma de medicación.

Rta 28)

	Familia	Amistades	Vecinos	Compañeros de trabajo	Compañeros de tiempo libre	Otros
Apoyo emocional	Hermana. Abuelo					
Compañía social						
Acceso a nuevos contactos	Hermana					
Guía cognitiva y consejos						Servicio Social de la clínica
Regulación social	Hermana					Servicio social de la clínica
Apoyo al tratamiento	Hermana					Curaduría oficial
Ayuda material y de servicios						

Rta 29) Paciente que realizaba actividades de pintura y patín artístico, esta última actividad fue abandonada

Rta 30) Actualmente continúa interesado por la pintura.

Dimensión 4 Paciente N. Z:

Paciente internado

Rta 27) Paciente independiente para las avd. Requiere estricto control en la toma de medicación y control en cuidados físicos por auto agresión

Rta 28)

	Familia	Amistades	Vecinos	Compañeros de trabajo	Compañeros de tiempo libre	Otros
Apoyo emocional	Padres y hermanos					
Compañía social						
Acceso a nuevos contactos						
Guía cognitiva y consejos	Toda la familia					
Regulación social	Padre					Juez de menores
Apoyo al tratamiento	Padre					Profesionales de la salud
Ayuda material y de servicios						

Rta 29) Paciente que en una oportunidad realizó actividades físicas, abandonando posteriormente

Rta 30) No realiza, ni tiene interés en efectuar actividades.

Dimensión 4 Paciente F. C:

Paciente internado

Rta 27) Paciente independiente para las avd. Requiere estricto control para la toma de medicación.

Rta 28)

	Familia	Amistades	Vecinos	Compañeros de trabajo	Compañeros de tiempo libre	Otros
Apoyo emocional	Madre					
Compañía social	Madre					
Acceso a nuevos contactos						
Guía cognitiva y consejos	Madre y abuela					
Regulación social	Madre					
Apoyo al tratamiento	Madre					Obra Social
Ayuda material y de servicios						

Rta 29) Paciente que estudiaba guitarra, posteriormente abandonó dicha actividad.

Rta 30) Se muestra interesado por realizar actividades de computación.

Dimensión 4 Paciente N. A:

Paciente internado bajo régimen de permisos terapéuticos..

Rta 27) Paciente independiente para las avd. Requiere supervisión en la toma de medicación y en agresión por impulsos.

Rta 28)

	Familia	Amistades	Vecinos	Compañeros de trabajo	Compañeros de tiempo libre	Otros
Apoyo emocional	Madre					
Compañía social					Grupo de auto ayuda	
Acceso a nuevos contactos	Madre y hermano					Equipo de salud de la clínica
Guía cognitiva y consejos	Madre y hermano				Grupo de auto ayuda	
Regulación social	Madre					Obra social
Apoyo al tratamiento	Madre					
Ayuda material y de servicios						

Rta 29) Paciente que realizó diferentes actividades con dificultad para sostenerlas.

Rta 30) Tiene interés en volver a ayudar a su madre en el trabajo. Le gusta la computación y los deportes de paleta.

Dimensión 4 Paciente S. C:

Paciente en tratamiento ambulatorio.

Rta 27) Paciente independiente para las avd. Requiere supervisión en la toma de medicación.

Rta 28)

	Familia	Amistades	Vecinos	Compañeros de trabajo	Compañeros de tiempo libre	Otros
Apoyo emocional	Madre					
Compañía social						Iglesias
Acceso a nuevos contactos	Madre					Iglesia
Guía cognitiva y consejos	Madre y hermano					
Regulación social	Madre					
Apoyo al tratamiento	Madre y padrastro					
Ayuda material y de servicios						

Rta 29) Paciente que realizaba actividades en la huerta de su casa. Cuidaba autos.

Rta 30) Actualmente realiza "changas" esporádicas. No presenta interés por otra actividad.

Dimensión 4 Paciente A. G:

Paciente en tratamiento ambulatorio

Rta 27) Paciente independiente para las avd. Requiere supervisión en la toma de medicación.

Rta 28)

	Familia	Amistades	Vecinos	Compañeros de trabajo	Compañeros de tiempo libre	Otros
Apoyo emocional	Madre, abuela, hermano mayor					
Compañía social	Hermano	1 en fútbol	1 en fútbol		En fútbol	
Acceso a nuevos contactos	Tíos		Juegos barriales			
Guía cognitiva y consejos	Madre, abuela, hermanos					
Regulación social	Madre					
Apoyo al tratamiento	Madre y hermano					
Ayuda material y de servicios						

Rta 29) Paciente que no se mostró interesado en realizar actividades.

Rta 30) Actualmente participa de un torneo de fútbol barrial.

Dimensión 4 Paciente E. C:

Paciente internado

Rta 27) Paciente independiente para las avd. Requiere estricto control en la toma de medicación y en la ingesta de alimentos.

Rta 28)

	Familia	Amistades	Vecinos	Compañeros de trabajo	Compañeros de tiempo libre	Otros
Apoyo emocional	Madre y tías					
Compañía social						
Acceso a nuevos contactos	Madre					Equipo de salud de la clínica
Guía cognitiva y consejos	Madre					
Regulación social	Madre					
Apoyo al tratamiento	Madre					
Ayuda material y de servicios						

Rta 29) Paciente que no se mostró interesado en realizar actividades.

Rta 30) Actualmente no presenta interés en realizar actividades.