

2004

Sistematización de la práctica
preprofesional de servicio social en el
sector de salud mental del Hospital
Interzonal General de Agudos Dr.
Oscar Alende de Mar del Plata (años 2001-2002)

Rocca, Noemí C.

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/626>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

TESIS DE LICENCIATURA

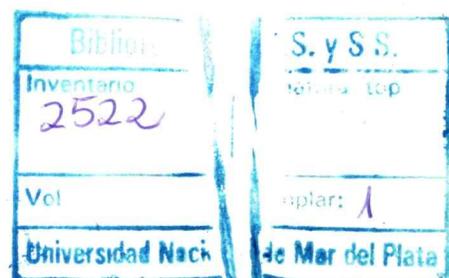
**“SISTEMATIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PREPROFESIONAL DE
SERVICIO SOCIAL EN EL SECTOR DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL
INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. OSCAR ALENDE DE MAR DEL
PLATA. (años 2001-2002)”**

**SUBTEMA: Descripción de la Intervención del Trabajador Social en el sector de
Salud Mental del Hospital Interzonal
General de Agudos Dr. Oscar Alende De Mar del Plata.
Posibilidades y limitaciones en el contexto institucional, familiar y social.**

**DIRECTORA: Rosana Volpe
CO-DIRECTORA: Lic. Gabriela Re**

ALUMNA: Noemí C. Rocca

AÑO 2004



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

TESIS DE LICENCIATURA

**“SISTEMATIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PREPROFESIONAL DE
SERVICIO SOCIAL EN EL SECTOR DE SALUD MENTAL DEL
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. OSCAR
ALENDE DE MAR DEL PLATA. (años 2001-2002)”**

**SUBTEMA: Descripción de la Intervención del Trabajador Social en el
sector de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar
Alende**

De Mar del Plata.

Posibilidades y limitaciones en el contexto institucional, familiar y social

DIRECTORA: Rosana Volpe
CO-DIRECTORA: Lic. Gabriela Re

ALUMNA: Noemí C. Rocca

AÑO 2004

AGRADECIMIENTOS:

Sentirse agradecido, implica haber contado con alguien que hizo algo por uno.

En mi caso, fueron muchas las personas, que desde distintos lugares me alentaron a seguir a pesar de los obstáculos que se presentan para completar una carrera universitaria.

En primer lugar debo agradecer a mis hijos, Claudia, Sergio y Fernando que me apoyaron incondicionalmente.

Luego a mi supervisora de campo, Rosana Volpe, que me permitió recorrer un camino de aprendizaje alentando, confiando y apoyándome constantemente.

A la Lic. Gabriela Re, jefa de Servicio Social del HIGA, por su predisposición y aliento.

A los padres del grupo de ayuda mutua por su reconocimiento y acompañamiento en la tarea.

A mis amigas, que siempre me acompañaron, Erica y Carina.

Y por último y especialmente, a los pacientes de Salud Mental, que me enseñaron a ver que hay otras formas de vivir, tan válidas y ricas como cualquier otra. Me enseñaron a reconocer y apreciar en toda su dimensión, a las personas que hay detrás del rótulo que impone la psiquiatría y la sociedad, a los que son diferentes.

¡Gracias a todos! Katty.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En la carrera de la Licenciatura en Servicio Social que se dicta en la Universidad Nacional de Mar del Plata, está previsto realizar una serie de prácticas preprofesionales que van de acuerdo a la formación teórica que se da en cada año académico. Es así, que se llega al último año de la carrera, en el que la práctica se hace sobre caso social individual, donde las alumnas son supervisadas por una profesional de Servicio Social en campo y por otra profesional desde la Cátedra de Supervisión de la UNMDP.

Al llegar a quinto año elegí realizar la práctica en el Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende, la que desarrollé en el período que va desde el mes de Abril de 2001 hasta Mayo de 2002.

En el mencionado Servicio fui supervisada por la Licenciada en Servicio Social Rosana Volpe, quien estaba encargada de todo lo concerniente a Salud Mental en ése hospital y por la Jefa de Servicio Social Lic. Gabriela Re.

Desde la Cátedra de Supervisión de la UNMDP, la supervisión estuvo a cargo de la Lic. Elisa Fraga.

Durante la práctica, debí conocer todas las instancias y sectores de Salud Mental del HIGA con sus respectivas problemáticas para poder acceder a la comprensión de cómo funciona dicho servicio y ver como se desempeña la

Trabajadora Social en ese ámbito donde lo médico, lo judicial y lo social están siempre entrelazados.

Es desde ésta experiencia y de las prácticas realizadas en tercer y cuarto año en un Centro de Día al que concurren pacientes con padecimiento psíquico, que surge el interés por el campo de la Salud Mental como tema de la presente tesis.

El presente trabajo se enmarca dentro del tipo exploratorio-descriptivo, con objetivos de naturaleza cualitativa, consta de una primera parte en la que abordan marcos teóricos inherentes al tema y una segunda parte abocada a la sistematización de la práctica en el mencionado Hospital.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Describir y analizar las implicancias de la intervención con pacientes psiquiátricos en el Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Alende de Mar del Plata. (HIGA MDP)

Objetivos Específicos:

- Describir el funcionamiento del Servicio de Salud Mental del HIGA de Mar del Plata, su relación con otras instituciones, perfil de los pacientes y el lugar que se le da a la familia.
- Describir la intervención de Servicio Social en el sector de Salud Mental del HIGA de Mar del Plata.
- Describir la naturaleza de los problemas que se presentan en el campo de la Salud Mental en el HIGA de Mar del Plata.

PARTE I
ASPECTOS
GENERALES

PARTE I: ASPECTOS GENERALES

EL TRABAJO SOCIAL

- **APROXIMACIÓN AL TRABAJO SOCIAL**

Antes de hablar sobre el Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, me parece imprescindible hacer referencia al Trabajo Social en sí mismo.

El Trabajador Social realiza sus intervenciones en diferentes temáticas, es decir que se inserta en diferentes campos en donde la cuestión social requiere de un profesional para modificar situaciones acerca del binomio sujeto-necesidad, entendiéndose al sujeto como dimensión individual-familiar, grupos o comunidad. Para ello, la formación profesional lo provee de una metodología de intervención que es única y distintiva de la profesión.

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

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

Dicho método consta de diferentes etapas, las cuales varían en número y denominación según los autores, pero tienen en común que parten de una situación indeterminada en la etapa de inserción, tienen como objetivo organizar y analizar los datos recabados a través de las herramientas utilizadas en la profesión

para arribar a un diagnóstico social o evaluación en interacción y colaboración con el asistido y luego construir y planificar una solución a la medida de quien necesita la intervención, siempre con la participación activa del interesado. Esto es así, porque una de las premisas fundamentales de la profesión es estimular la reflexión, el pensamiento crítico y propender a la independencia de los usuarios. Proveer a quienes se asiste de elementos que luego pueda utilizar en otras situaciones.

Siguiendo a Margarita Rozas Pagaza, creo oportuno aclarar que cuando se habla de proceso metodológico con sus tres momentos: inserción-diagnóstico y planificación, no se debe entender como una serie de etapas rígidas o cronológicas inamovibles, sino todo lo contrario, el método es una guía: “es un conjunto de procedimientos que ordenan y dan sentido a la intervención, pero fundamentalmente como una estrategia flexible que articula la acción específica del trabajador social con el contexto. Una estrategia que permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas en las cuales se establece la intervención profesional”.¹ Esta guía flexible es lo que nos permite distinguir las peculiaridades de cada caso en el que intervenimos, nos permite descubrir la particularidad única de quien es asistido por nosotros, evitando caer en simplificaciones o esquematizaciones acerca de la realidad. Cada situación problemática abordada por nosotros tiene un sello único y es éste sello único lo que intentemos dilucidar junto al asistido para arribar a un diagnóstico social. Un

¹ Rozas Pagaza, Margarita. “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”. Ed. Espacio. 1998.

◦ diagnóstico social que estará seguramente teñido por la historia, las valoraciones y las formas individuales de reproducir la vida cotidiana del asistido en cuestión. De allí que se puede decir que se arriba a un diagnóstico social liberado de prejuicios o por correspondencia a una determinada categoría. Ser madre soltera, desocupado, discapacitado, etc. no constituyen para el trabajo social un diagnóstico en sí, esas son categorías o clasificaciones que pierden de vista a la persona, su individualidad y su historia.

Las necesidades pueden parecerse pero las formas de satisfacción para esas necesidades son diferentes para cada caso en el que se interviene, tienen que ver con la historia personal de cada individuo, una historia que generalmente particulariza el medio en el que se desarrolla la intervención y que deberá ser tomada en cuenta a la hora de analizar los datos y planificar las posibles soluciones.

La participación activa del usuario, la deliberación común con él y muchas veces también con su grupo familiar o allegados proporciona un contexto complejo y entramado, que si no se tuviera en cuenta, estaríamos desdibujando la realidad, dejando de lado elementos de análisis que harían fracasar los intentos de solución a la demanda al no definir correctamente el objeto de intervención.

Para el trabajador social, el comienzo de la intervención o inserción, el diagnóstico social y la planificación, no son construcciones que realiza el profesional unilateralmente, sino que son producto de la interacción y de la reflexión dialéctica con el asistido.

Tanto el diagnóstico social como la planificación son construcciones dinámicas y flexibles que están sujetas a modificaciones, ya que la intervención se realiza sobre una realidad cambiante. Si bien en algún momento hay que focalizar la intervención, la evaluación, que está siempre presente, va dando indicios de cómo reformular los objetivos si hiciera falta hacerlo.

Lo dicho anteriormente va de la mano de la ética profesional que nos obliga a ser honestos con nosotros mismos y sobre todo con nuestro asistido.

La realidad dinámica en la que se interviene exige compromiso profesional, alejarse del rol meramente tecnocrático, desafía para investigar y recrear la intervención constantemente.

A veces se puede pensar que limitarse a los objetivos de la institución desde la cual se realiza la intervención y cumplir con administrar los recursos disponibles en ese momento es suficiente, pero cuando el contexto socio-político mella la calidad de vida de las personas que se acercan a nosotros a través de recortes en sus derechos, hay que poner en práctica la creatividad y el poder negociador de la profesión para lograr restablecer los derechos de ciudadanía del que han sido despojadas.

Para el trabajador social, el momento socio-económico por el que atraviesa nuestro país representa un desafío constante a su capacidad creativa y a su necesidad de actualización permanente. En cualquier campo en el que se desarrolle la intervención, habrá que tener siempre en cuenta la planificación estratégica y el trabajo en redes con otras instituciones.

También se trata de empoderar a los usuarios, ayudarlos a reconocer sus potencialidades, sus aspectos positivos, sus fortalezas, sus recursos por un lado, y por el otro, enseñarles a ejercer sus derechos teniendo en cuenta que la individualidad debilita el reclamo, propender a la asociación y utilización de todos los recursos existentes en la comunidad, como así también las instituciones barriales de base.

No siempre las demandas pueden ser satisfechas desde la institución en la que se realiza la consulta, muchas veces vemos que las personas en su búsqueda por mejorar su calidad de vida o acceder a un recurso vagan infructuosamente por diferentes instituciones haciendo un recorrido que da por resultado una sensación de impotencia y enojo en el asistido, quien comienza a hacerse un imaginario negativo sobre el rol del Trabajador Social. Espera de él que solucione su problema y al no ver los resultados que esperaba se siente defraudado. Prevenir éstas situaciones forma parte de la intervención del profesional consultado, hay que ayudar al asistido a comprender la situación y asesorar con responsabilidad, lo que conlleva muchas veces olvidar momentáneamente los objetivos institucionales desde donde se interviene, para poder ofrecer desde el saber de la profesión un asesoramiento o apoyo que realmente sea de utilidad a la persona consultante. Esta actitud responsable eleva la calidad de intervención a la vez que contribuye a solidificar la imagen de la profesión.

El Trabajador Social debe ser capaz de desagregar el campo problemático presentado por el asistido y debe revisar constantemente su modalidad de

intervención para acceder al conocimiento teniendo en cuenta sus marcos teóricos. Debe tener en cuenta que las intervenciones atomizadas no son más que un paliativo pasajero que conducen a profundizar la complejidad del sufrimiento, ya que todos los fenómenos de la realidad se encuentran relacionados y son interdependientes. La realidad no es un conjunto de procesos aislados o separados entre sí y esto hay que tenerlo en cuenta a la hora de intervenir.²

En éste sentido, problematizar una situación significa desagregar los elementos constitutivos de ella y reconocer sus relaciones fundamentales para así hacer un estudio intensivo enlazando vínculos entre teoría y práctica e ir reconociendo aquellos elementos importantes para el estudio del caso. A medida que se van analizando los datos recogidos se va construyendo una hipótesis de trabajo que se irá corroborando o corrigiendo a medida en que se sigue profundizando en el campo problemático junto con el asistido.

En éste proceso investigativo que se realiza hay diferentes fuentes de datos como podrían ser la lectura de documentos preexistentes (historias clínicas, historias sociales, encuestas sociales) interconsulta con otros profesionales, etc. pero la dimensión subjetiva, el verdadero sentido que todos éstos datos tienen para el asistido se descubre mediante la herramienta fundamental que tiene la profesión que es la entrevista.

La metodología del Trabajador Social está basada en la capacidad de relación con los asistidos, implica una capacidad fundada en los principios de acción de la

² Barg, Liliana. "Los vínculos familiares. Reflexiones desde la práctica profesional" Ed. Espacio. Bs. As. 2003.

profesión y que permiten el desarrollo de una intervención planeada de acuerdo a un objetivo. Llegado a éste punto, me parece importante hacer referencia a la entrevista en trabajo social porque es en ella, que se da la posibilidad al Trabajador Social de establecer una relación con el asistido, en la que se pone en práctica el método de la comunicación racional, inteligente y participativa con el usuario para acceder al conocimiento.

- **LA ENTREVISTA EN TRABAJO SOCIAL**

La entrevista es para el Trabajador Social, una de sus herramientas de trabajo fundamental. A pesar de que en muchos casos se hacen intervenciones indirectas, es durante la entrevista con el asistido, en el encuentro cara a cara con él, donde se toma contacto con la dimensión real de su situación, donde afloran las valoraciones y sentimientos y en donde se pone en juego más claramente la capacidad profesional para llevar adelante una investigación que desemboque en una buena delimitación del objeto de intervención.

Como se dijo antes, la delimitación del objeto de intervención se hace en cooperación con el asistido, mediante la reflexión conjunta. Es por ello que resulta tan importante en el trabajo social establecer un buen vínculo con el asistido.

Para lograr que se establezca una buena relación y un buen clima durante las entrevistas, el Trabajador Social cuenta con pautas y técnicas. Pero, cuando se

habla de técnicas no nos referimos a entrevistar a las personas atados a ellas, sino que también existe la espontaneidad, y es la habilidad del entrevistador lo que le da la libertad para responder como ser humano al entrevistado.³

Además en todo momento están presentes los principios que dirigen la acción profesional y que se podrían resumir en los siguientes:

- Establecimiento de una relación democrática con los usuarios.
- Conocer y respetar sus valores y normas culturales.
- Intervenir con una perspectiva histórica.
- Conocer la realidad social en forma integral.
- Apoyar el desarrollo de la conciencia y la motivación hacia el cambio social.
- Desarrollar el sentido de responsabilidad y de compromiso en la resolución de sus problemas, promoviendo su participación activa y consecuente en todos los niveles de toma de decisión.⁴

“Las entrevistas en trabajo social se distinguen de las realizadas por otras profesiones porque tienen que ver con el contenido del trabajo social, son proyectadas para alcanzar objetivos en ese campo y se desenvuelven en escenarios comunes al mismo. Por lo tanto, la función y el enfoque de la profesión determinan de manera general los contenidos característicos de las entrevistas en Trabajo Social, lo que las distingue de cualquier otra entrevista. El propósito y el

³“La entrevista en Trabajo Social”. Kadushin, Alfred. Ed. Extemporáneos. Cuarta reimpresión, 1983. México.

⁴.Equipo de Capacitación CELATS. “La Práctica del Trabajo Social”. Bs. As. Ed. CELATS, 4º edición, s/f.

contenido se desprenden de las responsabilidades distintivas de la institución y de la profesión.

Otro aspecto característico de la entrevista en trabajo social es que centra su interés en un individuo, grupo o comunidad únicos y esta preocupación por la instancia única le confiere un carácter que la distingue. En ellas se hace un esfuerzo para que el cliente participe al máximo, se procura que la entrevista se desarrolle siguiendo las preferencias del cliente, para minimizar la estandarización y alcanzar el máximo de individualización del contenido.”⁵

También hay que mencionar que por lo general, en las entrevistas de trabajo social se atiende a gente que está padeciendo problemas que no ha podido resolver por sí misma, muchas veces con estados de angustia o enojo, lo que genera un clima altamente emotivo, por lo tanto, si bien hay que recabar datos para desagregar, analizar y delimitar el campo problemático, se le da más importancia a la interacción, a los sentimientos y actitudes del entrevistado, es decir que prima la dimensión subjetiva frente a la dimensión objetiva.

Dentro de las entrevistas que se realizan en trabajo social, se pueden distinguir según Kadushin⁶ tres tipos de acuerdo al propósito:

-Entrevistas informativas o de estudio social cuyo objetivo es obtener una imagen concentrada del entrevistado (individuo, grupo o comunidad) en términos de su funcionamiento social.

⁵ Kadushin, Alfred. Op. Cit.

⁶ Kadushin, Alfred. Op. Cit.

-Entrevistas de diagnóstico, cuyo objetivo es la evaluación y facilitar la toma de decisiones administrativas.

-Entrevistas terapéuticas, cuyo objetivo es realizar un cambio.

Estas clasificaciones se hacen para mencionar los distintos propósitos que pueden presentarse, pero muchas veces una sola entrevista puede cumplir con varios propósitos.

Otro aspecto importante a mencionar es que, en la entrevista se da una forma de comunicación especializada, donde no solo prima el lenguaje verbal sino también el lenguaje no verbal, es decir los gestos, actitudes, la forma de vestirse, el lugar elegido por el o los entrevistados para sentarse, etc. Es una comunicación interactiva e interrelacional en la cual las personas participantes se afectan mutuamente y en donde se toma en cuenta lo que se dice, el tono con que se dicen las cosas, el estado emocional de las personas, lo que se omite, lo que se ve, lo que se infiere y también el contexto interpersonal en que se desarrolla el proceso de comunicación.

La interacción emocional reinante en las entrevistas incide psicológicamente en el asistido y lo pueden llevar a realizar identificaciones positivas o negativas, arribando a lo que se llama en trabajo social: relación.

Si se establece una buena relación, es decir, se realiza una identificación positiva, hay más posibilidades de que la comunicación cumpla con sus objetivos, de que los mensajes sean bien interpretados por ambas partes, en cambio si hay un sentimiento negativo, si el clima no es propicio para la entrevista, la

disponibilidad para escuchar y por ende la capacidad de comprensión o de una buena interpretación es menor.

Una buena relación, una identificación positiva, es el nexo de comunicación entre entrevistador y entrevistado. Propiciando un ambiente cómodo para la libre expresión de la persona que acude a nosotros se alivia la tensión y le permite exponer la situación muchas veces penosa o vergonzante, al sentir que no será sancionada, juzgada o rechazada, sino que, por el contrario será comprendida y aceptada.

Pero el solo hecho de establecer un buen rapport⁷ no es suficiente, también hay que establecer objetivos compartidos y encaminarse hacia ellos, por lo tanto esa buena relación será un instrumento para alcanzarlos . Lo que no significa que se eludan conflictos o situaciones desagradables, en trabajo social los sentimientos, emociones, valoraciones y conflictos se trabajan y son parte constitutiva de su quehacer cotidiano profesional.

Siendo el objeto de intervención del trabajo social el hombre, grupo o comunidad como ser pensante, con autodeterminación y portador de individualidad, la metodología por la cual nos relacionamos con él es la comunicación racional y participativa que tiene como finalidad transformar la situación social encarada. De allí, que le haya dedicado especial lugar a la entrevista como herramienta en la cual se produce la comunicación y en donde se accede a la dimensión subjetiva de una situación objetiva que debe ser desagregada y desetiquetada o desestandarizada para arribar a las valoraciones,

sentido y significado que tiene para el asistido, como condición fundamental dentro del proceso investigativo que realiza el Trabajador Social en cada intervención.

- **EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL**

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

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

Lo que quiero decir es que, al trabajo que siempre se realizó con los pacientes internados, se agrega hoy una gran cantidad de pacientes que realizan tratamiento ambulatorio. Entonces, todas esas cosas que antes proveía la institución total, ahora deben procurarse en el contexto de la familia y de la comunidad.

⁷Rapport : sentimiento de concordia entre entrevistador y entrevistado.

Aquí es importante recordar que el paciente psiquiátrico no constituye para el trabajador social una categoría en sí, sino que se trabajan las cuestiones sociales que le atañen como persona de pleno derecho, más allá de que padezca una enfermedad mental. El punto de vista de la profesión no apunta a la enfermedad sino a la parte sana de la persona, y con esto no quiero decir que desconoce las dificultades que los síntomas de una enfermedad pueda acarrearle al asistido, sino que lo ayuda a alcanzar el grado óptimo de calidad de vida dentro de sus posibilidades particulares.

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

Es importante aclarar que la institución desde la cual se realiza la intervención encuadra y delimita el objeto de intervención, pero también es cierto que por la formación profesional, desde el trabajo social, nunca vemos recortadas a las personas sino que tratamos de captar la integralidad de la situación para luego ir delimitando que es lo que se puede hacer desde nuestro lugar de trabajo y lo que

no se puede, tratar de derivarlo al lugar que corresponda, pero no de forma aislada, sino trabajando en colaboración con otras instituciones y realizando un seguimiento o apoyo si fuera necesario.

En lo que atañe a Salud Mental ésta situación a veces resulta muy compleja, sabemos que el cumplimiento del tratamiento psiquiátrico es fundamental para mantener la externación y la calidad de vida, debemos saber si el paciente cuenta con familiares o amigos que puedan colaborar en ésta tarea y si están preparados con suficientes conocimientos para llevarla a cabo, también debemos saber si tiene un lugar digno para vivir, si tiene recursos para alimentarse y vestir, si tiene la medicación adecuada en tiempo y forma, si ha tenido o tiene causas judiciales, si está inhabilitado o declarado insano, si cobra alguna pensión o subsidio, quien lo administra y cómo, etc. En los casos en que el paciente esté internado debemos interiorizarnos de si mantiene vínculos con su familia, si tiene vivienda y que pasa con ella mientras está internado, quién se ocupa de ella, si tiene trabajo como está su situación con respecto a sus empleadores, si es cuenta propista que pasa con su actividad mientras dura la internación, si tiene hijos y son menores quién se hace cargo de ellos durante la internación, es capaz de cuidarlos? En el caso de haber estado internado, al momento del alta asegurarse de que tenga a donde ir, ver si la familia apoya la externación, trabajar con el grupo familiar para evitar desbordes o conflictos, etc. Son muchas las cuestiones a revisar para tratar de sostener o mejorar las condiciones de las personas que padecen trastornos psiquiátricos.

Aquí me parece importante hablar sobre la interdisciplina, ya que como dije en algún momento, el padecimiento psíquico trasciende los límites de la psiquiatría y no veo mejor forma de abordar estas problemáticas que no sea desde un equipo interdisciplinario que diseñe un tratamiento y acompañamiento no solo para los pacientes, sino también apoyando y asesorando a sus familiares, para así ir trabajando aspectos de inserción positiva dentro del ámbito familiar y en la comunidad a fin de prevenir situaciones que pudieran redundar en un perjuicio para los pacientes o sus familiares.

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

Para ello la interdisciplina proporciona un abordaje integral que permite aunar saberes y actuar sinérgicamente, teniendo como objetivo compartido elevar la calidad de vida de los asistidos y el de su entorno, dejando atrás las intervenciones parcializadas y desintegradas que sólo acarrearán más sufrimiento y resultan más costosas.

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

Por lo tanto, la interdisciplina, puede ser un obstáculo o una oportunidad para desarrollar estrategias de intervención a fin de dar respuestas a una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la "competencia individual desvaloriza el trabajo en equipo, el cual a veces se encuentra atravesado por la lógica de mercado donde lo que prima es la relación costo-beneficio".⁸

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

Es importante aclarar que no es lo mismo trabajar en equipo que hacerlo en un equipo interdisciplinario. Muchas veces trabajan en equipo profesionales de la misma ciencia y aquí, quizá resulta más fácil porque se comparte el campo de saber y de incumbencia, pero en los equipos interdisciplinarios intervienen profesionales de distintas disciplinas donde las fronteras no siempre están bien delimitadas. En los equipos interdisciplinarios, por lo general existe un coordinador, que en el caso de Salud Mental casi siempre lo ocupa el médico psiquiatra y en donde el liderazgo en las reuniones debería rotar de acuerdo al tema encarado. Un buen trabajo interdisciplinario es aquél en el que se fijan objetivos a alcanzar y en el que para ello, cada uno aporta su saber sin excluir la mirada integradora que aportan todos los participantes.

⁸ Carballeda, Alfredo J.M. "La interdisciplina como diálogo". Apunte del curso a distancia "Lo social y la salud mental". www.margen.org.ar. Año 2003.

En Salud Mental, con las nuevas perspectivas de tratamiento (aparición de neurolépticos) y los nuevos enfoques derivados de la desmanicomialización, la realidad a abordar se ha complejizado mucho. Ya no se piensa en las personas con padecimiento psíquico como recluidas en instituciones o en su propia casa nada más, hoy la gran mayoría de los pacientes son ambulatorios y se ven obligados junto a sus familias o amigos, si los hay, a negociar un espacio en la sociedad, en un mundo que generalmente por desconocimiento les resulta terriblemente hostil. Una sociedad atravesada por un pensamiento individualista y con una lógica de mercado, en la cual si uno no es productor de utilidades se transforma automáticamente en un despojo o lo que es peor en una amenaza. Los pacientes psiquiátricos ya no están contenidos por chalecos de fuerza, muros y reglamentos institucionales. Por lo tanto, su cotidianeidad necesita recrearse.

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

Trabajar estos aspectos es tarea del Trabajador Social, quien debe realizar intervenciones individuales con cada paciente, con sus allegados, con el equipo interdisciplinario y la vez ir trabajando en otros planos para que desde el estado y desde otras instituciones se reconozcan y cumplan los derechos que asisten a estas personas, los cuales están enumerados en las leyes y que por falta de decisiones políticas en todos sus niveles se han ido dejando de lado frente a la crisis económica que atraviesa la atención de la salud en nuestro país.

La intervención del Trabajador Social en Salud Mental requiere de una preparación y una predisposición que lo llevan a trabajar con objetivos que a veces no son comprendidos por otras profesiones, se propone objetivos de máxima, trata de ver a las personas como lo que podrían llegar a ser, apunta a desarrollar capacidades potenciales. Es por esto que muchas veces no es comprendido, o es tildado de ingenuo. Es un campo de trabajo primordial para el trabajador social, quien debe seguir explorando y trabajando, con necesidad de documentación de casos tratados desde un enfoque interdisciplinario, con seguimiento y apoyo, no sólo para el cumplimiento del tratamiento médico sino también, con un tratamiento social que tenga en cuenta el desarrollo de destrezas sociales, las capacidades remanescentes, la negociación de espacios en los diferentes ámbitos de relación, la aceptación de las diferencias en cada asistido, pero no en el ámbito institucional únicamente, sino en el ámbito de la comunidad que es definitiva donde debe desarrollar sus roles el paciente, además del trabajo con la familia y otros actores sociales que permitan correr a las personas con

padecimiento psíquico del lugar único de paciente y crear un lugar en su comunidad como persona de derechos, aún con sus dificultades.

Para el logro de éstos objetivos se debe trabajar la red social de las personas implicadas con una perspectiva de educación, para poder cambiar el imaginario que se tiene del enfermo mental en la sociedad. Corresponde a todos los implicados en esta problemática trabajar “el afuera” para producir un cambio en sentido positivo en sus relaciones sociales y así ir construyendo un nuevo imaginario que opere en sentido integrador. No es un camino fácil y tampoco es inmediato, pero el camino debe transitarse a pesar de los obstáculos que encontremos en él.

Actividades con impacto social

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

Una herramienta que posee el trabajador social para alcanzar éstos objetivos es la educación, pero, entendiendo el proceso enseñanza-aprendizaje como factor de cambio y como vivencia equiparable a participación⁹.

Rol de la familia en Salud Mental

Retomando el concepto de que el padecimiento psíquico impacta en la vida de relación y de que, es allí donde hay que trabajar, el primer lugar en donde hay que intervenir es en el seno familiar, ya que como se dijo anteriormente, con los nuevos tratamientos y con la idea de minimizar al máximo las internaciones, el seguimiento y cuidado cotidiano se le dejó a la familia.

La autora Quintero Velázquez realizó una síntesis de experiencias en Latinoamérica sobre lineamientos preventivos en salud familiar por considerar que es éste un campo primordial para el Trabajador Social.

Algunas de las acciones preventivas que menciona son:

- a) Proveer información relevante a salud mental.
- b) Educar a la familia en conceptos importantes referentes a sus dificultades.
- c) Entrenar a la familia en habilidades de adaptación.
- d) Crear conciencia de que la familia es básica para el individuo.
- e) Ofrecer la oportunidad de compartir entre familias y encontrar apoyo entre ellas y la comunidad.¹⁰

⁹Quintero Velásquez, Ángela M. "Trabajo Social y Procesos Familiares". Ed. Lumen/Humanitas. Argentina. 1997.

¹⁰ Quintero Velásquez. Op. Cit. Pág. 89.

Un concepto importante a definir en este párrafo es el de prevención, para la autora mencionada dice: “ Prevención no es evitar que sucedan las situaciones, sino prepararse para manejarlas y vivirlas en positivo.” En un sentido me parece importante esta definición porque en lo que atañe a Salud Mental hay muchas situaciones que no pueden evitarse y si la familia no esta preparada para entenderlo, se genera mucha angustia y situaciones conflictivas . Por supuesto también creo que si se pueden prevenir algunas otras situaciones conociendo los síntomas de la enfermedad mental y aprendiendo a manejarlos.

Modelo de intervención basado en la educación

Actualmente, se habla de un nuevo modo de intervención en salud que es la psicoeducación. Este modelo se basa en los aspectos positivos de la familia, trabajando para potenciarlos y fortalecer la estructura familiar como medio para promocionar la salud y generar el bienestar.

La intervención se realiza en forma grupal y el objetivo es integrar a la familia de los pacientes psiquiátricos, proporcionarles información sobre la enfermedad y el tratamiento, brindarles apoyo y herramientas para mejorar su calidad de vida. A su vez, la participación de la familia permite al equipo tratante conocer información sobre la evolución del paciente, llegándose así a una individualización del tratamiento que resulta beneficioso para él y para su grupo familiar. En resumen se trata de integrar a la familia en el equipo de salud,

guardando cada uno el lugar que le corresponde, en estrecha colaboración, produciéndose una sinergia que optimiza los resultados terapéuticos.

Esta modalidad de intervención, no es exclusiva del trabajo en Salud Mental y no resulta nueva para el trabajador social, porque si nos remitimos a sus principios, al considerar a las personas como seres bio-psico-sociales, verlas integradas en un sistema, apuntar a sus potencialidades, propender a su autonomía, etc., las intervenciones se realizan para operar cambios favorables en ése sistema y dichos cambios deben ser deseados por los asistidos, para lo cual se deben trabajar aspectos educativos que generen hábitos saludables.

Para la autora mencionada, “se hace prevención promocionando el ser, favoreciendo su autoestima, sus valores y la aceptación de sí mismo....propiciando espacios donde se promueven condiciones de vida caracterizados por el afecto, la reflexión, el trabajo en equipo y la proyección social.”¹¹

Muchas veces se habla de rehabilitación para el paciente psiquiátrico, y éste término puede llegar a tener una aplicación muy amplia en éste campo. Se puede hablar de rehabilitación laboral, recreativa, etc. Pero cuando se implica en el término al entorno

del paciente vemos que no sólo él tiene que rehabilitarse, sino que sus familiares con los que convive también deben rehabilitar y rehabilitarse.

Es importante realizar un buen análisis del funcionamiento de la familia en todos sus aspectos y sobre todo en lo concerniente a como se ha tomado la irrupción de la enfermedad mental de uno de sus miembros. Hay que tener en

cuenta el ambiente de origen del paciente, ya que es allí donde se han desarrollado los aprendizajes de conducta previos a la irrupción de la enfermedad, y son éstos aprendizajes, esos modos particulares los que se reflejaran en relación con la enfermedad, cada persona trae consigo un patrón cultural y un modo particular para reproducir la vida que es producto de las interacciones dadas en su seno familiar de origen y por el contexto social en que viven, es una construcción histórica que debe desentrañarse a la hora de intervenir para poder acceder al conocimiento del caso. Pero no solo desde la perspectiva del paciente sino también desde cada integrante de su grupo familiar. Solo desde ésta perspectiva se puede acceder al conocimiento de las valoraciones, fortalezas, recursos, limitaciones, aspectos a trabajar de cada familia en particular, como modo de planificar una intervención que propenda a la mejora de la calidad de vida de todos los implicados. Este tipo de intervención en la que se da al proceso educativo una importancia central, es lo que permite prevenir situaciones que recargan la intervención del servicio tratante con demandas infundadas, previene situaciones conflictivas en la vida cotidiana familiar y contribuye a la autonomía de la familia y del paciente.

Aspectos a tener en cuenta en la planificación con la familia

Para lograr una buena planificación de las intervenciones el proceso investigativo que realiza el Trabajador Social debe incluir factores como : funcionamiento familiar, relaciones intrafamiliares, relación del paciente con

¹¹ Quinteros Velázquez, Angela M. Op. Cit. Pág 89.

cada integrante de su familia, relación de la familia con el equipo tratante, relación del paciente con la institución y con el equipo, ámbitos sociales que frecuenta y los que ha dejado de frecuentar, motivaciones de todos, expectativas de cada uno, debilidades, aspectos emocionales, conciencia de enfermedad, conocimientos acerca de la patología con la que se encuentran y si hay antecedentes de otros familiares con patología psiquiátrica, disponibilidad para el cambio, rol que desarrollaba el paciente dentro del ámbito familiar antes de la irrupción de la enfermedad y rol que le asigna la familia luego de esto, factores externos que impactan en la problemática abordada (recursos económicos, problemas laborales, situación habitacional, desocupación, obra social), etc.

Una vez realizado el proceso investigativo y delimitados aquellos factores que requieren de la intervención profesional, siempre en colaboración estrecha con los implicados se procede a priorizar dentro de la planificación las diferentes actividades que se pondrán en marcha para ir modificando paulatinamente la situación inicial que demandó la intervención. Dentro de las posibilidades se tenderá a que los familiares como el paciente se apropien de todos los aspectos a trabajar que puedan ser asumidos por ellos mismos, trabajando desde el equipo tratante para apoyar y asesorar, evaluando los progresos y las posibles modificaciones que pudieran surgir sobre la puesta en marcha de lo planificado.

Pautando los tiempos de la intervención

Otro aspecto importante a tener en cuenta es ir pautando los tiempos de intervención junto con los asistidos. En un principio los contactos serán más frecuentes de acuerdo a la demanda, pero luego se irán espaciando para evitar la dependencia hacia la institución, el objetivo es que tanto el paciente como la familia encuentre mecanismos de afrontamiento saludables para manejarse independientemente del equipo de salud, para así ir ganando autonomía y a la vez dejar paso a los aspectos de salud en lugar de centrar su atención únicamente en los síntomas de la enfermedad. La idea es ayudar a construir una forma de vida satisfactoria en la cual la enfermedad mental sea un elemento más y no el único propósito o eje de la vida familiar y social. Evitar que el paciente sea el depositario de las frustraciones y conflictos que se generan en el desarrollo de la vida cotidiana de la familia.

BREVE RESEÑA SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA.

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

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

Pero, también es importante saber, que existen en nuestra historia de la psiquiatría algunos hitos que merecen mencionarse, como por ejemplo, que en 1854 Ventura Bosch funda el Hospital Nacional de Alienadas que es actualmente el Hospital Braulio Moyano y en 1857 el Hospicio de las Mercedes que actualmente es el Hospital Borda.

Hacia 1877, José Ingenieros publica varios libros en el tema y funda los Archivos de criminología, Medicina Legal y Psiquiatría y la Sociedad de Psicología.

Domingo Cabred, siendo director del Hospicio de las Mercedes, funda colonias y asilos para pacientes crónicos y la Liga Argentina contra el alcoholismo. Aquí comienza un movimiento a favor de la eliminación del chaleco de fuerza, las duchas frías y la ligadura de miembros.

Hacia 1886 se inaugura la primera cátedra de Clínica Psiquiátrica en donde funciona actualmente el Borda, independizando la enseñanza de la psiquiatría de la patología interna, enfermedades mentales y de niños.

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

Simultáneamente, se encontraban los que trabajaban en la integración de lo social y lo psicológico en los hospitales de alienados, siendo muchos de ellos pioneros que fundaron la Asociación Psicoanalítica Argentina, uno de los más conocidos es Enrique Pichón Riviere, cuyo nombre lleva la Escuela Argentina de Psicología Social.¹²

¹² La información vertida en éste párrafo corresponde a : Ricón , Lía y autores varios. “Problemas del Campo de la Salud Mental”. Ed. Paidós. Argentina. 1995.

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

- **SITUACIÓN ACTUAL**

El hacer referencia a la situación actual de la salud en nuestro país puede parecer un lugar común, pero resulta imprescindible a la hora de comprender como se ha llegado a establecer un orden de prioridades de la atención de la salud en los hospitales públicos, que paradójicamente parecería atentar contra la salud misma.

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

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

Muchas veces hemos escuchado campañas a favor de la prevención de enfermedades, se habla de la consulta preventiva, de la detección precoz, etc, pero cuando las personas concurren a los hospitales, por lo general deben soportar largas horas de espera sólo para conseguir un turno, muchos llegan al hospital la

noche anterior para conseguir número para que luego le den un turno para otro día.

Las estadísticas y los números no parecen a veces reflejar con sinceridad la gravedad de la situación, si uno mira la cantidad de pacientes atendidos puede sorprenderse por la capacidad de consulta que se resuelve, pero la calidad y el impacto que tiene sobre la salud del consultante esa intervención, no es medida por ningún índice estadístico. Por poner un ejemplo, si alguien concurre a consultar por una infección urinaria y se le recetan antibióticos que no hay en el hospital y el paciente no puede comprarlos, es probable que deje sin tratamiento su dolencia con el riesgo consecuente de tener problemas mayores en el futuro y de necesitar tratamientos o prácticas más caras, con lo cual hubiese sido más económico proveer el antibiótico en tiempo y forma, sin mencionar los problemas que el paciente puede tener en su quehacer cotidiano por la persistencia de los síntomas de la enfermedad.

En el campo de la salud mental, no es diferente a lo que sucede en los otros servicios. En general, la diferencia en la calidad de tratamiento de las personas usuarias de los servicios de psiquiatría está dada por su capacidad económica para hacer frente a sus necesidades individuales.

Existen en el país hospitales públicos y clínicas privadas que atienden las patologías psiquiátricas, como así también consultorios privados, pero cuando digo que la diferencia en la calidad de atención estriba en la capacidad económica para hacer frente al tratamiento, me refiero a que la mayoría de estas patologías son crónicas y que los medicamentos que se utilizan son caros.

Existen actualmente diferentes tipos de medicación, para hacer una clasificación simple se podía hablar de medicación tradicional o típica y de medicación atípica.

Por lo general, las primeras son más económicas que las segundas, pero también hay diferencia en la respuesta de quién las toma.

Los psiquiatras afirman que los neurolépticos típicos o tradicionales, tienen más efectos indeseables que los atípicos y que también los primeros tienen mayor

probabilidad de causar algunas secuelas permanentes (discinesias tardías)¹³, lo que haría impacto directo en la calidad de vida de los pacientes. No hace falta por lo tanto hacer un análisis muy profundo para saber a quién le va a ir mejor en el tratamiento.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, presentó un programa de atención para pacientes crónicos usuarios de hospitales públicos, teniendo en cuenta las diferentes patologías que en ellos se atiende. Para el sector de Salud Mental diseñó un vademecum que incluye diferentes medicamentos, pero en general, se apoya en neurolépticos típicos para los pacientes crónicos y reserva los atípicos para pacientes de primer y segundo brote¹⁴. Además, suele ocurrir que en la farmacia del hospital no hay la cantidad y variedad de medicamentos necesarios, lo que obliga a los pacientes a volver al médico para que se le receten sustitutos, a su vez se obliga al médico a optar dentro de las posibilidades de existencia o a pedir a los familiares que lo compren, cuando disponen de dinero para hacerlo. Razón por la cual no siempre se puede acceder a la estabilidad en el tratamiento.

A riesgo de ser reiterativa, digo que, a esto es a lo que hago mención cuando digo que la calidad de vida de los pacientes depende directamente de su capacidad para adquirir un medicamento que no ocasione efectos indeseables ya sea durante su uso o en forma permanentemente.

Las personas con menos recursos ya sea en atención privada o en instituciones públicas verán menoscabadas sus posibilidades de desarrollar una mejor calidad de vida debido a que no pueden adquirir medicamentos más eficientes en éste sentido.

¹³ La discinesia es un efecto extrapiramidal producido por los neurolépticos y es uno de los cuatro tipos básicos de efectos adversos producidos por la medicación antipsicótica. Consiste en movimientos anormales involuntarios. (Vallejos Ruiloba. "Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría".)

¹⁴ Algunos autores reservan éste término para la primera irrupción de síntomas positivos de la enfermedad mental, mientras que otros lo utilizan refiriéndose a cada periodo de descompensación que se da dentro del proceso de la enfermedad. (Dra. Angela Calderaro. Jefa de internación de Salud Mental del HIGA de Mar del Plata).

Cuando el Estado no puede dar respuestas óptimas para quienes necesitan de él, se está apuntando a ocasionar el mal menor, lo cual no deja de ser un mal.

Se apunta en general a neutralizar los síntomas positivos¹⁵ de la enfermedad mental pero no se tiene en cuenta la calidad de vida de las personas que la padecen y tampoco por ende la de sus familiares o allegados.

Esto es en cuanto a medicación se refiere, pero hay otro aspecto tan importante como lo es la rehabilitación social.

Muchos pacientes pierden capacidades a causa del efecto de la medicación, deterioro cognitivo, largas internaciones o por la cantidad y frecuencia de reinternaciones que padecen. Esto interrumpe su desarrollo social y si no es bien atendida esta cuestión, el paciente irá perdiendo espacios sociales y los respectivos roles que en ellas desarrollaba y también es posible que sus allegados lo tomen como algo natural y no apunten a revertir esta situación.

Para algunos funcionarios políticos parece ser que esto es algo natural y consecuencia lógica de la enfermedad, de allí que las políticas en Salud Mental tanto públicas como privadas no incluyan en los tratamientos de manera obligatoria para éstas personas un plan de sostén y seguimiento del alta para alcanzar un mayor nivel de autonomía y propender a una vida productiva en la comunidad, pero no me refiero a productiva sólo en el sentido económico sino en el sentido subjetivo que tiene para éstas personas y sus allegados el ser partícipe en el logro de proyectos tanto personales como familiares. En razón de dar respuestas a las patologías que se atienden en el hospital público, a causa de la emergencia sanitaria se hacen recortes que llevan a priorizar el tratamiento medicamentoso, que es fundamental para atender una parte de la enfermedad, es decir neutralizar los síntomas, pero los otros aspectos de rehabilitación social, trabajo con la familia, seguimiento y apoyo no puede realizarse por la falta de profesionales suficientes para encarar un programa integral. De hecho en muchos hospitales se van jubilando, renunciando o terminando las residencias muchos

¹⁵ Suelen denominarse como síntomas positivos porque la anomalía radica en su presencia y se refiere a las alucinaciones, delirios e incoherencia del lenguaje.

profesionales y no son nombrados nuevos postulantes para esos cargos, lo que resulta totalmente inapropiado si tenemos en cuenta que la demanda de pacientes se incrementa día a día en los hospitales públicos, producto de la desocupación y su consiguiente correlato de pérdida de cobertura social. A esto se suma una gran cantidad de patologías originadas por el sufrimiento social que provoca el quedar fuera del sistema, una gran cantidad de personas que acuden al hospital por considerarlo como único efector de salud a pesar de saber que existen otros y los que se niegan a atenderse en las salas barriales. Otra cuestión que recarga el servicio hospitalario y merma su capacidad económica son las personas que teniendo obra social prefieren atenderse en el hospital y no la declaran por temor a ser rechazados. Entonces se está haciendo un mal uso de los recursos ya que esa obra social cobra por la cápita de la persona y el hospital la atiende en forma gratuita. En lo concerniente a medicamentos, por ejemplo muchas personas prefieren atenderse en el hospital porque éste los entrega gratuitamente cuando los tiene, en cambio con la obra social lo tienen que comprar con descuento y a veces no cuentan con dinero para hacerlo.

El sistema de salud pública actual se encuentra en transformación, se habla de descentralización y autogestión, pero mientras tanto se van produciendo intersticios que provocan superposición de recursos que generan desigualdades en el acceso a los servicios de salud. En la Argentina existen un promedio de 340 médicos por persona, una cifra superior a la de EE. UU. por ejemplo, pero la cantidad de profesionales no amerita por sí sola la calidad en la atención de la salud.

En el caso del Servicio de Salud Mental del HIGA de Mar del Plata, faltan médicos de planta, no hay instructor de residentes, no hay médico de guardia dos días a la semana por falta de personal, al momento de realizar ésta tesis y desde que terminé mi pasantía por el Servicio en Mayo de 2002, no hay Trabajador Social, ya que la Lic. Volpe había renunciado y nunca se nombró a otra profesional. Entonces, con éste ejemplo dentro de la Provincia de Buenos Aires y en un hospital que es cabecera y centro de derivación de 16 partidos, cómo puede

pensarse en prevención, promoción de la salud, trabajo interdisciplinario, abordajes integrales, igualdad en el acceso a los tratamientos, seguimiento y tratamiento social?

Quizá tengan razón los que dicen que no es problema de presupuesto o de recursos, que en la Argentina se gasta mucho en salud, pero... entonces, dónde están los puestos necesarios para equipar como corresponde el Servicio de Salud Mental del HIGA de Mar del Plata?

La planta funcional de Servicio Social ha perdido puestos por jubilación y renuncia, pero no se repusieron esos cargos siendo que cada vez hay más demanda de sus servicios. Como puede uno imaginar un trabajo de reinserción social, de promoción de la salud, de prevención, de psicoeducación, si desde el poder político en turno no se tiene en cuenta el personal que necesita una institución para atender como corresponde a la población usuaria del servicio. La situación es riesgosa no solo para los usuarios sino también para los profesionales que tienen que optar por curar o paliar situaciones sin tiempo ni recursos para prevenir y promocionar salud. Finalmente, termino reflexionando en que éste sistema de salud parecería atentar contra la salud misma, obligando a los trabajadores de la salud a optar por el mal menor, pero igualmente sigue siendo un mal.

LA PSIQUIATRIA

El objetivo de ésta tesis no es hacer un estudio sobre la psiquiatría como profesión, pero es necesario hacer referencia a ella y a su evolución para comprender mejor las implicancias de la intervención en Salud Mental.

Para comenzar vamos a hacer un recorrido sobre el imaginario que se tenía sobre la enfermedad mental en los diferentes pueblos y momentos de la historia hasta la actualidad, basada en un apunte del curso “Lo social y la salud mental”, elaborado por el Dr. Guillermo Pérez.¹⁶

• HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La psiquiatría ha sido la última de las especialidades médicas en ser aceptada como tal. A lo largo de la historia las enfermedades mentales, al igual que el resto de las enfermedades, han sido terreno de la magia y la religión, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedad, ya sea atribuyéndoles un origen diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social en la mucho más reciente antipsiquiatría. Mucho fue lo que se dijo a lo largo de la historia sobre la enfermedad mental y cada época y cada sociedad le buscó una explicación, que no ha terminado todavía. En la actualidad el estudio de éstas patologías en algunos casos ha podido demostrar un origen biológico, pero no en

¹⁶ Curso a distancia “Lo Social y la Salud Mental” dictado por Carballeda, Alfredo. Revista Margen de Trabajo Social. Año 2003. Argentina. www/margen.org.ar.

todos. Y es justamente, ésta situación de abstracto lo que hace más difícil la comprensión de los síntomas, tanto positivos como negativos, lo que genera muchas veces la incertidumbre, no solo en los profesionales sino también en las familias y comunidad en la que viven los pacientes psiquiátricos.

Como ilustración de la evolución que ha tenido el problema de la enfermedad mental, vamos a ver una síntesis de las modificaciones que su tratamiento ha tenido durante la historia:

Edad antigua:

Mesopotamia: Los primeros médicos babilonios: Assipu, las consideraban como posesiones demoníacas y las trataban con métodos mágico-religiosos.

Egipto: Antes que los griegos, reconocieron al cerebro como "localización de las funciones mentales". Describieron el trastorno emocional, denominado luego como "histeria" por los griegos, atribuyéndolo a una mal posición del útero, por lo cual fumigaban la vagina como tratamiento, con la intención de devolverlo a su posición original.

Israel: Los médicos hebreos imploraban a Dios. Se restringió el campo de los médicos laicos por considerarlas "enfermedades ocultas". En la Biblia se describe la enfermedad mental de Saúl, que terminó en su suicidio, y se interpreta como causada por un espíritu maligno enviado por Dios. Existen también descripciones de probables excitaciones catatónicas y ataques epilépticos, que son atribuidos a posesiones demoníacas.

Persia: La fuente original de la filosofía persa se encuentra en el Zendavesta, uno de cuyos volúmenes, el Venidad menciona que hay 99.999 enfermedades, todas causadas por demonios. De hecho, "venidad" significa "la ley contra los demonios".

India: El budismo insiste en la supresión del interés hacia el mundo externo, y su dirección hacia el interior del individuo. De hecho, se ha recurrido a la meditación budista no sólo como una forma de psicoterapia para trastornos mentales sino también como ayuda para superar las dificultades de la vida diaria.

Grecia: Los griegos fueron los primeros en estudiar las "enfermedades mentales" desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto. Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente. Hipócrates sostuvo que las enfermedades se producían por un desbalance de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños excesos de estos tres humores y de sangre daban lugar a personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas.

Hipócrates ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. Fue el primero en proponer que los sueños son expresión de nuestros deseos que acceden hacia el conocimiento cuando se eliminan las demandas de la realidad. También fue el primero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria

Roma: Los romanos siguieron las filosofías griegas estoica y epicúrea, que postularon que las pasiones y deseos insatisfechos actúan sobre el alma produciendo enfermedades mentales, que pueden controlarse alcanzando un estado mental sin perturbaciones o ataraxia (de donde deriva el término atarácico utilizado para los sedantes).

Celso: Describió enfermedades locales y generales, dentro de estas últimas incluyó las enfermedades mentales, que a su vez las dividió en febriles (delirios) y no febriles (locura). Consideró necesario el confinamiento y los procedimientos restrictivos (hambre, cadenas y grillos) para el control de la violencia, recomendando los sustos súbitos como tratamiento.

Galeno: después su muerte comenzó la era del oscurantismo religioso medieval. Consideró que el cerebro es el centro de las sensaciones y movimientos, y que el alma es inseparable de los centros nerviosos. Describió dos tipos de almas: animal o racional (en el cerebro) e irracionales (en el corazón e hígado). Sostenía que el clima influye en las características psicológicas

Feudalismo.

Europa Occidental: La edad media significó la gran decadencia intelectual de Occidente. Las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas, y la demonología debía estudiar los signos o estigmas de posesión diabólica.

A partir del siglo XIII se fundaron hospitales con secciones psiquiátricas en Francia, Alemania y Suiza. El primer hospital europeo para enfermos mentales se fundó en 1409 en Valencia (España). Agustín de Hipona, contribuyó con la psicología al demostrar que la introspección es una fuente importante de conocimiento psicológico, considerándosele como un precursor de la fenomenología y del psicoanálisis.

Imperio Árabe: A diferencia de los cristianos, creían que los enfermos mentales no eran poseídos por los demonios sino más bien que tenían cierta inspiración divina, su trato hospitalario era más benevolente y amable. Se construyeron hospitales con secciones psiquiátricas en Bagdad (750) y El Cairo (873); asilos para insanos en Damasco (800), Alepo (1270) y Granada (1365).

Renacimiento: A la vez que el Renacimiento ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento, se convirtió en uno de los capítulos más nefastos en la historia de la psiquiatría. En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con el apoyo del Papa, publicaron el Malleus maleficarum (El martillo de las brujas), que se unió a la misoginia de la Iglesia y a la idea de otros teólogos referente a una conspiración contra el cristianismo,

dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, la gran mayoría mujeres.

Los autores del Malleus atribuyeron la causa de todas las enfermedades mentales al demonio, negando cualquier explicación natural de las mismas, destruyendo así toda la herencia científica de la época clásica. El "tratamiento" prescrito para la enfermedad mental fue la tortura, aún si se llegaba a la muerte, y la cremación como un acto de piedad, para "liberar el alma" del desdichado.

Paracelso: (1493-1541). Consideró que la enfermedad mental es una enfermedad espiritual debida a cambios insalubres. Pensando en la temperatura como agente causal de la manía, recomendaba la amputación de los dedos para que entre "aire fresco". Fue el primero en sugerir un origen sexual en la histeria.

Siglo XVIII:

La abundancia de datos médicos y científicos conseguidos era tan abrumadora que se hizo necesaria su síntesis y sistematización.

Aunque los "enfermos mentales" ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable durante la Ilustración. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. En 1656, un edicto en Francia estableció asilos para insanos, cuyos directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente, y en los cuales se llegó a encerrar enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos.

En Londres, los enfermos mentales eran recluidos en el Hospital de Bethlehem (Bedlam), donde los que sobrevivían a las deplorables condiciones, la abominable comida, el aislamiento, la oscuridad y la brutalidad de los guardianes, debían soportar los tratamientos: eméticos (vómitos), purgantes, sangrías y torturas. El Bedlam se convirtió además en lugar de espectáculo dominical para los londinenses, que pagaban su entrada para observar a los internos tras las rejas de hierro.

Similar situación se daba en la Salpêtrière y Bicêtre (París), el Saint Luke's Hospital (Londres), el Pennsylvania Hospital (Filadelfia), el Hospital para Dementes (Moscú) y el Narrenthurm (Viena).

Sauvages (1706-1767): Dividió las enfermedades conocidas en clases, órdenes, géneros, especies y variedades. Cullen (1710-1790). Publicó otra clasificación de enfermedades, de acuerdo con sus síntomas, métodos diagnósticos y tratamiento.

Battie (1703-1776), en su obra Tratado de la locura (1758), describió dos tipos de locura: endógenas (origen interno) y exógenas (origen externo).

Pinel (1745-1826): La contribución fundamental del médico y reformador francés Philippe Pinel fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que sean considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico. A cargo de la Bicêtre, liberó a los pacientes de sus cadenas en 1793; dos años después hizo lo mismo en la Salpêtrière.

Pinel llamó a su labor "tratamiento moral", y muchos de sus principios conservan su valor hasta hoy. En su obra Tratado de la insania (1801), clasificó

las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales.

Gall (1758-1828): creyó que la personalidad estaba determinada por áreas específicas del cerebro, que podían "mapearse" por la palpación de la superficie del cráneo. Si bien su teoría cayó en descrédito, condujo a avances en la neurología.

Mesmer (1734-1815): Sostuvo la existencia de un "fluido continuo y universalmente distribuido" que influye sobre los cuerpos, al que llamó "magnetismo animal", y que supuestamente usaba para sus curaciones, generalmente en mujeres histéricas.

Esquirol (1782-1840): Discípulo de Pinel y considerado como el "padre de la psiquiatría", consideraba al asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental.

Charcot (1825-1893): Diferenció entre las pacientes con lesiones orgánicas y aquellas cuyos síntomas eran de origen psicológico o "histérico". Fue el primero en estudiar la función del trauma psicológico en el origen de la histeria, suponiendo que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente, separados de la conciencia, y dan lugar a los síntomas físicos.

James Cowles Pritchard (1786-1848): de origen inglés, dijo que la actitud antisocial de algunas personas es una forma de enfermedad mental, describiendo lo que luego se denominó psicopatía.

Teoría de la degeneración

Morel (1809-1873): En su “Tratado de enfermedades mentales” (1860), postuló que algunas enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares y que la predisposición podía sufrir una activación lenta hasta convertirse en una enfermedad debido a transmisión vertical repetida o bien a una activación repentina por eventos externos como traumas sociales, alcoholismo o infecciones. Introdujo la denominación de "demencia precoz" para referirse a la actual esquizofrenia.

Richard von Krafft-Ebing: (1840-1902), alemán, en su obra “Psicopatía sexual” (1886) describió varios casos de perversiones sexuales y los atribuyó a degeneración, siendo considerado como el fundador de la sexología.

Lombroso: (1836-1909), italiano, es autor de El hombre delincuente (1876) y La mujer delincuente (1893), donde sostuvo que la criminalidad representa un fenómeno biológico producto de la degeneración, identificable a partir de la fisonomía, induciendo la creación de una escuela de antropología criminal, de donde se desarrolló la criminología.

Siglo XX.

Durante éste siglo, se desarrollaron clasificaciones internacionales, diferentes psicoterapias y aparece la psicofarmacología.

Kraepelin: (1856-1926) Elaboró un sistema de psiquiatría descriptiva que todavía se emplea para clasificar los trastornos mentales de acuerdo a la conducta

que presentan los pacientes y a la evolución del cuadro clínico. Corresponde a la corriente biologicista o del modelo médico que postula que la enfermedad mental tiene una etiología orgánica a nivel cerebral que provoca los síntomas, los que configurarían el cuadro clínico.

Bleuler: (1857-1939) En su libro “Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias” (1911), afirmó que, como no todos los casos de demencia precoz evolucionan hacia la demencia, era más apropiado usar el término "esquizofrenia".

Jaspers: (1883-1969) En su “Sicopatología general” realiza un estudio fenomenológico exhaustivo de la mente humana. Influyó notablemente en la sicopatología y en la psicoterapia en general.

Kretschmer: (1888-1964) Describió dos tipos corporales: leptosómico y pícnico, los cuales vinculó con la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, respectivamente.

Meyer: (1866-1950) Desarrolló un concepto psicobiológico de la psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales. Fue autor de “Psicobiología: una ciencia del hombre” (1957).

Schneider: (1887-1967) Autor de Sicopatología clínica (1959), implementó los enfoques descriptivo y fenomenológico de Kraepelin y Jaspers, respectivamente. Dividió los síntomas de la esquizofrenia en primarios (conocidos ahora como schneiderianos) y secundarios.

El Psicoanálisis:

Freud (1856-1939): Estudió inicialmente con Charcot en la Salpêtrière. Junto con Joseph Breuer (1841-1925) empleó la hipnosis para el tratamiento de pacientes histéricas. Más adelante abandonó la hipnosis por el método de las "asociaciones libres". En sus Estudios sobre la histeria, Freud relacionó esta enfermedad con problemas sexuales. En 1896 creó el término "psicoanálisis" para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente.

En su obra "La interpretación de los sueños" (1900), sostuvo que estos "representan un trabajo psíquico normal lleno de sentido". En sus Tres ensayos para una teoría de la sexualidad (1905), describió cuatro fases del desarrollo sexual: oral, anal, fálica y de latencia, explicando las distintas alteraciones mentales en torno a fijaciones o regresiones a estas fases.

En "El ego y el id" (1923) cambió su modelo topográfico de consciente e inconsciente, por un modelo estructural-social en la neurosis.

Otto Rank: (1884-1939) de origen austriaco, rompió con Freud y formuló su teoría de los efectos de la experiencia del nacimiento sobre el desarrollo mental.

Anna Freud: (1895-1982) hija de Sigmund Freud, y Melanie Klein (1882-1960), crea dos formas distintas de aplicar el psicoanálisis en niños.

Erik H. Erikson: (1902-1994) describió cuatro etapas psicosexuales del desarrollo.

Harry Stack Sullivan (1892-1949): de origen norteamericano es autor de la teoría interpersonal de la psiquiatría.

Jacques Lacan (1901-1981): de origen francés, destacó el lenguaje y la necesidad de hacer contacto con el periodo preverbal del inconsciente.

Heinz Kohut: (1913-1981) de origen austriaco, fundó la psicología del self.

James Masterson (1926) y Otto Kernberg (1928), formularon concepciones para los trastornos límite y narcisista de la personalidad.

Terapias conductuales y cognoscitivas

Pavlov: (1849-1936) experimentó con perros entrenados el estímulo condicionado

Watson: (1878-1958) influido por los experimentos de Pavlov, indujo fobia a una rata blanca en un niño de un año de edad ("el pequeño Albert"), al asociar la presencia de aquel animal con un ruido intenso. Luego, el niño generalizó su temor hacia otros objetos peludos blancos.

Este modelo fue llamado condicionamiento clásico. Otros autores importantes son: B.F. Skinner (1904-1990), norteamericano, empleó el denominado condicionamiento operante, que sostiene que la conducta es una función de sus consecuencias (reforzadores; Aaron Beck (1921), norteamericano, funda la psicoterapia cognoscitiva, que considera que las cogniciones tienen un rol causal en la conducta, la cual no es sólo consecuencia de condicionamientos.

Otras psicoterapias:

La psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers (1902-1987), responsabiliza al paciente por sus sentimientos y evolución de su terapia; la terapia gestáltica de Fritz Perl (1893-1970) busca el alivio terapéutico de una experiencia dolorosa para el tratamiento de la neurosis; el análisis transaccional de Eric Berne (1910-1970) postula que los padres crean un libreto de vida en la primera infancia que conforma e inhibe la vida del sujeto, por lo que la terapia busca descifrar ese guión.

La antipsiquiatría

Suele señalarse a Thomas Szasz y David Cooper como los promotores del llamado "movimiento antipsiquiátrico", (que surgió en Inglaterra en la década de los 60) cuya tesis central es la de rechazar el concepto tradicional de enfermedad mental como anormalidad biopsíquica, para ubicarlo dentro de un contexto económico e histórico-social.

Podemos sintetizar así algunos de los postulados de esta corriente de opinión:

- a) Rechazo del modelo medico tradicional aplicado a la psiquiatría y del manicomio-asilo, autentico productor de trastornos irreversibles.
- b) En su formación, el psiquiatra, debe estar preparado para luchar contra el sistema que permite las condiciones nefastas de la actual asistencia.

c) El enfermo mental no es un ser anormal que deba ser cambiado, sino la víctima inocente de un sistema patógeno que proviene de un medio que manifiesta constantemente las contradicciones y conflictos de la sociedad (malestar de la cultura).

d) La enfermedad mental es una invención oportunista y opresiva de la sociedad y de la psiquiatría. La familia y el grupo, después de perturbar a ciertos sujetos, los declara enfermos y los "aniquila" con el tratamiento.

e) La psiquiatría tradicional es un simple mecanismo de represión; constituye una disfrazada violencia oficial (o institucional).

f) No debe existir fronteras - y menos amenazantes- entre personal y paciente, entre salud y locura.

g) La esquizofrenia es la consecuencia de toda una serie de represiones perpetradas por la familia y la sociedad. A esta violencia le siguen procesos de relegación que desembocan en la institución psiquiátrica.

h) Mas que "la locura", merece cuestionamiento el lugar social en que "se desarrolla la enfermedad".

Los antipsiquiatras reconocen la existencia de muy pocas enfermedades mentales de origen orgánico (encefalitis, etc), pero aún en tales casos, prefieren hablar de "enfermedades orgánicas"; las demás serian mas bien "actitudes del individuo juzgadas sobre criterios éticos y culturales y vividas por él con un lenguaje propio" al cual recurre en busca del calor humano que no halló por otros caminos.

La antipsiquiatría pone en evidencia, en primer lugar, la perversión de las instituciones dedicadas a la Salud Mental que generan o cronifican la enfermedad. Este fue el aspecto que se privilegió desde algunos grupos que adhirieron a la propuesta. Aunque en muchos casos se pasó al tratamiento de la enfermedad mental en "comunidades", con lo cual se extendían los límites y se abrían las puertas de la institución, seguía persistiendo el modelo médico. Lo que no es nada casual. Podemos ver como entre los sectores más reflexivos y progresistas de la sociedad, nos encontramos con la rápida reacción de estigmatizar por la patología mental a aquel que no coincide con nosotros (en algunos extremos al que no afirma lo que nosotros). Así, el otro pasa a ser al que "le lavaron la cabeza", con lo que "quedo hecho de yeso o de cotillón, y lo único que se merece es una terapia de las buenas, que lo aniquile como lo que es y se convierta en lo que debe ser".

Los iniciadores de esta propuesta son Ronald D. Laing (1927-1989), con su obra "El yo dividido" (1960), y David G. Cooper (1931), autor de "Psiquiatría y Antipsiquiatría" (1967) y "La muerte de la familia" (1971). Este movimiento cuestionó a la familia y al estado, convirtiendo a la enfermedad mental en un mito, un rótulo arbitrario utilizado para descalificar a ciertas personas, siendo los psiquiatras instrumentos del poder opresivo. Con estas ideas, los antipsiquiatras

fundaron la institución Kingsley Hall (1965-1970), en donde los supuestos enfermos podían realizar libremente sus "viajes" regresivos.

En Italia, Franco Basaglia (1924) influyó en la promulgación de la ley 180, que cerró los hospitales psiquiátricos. Otro autor importante fue el húngaro Thomas S. Szasz (1920), autor de "El mito de la enfermedad mental" (1961).

La corriente antipsiquiátrica induce a preguntarse:

¿Existe la enfermedad mental o es un invento para comercializar psicofármacos y ser utilizados como instrumento de poder opresivo de disidentes del sistema social?

Semánticamente, enfermedad significa simplemente lo opuesto a tranquilidad o alivio. Pero por enfermedad no queremos decir cualquier cosa que perturbe la tranquilidad, por que, entonces, perder un empleo o los problemas que acarrearán las guerras, las depresiones económicas o las riñas con la pareja serían "enfermedades". En el artículo: ¿Existe la enfermedad mental?, Lawrence Stevens, J.D. demuestra que no hay anomalías biológicas responsables de las llamadas enfermedades o trastornos mentales, porque la enfermedad mental no tiene existencia biológica. También argumentó que "la enfermedad mental tampoco tiene una existencia no biológica, excepto en el sentido que el término se usa para indicar desaprobación de algún aspecto de la mentalidad de la persona."

En 1992 un panel de expertos reunidos por la Oficina del Congreso Americano de Evaluación Tecnológica concluyó: "Muchas preguntas quedan sin contestar acerca de la biología de los trastornos mentales. De hecho, las investigaciones aún tienen que identificar causas biológicas específicas para cualquiera de estos trastornos... Los trastornos mentales se clasifican sobre la base de síntomas

porque aún no existen signos biológicos o pruebas de laboratorio para ellos." (La biología de los trastornos mentales, U.S. Govt Printing Office, 1992, pp. 13 & 46).

Algunos autores dicen: "Es un hecho no reconocido, el que los psiquiatras son los únicos especialistas médicos que tratan trastornos que, por definición, no tienen causas o curaciones conocidas..".

- Un diagnóstico debe indicar la causa del trastorno mental, pero, como las etiologías de la mayoría de los trastornos mentales es desconocida, los actuales sistemas de diagnóstico no pueden reflejarlos. Algunas veces se dice que, el que las drogas psiquiátricas "curen" un pensamiento, emociones o conducta que se denomine enfermedad mental, demuestra la existencia de causas biológicas en las enfermedades mentales. Esta forma de pensar, es común entre los psiquiatras. La mayoría de las drogas psiquiátricas (si no es que todas) son neurotóxicas, esto es, producen en mayor o menor grado una incapacitación neurológica generalizada: detienen la conducta que disgusta a algunos, incapacitando tanto a la persona que ya no puede sentirse enojada, infeliz o deprimida.

Pero llamarle a esto "curación" es absurdo, tan absurdo como la extrapolación que la droga le debió haber curado a tal persona una anomalía biológica, la misma que causó las emociones o conductas que a algunos les disgustaron. Se cree que la gente está enferma mentalmente sólo cuando su pensar, emoción o conducta es contraria a lo que es considerado aceptable, es decir, cuando a otros (o a los pacientes mismos) no les gusta algo acerca de ellos. Una manera de ver el absurdo de llamarle a una cosa enfermedad, no porque haya anomalía biológica sino

porque algo nos disgusta en una persona, es observar cómo difieren los valores de una cultura a otra y cómo cambian con el tiempo. Estos escritores aseveran que debido a que una conducta es considerada normal y saludable en una cultura, pero neurótica o aberrante en otra, todo es una cuestión de prejuicios culturales.

Quienes mantienen esta posición insisten en que, lo más que uno puede hacer es definir la Salud Mental como el acato a las normas culturales, declarando que el hombre está psicológicamente sano en la medida en que esté adaptado a su cultura... La pregunta obvia que surge ante tal definición es ¿qué pasa si los valores y normas de una sociedad dada son irracionales? ¿Puede la Salud Mental consistir en estar adaptado a tal irracionalidad? Confundir la moralidad con la racionalidad, diciendo que el respeto a los derechos humanos es racional cuando, de hecho, no es una cuestión de racionalidad sino más bien de moralidad. Violar estos valores es "irracional" o enfermedad mental. Aunque los practicantes de psiquiatría y de psicología "clínica" no lo admitirán, estas disciplinas tratan esencialmente de valores, valores ocultos bajo la manta de un lenguaje que hace que nos parezca que no son valores sino que se habla de promover la "salud".

A diferencia de las enfermedades físicas donde hay hechos físicos que tratar, la "enfermedad mental" es completamente una cuestión de valores, de lo correcto y lo equivocado, de lo apropiado y lo inapropiado.

Un ejemplo que se refiere a diferentes culturas es el del suicidio. En muchos países como Estados Unidos y la Gran Bretaña una persona que se suicida, que intente hacerlo o que piense seriamente en el suicidio es considerada mentalmente

enferma. Sin embargo, esto no siempre ha sido así en la historia, ni siquiera en toda cultura contemporánea. El mejor ejemplo de una sociedad donde el suicidio es aceptado socialmente es el Japón. En lugar de considerar el Hara-kiri como resultado de una enfermedad mental, en algunas circunstancias los japoneses lo consideran normal y aceptable, como cuando salvaguardan su honor o si un japonés es humillado por algún fracaso. ¿No se realizan actos virtualmente suicidas para salvar a otros soldados o al propio país durante guerras, y no se les considera enfermedad sino valentía? Parece que condenamos (o "diagnosticamos") a los suicidas como locos o enfermos sólo cuando terminan sus vidas por razones egoístas (como "¡Es que ya no puedo más!") más bien que cuando benefician a otros. El punto en cuestión parece ser éste y no el suicidio. Entonces, la "enfermedad mental" es simplemente el desviarse de lo que la gente quiere o espera en una sociedad en particular.

Pero, cuando esas conductas o formas de ser diferentes, involucra violar los derechos de otros, el no acatar las normas o valores sociales debe detenerse por medio de la ley. Pero el llamarle a una conducta que no nos gusta "enfermedad", o el suponer que debe estar causada por una enfermedad sólo porque es inaceptable para los valores actuales, carece de sentido. Nosotros le llamamos así porque no conocemos las verdaderas razones del pensamiento, emociones o conducta que nos desagradan. Cuando no entendemos estas razones, creamos mitos para dar una explicación. En siglos anteriores la gente usó mitos como espíritus malignos o posesiones demoníacas para explicar un pensamiento o conducta inaceptables.

Actualmente la mayoría de nosotros creemos en el mito de la enfermedad mental, "creer el mito es más reconfortante que reconocer nuestra ignorancia". En lugar de ayudarnos a entender cómo tratar a gente con problemas, o a gente problemática, el mito de la enfermedad mental nos distrae de los problemas reales que requieren enfrentarse. En vez de estar causados por "desequilibrios químicos" u otros problema biológicos, el desacato a las normas y las reacciones emocionales que llamamos enfermedades mentales, son el resultado de dificultades que la gente tiene para satisfacer sus necesidades, y también tal conducta es resultado de lo que esta

gente ha aprendido en sus vidas. La solución es enseñarle a la gente cómo satisfacer sus necesidades, cómo comportarse y usar cualquier posición que tengan en la sociedad para forzar a otros a respetar sus derechos. Éste es un trabajo de educación y de vigencia de la ley, no de medicina o de terapias exclusivamente”.

• LA INCERTIDUMBRE, UNA CONSTANTE EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Lo transcrito en los párrafos anteriores induce a reflexionar sobre lo inacabado que está aún el campo de la salud mental; todas éstas opiniones diferentes sobre lo que es la enfermedad mental, si existe o no enfermedad mental, y desde allí el como tratarla, parecerían ser el fundamento de la incertidumbre que aqueja a los que están relacionados con éste campo de la salud, no solo me refiero a los

pacientes y sus familias sino también a los profesionales que intervienen en él. El médico psiquiatra toma un marco teórico desde el cual explica lo que ve y desde él medica o no, según su orientación. Los profesionales no médicos nos vemos subordinados a su orientación, por ejemplo desde el Trabajo Social, uno puede intervenir pero no cuestionar o revisar las indicaciones del médico, porque no es nuestro campo de saber. Se puede trabajar con gente afectada pero siempre en los aspectos inherentes al campo del Trabajo Social y por lo general dependiendo del médico tratante que es quién indica la medicación, cuales son los pacientes que están en condiciones de ser dados de alta, si estaban internados, en los que hacen tratamiento ambulatorio indicará si están lo suficientemente compensados para trabajar con ellos el afuera. Dependemos de ellos para trabajar con la familia las cuestiones que hacen a los síntomas de la enfermedad que padecen y de los posibles efectos adversos de la medicación para tratar de mejorar sus ámbitos de convivencia y socialización. Esto es así porque todas las personas tratadas en un servicio de Salud Mental, no poseen las mismas manifestaciones con respecto a la enfermedad y además de acuerdo a la medicación y la respuesta hacia ella hay marcadas diferencias en los aspectos a trabajar, como así también son diferentes los mecanismos de afrontamiento implementados por cada persona afectada y su grupo familiar. Cabe aclarar que, cuando hago referencia a la dependencia hacia el médico psiquiatra, no me refiero a depender profesionalmente de él en nuestro quehacer, sino que, de acuerdo a su orientación se podrá trabajar interdisciplinariamente o no. Hay muchos médicos que todavía no tienen

internalizado el trabajo interdisciplinario, continúan con una visión hegemónica y ven a los otros profesionales como simples ayudantes en tareas que ellos consideran menores o de relativa importancia. Por lo general se manejan con un idioma indicativo hacia otros profesionales en lugar de hacerlo desde la interconsulta o desde la cooperación entre saberes diferentes.

Aquí vuelve a ser pertinente hacer hincapié en el trabajo interdisciplinario como herramienta fundamental para diseñar un abordaje integral, porque sin conocer todos los elementos constitutivos de cada situación particular y sin la cooperación inteligente entre los distintos saberes profesionales para abordar específicamente desde cada profesión las distintas cuestiones que se entremezclan en el campo de la Salud Mental con un objetivo compartido, es muy probable que las acciones que se planifiquen sin tenerlas en cuenta complejisen aún más los conflictos inherentes a cada una de ellas, desperdiciando recursos y prolongando innecesariamente el sufrimiento en el paciente y su grupo familiar .

DESCRIPCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS QUE SE ATIENDEN EN EL

CAMPO DE LA SALUD MENTAL

De acuerdo a lo referido en los párrafos anteriores, probada o no la existencia de la enfermedad mental, probado o no si tiene un origen biológico, lo cierto es que el campo de la psiquiatría tiene miles de personas que acuden a él, ya sea por iniciativa propia o por decisión de allegados que no saben que hacer frente a un comportamiento diferente, frente a algo que los desestructura. Frente a conductas que no resultan previsibles según comportamientos que creemos correctos de acuerdo a nuestros aprendizajes. Me refiero a que si bien, hay una cantidad de personas con problemas reflejados en su actuar cotidiano que no resultan acordes a lo que se espera de ellos teniendo en cuenta los roles que desempeñan socialmente, no todas pueden ser atribuidas a patologías de origen biológico, sino que hay una gran cantidad de ellas que podrían encuadrarse en defasajes entre necesidad y modo particular implementado para la satisfacción de esa necesidad.

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

Para Henri Ey¹⁷, las enfermedades mentales no son entidades anatómo-clínicas, sino formas de existencia o de conciencia patológicas que se distinguen y definen por su fisonomía clínica en su estructura y evolución y afirma que se debe distinguir primero entre enfermedades mentales agudas y enfermedades mentales crónicas. Aclarando que ésta distinción no supone una oposición entre formas curables o incurables, ya que ciertas formas agudas son rebeldes a las terapéuticas mientras que algunas formas crónicas pueden evolucionar favorablemente con el tratamiento.

Henri Ey, define a la enfermedad mental aguda como: “crisis, accesos o episodios más o menos largos, que pueden reproducirse, pero que presentan una natural tendencia a la remisión. En tanto que la enfermedad mental crónica presenta una evolución espontánea continua o progresiva que altera de manera persistente la actividad psíquica.”¹⁸

A continuación se ofrece un cuadro de clasificación de las enfermedades mentales basado en el citado autor:¹⁹

¹⁷ Ey, Henri, Bernard, P, Brisset, Ch. “Tratado de Psiquiatría”. Ed. Toray-Masson. 8ª edición. España. 1998.

¹⁸ Ey, Enri. Op. Cit. Pág. 199 y 200.

¹⁹ Ey, Henri. Op Cit. Pág. 202.

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

La clasificación del cuadro precedente se refiere a las enfermedades mentales en general, pero también, es necesario mencionar que hay enfermedades mentales de origen biológico conocido y que dentro de ellas también pueden encontrarse procesos agudos y procesos crónicos. Algunas de los procesos mencionados son los siguientes:

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

De todos modos, el leer la clasificación de las enfermedades, no proporciona una verdadera dimensión sobre las implicancias que tiene para el paciente y su entorno el convivir con una enfermedad mental, más adelante en donde se describen los problemas más frecuentes en el campo de la salud mental se podrán ver algunos de ellos y que son los que deben atenderse para lograr que la enfermedad mental no sea una carga o estigma para el paciente y su grupo familiar.

Dentro de las enfermedades mentales, la esquizofrenia y los trastornos anímicos mayores son los que se presentan con características de crónicos y algunos autores como Liberman²⁰ han definido al enfermo mental crónico como aquella persona que presenta un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno anímico mayor que tiene dependencia económica externa (familias, asistencia social, etc.).

Para definir al enfermo mental crónico establece tres niveles:

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

De acuerdo a lo sostenido en ésta tesis, sobre que el padecimiento psíquico trasciende los límites de psiquiatría, es que se puede aseverar que el obstáculo más grande que presentan éstas patologías se dan en el ámbito socio familiar, ya que en la relación del paciente con el medio influyen la aceptación de la enfermedad por parte de la familia y la sociedad. Es sumamente importante la forma en que actúan

²⁰ Bruno, Mónica y Gabay, Pablo. "Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves". Pág. 40. Ed. Polemos. Argentina. 2003.

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

OTRAS PROFESIONES QUE INTERVIENEN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Si bien se le da una mayor importancia a la psiquiatría dentro de éste campo, hay otras profesiones que trabajan para la prevención, el restablecimiento y/o mantenimiento de la salud mental de las personas usuarias de los servicios que la atienden.

Sin hacer una descripción exhaustiva voy a nombrar y describir someramente otras disciplinas que intervienen en éste campo.

- a) La psicología: es la ciencia del hombre que tiene por objeto su vida de relación, es decir, la relación que lo liga como sujeto o persona a su mundo. En otros términos, se puede decir, que es la ciencia de las funciones, operaciones, comportamientos, ideas y sentimientos, cuyo desarrollo y organización constituyen las modalidades de su adaptación al medio físico, social y cultural en el que transcurre su existencia. La psicología se ocupa del diagnóstico y tratamiento de los conflictos surgidos en el ámbito mencionado, ya sea en forma individual o grupal.²¹ En general se la socia al psicoanálisis y a S. Freud, cuya tesis de trabajo admite un paro del desarrollo de la personalidad, que trata de hacer

²¹ Lic. Fernandez Sapino. Cátedra de Psicopatología de la carrera de licenciatura en Servicio Social de la UNMDP. Año 1999.

progresar mediante una experiencia de maduración y no de una tentativa de restauración. Toda la obra de Freud y lo que su escuela psicoanalítica ha desarrollado constituyen una teoría psicogenética de la neurosis.

En la teoría de Freud, hay dos puntos esenciales, uno que dice: el inconsciente representa un sistema de fuerzas afectivas reprimidas que no se manifiestan clínicamente sino por una distorsión simbólica de su sentido y otro punto que dice: el inconsciente está constituido por fuerzas instintivas (Ello) o represivas (Superyo) que, en el curso del primer desarrollo libidinal del niño, formaron sistemas afectivos. El conflicto de éstas fuerzas inconscientes con el Yo y la realidad es el que determina las enfermedades mentales. El Psicoanálisis constituye la teoría de la personalidad de Freud y un tipo de terapia que se denomina psicoanálisis.

Además del psicoanálisis hay otras corrientes terapéuticas dentro de la psicología que abren nuevas alternativas de tratamiento como ser la psicología de enfoque sistémico y la psicología cognoscitiva. Estas dos corrientes se diferencian del psicoanálisis abordando las dificultades del paciente en tratamiento desde una perspectiva superadora de los conflictos sin hacer hincapié en la historia sino apuntando a identificar los problemas actuales y aportar mecanismos de afrontamiento.

En particular, la psicoterapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado, de tiempo limitado y centrado en el “aquí y ahora”. El objetivo de las técnicas cognitivas es reconocer y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos dasadaptativos del paciente. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que “los conceptos y las conductas de un individuo están determinados, en gran medida, por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.”²²

- b) La terapia ocupacional: la terapia ocupacional debe su reconocimiento como posibilidad terapéutica para los pacientes psiquiátricos al Dr. P. Pinel, quien organizó programas de actividades para los internados en el Asilo de la Salpêtrière de París en 1879. Esta organización de la terapia ocupacional sirvió como modelo para las instituciones psiquiátricas del mundo y originó la necesidad de formar profesionales idóneos que pudieran aplicarla a todo tipo de pacientes. En EE.UU. se comenzó a formar profesionales a principios del siglo XX. En la Argentina se comenzaron a implementar actividades para los pacientes psiquiátricos hacia 1870. El Dr. D. Cabred reconoció los beneficios de la actividad para los pacientes y la denominó

²² Fernández Bruno , Mónica y Gabay, Pablo M.” Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves.”Ed. Polemos. Argentina.2003. Pág.91.

“praxiterapia”. En 1959 se crea la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional en el Ministerio de Salud de la Nación. Se considera a la Terapia Ocupacional como “el arte y la ciencia de analizar e instrumentar las ocupaciones del hombre para tratar su salud”. Las funciones que cumple son: colaborar en la prevención primaria, secundaria y terciaria de la salud. Promover el bienestar general previniendo aquellos factores que facilitan las enfermedades.

Los medios terapéuticos reconocidos para el ejercicio profesional son:

-Las ocupaciones: se clasifican en automantenimiento, de productividad y de esparcimiento.

-La comunicación: implica el manejo de códigos para interactuar con el paciente y durante el proceso de la terapia ocupacional la comunicación se facilita por medio de las ocupaciones.

-El ambiente: éste constituye el lugar que se elige para el abordaje en terapia ocupacional y contempla características físicas, psicológicas y sociales, las que son tenidas en cuenta para el logro de los objetivos a alcanzar con cada paciente.

-Las técnicas y metodologías: son las acciones para establecer el período de atención, la frecuencia, la intensidad y los modelos que comprende el abordaje del caso.

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

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

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

- d) La abogacía: éstos profesionales, por lo general, toman contacto con los pacientes de Salud Mental a través de las instituciones que

desempeñan funciones de defensoría, asesoría, fiscalía, curaduría, juzgados y tribunales. También pueden hacerlo desde el ámbito privado en el caso de que el paciente o la familia requiera sus servicios. Más adelante, en el apartado Instituciones que intervienen en Salud Mental, se podrá ver que funciones desempeñan éstos profesionales desde el Poder Judicial.

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

LA FAMILIA

Al hablar de la familia, no es mi intención realizar un análisis de su historia o de su estructura, sino repasar algunos conceptos importantes. Siempre escuchamos decir que la familia es la unidad básica de toda sociedad y que como tal se constituye en un fenómeno universal. Hubo familias en la antigüedad y las hay en la actualidad, desarrollándose de acuerdo a las culturas imperantes en cada momento y en cada lugar del mundo.

Sabemos que históricamente su organización fue del estilo patriarcal, es decir dominada por el hombre, al menos en la mayoría de las culturas. Esto comenzó a cambiar con la revolución industrial y la urbanización, lo que trajo aparejado cambios en la estructura familiar y en los modos de vida.

Con la aparición del trabajo en las grandes ciudades se disolvieron numerosas familias extensas al tiempo en que el régimen patriarcal se fue desdibujando.

Ya el rol de la mujer y del hombre no fue tan estricto dentro de la familia, la mujer accedió a trabajos remunerados fuera de la casa y a la vez el hombre fue teniendo más participación en las tareas hogareñas.

La familia a sufrido y sigue sufriendo transformaciones en la actualidad, trata de adaptarse a los cambios vertiginosos de la vida moderna y debido a ello es que no se puede hablar de un modelo familiar único y tampoco de un solo sistema de valores. Estos cambios varían de acuerdo al lugar del mundo en que habita, pero

hay ciertos rasgos comunes en ellas que pueden reconocerse como consecuencia de las nuevas reglas de la sociedad actual. Algunos de esos rasgos comunes son:

- Familias nucleares reducidas, se llama así a las familias compuestas por dos generaciones, padres e hijos que viven juntos. Se considera que son adecuadas para la vida urbana porque no necesitan de grandes viviendas, pero a la vez el número reducido de sus componentes las hace más vulnerables a las presiones tanto internas como externas.
- Mayor longevidad de sus miembros.
- Transformación de las relaciones dentro de la familia debido al cambio de valores.
- Aumento de la cohabitación sin formalizar el matrimonio.
- Aumento del divorcio o separación.
- Gran cantidad de familias uniparentales encabezadas por la mujer, se forma por lo general por fallecimiento de uno de los cónyuges, divorcio, separación o abandono, madres solteras. Comúnmente hay diferencias en el nivel económico, pero suelen tener recursos más limitados que las familias donde hay padre y madre.
- Aparición de familias reorganizadas, sea cual sea la estructura de base de una familia, ésta puede reorganizarse por motivo de matrimonio, matrimonios sucesivos o cohabitación de personas que han tenido hijos con otras parejas. Así aparecen nuevos parentescos en la familia

original como son los hermanastros, abuelastros y otros parientes no biológicos.

- Familias compuestas, por lo general está formada por tres generaciones, abuelos, padres e hijos.²³

• **DEFINICIÓN DE FAMILIA:**

Aún, sin establecer un modelo de familia, se puede definirla como “una unidad bio-psico-social con leyes y dinámica propias, que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones y variaciones sin perder la identidad como grupo primario de organización social, a través de la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que la rodea”.²⁴

Para nuestra realidad, Eroles²⁵ define los siguientes tipos de familia:

- -Familia nuclear: es en la que conviven dos generaciones, padres e hijos.
- -Familia consensual o de hecho: se caracteriza por el vínculo estable de una pareja que no ha sido legalizado por el matrimonio.
- -Familia con vínculo jurídico y/o religioso: aquí la pareja solemniza su unión ya sea por motivos formales o religiosos.
- -Familia monoparental: aquí es sólo uno de los padres el que convive con los hijos.

²³ Forms and Functions, Occasional series, n 2, Naciones Unidas, Viena 1993. Apunte de Cátedra de Sociología de la Familia de la carrera de Licenciatura en Servicio Social. 1997.

²⁴ Eroles, C. “Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional”. Ed. Espacio. Argentina. 1998. Pág 140.

- -Familia ampliada o extensa: se caracteriza por la convivencia de tres generaciones y a veces la presencia de otros familiares que comparten la vivienda familiar.
- -Familia ampliada modificada: aquí las relaciones entre sus miembros tienden a un comportamiento clínico y no hay convivencia.
- -Familia reconstituida o ensamblada con o sin convivencia de los hijos de distintas uniones: aquí se da la unión de una pareja en la que uno o ambos integrantes ha tenido experiencias matrimoniales anteriores.
- -Familia separada: está formada por padres separados que siguen siendo familia a través del vínculo con los hijos.
- -Grupos familiares de crianza: se da cuando hay situaciones de adopción o abuelos que se hacen cargo de los nietos.
- -Familiarización de amigos: se reconoce cuando existe una relación estrecha que califica como de amigos entrañables.
- -Uniones libres carentes de estabilidad y formalidad: en estos casos el autor considera que no estarían encuadradas dentro de lo que llamamos vínculos familiares.

Más allá de las variaciones que sufra la familia, en su seno se tejen relaciones de interacción, de comunicación y de poder, cada familia se constituye como puede, ya no es un producto ideal sino que es un producto real, con logros y frustraciones.

²⁵ Eroles, C. Op. Cit. Pág. 148.

Además hay aspectos que no han cambiado en el tiempo, sigue teniendo a su cargo el papel central en la construcción de la identidad y de subjetividad como espacio de socialización primaria.

• **ROLES DENTRO DEL SENO FAMILIAR**

En la actualidad, los roles que se desempeñan en el seno familiar son diferentes de lo que han sido históricamente. El trabajo de los miembros de la familia fuera del ámbito familiar y el trabajo de la mujer en el ámbito público han llevado a una redistribución de las responsabilidades dentro del seno familiar.

Las funciones que antes eran sólo ejercidas por la mujer en el hogar, ahora pueden estar a cargo tanto del padre como por alguno de los hijos en colaboración para sostener la unidad familiar.

Las funciones familiares pueden caracterizarse según Eroles²⁶ de la siguiente forma:

- Función materna: nace de la necesidad de la mujer de realizarse como madre. Ella será la encargada de las funciones nutricionales, de proporcionar los cuidados concernientes al recién nacido, velar por el crecimiento y bienestar físico y afectivo de los hijos. Aquí la mujer es generalmente incondicional y valora más la felicidad que el rendimiento.
- Función paterna: el hombre reconoce a su hijo y su propia paternidad a través de la asignación del nombre. En general asume una función

discriminadora destinada a proporcionar los medios económicos para sostener a la familia. Su pensamiento se conecta con la necesidad de brindar seguridad económica y a través de ella, un buen futuro para sus hijos.

- Función filial: ésta función le permite a la familia la proyección de futuro. En esa misma proyección, muchas veces sus integrantes buscan nuevas ideas, rompen con lo establecido, tejen estrategias y se encaminan hacia sus propias metas.

Lo anterior es sólo una descripción de los roles que básicamente se desempeñan en la familia. Sabemos que más allá de ellos, lo que realmente funciona es que la familia se organice de acuerdo a sus necesidades y sus posibilidades. Ninguna estructura debe ser aplicada por el sólo hecho de serlo, sino que cada familia elegirá la forma más adecuada de intercambiar los roles y de adaptarlos a sus circunstancias.

- **DIFERENTES MOMENTOS EN LA VIDA FAMILIAR**

Aún con diferentes organizaciones familiares, todas las familias pasan por ciclos vitales que están determinados por un hecho crítico.

La denominación de ciclo vital comienza a utilizarse hacia 1970, para ello se tienen en cuenta dos ejes de análisis:

- Eje vertical: a través de él se transmiten en forma vertical los modelos de relación y funcionamiento familiar de generación en generación.

²⁶ Eroles, C. Op. Cit. Pág. 140

- Eje horizontal: tiene en cuenta las situaciones estresantes por las que pasa la familia a través del tiempo y las adaptaciones que realiza en cada etapa.

Las etapas por las que atraviesa la familia pueden ser descriptas a partir de lo conceptualizado por la Lic. Valsachi²⁷:

- 1) Etapa de formación de la pareja: aquí el hecho crítico lo constituye el matrimonio o la unión en convivencia estable de una pareja. Esta etapa se caracteriza por la definición del límite de la sociedad conyugal, con institución de nuevas reglas hasta la separación de las familias de origen.
- 2) Etapa de la familia con hijos: el hecho crítico está definido por el nacimiento de los hijos y que producen un cambio en las reglas tanto internas como externas.
- 3) Etapa de la familia con hijos adolescentes: el hecho crítico lo constituye la adolescencia de los hijos. En general aquí se da un mayor compromiso de la pareja en pos de la independencia a la que van arribando los hijos, es una etapa en la que se dan conflictos generados por la necesidad de los hijos de diferenciarse de sus padres. También suele darse un acercamiento de la pareja a la primera generación que ha entrado en la tercera edad y que puede requerir acompañamiento de diferentes formas.

²⁷ Valsachi, B. Apunte de cátedra de Sociología de la Familia de la licenciatura en Servicio Social. UNMDP. 1998.

- 4) Etapa de la familia trampolín: la partida del hogar de los hijos es el hecho crítico que se da en ésta etapa. Entran en escena los yernos o nueras configurando una nueva realidad familiar en la que los roles son redefinidos.
- 5) Etapa de la familia en edad avanzada: en ésta etapa hay varios hechos críticos que pueden darse: la jubilación, la muerte y la migración. El hecho de que alguno de los cónyuges se jubile trae aparejada una negociación de las reglas internas y una redefinición de roles, deberes y espacios individuales. Pueden surgir enfermedades con deterioro progresivo que necesiten de un apoyo por parte de los hijos.

Las etapas anteriores son, en general, por las que atraviesan las familias, podría decirse que cada familia tiene sus propias reglas de vida y sus propias estrategias de afrontamiento para cada etapa crítica, pero toda familia al constituirse tiene proyectos y sueños a realizar. Toda pareja que se casa o que decide una convivencia, en algún momento se plantea tener un hijo, realizarse en el hacer a través de una profesión u oficio, alcanzar una estabilidad económica o concretar algún tipo de proyecto. Culturalmente seguimos, con algunas modificaciones, con la idea de formar una familia, nos preparamos para seguir los pasos adecuados y vamos adaptándonos para alcanzar ese objetivo, nos parece natural que el proceso sea el de las etapas descritas por la Lic. Valsachi, tener hijos verlos crecer, verlos realizarse, disfrutar de los nietos, etc., pero a veces

sucedan eventos críticos desestructurantes que interrumpen nuestros proyectos. Eroles²⁸ habla de evento crítico desestructurante cuando existe una situación límite, una circunstancia sobreviniente que modifica abruptamente las condiciones de vida del ámbito familiar, dificultando el desarrollo del proyecto vital.

Cuando una familia entra en crisis, sus normas y códigos no son suficientes para desempeñar sus funciones básicas. En consecuencia, se pueden observar aspectos específicos que definen la crisis familiar tales como: incapacidad para cumplir con las tareas habituales, incapacidad para tomar decisiones acertadas y solucionar los problemas que se presentan y aflora también la incapacidad para cuidarse unos a otros.

Dada la temática de ésta tesis me parece fundamental definir aquí a la enfermedad mental como evento crítico desestructurante.

La enfermedad mental, en su gran mayoría se presenta con características crónicas. Entendiendo la enfermedad crónica como la presencia irreversible, con posibilidad de agravamiento o con períodos de latencia de enfermedad que muchas veces impide el desarrollo normal de la vida cotidiana.

La enfermedad mental compromete a la persona afectada y a su entorno, ejerciendo impacto en el sistema familiar principalmente. En éstas situaciones, es importante que el trabajador social conozca los aspectos relevantes de la patología con la que trata a fin realizar una intervención especializada con el objetivo de

²⁸ Eroles, C. y Equipo. "Familia: Conflictos y Desafíos. Manual de Prevención y Orientación Familiar". Ed. Espacio. Argentina. Año 2000.

ayudar y apoyar la reorganización del grupo familiar, que es el que va a operar como sostén en el tratamiento y rehabilitación de su pariente enfermo.

• **EL TRABAJO CON LA FAMILIA**

En todas las cuestiones que atañen a la familia, más allá de los cambios o del tipo de grupo familiar con el que se interviene, resulta más útil acceder al conocimiento particular del grupo tratado, acceder a la significación y representación de los vínculos existentes en su seno, detectar las relaciones saludables para reforzarlas, reconocer los aspectos positivos de esa familia, visualizar los recursos con que cuenta, cuales son sus limitaciones o debilidades para poder ayudarla a salir de situaciones críticas que han causado la intervención de un profesional.

Una cosa es hablar en sentido genérico sobre la crisis de la familia como institución y otra muy diferente es abordar una situación familiar crítica, muchas familias pasan por crisis que pueden resolver por sí mismas, pero cuando ésta situación provoca desbordes y tiende a perpetuarse en el tiempo amenazando su estabilidad, la intervención profesional debe propender a preservar el ámbito familiar, desarrollarlo y revitalizarlo especialmente en su función integradora y solidaria, sin caer en la posición de juzgarla o sentenciarla como responsable de

sus conflictos para evitar la descompensación que están sufriendo sus miembros, en un momento en que pelagra la integración del lazo social.²⁹

La perspectiva de la familia como unidad o célula básica de la sociedad, la coloca muchas veces en la soledad y responsabilidad por el funcionamiento de todos sus integrantes, olvidando que las condiciones socio-económicas impactan directamente en su seno y que la obligan a soportar tensiones y conflictos que están más allá de la voluntad de sus miembros y de los recursos que naturalmente tienen para afrontarlos.

Para Liliana Barg “el trabajo con familias hoy no puede estar escindido del análisis coyuntural que vivimos como nación. No puede ni debe ser un trabajo solitario, de un profesional aislado, por la complejidad de los fenómenos sociales actuales. Para comprender el sufrimiento y para visualizar posibles salidas creativas a la crisis, hay que predisponerse con una mentalidad abierta a comprender la realidad social actual, intercambiar ideas con otros profesionales o miembros de los equipos de trabajo, discutir teorías, compartir técnicas y metodologías, favorecer los encuentros de grupos de familias, volviendo a las raíces que permitan fortalecer la consolidación familiar, y de ellos con otros grupos de la sociedad, avanzando en el necesario proceso de integración social, que es la única salida que tiene nuestra sociedad.”³⁰

²⁹ Barg, Liliana. “Los vínculos familiares. Reflexiones desde la práctica profesional.” Cap. II. 1º ed. Ed. Espacio. Argentina. 2003.

INSTITUCIONES QUE INTERVIENEN EN EL CAMPO

DE LA SALUD MENTAL

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

- **EL PODER JUDICIAL**

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

Dicho Departamento Judicial estará integrado de siguiente forma:

- 1 Cámara de Apelación en lo Civil y Comercial.
- 1 Cámara de Apelación y de garantías en lo Penal.
- 14 Juzgados de Primera Instancia en lo Civil y comercial.
- 3 Juzgados de Garantías.
- 4 Juzgados en lo Correccional.

³⁰ Barg, Liliana. Op. Cit. Cap. II.

- 1 juzgado de ejecución.
- 4 Tribunales en lo Criminal.
- 1 Tribunal de Familia.
- 3 Tribunales de Menores.
- 1 Registro Público de Comercio.

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

- 1 Fiscal de Cámaras Departamental.
- 2 Adjuntos de Fiscal de Cámaras.
- 10 Agentes Fiscales.
- 16 Adjuntos de Agente Fiscal.
- 1 Defensor General Departamental.
- 7 Defensores Oficiales, 4 de ellos para lo Criminal y Correccional y 3 para los fueros Civil y Comercial y de Familia.
- 7 adjuntos de Defensor Oficial.
- 2 Asesores de Incapaces.
- 1 Asesor de Incapaces con actuación ante tribunal de Menores.

La mayoría de éstos funcionarios son abogados, aunque también en muy menor cantidad hay Asistentes Sociales y Psicólogos.

Algunas de las funciones de éstos organismos

En relación a Salud Mental, voy a describir algunas de las intervenciones que realizan específicamente con personas relacionadas con éste campo:

Según la ley 11.453, cuando mediante la policía se disponga la internación de una persona en un centro neuropsiquiátrico, deberá comunicarlo dentro de las 24Hs. al Juez o Tribunal pertinente y dentro del primer día hábil de efectuada la comunicación anterior, al Director del establecimiento donde se hubiere producido la internación, el Tribunal y Consejero de Familia o Juzgado y secretaría, y defensoría de pobres y Ausentes a quienes corresponda conocer el caso.

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

En los casos en que intervinieren Tribunales colegiados de Instancia Única del Fuero de Familia, además el Juez de Trámite dará inmediata intervención al Consejero de Familia a los fines de que realice las investigaciones correspondientes.

Si a juicio del establecimiento en que se encuentra la persona internada, ésta cumpliría con los requisitos para ser externada, comunicará tal hecho al Juez interviniente, si el juez dentro de las cuarenta y ocho horas no manifiesta oposición, se procederá a la externación provisoria hasta que el juez decida en definitiva. El certificado de externación deberá llevar la firma del director del nosocomio y de dos médicos responsables del mismo instituto.

En éstos casos es obligación del Defensor de Pobres y Ausentes hacer llegar éste oficio a la dirección del nosocomio.

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

Según el Art. 21 de la ley 12.061 corresponde al Defensor oficial:

-Asesorar, representar y defender a las personas que carezcan de recursos suficientes para hacer valer sus derechos en juicio.

-En los fueros criminal, correccional y de Faltas, intervenir en cualquier estado del proceso en defensa del imputado que carezca de defensor particular.

-Representar a las personas ausentes citadas a juicio.

-Impartir instrucciones generales y particulares.

-Intentar acuerdos en su despacho cuando lo estime pertinente, a cuyo fin están facultadas para citar a las partes, celebrar acuerdos judiciales o extrajudiciales y tramitar homologaciones, resguardando el derecho de defensa.

En el art. 22 de la mencionada ley dice:

-Se garantizará la comunicación reservada con los asistidos o representados, evitando conflictos de interés y violación del secreto profesional.

-Tomará en consideración la versión de los hechos de su defendido, debiendo buscar la solución del caso más beneficiosa para su asistido o representado.

-No podrá obligar al asistido a la elección de alternativas p procedimientos que deban depender de un acto libre de la voluntad de éste.

-En el caso de la defensa penal se controlará la investigación penal preparatoria debiendo mantenerse siempre informado, Investigará de manera independiente, recolectando elementos de convicción para la defensa.

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

-Intervenir en todo asunto judicial o extrajudicial que interese a la persona o bienes de los incapaces, cuando las leyes lo dispongan, so pena de

nulidad de todo acto proceso que tuviere lugar sin su participación, sin perjuicio de quienes por acción u omisión, la hubieran impedido.

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

-Asistir al incapaz en toda audiencia ante los jueces de la causa, cuanto de cualquier otro magistrado que requiera su comparendo.

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

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

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

Según ley 5827, en el capítulo VI, incorporado por ley 11.453, en su art. 54 bis, dice: los Tribunales de Familia estarán integrados por 3 jueces y ejercerán su competencia en la materia que les atribuye el Código procesal Civil y Comercial. Cada Tribunal tendrá una Secretaría a su cargo.

En el art. 54 ter. dice que los Tribunales de Familia tendrán un Presidente que será Juez de Trámite, un Vicepresidente y un Vocal. La Presidencia será ejercida rotativamente en forma anual, comenzándose por el Juez más antiguo en la función y en caso de igual antigüedad por el de mayor edad.

Tribunal de Familia: en el caso de Mar del Plata, el Tribunal de Familia comenzó sus funciones en Mayo de 2002, y en lo concerniente a Salud Mental, recibe las denuncias de internación y externación de pacientes del ámbito público y privado. Esta compuesto por tres juezas y un equipo técnico conformado por médicos psiquiatras, asistentes sociales, abogados y psicólogos. Su función es la de garantizar que se cumplan los derechos de los pacientes con los que interviene ante las instituciones tratantes y ante el grupo familiar.

- **CURADURÍA ZONAL GENERAL DE ALIENADOS:**

Es un organismo del Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires que fue creado en el año 1978 por acuerdo de la Suprema Corte Provincial por la Acordada N° 1799. Actualmente dos Acordadas del año 1989 que introdujeron modificaciones son las que rigen su funcionamiento. Por ésta normativa se crean las Curadurías Oficiales Zonales que cumplen sus funciones específicas en varios departamentos judiciales entre los que se encuentra la de Mar del Plata. La Curaduría Zonal de Mar del Plata tiene

como ámbito de sus actividades a los departamentos judiciales de Mar del Plata, Dolores y Necochea.

Su planta funcional está compuesta por:

- Un Curador Oficial (abogado)
- Un Abogado Adscripto
- Dos Peritos (Asistentes Sociales)
- Un Contador
- Tres empleados administrativos
- Un maestranza.

Las funciones asignadas a la Curaduría son:

-De representación: representa a aquellas personas que no habiendo sido declaradas insanas, no cuentan con familiares en condiciones de asumir el rol de curador y que a su vez carecen de recursos para contratar un abogado particular.

-De asistencia: asiste a personas con padecimiento psíquico que han cometido algún delito y que son sobreseídas en razón de su enfermedad por inimputabilidad. (art. 34 CPP)

-También se ocupa del pago y control de los subsidios por externación otorgados por la ley 10.315

Algunos de sus objetivos son:

-Velar por el cumplimiento de los derechos humanos en los períodos de internación y externación.

-Activar todos aquellos derechos que asisten a éstas personas en la legislación vigente haciendo hincapié en la protección de la salud, de sus bienes, de la identidad y bienestar de sus hijos.

-Centrar la tarea socio-asistencial en la interfase entre lo jurídico, lo médico y lo social poniendo énfasis en el causante como ser persona.

-Considerar la internación como método terapéutico.

-Evitar las internaciones por problemas sociales.

-Vehiculizar externaciones oportunas.

-Instrumentar alternativas de tratamiento, dando prioridad a las capacidades conservadas.

-Trabajar sobre la calidad de vida de los asistidos y representados.

- **CENTRO DE PROMOCIÓN SOCIAL (C.P.S.)**

El C.P.S. comienza a funcionar el día 26 de agosto de 1997 en la calle Balcarce 5036 de ésta ciudad merced a un convenio firmado entre el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Allende” (HIGA), Cáritas Diocesana Mar del Plata y AIPE Asociación sin fines de lucro (asociación integradora de personas con padecimientos psíquicos) inscripta en personería jurídica con el N° 16.327, obrando las responsabilidades de cada una de las instituciones involucradas en el referido convenio.

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

-HIGA aporta recurso humano profesional mediante la designación de un psiquiatra, una asistente social, un enfermero, y los medicamentos como recurso material.

-Cáritas aporta el espacio físico en donde funciona el C.P.S., víveres secos y recurso humano voluntario para cocinar.

-AIPe aporta el siguiente recurso humano profesional: una asistente social, una psicóloga y una terapeuta ocupacional.

También funciona con recursos proporcionados por la comunidad como alimentos.

Las personas que asisten al C.P.S. son personas con padecimientos psíquicos que se encuentran bajo tratamiento ambulatorio, y son derivadas por el HIGA y otras instituciones como el Hospital Privado de Comunidad e instituciones municipales. En un principio asistieron 20 personas, número que se fue incrementando con el tiempo. La franja etárea de las mismas va de 22 a 65 años, ambos sexos y entre ellas hay personas casadas, separadas, viudas y solteras con o sin hijos. Todos están no sólo desocupados (entendiéndose por éste término al hecho de no estar en relación de dependencia laboral) sino también con un cierto grado de aislamiento social.

El C.P.S. funciona de lunes a viernes en el horario de 8:00 hs. a 14:00 hs. , tiempo en el cual las personas junto con el equipo de profesionales realizan actividades correspondientes a un cronograma; reciben sus medicamentos y almuerzan.

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

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

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

PARTE II
ASPECTOS
LOCALES

ASPECTOS LOCALES

DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE **SALUD MENTAL DEL HIGA DE** **MAR DEL PLATA**

- **EL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS**
DR. OSCAR ALENDE (HIGA)

Antes de describir el servicio de salud mental es importante saber que el Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Alende, depende del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires y que abarca la Región Sanitaria VIII, que está constituida por 16 partidos, Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Madariaga, Gral. Lavalle, Gral. Pueyrredón, La Costa, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell, comprendiendo un total de 1.087.745 habitantes de los cuales 621.941 pertenecen a Gral. Pueyrredón y el 94 % de estos a la ciudad de Mar del Plata. Es Cabecera de distrito y Hospital de Referencia de la Región VIII.

Está clasificado como nosocomio de complejidad 8, la que responde a los que cuentan con amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas, apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que se encuentran en centro urbanos y que a menudo se constituyen en centros de docencia universitaria. Cubren especialidades que les permite resolver por sí mismos la mayor parte de los problemas médicos y actúan como nivel de derivación regional.

Los requisitos para acceder a la atención son ser mayor de 15 años y padecer patología aguda.

Tiene como objetivos brindar asistencia en el momento agudo de la enfermedad (social y sanitaria) y la formación profesional por medio de pasantías, residencias y concurrencias.

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

Los recursos humanos son: médicos y demás profesionales de la salud escalafonados, interinos, residentes, concurrentes becarios, en comisión y contratados.

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

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

Actualmente, mediante la disposición judicial dictada en el 2002, se encuentra en funcionamiento un Consejo de Administración conformado por miembros de la comunidad de Mar del Plata, quienes ad-honorem concurren a la institución para propiciar un mejor servicio de salud que llegue a toda la población de manera óptima.

- **El servicio de Salud Mental del HIGA de Mar del Plata**

El servicio de salud mental del HIGA, funcionó anteriormente en el 3° y 4° piso del hospital general hasta febrero de 1998, en que se inaugura el lugar que ocupa actualmente, situado frente a la guardia y que está destinado exclusivamente para salud mental a pesar de no haber sido diseñado especialmente para ello, ya que en un principio iba a ser destinado para geriatría.

Es un edificio bajo que cuenta con un sector de internación con capacidad de 46 camas destinadas a pacientes con patología psiquiátrica aguda, separadas en dos secciones para hombres y mujeres (23 camas para cada uno), a su vez cada sector tiene previsto un lugar con 4 camas para aislamiento de pacientes psicóticos agudos que presenten enfermedades infectocontagiosas como por ejemplo HIV.

Posee además 7 consultorios externos para la atención de pacientes ambulatorios en tratamiento, para evaluaciones y para entrevistas con familiares.

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

El hospital de día: funciona de lunes a viernes de 8.00 Hs. a 15.00 Hs., allí las personas que concurren desayunan, almuerzan, reciben la medicación indicada

por el médico y realizan diferentes actividades. La dirección del hospital de día está a cargo de un médico psiquiatra concurrente, cuenta con una enfermera afectada exclusivamente a éste servicio, una terapeuta ocupacional y dos psicólogos, también han prestado colaboración pasantes de servicio social, estudiantes de psicología y otras personas de la comunidad que pudieran aportar apoyo en algunas de las actividades programadas dentro del esquema diseñado para la rehabilitación psicosocial de los pacientes.

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

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

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

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

-Taller de radio.

-Taller de teatro.

-Taller de ritmos latinos.

-Proyecto de huerta.

-Taller de caminata.

-Proyecto de elaboración y venta de café dentro de las instalaciones del hospital.

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

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

La guardia está a cargo de un médico psiquiatra y residentes todos los días durante las 24 horas excepto dos días por no contar con médicos suficientes para la cobertura de éste servicio.

Interconsultas: también se resuelven interconsultas solicitadas por médicos de otras especialidades como por ejemplo de cirugía, terapia intensiva, clínica médica, etc., tanto de consultorio externo como de internación.

Las personas que desempeñan sus funciones en éste servicio:

Los recursos humanos con que cuenta el servicio de salud mental del H.I.G.A. de Mar del Plata son los siguientes:

- Un jefe de servicio (Dr. Modad, quien se encuentra realizando los trámites para jubilarse)
- Una jefa de sala (Dra. Calderaro)
- Una jefa de internación (Lic. Briñon)
- Una médica de planta (Dra. Galicer)
- Un médico concurrente (coordinador de hospital de día)

-El servicio además cuenta con residentes para acceder a la especialidad en psiquiatría (sin instructor médico) y para psicología.

Los médicos residentes son 6 y los psicólogos residentes son 6

-Ocho psicólogos de planta.

-Tres psicólogos concurrentes.

-Tres terapeutas ocupacionales.

- Una Trabajadora Social, Lic. Rosana Volpe. A la fecha de terminar la pasantía de Servicio Social (Mayo de 2002) el servicio queda sin Trabajadora Social por la renuncia de la Lic. Volpe quien estaba afectada con exclusividad a éste sector, no habiéndose nombrado reemplazante para el puesto.

-Dos personas de enfermería por turno de 6 Hs. cada uno.

-Una empleada administrativa.

-Un personal de vigilancia.

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

Las personas que se atienden en el servicio

El Servicio de Salud Mental del HIGA atiende a personas que presenten patología psiquiátrica, mayores de 15 años, no contando con recursos para atender a personas que además presenten problemas de adicción. En los casos de patología dual, es decir personas que presentan trastornos

psiquiátricos y adicción se trata la parte psiquiátrica y se lo deriva para su tratamiento de adicción a un centro especializado.

Modalidad de atención

Básicamente se podría decir que existen dos modalidades de atención:

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

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

Los pacientes de consultorio externo, reciben la medicación prescrita por el médico en la farmacia del hospital en forma gratuita. Pero si bien esta debería ser la constante, en muchas ocasiones no hay medicación suficiente para todos o algún medicamento se encuentra en falta. Esta situación, que fue bastante común mientras realizaba mi pasantía por el servicio, ocasiona serios problemas para los médicos, los pacientes y los familiares. La mayoría de las personas no cuenta con dinero para comprarlos, por lo tanto vuelven al médico para pedirle que soluciones el problema, ante lo cual lo más que puede hacer el profesional es prescribir un sustituto, pero esto no es tan sencillo como cambiar de analgésico, ya que la mayoría de los pacientes deben sufrir efectos

adversos hasta adaptarse a la nueva medicación, en ocasiones deben volver para que la vuelvan a cambiar porque no solo no fue efectiva, sino que además provocó más sufrimiento.

En los consultorios externos también atienden los psicólogos, que lo hacen con turnos programados.

En general, los turnos están completos y se hace difícil seguir tomando pacientes por la falta de nombramientos de médicos psiquiatras para el servicio.

Cabe destacar que muchos pacientes concurren también sin turno a consultar a su médico ante imprevistos y en general se los atiende para resolver el motivo de consulta. También concurren los familiares a pedir asesoramiento o informes sobre la evolución de su familiar enfermo, lo que genera muchas veces defasajes en los tiempos de atención provocando que otros pacientes deban soportar largas esperas para ser atendidos. Esta situación se debe como se dijo, al número inadecuado de personal para resolver la gran cantidad de consultas que llegan al mencionado servicio y a la falta de un espacio previsto para el abordaje familiar.

En el consultorio externo se atienden entre 300 y 400 personas mensualmente. En ésta cifra se encuentran solo reflejadas las consultas resueltas con turno programado, pero como se dijo, existe otra gran

cantidad de pacientes que se atienden por demanda espontánea, lo cual no queda debidamente reflejado en las estadísticas.

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

Estos pacientes que no cuentan con familiares para contenerlos al momento del alta o bien, aún contando con ellos, éstos no pueden o no quieren hacerse cargo de la externación y cuidado del paciente por diferentes motivos, genera un trabajo interinstitucional en los que interviene la Defensoría Oficial, La Curaduría Zonal, juzgados, Instituciones de internación para crónicos, etc., demandando un esfuerzo administrativo que insume tiempo para los trabajadores del servicio de

Salud Mental, tiempo que se quita a la atención de los pacientes debido a que los profesionales deben abocarse a tareas netamente burocráticas.

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

Un elemento importante a tener en cuenta es que, en la ciudad de Mar del Plata, el HIGA, es el único lugar público para internación de pacientes psiquiátricos que no cuentan con obra social, además, algunas obras sociales o servicios de medicina prepagas sólo cubren una cantidad de días limitado de internación psiquiátrica por año, por lo tanto, una vez cubierto ese período, si no cuentan con recursos económicos suficientes para afrontar los gastos de internación, deben recurrir al hospital.

Durante la internación el hospital provee todo lo concerniente a hotelería y la medicación prescrita en forma gratuita, por lo tanto, los pacientes sociales y los que tienen obra social que no cubre internación psiquiátrica recargan los gastos del servicio.

DESEMPEÑO DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL

SERVICIO DE SALUD MENTAL

El trabajador social se inserta en el servicio de salud mental del HIGA de Mar del Plata, con los objetivos propios de la profesión y en atención a los objetivos del HIGA de Mar del Plata. Dentro de los objetivos del Servicio Social de éste hospital se pueden mencionar los siguientes:

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

El staff de Servicio Social, está compuesto por una jefa de servicio, Lic. Gabriela Re y las licenciadas: Lía Andividria, Rosana Volpe, María M. Re, María C. Vidart, Claudia Bértoli, María J. Ullua, Mónica Sánchez, Cristina

Telechea y Marta Martino quien está afectada al Centro de Promoción Social.

La Lic. Rosana Volpe, encargada del Servicio de Salud Mental y la jefa de Servicio Social Gabriela Re, se constituyeron en mis supervisoras de trabajo en campo. Al momento de terminar mi pasantía en el mencionado servicio, la Lic. Rosana Volpe renuncia a su puesto y pasa a desempeñar funciones de perito en el Tribunal de Familia de reciente formación en la ciudad de Mar del Plata.

• UN POCO DE HISTORIA SOBRE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SECTOR DE SALUD MENTAL DEL HIGA

Durante el año 1998 y a raíz de que la Trabajadora Social asignada al Servicio de Salud Mental se encontraba abocada desde hacía un año al Centro de Promoción Social (ver otras instituciones que intervienen en el campo de la salud mental) que es un centro de día al que asisten personas con padecimiento psíquico, desde Servicio Social se interviene en los casos de salud mental solo por interconsulta de otros profesionales o por demanda espontánea de pacientes o familiares. Esta modalidad de intervención era el resultado de la gran demanda de Trabajo Social en otros sectores del hospital y también por las diferencias teóricas y metodológicas que siempre existieron entre los profesionales de la psiquiatría y psicología con respecto a la intervención del Trabajador Social, razón por la cual desde Servicio

Social se priorizaba la intervención en aquellos servicios en los cuales el Trabajador Social fuera respetado como profesional en su debido rol y no fuera tomado como un auxiliar de la medicina u otras disciplinas.

A mediados del año 1999, desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires comienzan a llegar los nuevos lineamientos tendientes a una reestructuración en los Servicios de Salud Mental de los Hospitales Interzonales Generales y Monovalentes. Dicha reestructuración implicaba reformas edilicias en el Servicio de Salud Mental y requería también un trabajo interdisciplinario, por lo cual la Dirección del Hospital designa a una Trabajadora Social, la Lic. Rosana Volpe, para que cumpla sus funciones en el mencionado Servicio sumándose al equipo de médicos, enfermeros, psicólogos y terapeutas ocupacionales.

Iniciadas las nuevas formas de atención que consistían en el Servicio de Atención en Crisis, Hospital de Día y Prea y los pacientes ambulatorios de Consultorio Externo, la Lic. Volpe, en el año 2000 comienza a encontrarse con dificultades en la organización de su trabajo de intervención, dado que, siendo la única debía estar presente en todas las instancias además de cumplir con las tareas asignadas por la Jefatura de Servicio Social en dicho Servicio.

Atendiendo a éstas dificultades, teniendo en cuenta las necesidades de las personas con padecimiento psíquico, sus demandas y las de sus familiares, como así también, la demanda de los profesionales del Servicio,

la Trabajadora Social se plantea las siguientes metas a fin de lograr los objetivos planteados desde lo institucional por la Dirección del Hospital y el Ministerio de Salud, respecto a la atención de los servicios de salud Mental.

Los objetivos planteados eran:

- Optimizar la red de recursos asistenciales en Salud Mental.
- Dar respuesta adecuada al paciente y a su familia.
- Propiciar el abordaje intersectorial.

Las metas planteadas en pos de cumplir dichos objetivos fueron:

- Investigar, diagnosticar y realizar un tratamiento individual-grupal y comunitario con el fin de conocer los factores que originan una disfuncionalidad y su correspondiente sufrimiento.
- Reforzar el abordaje interdisciplinario con el fin de lograr una interacción conjunta y coordinada de profesionales de distintas disciplinas trabajando como una totalidad operativa.
- Activar la creación y desarrollo de recursos sociales en la comunidad y detectar en la misma instituciones y personas que promuevan conductas participativas con el fin de lograr el bienestar y una mejor calidad de vida de los pacientes y su familia.
- Crear una red de contención para el paciente y su familia con el fin de facilitar su externación, rehabilitación y reinserción social.

Estas metas eran de carácter permanente dado que las mismas formas de atención se desarrollaban en el Servicio de Salud Mental como condición fundamental para la intervención.

- **METODOLOGÍA**

A) Intervención a nivel individual-familiar

1. Investigación diagnóstica.

2. Tratamiento familiar:

- Entrevistas.
- Visita domiciliaria.
- Recursos de la comunidad.

Redes sociales.

B) Intervención a nivel grupal

Participación conjunta con otros profesionales en grupos terapéuticos y asambleas con familiares aportando los elementos necesarios que contribuyan al tratamiento de los pacientes.

C) Intervención a nivel comunitario

Coordinación de acciones conjuntas con instituciones y organizaciones de la comunidad oficiales y privadas y creación de nuevos recursos. Voluntarios.

Como se expresó antes, la Lic. Volpe, al ser la única Trabajadora Social en el Servicio, se encontraba limitada para intervenir en las distintas instancias y ya entrado el año 2001 en el que por razones presupuestarias, no es llevado a cabo el Prea y por diferentes motivos desde las dificultades para concretar un trabajo interdisciplinario, como también desde las limitaciones de estructura edilicia (recuérdese que el sector de salud mental no fue creado para ello sino que iba ser destinado a geriatría) y la falta de recursos humanos, sumado a la demanda creciente de internaciones voluntarias y por vía judicial, tampoco se lleva a cabo la implementación del SAC (Servicio de Atención en Crisis), continuando la modalidad de internación como había sido siempre, entonces, la Trabajadora Social se plantea:

- Intervenir en la internación en forma permanente, trabajando conjuntamente con médicos y psicólogos a fin de evitar vulnerar los derechos de los pacientes a la libertad, evitar la cronificación de la patología y la pérdida de capacidades, cuestiones éstas de suma importancia para la rehabilitación y posterior inserción social de toda persona con padecimiento psíquico internado en forma voluntaria o por vía judicial, con el riesgo de perder a su vez el giro cama en el Servicio de Salud Mental teniendo en cuenta el creciente aumento de la demanda.

- Trabajar por demanda espontánea y por interconsulta en los casos de consultorio externo a fin de que el paciente se encuentre contenido y evitar recaídas y nuevas internaciones.

En el nivel grupal se trabajó conjuntamente en un principio, en un equipo con terapistas ocupacionales, médicos y enfermeras para la organización del Hospital de Día y luego a demanda de éstos profesionales y de los pacientes se participó de la organización de algunas de las actividades junto a pasantes de la carrera de Servicio Social que realizaban la práctica en el mencionado Servicio.

Aquí es importante mencionar que además de las tareas asignadas a la Lic. Volpe en el Servicio se le agrega la de supervisarme como pasante de Servicio Social, con la ayuda en ésta actividad de la jefa de Servicio Social Lic. Gabriel Re.

Desde el rol de alumna y trabajando en estrecha colaboración junto a la Lic. Volpe se pudo concretar como proyecto de Servicio Social un espacio para reuniones con familiares dentro del Servicio de Salud Mental, proyecto que se dio con continuidad demostrando la necesidad de los familiares de contar con un espacio de contención grupal (actualmente sigue funcionando, ver propuestas).

A nivel comunitario, durante el año 2001 se comenzó un trabajo conjunto con las Defensorías Oficiales, lo que favoreció la comunicación e

interacción de los sectores salud-justicia que había sido muy dificultoso en años anteriores.

También se trabajo con voluntarios de Cáritas tanto en relación con pacientes internados como del Hospital de Día y Consultorios Externos.

- **LA PASANTÍA DE SERVICIO SOCIAL**

El primer contacto con Servicio Social del HIGA de Mar del Plata, se realizó a mediados de diciembre del 2000, para formalizar el pedido de autorización para realizar mi pasantía de Servicio Social en el Sector de Salud Mental . En dicha oportunidad, la Jefa de Servicio Social, Lic. Gabriela Re y la Lic. en Servicio Social Roxana Volpe manifestaron no tener inconvenientes y que debía esperar la autorización de la Cátedra de Supervisión.

En febrero de 2001, se presenta a la Lic. Fraga, docente de la Cátedra de Supervisión el pedido por escrito de autorización para realizar la pasantía en el Servicio de Salud Mental del HIGA.

El 10 de abril, la Cátedra confirma que puedo comenzar a concurrir al HIGA, este retraso en el comienzo, siendo que mis otras compañeras ya habían comenzado en otras instituciones, me obligó a pedir permiso para seguir concurriendo al Hospital un tiempo más para permitirme terminar con el proceso de aprendizaje iniciado, razón por la cual al renunciar mi supervisora de campo Lic. Volpe, continúa con la tarea de supervisión la Lic. Gabriela Re.

Preparación a la inserción

Durante el mes de marzo, consulté material de lectura inherente al tema de Salud Mental provisto por la Lic. Volpe.

Una vez aprobada la concurrencia, se realizaron reuniones con la Lic. Volpe en la Institución, donde fui presentada en el Servicio de Salud Mental y en el Departamento de Servicio Social.

En las reuniones se me informó del funcionamiento de las diferentes áreas que existen en Salud Mental, de la diferencia entre pacientes judiciales y los que no lo son, como así también la diferencia según la patología y su estadio (agudo, compensado, crónico).

En un segundo momento, a la vez que se me iba explicando la forma en que se realizan algunos trámites, entrevistas etc., se me fue permitiendo desarrollar algunas tareas.

Luego, con el conocimiento previo del sector, se decidió que comenzara el recorrido institucional de Salud Mental, por el Hospital de Día.

La inserción en el Servicio de Salud Mental

La inserción fue paulatina producto de un proceso que respeta los tiempos de aprendizaje que necesité para afianzarme no solo en el conocimiento del sector de Salud Mental sino también en el rol profesional.

La Lic. Volpe habló con el Director de Hospital de Día quien estuvo de acuerdo en que realizara una parte de la residencia en ese sector.

Durante las primeras reuniones con el equipo profesional de Hospital de Día, la Li.c. Volpe me acompañó para cuidar que no equivoque el encuadre del Trabajador Social y para fortalecerme con respecto a la ansiedad y temor que se siente al tener que interactuar entre Psiquiatras, Psicólogos y Terapistas Ocupacionales con años de experiencia en su desempeño profesional.

Otra de las tareas en las que se me fortaleció desde la supervisión de campo es la de organización, planificación y registro de la actividad.

Luego de rotar por el Hospital de Día, pasé a ver junto a mi supervisora, algunos casos en el sector de internación y de consultorio externo, participando en las reuniones de equipo y en entrevistas a los pacientes y familiares.

También participé en visitas domiciliarias y en reuniones en la Curaduría Zonal de Alienados para planificar acciones conjuntas para los pacientes representados por ellos y que realizan tratamiento en el Hospital.

Una vez avanzado el proceso de aprendizaje y viendo que me sentía más segura para intervenir, mi supervisora me asignó algunos casos, que describo más adelante en el apartado “Casos representativos de la realidad descripta”.

PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN EL CAMPO

DE LA SALUD MENTAL

a)Desventajas sociales

Un aspecto a tener en cuenta son las desventajas sociales que provoca la enfermedad mental, principalmente las de la esquizofrenia y que tienen su origen en los deterioros primarios propios de la enfermedad. Estos deterioros se podrían resumir en los siguientes :

- Problemas cognoscitivos premórbidos que impidieron el desarrollo social e intelectual.
- Experiencias subjetivas anormales; ej. pensamientos oídos en voz alta o en eco, voluntad propia anulada por la voluntad de otro.
- Delirios y alucinaciones basadas en las experiencias subjetivas anormales.
- Pensamiento y lenguaje incoherentes.
- Problemas de expresión no verbal (corporal).
- Lentitud psicomotriz.
- Comportamiento anormal en función de todo lo anterior.

Impacto de los deterioros primarios en el desempeño social:

- Carencia de formación, escasez de habilidades sociales y culturales.
- Falta de ayudas sociales.
- Trato inadecuado o perjudicial.

- Ausencia de ayudas capacitadoras.
- Estigma y rechazo social (incomprensión del deterioro).
- Poco interés por parte de las autoridades gubernamentales.

A todo lo mencionado arriba se suman las propias actitudes adversas del paciente que son:

- Poca consideración y confianza en si mismo.
- Comorbilidad; depresión, ansiedad, etc.
- Reducida o nula motivación para utilizar las facultades intactas o capacidad remanente.

b) Problemas en la interacción socio-familiar

Es sumamente importante la forma en que actúan los familiares y el entorno social de los pacientes con respecto a los síntomas de la enfermedad, por ej. el desgano que tienen los pacientes para iniciar cualquier actividad es una secuela intrínseca de la enfermedad y a veces producto del aplanamiento que producen los neurolépticos, se ve al paciente con una marcada pasividad y aparece como un mero espectador de la vida, lo cual es tomado por la familia y la sociedad como abandono, desidia o vagancia. Esta concepción errónea de la familia y del entorno del paciente con respecto a él es lo que ocasiona el deterioro de los vínculos y origina situaciones conflictivas con alta emotividad negativa que opera como factor de estrés para todos y sobre todo para el paciente quien, a causa de su enfermedad se encuentra en un estado de vulnerabilidad mayor a cualquier

persona de su entorno. Si a esto le sumamos los efectos adversos de la medicación, la falta de medicamentos óptimos por problemas económicos, las orientaciones psiquiátricas puramente biologicistas que no atienden el impacto social de estas desventajas, la falta de programas de rehabilitación específicas, la falta de conocimientos en la sociedad sobre estas patologías y el imaginario negativo que existe todavía sobre la peligrosidad de estas personas, vamos a encontrar las causas de un sufrimiento prolongado e innecesario que pesa sobre el paciente y todos los implicados en el campo de la salud mental.

c)El campo laboral

La mayoría de los pacientes medicados tienen limitaciones concretas para desempeñarse en actividades laborales que requieran un estado de atención permanente o de un esfuerzo físico sostenido. Muchos de los neurolépticos ocasionan fatiga muscular o contracciones, además muchos pacientes refieren problemas para concentrarse en la lectura, problemas de amnesia, lentitud psicomotriz, acatisia, visión borrosa, somnolencia, etc. Provengan de la enfermedad o como efecto adverso de la medicación, éstos síntomas dificultan realmente la realización de tareas en un ámbito laboral formal. Esta limitación opera como elemento estigmatizante, sobre todo en una sociedad abocada al consumo y la producción. Por ésta razón, los pacientes al no poder insertarse laboralmente no tienen más remedio que depender económicamente de alguien, lo que refuerza la idea de que son una carga para la familia o para el Estado.

d) Pensiones vs. Derechos Civiles

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

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

e) El subsidio por externación (Ley 10.315)

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

Esta prestación se otorga por un lapso de seis meses o un año y puede ser renovada si las condiciones que originaron su beneficio persisten.

Este recurso económico primordial para la manutención del paciente en estado de necesidad es un beneficio que resulta insuficiente para cubrir a todos los que deberían recibirlo, ya que el presupuesto asignado para ello es exiguo y hay gran cantidad de pacientes que no pueden gozar de éste beneficio. El problema aquí, es un defasaje en la asignación del presupuesto por parte de las autoridades provinciales, que a pesar de los informes que eleva la Curaduría Zonal con las listas de los pacientes que lo necesitan, no amplía el presupuesto para acceder a la cobertura de todos los postulados.

f) La discriminación y el aislamiento social

Son múltiples los factores que operan para que tanto el paciente como sus familiares se vean aislados socialmente. Uno de los factores más importantes es la ignorancia que existe en la familia misma y en la sociedad sobre la enfermedad mental. Ya se habló sobre las diferentes posiciones que puede adoptar la familia con respecto al familiar enfermo. Por lo general, la familia oculta a la sociedad el padecimiento de su pariente, con lo cual, por ejemplo los vecinos que lo ven raro, sin comprender lo que pasa, tienden a tomar distancia. La familia también tiende a tomar distancia para evitar dar explicaciones. Los miembros de la familia ampliada, al no comprender las conductas del paciente comienzan a opinar y presionar a la familia con comentarios y consejos que ocasionan más sufrimiento. Algunos comentarios típicos son:” Habría que ponerle límites y mandarlo a trabajar, vas a ver como se endereza” o “Vos estás demasiado encima, dejalo un poco solo y hacé tu vida” o “No será que le dan demasiados remedios, para mí lo

están envenenando de a poco, que salga a jugar al fútbol o a bailar, que haga vida sana”, o “ Uds. ya hicieron lo que podían, lo que tienen que hacer es buscarle un lugar en donde lo internen y lo cuiden. Sino, se van a enfermar todos. Lo visitan en la semana y listo.” o “ La enfermedad mental es un problema que hay con la familia, el enfermo es el emergente de una familia patológica” o “ Esto es hereditario, fijense de que parte de la familia viene” o “Hay casos que terminan así porque no están definidos sexualmente, a lo mejor no se anima a decir que es homosexual”o “ Viste que fulanito era abusado sexualmente de chico por el padre y quedó mal de la cabeza?” o “Están seguros de que puede estar con Uds., mirá si se levanta a la noche y se pone violento mientras están durmiendo, es un peligro. Vieron lo que salió en el diario, un chico mató a la propia madre..”

Estos, son solo algunos de los comentarios que recibe la familia del paciente y tienen un impacto altamente emotivo, generan dudas, culpa, enojo, ambivalencia hacia el paciente, deseos de no encontrarse con ningún amigo o vecino porque se sienten cuestionados y juzgados. Entonces comienza un proceso de cierre del grupo familiar hacia el entorno social que termina con el aislamiento social. Y también por sobreproteger al paciente del entorno prefieren que se quede dentro de su casa, para no exponerlo a las críticas, burlas o a algún enfrentamiento.

g) La medicación, el diagnóstico y el pronóstico

Aquí se presenta un problema que tiene que ver con las orientaciones de la psiquiatría y los recursos económicos. Como la enfermedad mental le resulta a la familia demasiado abstracta para comprenderla y asimilarla, como no ve un

correlato en la parte física del paciente como origen de la patología, busca del médico un diagnóstico certero para poder explicar lo que le pasa. Esto, no siempre es posible, ya que muchas patologías, al decir de los psiquiatras, llevan mucho tiempo antes de poder encuadrarlas en un diagnóstico. Por ésta razón los familiares toman la decisión de cambiar de médico constantemente en busca de una certeza que los tranquilice, con lo cual no permiten un proceso de continuidad en un tratamiento. A raíz de esto, como cada profesional que consultan, adhiere a un marco teórico diferente, se suscitan cambios de medicación y un gasto muchas veces innecesario. Esto provoca en el paciente más sensación de inseguridad y de desconfianza a la medicina, que se suma a la poca adherencia que tienen de por sí algunos pacientes al tratamiento.

Los familiares exigen al médico un pronóstico sobre la evolución del paciente, esperando escuchar que en tantos días o meses se va a recuperar y va a volver a ser el mismo de antes, como esto no es posible en la mayoría de los casos, comienza un camino bastante común en todas las familias, que es el de buscar soluciones fuera del ámbito médico. Muchos recurren a la religión, otros a curanderos o videntes, a la medicina alternativa, etc, pero lo más relevante es que, entre los que recurren a la religión, muchos lo hacen a la iglesia evangélica, en donde se les dice que la enfermedad mental es producida por la posesión demoníaca, que debe dejar la medicación y someterse a exorcismos. Entonces llevan al paciente a prácticas de “limpieza espiritual”, que terminan por estresarlo más y alimentan el delirio

místico que padecen muchos de ellos. Luego, al no ver mejoría, vuelven al médico o en casos más urgentes terminan en internación.

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

Dentro de la medicación disponible en el mercado farmacéutico existen neurolépticos nuevos que podrían favorecer la calidad de vida de los pacientes, pero por lo general son caros y en el hospital no hay cantidad suficiente para indicarlos a todos los que se verían beneficiados por ellos. Los médicos muchas veces tratan de suministrarlos, por medio de muestras médicas, pero no está asegurada la continuidad por ésta vía ni por la farmacia del hospital, entonces en los casos en que la familia no pueda comprarlos, se tiene que optar por un sustituto, aunque éste no sea el óptimo para el tratamiento. Otra vía para conseguir la medicación indicada y asegurar la continuidad del tratamiento, fue la gestión de recursos de amparo, lo que provocó la dedicación de tiempo de los médicos del servicio de Salud Mental, a la confección de informes y resúmenes de historia clínica, que eran el requisito para el inicio del trámite en la Defensoría General.

h) La frustración de los pacientes en el área afectiva

Muchos pacientes refieren no conseguir pareja, dicen tener necesidad de formar una familia, ven que sus primos, hermanos, amigos, se van casando, tienen hijos, tienen trabajo, que mantienen una familia, etc., que ellos no tienen quien los ame. Ante esto se sienten impotentes y generalmente culpan a la sociedad por discriminarlos, por no darles el derecho a una vida normal, también en algunos casos, en los que no hay conciencia de enfermedad culpan a la medicación y a la familia por obligarlos a tomarla. Otros refieren que ellos mismos no se sienten capaces de iniciar una relación, porque han tenido experiencias sexuales frustrantes debido a la medicación. En los casos en que el paciente tiene pareja, se ven conflictos ocasionados por celos excesivos del paciente, demanda constante de atención lo que genera una sensación de asfixia en la pareja, provocando muchas veces la separación. Por lo tanto, el paciente vuelve al seno familiar de origen, con todas las consecuencias lógicas de una separación y de los propios efectos que esto tiene emocionalmente sobre la enfermedad de base.

Lo descrito en éste apartado, son algunos de los problemas que se ven en las entrevistas familiares y con el paciente, de la lectura de ello, se puede ver que hacen falta abordajes interdisciplinarios e interinstitucionales a fin de prevenir y corregir situaciones que contribuyen a abonar el sufrimiento de los pacientes, su grupo familiar y también el de los servicio de salud y de justicia, que muchas veces deben intervenir para atender cuestiones que podrían haberse evitado.

i) Falta de un equipo de atención domiciliaria

Sabemos que muchos pacientes pueden sufrir descompensaciones en cualquier momento y por diferentes motivos. Por lo general, al estar descompensados no aceptan ser llevados al hospital y desde el hospital no está prevista la salida a domicilio para cubrir una emergencia psiquiátrica. Esto, obliga a poner en marcha un circuito judicial que insume trámites burocráticos para poder llevar al paciente al lugar de consulta. A mi parecer sería más económico en todo sentido, contar con un médico y un enfermero por lo menos, que concurran al domicilio y allí se vea si es posible evitar la internación o no. Es seguro que en muchos casos, conteniendo a la familia y tratando a la persona afectada, se logre evitar poner en marcha todo el circuito judicial y a la vez darle la oportunidad al paciente de evitar su internación y los conflictos que ocasiona para ellos, ser llevados por la policía hasta el lugar de tratamiento.

CASOS REPRESENTATIVOS DE LA REALIDAD

DESCRIPTA

Los casos elegidos para presentar, corresponden a pacientes con los que realicé una intervención supervisada, el primero había estado internado y luego pasó a Hospital de Día y el segundo es una paciente ambulatoria de consultorio externo que luego por indicación del médico también pasa a Hospital de Día.

CASO N° 1:

ANTECEDENTES DEL CASO:

El paciente, es un hombre de 40 años, chofer de taxi, que luego de la muerte de su madre comenzó un proceso depresivo que deterioró su relación con su concubina y con su hijo de 4 años. A raíz de esto su concubina lo abandona llevándose al hijo de ambos, situación que empeoró al paciente, quien se abandonó en la cama sin comer ni levantarse. Los vecinos preocupados concurren al hospital para dar aviso, de lo que resulta su internación.

Se dio aviso a su concubina, quien lo acompañó en un principio, pero luego lo dejó de ver, por lo tanto el paciente quedó sólo y sin continencia familiar ya que su padre también había fallecido.

Luego del alta de la internación el paciente vuelve a vivir en su casa que era propiedad de sus padres, encontrándola en total estado de abandono, sin

suministro de luz ni gas porque durante los meses de internación no hubo quien se encargara de ello.

CONTACTO CON EL PACIENTE

En éste caso, el paciente, salía de una internación y por decisión del médico tratante pasa a Hospital de Día para completar su proceso de rehabilitación.

Se toma contacto con el paciente, luego de haber leído la historia clínica con lo que se pudo tener una aproximación a la problemática y respetar uno de nuestros principios que es el no atormentar a la persona pidiendo que repita relatos innecesarios y que pueden hacer fracasar nuestra intervención dado el cansancio que evidencian muchos pacientes por ése motivo.

Luego de mantener dos entrevistas se pudo detectar que habían varios aspectos a tener en cuenta para trabajar desde Servicio Social, uno de ellos era el ayudarlo a restablecer el contacto con su hijo al que no veía hacía tres años y por lo que había realizado denuncias en distintos juzgados, otro era el estado de la vivienda ya que, además de no poseer luz ni gas (estamos en época invernal), tenía todos los vidrios rotos, no tenía mesa, sillas, ropa, tenía avisos de juicio por falta de pago de los servicios e impuestos y por el teléfono.

Además surgió el problema de la soledad de los fines de semana que a los dichos del paciente se le tornan insoportables ya que no tiene amigos ni televisión, ni radio para distraerse, con lo cual dice:

”Los días se me hacen largos y tristes, extraño mi vida anterior, con mi ex quedó todo mal y no me puedo acercar porque me denuncia por violento, mi exsuegro me agrada, además me siento incapaz de salir entonces me meto en la cama, no tengo voluntad ni para lavarme la cara”.

Cabe destacar que el paciente no posee ningún ingreso económico, su patología no amerita juicio por insanía, no posee aportes jubilatorios y el médico tratante opina que por el momento no está en condiciones de trabajar.

PLAN:

-Asesorar y apoyar al paciente para equipar su casa de modo que pueda habitar en ella.

-Asesorar y apoyar al paciente a retomar contacto con su hijo.

-Asesorar y apoyar al paciente para regularizar su situación con respecto a las empresas de servicios de luz y gas, como así también con la Municipalidad por los impuestos adeudados, ya que por todos estos conceptos tenía aviso de juicio próximo por falta de pago con riesgo real de perder la propiedad, además de averiguar el estado de juicio de sucesión.

-Evaluar posibilidades para conseguir un ingreso económico.

-Trabajar para recomponer su red de relaciones o ayudarlo a construir una nueva ya que se encuentra completamente aislado socialmente.

ACTIVIDADES:

-Tomar contacto con la Defensoría Oficial interviniente en el caso para ver en que situación se encuentra la causa del mencionado paciente con relación a un régimen de visitas a favor de su hijo.

-Tomar contacto con su ex-esposa para evaluar su actitud y predisposición a la retoma de contacto del paciente con su hijo.

-Tomar contacto con el estudio jurídico que lleva adelante el juicio sucesorio por la vivienda.

-Tomar contacto con la Curaduría Zonal para ver posibilidad de subsidio por externación.

-Realizar encuentros los fines de semana en la casa del paciente con otros pacientes con los que tiene afinidad con el objetivo de evitar que la soledad de los fines de semana deteriore su estado depresivo.

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Luego de varias gestiones, en las que participó activamente el paciente, se pudieron ir cumpliendo los puntos mencionados en el plan, es así que se pudo establecer un régimen de visitas asistido a favor de su hijo, el que se firmó con la intervención del Centro de Asistencia a la Víctima, ya que la actitud hostil de la exesposa hizo imposible hacerlo de común acuerdo sin intervención de la justicia.

La Curaduría Zonal gestionó el subsidio por externación con el cual pudo restablecer los servicios de luz y gas e ir solventado sus gastos.

Por intermedio de Cáritas Diocesana se le consiguieron muebles, ropa, elementos necesarios para cocina y un calentador a querosene mientras se gestionaba la reconexión del gas.

Se realizaron conjuntamente con Servicio Social y la Defensoría Oficial, oficios a la Municipalidad consiguiendo un convenio especial para evitar que la deuda por ellos reclamada origine juicio con riesgo de pérdida de la propiedad, lo mismo se hizo con Telefónica y Obras Sanitarias.

Se realizaron entrevistas con el abogado que llevaba el juicio sucesorio por la propiedad y se logró averiguar que ya existía declaratoria de herederos a favor del asistido y además se consiguió el compromiso del letrado para que no cobre los honorarios correspondientes a su intervención dada la precaria situación económica y de salud del paciente.

Otro punto que se logró fue el de consolidar encuentros los fines de semana en la casa del paciente con otros compañeros de Hospital de Día, en un principio con la presencia de la pasante de Servicio Social e invitados de la comunidad, donde surgieron actividades recreativas y un microemprendimiento para la venta de elementos de limpieza.

OBSERVACIONES:

Las intervenciones realizadas por la pasante, de acuerdo a las clasificaciones que hace de ellas Cristina De Robertis, fueron indirectas y directas, tratando en lo posible de incluir al paciente en todos aquellos trámites y gestiones que así lo

permitieran, con el objetivo de propender a su independencia en cuanto a todo lo que concierne a la solución de sus propios problemas y que sienta así que es una persona con plenos derechos y capaz de autovalerse a pesar de su patología, a pesar de que momentáneamente requirió del apoyo y acompañamiento de Servicio Social por sentirse abrumado ante tantos trámites burocráticos, los efectos sedativos de la medicación y el temor a salir afuera después de tanto tiempo en el Hospital.

Es importante recalcar que, en éste caso, se contó con el apoyo del médico tratante y que a pesar de algunas diferencias teóricas, el equipo de Hospital de Día también apoyó lo planificado por Servicio Social. Concretamente, la Psicóloga que atendía al paciente pretendió en un momento darme indicaciones sobre como llevar adelante la tarea planificada por Servicio Social, argumentando que solo debía darle las indicaciones sobre lo que debía hacer y dejarlo que lo haga solo. No compartía mi idea de que, en ocasiones las personas se encuentran paralizadas, agobiadas y sobre todo inseguras de sí mismas, razón por la cual, postergan las actividades con las consiguientes consecuencias, que luego requieren mayor esfuerzo para solucionar. Se le explicó, que en toda actividad se le daría intervención al paciente y que esto, además conlleva una tarea educativa, sobre todo en una persona que culturalmente, siempre había estado dedicado al trabajo y la madre y luego su concubina se encargaban de todo lo concerniente a trámites y tareas de mantenimiento de la vivienda. Esta situación fue consultada en la supervisión y fue apoyado mi plan.

Actualmente, puedo decir que la planificación fue acertada y que el paciente en poco tiempo comenzó a valerse por sí mismo en todo tipo de actividades. Solo requirió por un tiempo de asesoramiento en el hospital para seguir con las tareas que le quedaban pendientes. Refiriendo en varias ocasiones sentirse agradecido por la intervención desde Servicio Social, porque pudo salvar su casa, volver a ver a su hijo, comenzar a hablar con su exconcubina sin pelear, salir a ver viejos amigos y ayudar a otros pacientes que están pasando por un trance difícil. Al momento de realizar ésta tesis, el paciente se encuentra participando de varios proyectos en Hospital de Día, sigue viendo a su hijo, realiza salidas recreativas con amigos, mantiene su casa y su ropa, aprendió a cocinar, el único inconveniente es que todavía no ha logrado insertarse laboralmente y se mantiene con el subsidio otorgado por la Curaduría.

CASO N° 2

ANTECEDENTES DEL CASO:

Elena, nació en MDP, el 18 de junio de 1979, tiene dos hermanos. Vivió con sus padres hasta los seis años en que se separaron por las reiteradas infidelidades del padre, (la última con una amiga de la madre). Refiere que la vida familiar era muy conflictiva, que su padre maltrataba físicamente a su madre y a ellos tres y que abusó sexualmente de ella cuando tenía cinco años, (refiere sexo oral y amenazas de muerte hacia la hermana y la madre si lo contaba).

Luego de la separación se fueron a vivir con el hermano de la madre, por un lapso aproximado al año y medio. Su hermana se había quedado con el padre, pero luego de un tiempo también se fue con ellos.

Su madre, formó nueva pareja , (actual pareja) a quien conocía desde chica y se fueron a vivir con él en una casa que construyó en Recuerda que su hija iba a la escuela 55 y que era muy estudiosa, que pasaba mucho tiempo estudiando pero cuando iba a la escuela “se le borraba todo, entonces le iba mal”. A los 12 años le hicieron estudios y tratamientos porque pasaba días sin comer y había adelgazado mucho, refiere que si comía vomitaba. Vivió allí hasta los 19 años en que se casó embarazada, con..., a quien conocía desde los 17 años (pertenecía al grupo de amigos). El casamiento se realizó el 25 de junio de 1998 y su primer hijo, nació el 26 de noviembre de ése año. Vivían en un departamento alquilado en la misma cuadra que su tío. El control de embarazo

y el nacimiento se hizo en la clínica Modelo y la atendió el Dr. Moscardi. Durante el embarazo debió tomar Duvadilan y hacer reposo porque tenía pérdidas.

Fue en esas circunstancias en que encontrándose en la cama, su padre biológico se presentó en su domicilio y la obliga a tener sexo en dos oportunidades. En una de ellas, el marido de Elena llega a ver a su suegro levantándose los pantalones y lo hecha a golpes de la casa y en otra oportunidad llega a su casa y encuentra a Elena descompuesta y con un ataque de nervios. Esta vez deciden hacer una denuncia en la Comisaría de la Mujer y los acompañan los hermanos de Elena. En la comisaría le informan que una vez hecha la denuncia, el padre de Elena no podrá acercarse a ella a menos de 10 cuadras. Por éste episodio y por las amenazas recibidas del padre, decidieron mudarse por un tiempo con la madre de Elena. Luego se mudaron a un departamento a la vuelta de la casa de la suegra de Elena. Una vez allí, refiere que el marido de Elena, comenzó a ponerse agresivo, que rompía cosas, le pegaba y la pateaba hasta dejarla “hecha un ovillo en un rincón”, su suegra y sus cuñados fueron testigos pero una sola vez, el cuñado intentó defenderla sin resultados positivos. El marido de Elena la amenazó con matarla varias veces, incluso poniéndole un cuchillo en el cuello a Tito. Debido a las escenas de violencia que cada vez eran peores, deciden separarse en junio del 2000. El esposo se va y ella se queda sola con Tito, desde ése momento comenzó a sentirse mal, se descuidó ella misma y a Tito, no comía, se ponía triste y se enojaba. Por éste motivo, deciden sacarle a Tito, que la suegra se haga cargo de él y deja sola a Elena. La familia interrumpe las relaciones,

dejando la sola. Siguió viviendo allí un tiempo más pero como no pudo pagar se fue con su hermana. Cabe aclarar que ésta, es HIV positivo y que no pudo brindarle apoyo por mucho tiempo, con lo cual Elena se vio en la calle, recurrió a su madre y a su ex esposo pero no le dieron ayuda. Pasó 5 días en la calle, volvió a pedir ayuda a su ex esposo y éste no respondió. Fue en ese momento que decide recurrir a su padre biológico quien le paga dos semanas en una pensión (julio de 2000) y la obliga a tener sexo. A su vez también se vio con su ex esposo y también tubo sexo con él. Hacia los primeros días de agosto se da cuenta de que está embarazada, no sabiendo quien de los dos es el padre. Durante los meses de septiembre a noviembre se mantuvo realizando trabajos temporarios, cuando visitaba a Tito, éste la rechazaba lo que le provocó mucho sufrimiento. Recién a fines de noviembre comenzó a aceptarla otra vez y a buscarla, esto la ayudó a tratar de buscar una salida. Conoció a un muchacho militar que la ayudó y le sugirió que se enlistara en el ejército. Viajó a Buenos Aires para una entrevista, pero en el ejército le dijeron que no estaba lista para ingresar, que debía realizar un tratamiento psiquiátrico o psicológico. Volvió a MDP y vivió unos días con su hermana, ayudó vendiendo tarjetas españolas confeccionadas por ella y trabajó en el Hotel Hurlingham 10 días para los torneos Bonaerenses. Con el dinero que juntó alquiló un departamentito en el centro pero el 25 de diciembre la echaron porque no completó el pago. Recurrió a su esposo y éste solo le ofreció tenerle la ropa. Con lo que tenía, solo pudo pagar una habitación para dormir, durmió una noche en la planta baja del Hospital Materno Infantil y refiere que un día, en su

desesperación fue a pedir ayuda a la guardia del HIGA. Allí, el Dr... se comunica con la madre, quien la lleva a un hotel hasta que la ubica en una pensión, esto se realizó sin dar intervención a Servicio Social. En los meses de enero y febrero se siguió viendo con su esposo, quien le ofreció junto a su madre, que fuera a vivir a la casa de ella. En marzo se muda a la casa de su suegra, en..., donde residió hasta el 31 de mayo de 2001. Luego del nacimiento de Tita, el 06 de abril, se tuvo contacto con la suegra de Elena, quien informó al equipo de Hospital de Día que Elena se desempeñaba muy bien como madre y que era muy colaboradora, que la quería y la trataba como a una hija más. La suegra se comprometió en una entrevista con el equipo de Hospital de Día a apoyar a Elena para que pueda criar a Tita y estar cerca de Tito, Elena estuvo de acuerdo. El día 31 de Mayo, llegan noticias a Hospital de Día sobre que Elena está internada en el HIEMI con Tita. Al tomar contacto con Servicio Social del HIEMI, explican que Elena llegó con la bebe y relató que el colectivo en el que viajaba había chocado y que ella tenía miedo de que estuviera golpeada.

Dicen que la notaron confusa y al no poder ubicar un familiar decidieron proteger a la beba internándola y dar aviso al Comité de Ética que funciona en el Hospital, porque podría ser un caso de maltrato infantil. Luego para darle el alta se exigió la firma en Tribunal de Menores N° 1, de un adulto responsable que se hiciera cargo de Tita. Firmó la madre de Elena.

También se realizó una reunión conjunta con la suegra y la madre de Elena en Servicio Social del Higa para clarificar la situación de Elena con respecto a la

vivienda y de sus hijos.. La suegra pidió que Elena no volviera a su casa porque sus hijas estaban celosas y había conflictos, dijo que era mejor que se quedara Tito solamente. La madre de Elena, se comprometió a cuidar a Elena y Tita. También se acordó que Elena podría tener libre acceso para ver a Tito y que se la iba a apoyar para desarrollar tareas de madre como acompañar a Tito a los controles médicos, vacunas, salidas recreativas, etc.

Cabe destacar que hay un hecho que no fue comprobado pero que obra como estigmatizante en Elena y es que una vez, su hijo Tito se quebró un brazo. En el hospital materno se tomó como maltrato pero Elena dice que si bien en algunas oportunidades le gritó y “zamarreó” a Tito, el día de la fractura Tito se cayó en el patio de su casa. Refiere que ella no lo tocó, pero nadie le creyó.

ACTUALIDAD

En la actualidad, Elena vive con su madre y su padrastro en Allí la situación es tensa porque su padrastro, padece cáncer y se mudó a ése lugar para estar tranquilo, le molesta el llanto de Tita. Dice que llega todas las noches muy cansado y no quiere problemas. La madre de Elena se encuentra sobre-exigida emocionalmente y físicamente, fuma alrededor de 2 atados de cigarrillos diarios, tiene problemas de hipertensión e insomnio. Comenzó tratamiento psiquiátrico hace 15 días, pero no puede tomar la medicación para dormir porque Elena también toma y si llora la nena no la escuchan ninguna de las dos. El problema económico también es un obstáculo, porque lo que gana el padrastro de Elena es

la única entrada de dinero en la casa. La madre no puede salir a trabajar porque no puede dejar a la beba porque Elena debe cumplir con el tratamiento y concurrir a Hospital de Día, además está realizando una capacitación laboral que dura dos meses y medio, por la tarde. Se niegan a ponerla en una guardería porque la madre de Elena teme que no la cuiden bien o que entre tantos chicos se contagie algo.

Con respecto a la conducta de Elena para con la beba, su madre dice que hay que recordarle los horarios de la comida pero que otras cosas las hace bien, siempre bajo indicación. Con respecto a Tito lo ha visto poco porque le niegan algunas veces la entrada a la casa de la suegra o le dicen que Tito no está.

Desde Servicio Social se ha citado a la suegra para aclarar ésta situación pero no concurrió, razón por la cual se planea hacer visita domiciliaria junto a Elena para recontratar si hiciera falta. El ex esposo de Elena se encuentra trabajando en Pinamar y viene los fines de semana, se ha negado a tener contacto con Servicio Social por falta de tiempo.

La situación en su conjunto hace que la madre de Elena manifieste una depresión reactiva que la lleva a pedir ayuda para criar a Tita, propone ubicar una familia de confianza para que se haga cargo de la crianza, pero sin perder la tenencia y el contacto fluido entre todos, sobre todo entre Elena y la beba.

Ante la pregunta a Elena de si está conforme con la idea de su madre, manifiesta que no, pero que por otra parte no encuentra otra salida alternativa.

Intervenciones de Servicio Social

I. Intervenciones indirectas:

- Lectura de Historia clínica
- Interconsultas con el equipo médico y de psicología tratantes.
- Interconsulta con la defensoría N° 5 con respecto a la situación de la paciente y sus hijos, se informa sobre la evolución el caso periódicamente a fin de que Elena esté protegida ante decisiones de la familia que pudieran perjudicarla.
- Entrevistas con la madre y hermanos de la paciente, con el objetivo de arribar a una mejor comprensión del problema.
- Reuniones interdisciplinarias con el equipo tratante para delinear una estrategia de intervención consensuada.
- Interconsultas con el HIEMI dónde nacieron los hijos de la paciente.

II. Intervenciones directas

- Entrevistas de seguimiento y apoyo a la paciente
- Gestiones con la participación de la paciente en el Registro Civil para inscribir a su hija y conseguir el reconocimiento por parte del padre.
- Visitas domiciliarias a la paciente y su madre.
- Entrevistas de seguimiento y apoyo a la paciente y su grupo familiar.
- Gestión de una beca de capacitación laboral con la participación de la paciente.

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Resulta apropiado resaltar que si bien, desde Servicio Social se había delineado una estrategia de intervención interdisciplinaria para llevar adelante el tratamiento de la paciente y dar apoyo a su familia, por diferencias en la concepción del médico tratante con respecto al lugar que debía dársele a la familia en el proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción de la paciente, la familia se sintió cuestionada y sobreexigida. Esta situación provocó el alejamiento primero de los familiares y luego el de la paciente que abandonó el tratamiento y huyó de su casa.

Desde Servicio Social se dio aviso a la Defensoría Oficial interviniente y se trató de contactar a la paciente, lo que no se logró.

Para la pasante y la Supervisora de campo, esta situación se precipitó por la intransigencia médica que no respetó los tiempos para que la familia llegara a comprender que los comportamientos de la paciente se debían a la enfermedad y no a caprichos como sostenían sus hermanos, se exigió a la familia que se hicieran cargo de algo que no sabían manejar, el médico no accedió a darles un diagnóstico y afirmó que el hospital no podía hacer otra cosa que probar con medicación (hasta el momento nunca había sido medicada, solo se le administraron sedantes) y que el resto era responsabilidad de la familia. Además, cuando la paciente se desbordaba el médico pedía a la familia que no la llevara al Hospital de Día porque desestructuraba el trabajo de los otros. Ante esas circunstancias, la familia le reclamaba al médico, porque pensaban lo contrario,

decían “si no la podemos traer cuando está mal, para que están los profesionales?”. Fue en ese marco de discusión en el que el médico decidió no hablar más con la familia y sugerir que si no podían con la paciente, buscaran un lugar para internarla. Al escuchar esto, los familiares pensaron que era lo mejor y pidieron certificados para gestionar una internación en una clínica privada.

Cabe aclarar que en la reunión con la familia de Elena, se encontraban dos psiquiatras de Hospital de Día, la terapeuta ocupacional, el psicólogo y la pasante de Servicio Social.

Desde Servicio Social se trató de proteger a la paciente y de revertir la idea de la familia, pero resultó imposible, los médicos tenían la concepción de que la familia era responsable de los trastornos de Elena y se lo hacían saber, también comentaron que Elena era manejadora y que había que ponerle límites. Por otra parte, en las reuniones de equipo sin la familia al tratar el tema de Elena los médicos sostenían que no les parecía que fuera psicótica, que más bien eran problemas para atender desde la psicología, que fingía síntomas aprendidos en el Hospital, ante estas dudas, comento que sería importante no comentar ,momentáneamente por lo menos, a la familia la idea de que podría fingir para evitar recargar la imagen negativa que ya tienen sobre Elena. Ante esto dicen que el Servicio Social piensa que todos son “buenitos”, entonces agrego que no se trata de juzgar si es buena o mala sino de atender en conjunto la situación porque de seguir así se podría perder la colaboración y sostén de la familia, lo que resulta de vital importancia hasta tanto se pueda evaluar si Elena padece una patología,

además refiero que hay menores en juego y sobre todo el derecho a la salud de Elena.

Como conclusión se podría decir que hubo dos pilares importantes que fallaron en el tratamiento del caso:

-La hegemonía médica que impidió una intervención realmente interdisciplinaria.

-La falta de un espacio preventivo de éstas situaciones para apoyar a la familia y contenerla para que desarrolle estrategias de afrontamiento y se reacomode frente a la irrupción de la enfermedad mental.

OBSERVACIONES

El trabajo interdisciplinario no siempre es posible, sobre todo cuando el médico no comprende que desde su discurso maneja un poder ante la familia que opera como disparador de conclusiones y toma de posiciones en el seno familiar. Muchas veces se interviene desde Servicio Social para prevenir conflictos en el entorno del paciente y evitar que el desconocimiento que tiene la familia sobre la enfermedad mental o sobre los trastornos de la personalidad operen como expulsores del paciente. Si ésta intervención no es apoyada por el médico tratante, la familia recibe un doble discurso, que sumado al cansancio que trae por las actitudes que no comprende del paciente, terminan por “tirar la toalla”, como dijeron los familiares de Elena. Ellos sienten que ya han hecho todo lo posible por ella y que ahora les corresponde a los médicos hacerse cargo, para lo cual

pensaron que lo mejor era internarla en un lugar en donde la pudieran cuidar bien y ellos a su vez, seguir con una vida más tranquila.

Elena se enteró de la decisión de su familia y se escapó de su casa, su madre realizó trámites en la Defensoría correspondiente y ante el Tribunal de Menores para dar en adopción a Tita. A la fecha de realizar ésta tesis, se supo por un allegado a la familia que, Elena estaría conviviendo en pareja con un hombre y que casi no mantiene contacto con su familia. Todo lo sucedido se informó desde Servicio Social a la Defensora de Elena, quien nunca volvió al hospital.

PARTE III

CONCLUSIONES

Y

PROPUESTAS

CONCLUSIONES

Una vez culminada la pasantía por el Servicio de Salud Mental, pasado un tiempo en el que reflexioné sobre lo actuado y vivido en dicho servicio y a través de lectura de material específico en Salud Mental y las diferentes orientaciones que se dan dentro de la psiquiatría, se puede llegar a la conclusión de que la Salud Mental, es un campo todavía regido por la hegemonía médica. Que el trabajo interdisciplinario está sumido a la voluntad de los otros trabajadores de la salud no médicos, se hace difícil intervenir cuando no solo el médico sino también en muchos casos la familia, piensan que el único soporte de tratamiento es la medicación. Se ve al tratamiento social como algo secundario, siendo que, como dije en varias oportunidades y a veces cayendo en la reiteración, que el padecimiento psíquico impacta en el entorno social del paciente originando situaciones factibles de ser prevenidas. Sabemos que los procesos de rehabilitación y reinserción social positiva de éstas personas, depende de una intervención especializada, para la cual el Trabajador Social está capacitado. Esta intervención especializada, planeada y evaluada, se ve menoscabada por el accionar de los servicios de salud que no la toman en cuenta con su real importancia. El tratamiento de la Salud Mental debe apoyarse en éstos dos pilares fundamentales indispensablemente, que son el tratamiento médico y en igual relación de importancia el tratamiento social.

Los médicos en general acuden a Servicio Social, luego de que se les presentan situaciones inmanejables con el paciente y su entorno, entonces la intervención

del Trabajador Social comienza tarde. Esta intervención tardía genera más trabajo porque hay que desandar caminos equivocados, tratar de cambiar expectativas de la familia, revertir el cansancio que evidencian familiares luego de transitar por innumerables situaciones frustrantes. No existe en el médico la idea de incluir desde el comienzo de su intervención con el paciente, al Trabajador Social a fin de que cada uno desde su disciplina aborde al mismo tiempo y con un objetivo compartido el tratamiento del paciente y su grupo familiar.

La falta de Trabajadores Sociales en el servicio de Salud Mental ayuda a que la hegemonía médica persista y además origina que tanto médicos como psicólogos invadan el campo del Servicio Social, sin estar preparados para ello. No es cuestión de culpar a los médicos o a los psicólogos, porque en definitiva ellos no han sido formados en nuestra disciplina, a nadie se le ocurriría pedirnos a nosotros que mediquemos un paciente, por lo tanto me parece totalmente impropio que otros profesionales, por falta de Trabajadores Sociales en el servicio aborden temas de nuestra incumbencia.

En el servicio de Salud Mental del HIGA, actualmente no hay Trabajador Social, solo se atienden las urgencias. Esto fundamenta lo que dije sobre que éste sistema de salud atenta contra la salud misma, desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires se planteo una reforma en la forma de abordar la Salud Mental, pero por falta de presupuesto y de decisiones, queda solo en el discurso, porque en los hechos queda comprobado que es imposible aplicarlo si no se

nombran profesionales para abordar el tratamiento social, más médicos de planta y medicación óptima y suficiente para sostener lo planificado para cada paciente.

Existen limitaciones en el contexto institucional que provienen de la falta de decisiones políticas que apoyen un abordaje integral e interdisciplinario, existen limitaciones en el seno familiar por la falta de programas que incluyan a la familia para que con el apoyo y asesoramiento de los equipos de salud, se conviertan en el recurso necesario para la rehabilitación y sostén del alta de los pacientes y existen limitaciones en la sociedad por el imaginario negativo que hay sobre la enfermedad mental.

También existen limitaciones institucionales que se fundamentan en la orientación psiquiátrica, en Salud Mental del HIGA los médicos tienen una orientación biologicista, no niegan la influencia que el medio tiene sobre el paciente, pero solo se abocan a la atención del paciente y a dar explicaciones sobre su evolución. Habiendo en dicho servicio una gran cantidad de psicólogos, tampoco de su parte se planteado la idea de un abordaje familiar o grupal, su orientación es la atención individual del paciente y en algunos casos se ha sugerido a familiares que tomen un turno para terapia psicológica con otro profesional.

Desde la visión de Servicio Social, los tratamientos así implementados resultan intervenciones atomizadas, se desperdicia tiempo y esfuerzo, y no se ha visto que con éste modelo de atención se logre optimizar la calidad de vida de los pacientes y su familia.

Por todo lo expuesto y trabajando en conjunto con mi supervisora, es que se planteó desde Servicio Social, abordar un proyecto para la familia, con el objetivo de dar respuesta a una necesidad detectada en las entrevistas realizadas con familiares y pacientes usuarios del Servicio de Salud Mental.

Si bien la institución, desde donde se interviene, tiene limitaciones, ya sea por su orientación o por los horarios en que atiende, el Trabajador Social por su formación, capacidad y poder negociador, puede salvar obstáculos de éste tipo y llevar adelante sus proyectos. En el caso de Salud Mental del HIGA, a pesar de que en un principio, los médicos no estaban de acuerdo en participar del proyecto para familiares, una vez que se implementó desde Servicio Social, demostrándole con su permanencia en el tiempo que era un espacio de necesidad real y que la gente que asiste a las reuniones se siente satisfecha y contenida, de a poco comenzaron a colaborar dando charlas destinadas a la psicoeducación del grupo. No todos están convencidos, todavía hay médicos que no informan a la familia de la existencia del grupo, aún cuando la familia pregunta si hay algún lugar de éste tipo han dicho no saber.

La mayor resistencia al grupo para familiares lo ejercieron los psicólogos, argumentando que debía ser un grupo terapéutico dirigido por uno de ellos, sostenían que el Trabajador Social invadía su campo. Se trató desde un principio de incluirlos en el proyecto, pero las familias resistieron su incorporación porque sus intervenciones encuadraban a las reuniones del grupo como sesiones terapéuticas grupales y se sentían cuestionadas. Aquí vuelve a surgir el problema

de orientación profesional. En varias reuniones a la que asistieron psicólogas se escuchó por parte ellas cuestionamientos a la madre y sobre todo a que el paciente era el emergente de situaciones originadas por la familia. Esto lejos de ayudar a la familia, recargaba más su sentimiento de culpa y en muchos casos generaba enojo.

Ya se había hablado, antes de implementar el proyecto, con psicólogas sobre la orientación del grupo, se dijo que en ningún momento se debía encuadrar como terapia grupal, pero una vez en las reuniones, adoptaron la posición de terapeutas.

No es una crítica a la psicología y la psiquiatría, porque en definitiva, no han sido preparados para abordar el diagnóstico y el tratamiento social, la única crítica es la falta de predisposición para dar intervención a otras profesiones y el excesivo celo profesional, como si el campo de la psiquiatría fuera un coto cerrado, y los psiquiatras debieran dar permiso para la participación de otras disciplinas.

Para terminar quisiera mencionar, que a pesar de las resistencias observadas en el servicio al proyecto de Servicio Social, la Dra. Calderaro, actual jefa del Servicio de Salud Mental brindó todo su apoyo y colaboración para que la implementación y sostén en el tiempo del proyecto fuera posible.

De más está decir, que tanto la Lic. Volpe como la Lic. Re de Servicio Social, apoyaron y defendieron el espacio ganado por las familias en el mencionado servicio, demostrando que las limitaciones muchas veces pueden ser salvadas y de

ésta forma contribuir a mejorar la calidad de vida de los usuarios del servicio, poniendo en práctica una intervención especializada desde Servicio Social.

PROPUESTAS

PROYECTO:

**“GRUPO DE AYUDA MUTUA
PARA FAMILIARES Y AMIGOS
DE PERSONAS CON
PADECIMIENTO PSÍQUICO”**

FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO

De acuerdo a la formación del trabajador Social y a su entrenamiento para detectar situaciones problema, es que se pudo reconocer al sistematizar las entrevistas realizadas durante la práctica preprofesional de Servicio Social en el Servicio de Salud Mental del HIGA, que hay un aspecto dentro del tratamiento de las diferentes manifestaciones del padecimiento psíquico, que no está contemplado por la Institución. Concretamente, surge de las entrevistas a familiares, que en su gran mayoría se sienten desamparados, desorientados y necesitan apoyo y asesoramiento para poder sobrellevar el impacto que tiene sobre la dinámica familiar y social el tener un miembro en la familia con padecimiento psíquico.(Ver entrevistas en el anexo)

Son muchas las dudas y temores que expresan los familiares y amigos de éstas personas que al no encontrar respuesta y contención redundan en estados de angustia generalizados, conductas contraproducentes para el paciente y familiares, y un mal manejo de la emotividad expresada que repercute en la vida de relación y en el tratamiento.

Consultadas las familias entrevistadas, se pudo establecer que sienten la necesidad de contar con un espacio compartido con gente que esté pasando por lo mismo, en el que puedan volcar sus inquietudes y acceder a asesoramiento profesional, para así, construir cotidianamente una mejor calidad de vida para el paciente y la familia. Como así también, tratar de recomponer su red de relaciones que, en su gran mayoría se ha visto afectada o que ha quedado inexistente debido al desconocimiento que hay en la sociedad general con respecto a la enfermedad mental. Aquí, no se debe olvidar que muchas de las personas que tienen padecimiento psíquico sufren internaciones y reinternaciones que interrumpen la continuidad tanto en las tareas laborales, recreativas, como también en la vida de relación afectiva con sus allegados.

Prejuicio, desconocimiento, desinformación, mala información, falta de contención, culpa, etc. son algunos de los factores que operan en el medio en que se mueven las personas con padecimiento psíquico y sus allegados. Por lo tanto, es tarea de quienes no son ingenuos en ésta materia, poner a disposición de quienes sufren, los conocimientos de la profesión en que han sido formados, para que trabajando interdisciplinariamente se de respuesta a ésta demanda, más allá de las limitaciones que imponen las condiciones actuales que atraviesa la atención pública de la salud en nuestro país.

OBJETIVOS GENERALES

- Organizar la demanda de los familiares de personas con padecimiento psíquico.
- Establecer un espacio abierto para implementar actividades de psicoeducación.
- Propiciar la formación de un espacio dedicado al abordaje familiar en Salud Mental.
- Impulsar la participación de profesionales de distintas áreas como colaboradores en las tareas de educación, asesoramiento, difusión de la información hacia los familiares y hacia la comunidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Asesoramiento
- Contención
- Favorecer la formación y cohesión del grupo de familiares y amigos de personas con padecimiento psíquico.
- Poner en relación con otras instituciones o diferentes recursos que pudieran favorecer la calidad del tratamiento y la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares.
- Favorecer actividades que tiendan a la integración de las personas con padecimiento psíquico, familiares, amigos, vecinos y comunidad en general como forma de desestigmatizar al paciente psiquiátrico.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

Por lo antes expuesto, es que se decidió consultar a las familias entrevistadas, sobre horarios y posibilidades para concretar un espacio de reunión. En primera instancia se consensuó un encuentro para el primer viernes de enero a las 18.00hs. Así se prosiguió durante ese mes, pero a pedido de la mayoría se decidió cambiar para los lunes en el mismo horario, lo que sigue igual hasta la fecha (18-03-02).

Como lugar de reunión, se dispuso del espacio que ocupa el Hospital de Día del HIGA, gracias a un permiso especial otorgado por el Jefe del Servicio, Dr. Modad, a quien realiza el presente proyecto.

En cuanto a la supervisión del proyecto, está a cargo de la Lic. Rosana Volpe y de la Lic. Gabriela Re.

Se comenzó con una asistencia de alrededor de 9 personas, número que es fluctuante, en algunas reuniones asistieron 10 personas, en otras 14, 16, 17, 20 y hasta 32 personas.

Cabe destacar que, si bien, se van agregando personas nuevas y otras vienen alternadamente, hay un grupo estable que no falta a ninguna reunión.

La procedencia de los familiares no es exclusiva de los pacientes que se atienden en el Servicio de Salud Mental del Higa, sino que hay otros que se atienden en forma particular.

En lo que concierne a los destinatarios, el proyecto es abierto, pueden asistir familiares, amigos vecinos, y hasta pacientes compensados.

Los temas que han sido expuestos con mayor asiduidad son los siguientes:

-¿Qué hacer frente a una descompensación?

-Cómo conducirse cuando el paciente está delirando y nos hace partícipe de su delirio? Se le debe decir que es una alucinación? Es peligroso contradecirlo?

-¿Qué hacer cuando se observan conductas que pudieran engendrar peligro para sí o para los demás? Dónde recurrir, la policía, ambulancia..?

-Se le deben respetar a los pacientes las exigencias que alteran la dinámica familiar? Sobre todo en aquellos que tienen conductas obsesivas, qué hacer?

-Qué es la apatía, por qué se da?

-Qué es el displacer?

-La falta de voluntad del paciente

-Conciencia de enfermedad en el paciente y en el resto de la familia

-Los miedos.

-La pareja y la vida de relación.

-La sexualidad.

-La soledad.

-La recreación.

-El trabajo.

-Efectos adversos de las diferentes medicaciones: en el embarazo, en la sexualidad, disquinesias tardías.

-Medicación tradicional y medicación nueva, (neurolépticos típicos y atípicos).

-Falta de medicación adecuada y sustitutos, repercusión en la calidad de vida.

-Celos en la familia por la atención diferenciada que demandan los pacientes.

- Trastornos en la pareja (padres, y/o conyugues del paciente).
- Aspectos legales de la enfermedad: insania, inhabilitación, curatela, disposición de bienes, causas judiciales, etc.
- Falta de medicación y sustitutos, recurso de amparo.
- Que se hace en otros lugares del mundo, hay tratamientos nuevos?
- Como saber si uno está con el médico y la medicación justa?
- Alejamiento de familiares y amigos.
- Ensañamiento del paciente con alguien del grupo familiar.
- Sentimientos de culpa propios y a veces engendrado por algún profesional que les ha dicho "algo debe estar pasando en la casa o en la relación con los padres".
- Ambivalencia sentimental hacia el paciente.
- Problemas en el barrio o en la vivienda.
- Falta de recursos económicos para realizar terapias complementarias al tratamiento medicamentoso.
- Falta de constancia del paciente para tomar la medicación, cómo hacer cuando se niegan a tomarla.
- Mezcla de medicación con sustancias psicoactivas.
- Paciente y tiempo libre, qué hacer las tardes y los fines de semana?
- Que va a pasar con el paciente cuando no estén ya sus familiares para cuidarlos?
- Existe una ley de salud mental, cómo hacer para que se cumpla lo que allí se propone?

- Se trata a todos los pacientes con el mismo criterio?
- Por qué existe discriminación en los otros servicios del hospital para con los pacientes de psiquiatría?
- Diferencias en las corrientes psiquiátricas, biologicismo, enfoque comunitario, etc.
- Por qué tiene que intervenir un juez cuando están internados si no son delincuentes.
- Sirve el tratamiento psicológico?
- Mal trato de algunos médicos hacia la familia, falta de información sobre alternativas de tratamiento.
- Negación de información por parte de algunos profesionales hacia la familia amparándose en que solo pueden darla con consentimiento del paciente.
- Falta de asignaciones, pensiones o subsidios para los pacientes, requisito de insanía para obtenerla
- Actitudes sobreprotectoras de la madre u otro familiar.
- Sentimiento de que el paciente es una carga, conflicto del familiar que se hace cargo.

Estos son algunos de los temas que se tratan en las reuniones y a través de la simple lectura de ellos, se puede comprender la importancia de abordar el tratamiento del padecimiento psíquico en forma interdisciplinaria, ya que, el tratar solo al paciente resulta insuficiente. Por la información recogida en éstas reuniones la familia está demandando ser incluida en el tratamiento, no solo como administradora de las indicaciones farmacológicas del médico, sino como parte

más activa en él, para poder llevar adelante la difícil realidad que les toca vivir cotidianamente.

Cabe aclarar que por razones obvias no se incluyen en éste informe nombres o apellidos de los participantes a las reuniones.

Otro aspecto que está en estudio es el de invitar a pacientes a reuniones especiales de integración con los familiares, como así también la formación de un grupo para pacientes compensados.

DINÁMICA DE LAS REUNIONES

Desde la primera reunión se mantuvo la idea de lograr que el grupo sea autogestivo. Si bien en un principio el rol de la pasante de Servicio Social fue el de coordinar al grupo, a medida que fue pasando el tiempo esa tarea se tornó rotativa entre diferentes integrantes.

Por lo general se comienzan las reuniones con la presentación de cada integrante y luego cada uno expone el motivo por el que concurre a las reuniones, cuales son sus inquietudes, problemas cotidianos con respecto a su familiar con padecimiento psíquico, también surgen propuestas del grupo sobre estrategias para mejorar la atención e integración de los pacientes.

El grupo funciona como los grupos de ayuda mutua, en los que las personas se asesoran entre sí a partir de las propias experiencias, donde los que hace más tiempo que están inmersos en la problemática, ceden sin egoísmo sus

conocimientos a los más nuevos y desesperados por sentirse desorientados y agobiados por el diagnóstico reciente. Uno de los principios básicos del grupo es la solidaridad y el respeto mutuo.

Actividades de psicoeducación

- Ante los problemas y dudas que surgen con respecto a temas médicos, se realizaron varias reuniones a las que asistieron para evacuar dudas los siguientes médicos psiquiatras:

-Dr. E. Sisti (asistió a 3 reuniones)

-Dr. I. Alisio (asistió a 1 reunión)

-Dra. A. Calderaro (asistió a 2 reuniones)

-Dr. Castillo y equipo de residentes (asistieron a 2 reuniones)

-Dr. San Román (asistió a 4 reuniones)

- Ante dudas concernientes al ámbito judicial se contó con la presencia de:

- Dra. C. Jorge asistió a varias reuniones a título personal y no como miembro de la Defensoría Oficial.

- Lic. Rosana Volpe, perito del Tribunal de Familia, asistió a título personal para evacuar dudas en lo concerniente al ámbito Judicial en Salud Mental.

- En cuanto a poner en relación con otras instituciones, se contó con la presencia de:

-Lic. A. Petrozino de AMAPEF, asociación sin fines de lucro para familiares de pacientes psiquiátricos.

-Lic. S. Montagnino, Lic. M. Sarmiento, Lic. G. Nicolás de APSIA, centro privado de atención especializado en padecimiento psíquico.

-Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, Dr. Arias

-ASDEMAR, Asociación sin fines de lucro para la lucha de personas con síndrome de Dawn.

-Red de ONGs de Mar del Plata.

-Galpón de las Artes, grupo de teatro independiente que a partir de un acuerdo con la pasante de Servicio Social, ofrece su espacio en forma gratuita para realizar actividades inherentes al arte destinado a la integración de las personas con padecimiento psíquico, familiares y personas de la comunidad. En el año 2003 se realizaron talleres semanales de actuación y de música. Durante el año 2004, se trabajó en la actuación incorporando la percusión en vivo. Estrenando la obra creada entre todos, en Octubre de éste año y en la que participan pacientes, actores, una psicóloga que asiste al grupo de ayuda mutua y la pasante que realiza ésta tesis.

- También se realizaron reuniones de asesoramiento y apoyo desde Servicio Social dirigidas por la jefa del Departamento de Servicio Social del HIGA, Lic. Gabriela Re.

EVALUACIÓN DEL PROYECTO AL MES DE JUNIO DE 2002

Como en toda actividad en la que se proponen objetivos, se hace imprescindible ir planteando tiempos y una herramienta que permita visualizar si esos objetivos se van alcanzando e inclusive ir corrigiendo posibles errores o desviaciones que pudieran surgir durante el proceso del proyecto.

Es así que, además de recoger los testimonios vertidos en las reuniones realizadas, se decidió confeccionar una encuesta autoadministrada anónima para garantizar la fidelidad de los datos.

Para comenzar se eligieron las siguientes variables para realizar una evaluación de la evolución del proyecto del "Grupo de Ayuda Mutua para Familiares de Personas con Padecimiento Psíquico":

- Asistencia a las reuniones
- Cohesión grupal
- Variación en las relaciones familiares y con el paciente a partir de la asistencia al grupo
- Variación en la visión que se tenía con respecto a la enfermedad mental, el enfermo mental y su rol en la sociedad
- Contención
- Información

Sistematización de encuestas realizadas luego de la implementación del proyecto

De la sistematización de las respuestas recibidas en la encuesta de evaluación, más las opiniones vertidas por los asistentes a las reuniones, se puede decir que, el grupo de ayuda mutua ha sido beneficioso no solo para los familiares sino también para los pacientes.

Se mencionó con asiduidad la importancia de conocer cuales son las manifestaciones características de la enfermedad y el hecho de que, escuchar que casi todos los familiares relatan situaciones parecidas, lleva tranquilidad en cuanto al sentimiento que tiene la familia sobre “esas cosas terribles que viven” o sobre la duda que tenían con respecto a sí algunas manifestaciones eran exageradas o fingidas. Otra cosa importante es que, en las reuniones hay gente que convive con un familiar afectado hace un año y otros hace más de 20 años, por lo tanto la experiencia acumulada sirve para dar contención a aquellos que todavía están sorprendidos por el diagnóstico o por la manifestación de algo que no alcanzan a comprender. Por lo tanto, la experiencia de los integrantes del grupo, más las charlas ofrecidas por diferentes profesionales (Psiquiatras, Abogados, Terapista Ocupacional, Asistentes Sociales.) ofrecen un marco de información, asesoramiento y contención que permiten una economía de sufrimiento a través de la minimización de conflictos familiares, lo que repercute favorablemente en la dinámica familiar y en la confianza en el tratamiento. Esto contribuye a la toma de conciencia de enfermedad, base esencial para que la

familia apoye el proceso de rehabilitación, sin sentir que es rehén de los caprichos de la persona afectada, sino que es una parte fundamental en dicho proceso.

También se ha visto que operó un cambio en la visión trágica que tenía antes para la familia, la cronicidad de la enfermedad mental. Con la información profesional se pudo comprender que crónico no significa descompensación constante o incapacidad total, lo cual permite comenzar a cambiar ese imaginario destructivo sobre que el paciente de salud mental debe ser tratado solo como enfermo pasivo, para dejar paso a la idea de que pueden ser sujetos activos y responsables de su propia vida, aún con las limitaciones que impone el deterioro de algunos de ello. Es decir correr al paciente del rol de carga familiar y a su vez a la familia del rol de suplantarlos en todas aquellas actividades que pueden realizar por ellos mismos. Siendo ésta la base para mejorar los vínculos entre todos los implicados y construir una forma de vida basada en la promoción de la salud y no centrando la atención en los síntomas de la enfermedad.

Otra cuestión positiva que puede mencionarse es que dentro del grupo, a raíz de los encuentros en las reuniones, han surgido subgrupos que se encuentran otros días para realizar actividades recreativas o para acompañarse en la realización de trámites o para brindarse apoyo cuando están pasando por períodos difíciles, siendo a veces apoyo emocional como en otras ocasiones ayuda para trasladar al paciente hacia el lugar de tratamiento.

También surgió la idea de formar una ONG de familiares y amigos de personas con padecimiento psíquico, la cual se halla en formación y para la que han elegido el nombre de “NUEVAMENTE”.³¹

³¹ A la fecha de terminada ésta tesis, la ONG ya se encuentra constituida con su respectivo número de personaría jurídica.

PARTE IV

BIBLIOGRAFÍA
ANEXO
INDICE

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Elías, María Felicitas, “Derechos Humanos, Salud y Trabajo Social” Segundas Anuales Jornadas sobre salud y trabajo social. UNLU. Septiembre, 2000.
- Epele, María Eugenia. “La salud en la Argentina actual”. Revista de Trabajo Social. N° II, Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Bs. As., Mayo 2001.
- García Salord, Susana.”Especificidad y rol en Trabajo Social”. Ed. Lumen/Hvmanitas. Bs. As. 1998.
- Ricón, Lía.”Problemas del campo de la salud mental”.Ed. Paidós. Argentina.1995.
- González García, Gines. “Políticas de Salud en Argentina en los umbrales del S.XX”. Revista Medicina y Sociedad. Vol. 20- N°1. 1997.
- III Encuentro Nacional de Hospitales. “Los Hospitales Argentinos en el Siglo XXI”. Ed. ISALUD, 1999.
- Insuani, Ernesto; Mercer, Hugo. “La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?”. Centro editor de América Latina. 1994.
- Jorge A. Mena, editor “Los servicios de salud en la Argentina. Instrumentos de análisis y de acción.” Fundación Universidad a Distancia Hernandarias, Ed. Docencia. 1995.
- Kisnerman, “Salud Pública y Trabajo Social”, Ed. Humanitas, Bs. As, 1981.
- Revista Panamericana de la Salud Pública. “Argentina para la salud” Vol. VI. 1999.

- Rozas Pagaza, Margarita. “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”. Ed. Espacio. Bs. As. 1998.
- Frith, Christopher. “La esquizofrenia”.Ed. Ariel. Barcelona, España. 1995.
- Eroles, Carlos. “Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional.” Ed. Espacio. Bs. As. 2001.
- Quintero Velásquez, Ángela M.” Trabajo Social y procesos familiares”. Ed.Lumen/Humanitas. Bs. As. 1997.
- Alday, María A. y otros. “Trabajo Social en el Servicio de Justicia”. Ed. Espacio. Bs. As. 2001.
- San Giacomo, Osvaldo. “Construcción del objeto y comunicación racional”, en Di Carlo y equipo. “Trabajo Social profesional: el método de comunicación racional”. Ed. Humanitas. 1996.
- Testa, Mario. “Pensar en Salud”. Lugar Editorial. Bs. As. 1997.
- Carballeda, Alfredo. Curso a distancia: “Lo social y la Salud Mental”.
www.margen.org.ar. 2003.
- Ey, Henri, Bernard, P, Brisset, Ch. “Tratado de Psiquiatría”.Ed. Toray-Masson. 8º edición. España.1998.
- Di Carlo Enrique y Equipo. “Trabajo Social con grupos y redes”. Ed. Lumen/Humanitas. Bs.As.1997.
- Barg, Liliana. “Los vínculos familiares. Reflexiones desde la práctica profesional” Ed. Espacio. Bs. As. 2003.

- Bruno, Mónica y Gabay, Pablo. “Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves”. Pág. 40. Ed. Polemos. Argentina. 2003.
- Forms and Functions, Ocasional series, n 2, Naciones Unidas, Viena 1993. Apunte de Cátedra de Sociología de la Familia de la carrera de Licenciatura en Servicio Social. 1997.
- Eroles, C. y Equipo. “Familia: Conflictos y Desafíos. Manual de Prevención y Orientación Familiar”. Ed. Espacio. Argentina. Año 2000.
- De Robertis, Cristina y Pascal, Hernry. “Metodología de la Intervención en Trabajo Social”. Ed. El Ateneo. 2º Edición. Barcelona. 1992.
- Valsachi, Beatriz. Apuntes de Cátedra: sociología de la Familia. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP.1998.
- Di Carlo Enrique y Equipo.”Trabajo Social Profesional. El método de la Comunicación Racional”. Ed. Hvmánitas. Argentina. 1996.

ANEXO

ENTREVISTAS

PACIENTE: Gastón

EDAD: 30 años

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: secundario incompleto

NÚCLEO FAMILIAR CONVIVIENTE: vive solo

SITUACIÓN ECONOMICA: no posee ingresos estables, realiza changas de jardinería.

REFERENTES FAMILIARES: padre, madre discapacitada por Accidente Cerebro Vascular, hermanas.

ENERO DE 2002

ANTECEDENTES DEL CASO:

Gastón, al momento de tomar contacto con Servicio Social, se encontraba internado en el sector de Salud Mental del HIGA (noviembre de 2001). La demanda de intervención surge a partir de la participación en los pases de sala y las visitas que la Trabajadora Social realiza en la internación del Servicio de Salud Mental, en el cual se interioriza de la situación social de cada uno a través de la entrevista. Luego de hablar con Gastón y viendo que su situación requería de la intervención de Servicio Social, procede a la lectura de la historia clínica para ampliar datos y a ponerse en contacto con el médico tratante y familiares.

De esta aproximación se ve que Gastón tiene diagnóstico de trastorno de la personalidad y problemas de consumo de marihuana. También surge en el relato de Gastón durante la entrevista, que tiene problemas de relación con su familia, tanto con sus hermanas como con sus padres..

A la fecha del informe ya había protagonizado varios episodios de violencia contra ellos por problemas que según él define como económicos, concretamente dice:

“Ellos tienen cualquier cantidad de plata y son muy egoístas, yo no les pido gran cosa, solamente que me den lo necesario para pagar unas deudas que tengo y poder ayudar a un amigo que la está pasando mal, pero ellos no tienen sentido solidario, piensan en ellos nada más. Entonces, cuando trato de hacerles entender, que a mí no me gusta que me traigan las compras hechas del supermercado, en las que siempre hay lo mismo, fideos, arroz, polenta, que se creen, ellos comen bien, tienen auto, se compran ropa y a mí me tratan como mendigo o como a un perro? Ahí es donde se arma, porque a ellos no les gusta que les digas las cosas como son y terminan llamando a la policía. Por eso yo estoy aquí y ellos afuera”.

ENTREVISTA CON FAMILIARES DE GASTÓN

Desde Servicio Social, se planificó tomar contacto con la familia del paciente para recoger datos que permitieran acceder al conocimiento y clarificar la situación descrita por Gastón. Por lo tanto se citó a los padres y hermanas en el servicio para mantener la entrevista.

Concurren a la entrevista el padre y dos hermanas, manifestando que la madre de Gastón se encuentra incapacitada por una enfermedad y que su salud es delicada, agregando que ellos no tenían ninguna responsabilidad por lo que le pasa

a Gastón y que ya habían hecho suficiente, sin recibir ayuda de ninguna institución de las que habían recorrido en pedido de asesoramiento o ayuda, que ellos eran víctimas de Gastón y no victimarios .

Se comienza en primer lugar explicando a la familia el propósito de la entrevista y aclarando que de ninguna manera se encuentran en un espacio para ser juzgados o criticados, sino que la intención es ayudarlos a arribar a una solución satisfactoria para todos con su propia colaboración. Que estamos dispuestos a escuchar sus problemas y asesorarlos en todo lo posible.

Luego de hecha esta aclaración, se nota una distensión y poco a poco va aflorando un clima de confianza a medida en que avanza la entrevista.

Durante el relato de las hermanas, se nota una distorsión en cuanto al problema de Gastón, ellas tienen la idea de que él es un vago, un cómodo, aprovechador y drogadicto que lo único que quiere de ellos es plata, comida, ropa limpia y que mantengan a sus amigotes.

Comentan que siempre fue conflictivo, que les arruina las reuniones familiares, que siempre está reprochando y pidiendo, que piensan que lo que le hace falta son límites impuestos por la justicia porque ellos ya no pueden relacionarse bien, sino que todo es gritos y pelea. Refieren problemas con sus parejas a causa de los comportamientos de Gastón, por lo cual no quieren que se acerque más a sus casas.

El padre dice: "viene a cualquier hora a mi casa y me pide dinero, comida, hace escándalo si no le doy, me prende la radio a todo volumen, me empuja y a veces

me ha pegado o zamarreado. Mi esposa está en silla de ruedas y se asusta mucho, por un ataque que sufrió no puede hablar, se genera un situación muy violenta que ya no puedo manejar. Si le doy la plata sé que va a comprar droga o se la sacan los amigos, porque él piensa que nosotros tenemos que ayudar a toda la humanidad, piensa que somos ricos y no es así.”

Las hermanas dicen:”no puede ser que tengamos que acceder a sus caprichos y que encima no nos ayude nadie, si es por los médicos nosotras tenemos que obligarlo a hacer tratamiento en algún centro especializado, vas a los centros para adictos y te dicen que si él no toma la decisión no pueden hacer nada, les preguntas que diagnóstico tiene y dicen puede ser un trastorno de la personalidad asociado al consumo. Nunca hay una indicación concreta, siempre queda en nuestras manos, siendo encima que tenemos muy mala relación con él. Entonces nos preguntamos, si nosotros no podemos y los médicos tampoco, cuál es la salida, dejarlo que nos siga arruinando la vida a todos, mientras él hace lo que le da la gana?

Una de las hermanas dice:” Yo ya estoy harta, no voy a permitir que nos tenga más tiempo a todos atemorizados, que mis hijas tengan que vivir un infierno. No se imaginan la paz que hubo mientras estaba internado, ojo, ya sé que no es lo ideal porque el sufre, pero que otra cosa se puede hacer? Para mí, Gastón debería tener una pensión o alguna entrada de dinero que le permita costearse solo y que no tenga que molestarnos a nosotros nunca más. No se puede hablar con algún juez que le prohíba acercarse para siempre a nosotros, por lo menos hasta que se

de cuenta de lo que hizo? Yo no puedo vivir preocupada por mis padres y por mi familia todo el tiempo, me voy a terminar enfermando o separándome de mi marido”.

Se les pregunta si de alguna forma ellos podrían pasar una cuota por alimentos para la mantención de Gastón y cometan que sí, pero que eso implicaría la obligación de que no los moleste.

Se les comenta que en estos casos no es fácil obtener una restricción de acercamiento por tiempo prolongado como ellas pretenden y además de eso, que Gastón la cumpla.

Se les sugiere que tomen contacto con la abogada defensora de Gastón para realizar un convenio por alimentos y que desde Servicio Social se iba a intentar hacer un acuerdo con Gastón para que cumpla con tratamiento.

También se les pide que concurren a las reuniones de familiares que se hacen los lunes en el hospital, para poder comprender mejor la patología con la cual se enfrentan y adquirir conocimientos en estrategias de afrontamiento ante situaciones límite.

OBSERVACIONES:

De acuerdo a los datos recogidos en la entrevista y teniendo en cuenta también los relatos de Gastón se planifica:

-Dar apoyo, asesoramiento e información a la familia por medio del grupo de ayuda mutua que funciona en el hospital.

-Informar a la defensora sobre las intenciones de la familia de realizar convenio por alimentos a cambio de restringir el contacto con Gastón momentáneamente, hasta tanto se evalúe la evolución del tratamiento con respecto a las conductas agresivas hacia sus familiares.

-Incluir en el convenio citado, la obligación de realizar tratamiento y controles en Salud Mental y en el INE, ya que Gastón es portador de HIV.

-Facilitar los contactos con el médico tratante, psicología y defensoría a fin de no recargar a la familia con éstos trámites en función de la mala relación que sostienen actualmente con Gastón y evitar así el corrimiento de sus familiares hasta tanto comprendan la importancia del papel de la familia en éstas personas.

-Ofrecer a Gastón entrevistas de seguimiento y apoyo desde Servicio Social.

ENERO DE 2002

De acuerdo a lo convenido y aceptado por Gastón en una evaluación del 26/11/01 como condiciones para solicitar el alta (seguimiento por S. Social, control de la medicación los días martes a las 14 Hs. y supervisión en el INE con el Dr. Letchuk) y viendo que el nombrado no concurrió a los controles, se decide hacer contacto telefónico.

Se lo llamó en 4 (cuatro) oportunidades por teléfono , en diferentes horarios, pero no se lo encontró.

Se decide hacer visita domiciliaria antes de hacer contacto con la familia, concurriendo en dos oportunidades al domicilio, donde al no encontrar al

nombrado se deja nota pidiendo que se comunique con la residente de S. Social o que concurra al Hospital en horario matutino hasta las 14.00 HS.

El día 30/01/02 se hacen presentes en el hospital, el padre y dos hermanas, para referir que Gastón sigue molestando a su padre para pedirle dinero y que además en una oportunidad se puso violento y tomó a su padre del brazo con fuerza dejándole dos hematomas . Manifiestan no tener intenciones de hacer denuncia porque consideran que no sería positivo y solicitan ayuda para manejar la situación.

Se pone en conocimiento a la familia de que desde el servicio se le efectuará una visita domiciliaria a Gastón para intentar que retome el compromiso aceptado por él, además de informar de la situación a la Dra. Calderaro, jefa de internación del HIGA y a la Dra. Jorge, de la defensoría N° 4.

El día 01-02-02 se hace contacto telefónico con Gastón, quien dice alegrarse de que alguien se acuerde de llamarlo. Refiere que no se acercó al Hospital por falta de tiempo y complicaciones con el trabajo y con un amigo llamado Adrián.

Se lo cita para el 04-02-02 a las 11.00 HS.

4 DE FEBRERO DE 2002

ENTREVISTA CON GASTÓN

Lugar: Servicio de Salud Mental del HIGA

Gastón se presenta puntualmente, exhibiendo buena disposición a la entrevista, bien vestido y aseado.

Se lo nota expectante, algo nervioso y comienza el diálogo disculpándose por no haber concurrido a control como se había convenido al momento del alta. Argumenta que se vio sobrepasado por el trabajo y el tratar de ayudar a un amigo.

Con respecto a la situación con su familia comenta que no se siente comprendido por sus padres y tampoco por sus hermanas. El cree que son egoístas y poco solidarios con él y con los que están necesitados. Dice que tiene problemas económicos propios, que debe dinero por unas herramientas que vendió y que no eran de su propiedad. Esta circunstancia lo tiene incómodo y pretende que su familia lo ayude con dinero. Refiere que a pesar de que no obtiene respuesta positiva, sostiene con sus padres y hermanas una buena relación.

Sobre el tratamiento psiquiátrico dice que lo abandonó pero que quiere retomarlo, se le ofrece un turno para un psiquiatra y acepta.

Se compromete a venir para hacer el seguimiento por S. Social cada 10 (diez) días.

Por último, aclara que no concurrió al INE para control de HIV, por lo cual se le explica que debe retomar el tratamiento y los controles.

-Se lo cita para el día 11-02-02 .

-Se toma contacto con las hermanas para comunicarles que Gastón se ha comprometido a retomar el tratamiento y para pedirles que apoyen ésta instancia. También se las invita a las reuniones para familiares de pacientes que se realizan en el hospital semanalmente.

11 DE FEBRERO DE 2002

Gastón concurre puntualmente, se lo entrevista con la Dra. C. Jorge en el servicio de salud Mental del HIGA.

Comenta que está trabajando para Cáritas con la Sra. X, en Alberti y calle 148, en un proyecto que depende del Padre Luis María Ocampo, donde cobra \$148.00

Con respecto a sus problemas familiares, se le sugiere terapia psicológica, lo que es aceptado. En ese mismo momento se lo pone en contacto con la Lic.....quien participa de parte de la entrevista y en donde Gastón se compromete a seguir terapia con ella, quien le da el primer turno para el viernes 15 a las 13.00Hs.

Otro punto que se le recordó, es que debía ir al INE para hacerse los controles de HIV, pidiéndole que cumpla con esto lo antes posible.

No está tomando medicación y con respecto al consumo de marihuana comenta que hace una semana que no fuma y que tiene intenciones de ir dejando. Dice que ya no se junta con la gente con la que consumía.

Se planea seguir el contacto a través de la Lic..... y de la familia que concurre a las reuniones para familiares.

15 DE FEBRERO DE 2002

Gastón concurre a la cita con la psicóloga.

18 DE FEBRERO DE 2002

El padre y dos de las hermanas de Gastón concurren a la reunión para familiares y allí comentan que no ven un cambio de actitud en Gastón. Que sigue demandando dinero a su padre, que va todos los días a comer y que si no lo escuchan o satisfacen sus necesidades se pone agresivo y les grita. Resaltan los cambios de humor.

Se los nota ansiosos por ver cambios en Gastón, no comprendiendo que éstos no pueden surgir de un día para otro, sino que en las personas que presentan padecimiento psíquico los progresos en el tratamiento a veces son muy lentos y no condicen con las expectativas de la familia. Durante la reunión, otros familiares explican la importancia de tener paciencia y de esperar un tiempo para ver esos cambios. Resaltan la importancia de acompañar en ese proceso sin reproches y bajando el tono de la emoción expresada para evitar que surja la agresión, se les

explica que en los casos como el de Gastón, no hay que generar más violencia con los reclamos porque resulta contraproducente ya que él, no puede manejar sus impulsos.

OBSERVACIONES: queda claro durante la reunión, que la familia de Gastón se encuentra agotada y con poca predisposición para comprender cual es su rol en el proceso que debe realizar el paciente, hay factores que han operado como negativos en la concepción que tiene ésta familia sobre el problema que enfrentan y uno de los más importantes es la ignorancia sobre lo que implica padecer un trastorno de la personalidad asociado al consumo de marihuana.

Otro factor que influye en sentido negativo, es el desamparo que refieren sentir frente a los profesionales que han consultado porque no han encontrado respuestas satisfactorias, sienten que se los hace cargo de una realidad que no pueden manejar sin darles elementos para sobrellevarla, entonces aflora la idea de que Gastón debería estar internado o por lo menos que desde la justicia se lo obligue a permanecer alejado de ellos. Es claro aquí ese sentimiento ambivalente que generan las personas con padecimiento psíquico en su entorno de relación, no quieren hacerle un mal pero a la vez no lo quieren ver porque no soportan sus actitudes, sienten enojo hacia él y pena o culpa por querer abandonarlo.

19 DE FEBRERO DE 2002

Interconsulta con la psicóloga tratante de Gastón: comenta que Gastón no ha demostrado una actitud colaboradora durante la primera sesión y que impresiona tener intenciones de abandonar la terapia.

Se decide esperar a la próxima sesión y además hacer consulta con el Dr.... para pedir una nueva evaluación y ver si hay necesidad de medicación.

Comunicación con familiares:

Siendo las 18.00hs, se comunican telefónicamente con la pasante de S. Social , dos de las hermanas de Gastón para decir que alrededor de las 14.00Hs,

protagonizó un hecho de violencia hacia su padre. Se escuchan muy angustiadas y comentan que van a denunciarlo a la comisaría. Se les pide que tomen contacto con la defensoría correspondiente, proporcionándole el teléfono y la dirección.

OBSERVACIONES: desde S. Social se realizaron entrevistas con la familia y con Gastón, con el objetivo de comprender cuales eran las demandas de las partes capaces de ser satisfechas desde Servicio Social.

También se intervino para que Gastón retomara el tratamiento psiquiátrico en el HIGA y de infectología en el INE.

Se dio apoyo a la familia invitándola a las reuniones que se realizan con los familiares y amigos de personas con padecimiento psíquico todos los lunes a las 18.00 Hs en el Servicio de Salud Mental.

Se realizaron entrevistas de seguimiento a Gastón por Servicio Social, en el servicio antes mencionado, pero no se logró la adherencia al tratamiento, en parte porque los profesionales tratantes opinan que no es Psicótico sino que presentaría un trastorno de la personalidad y adicción a la marihuana lo que no es abordado en el servicio de Salud Mental.

Se intentó desde Servicio Social hablar con distintos profesionales, pero ninguno quiso tomar el caso de Gastón sugiriendo que se lo derive a alguna salita para tratamiento psicológico.

Por otra parte Gastón se quejaba de que debía soportar largas esperas para que lo atiendan y que muchas veces habría llegado al hospital alrededor de las 9.00 hs y ser las 14.00 y todavía no lo habían atendido, dice que a él lo pone muy mal esperar tanto tiempo y ver los otros pacientes que según él están “para atrás”. Pregunta “¿para qué me citan a una hora si me van a dejar para lo último?. Me tratan como si yo no valiera nada y mi tiempo tampoco, yo entiendo que esto es gratis, pero eso no les da derecho a boludearme. Vos decís (dirigiéndose a la pasante) que quieren ayudarme pero aquí los únicos que te dan bolilla son los de servicio social. Los médicos y las psicólogas no respetan a nadie, pasan a tu lado y ni siquiera te miran, les querés preguntar para cuanto tenés y te dicen estoy

ocupada, ya te vamos a atender, y vos estás horas mirando el paisaje pensando, que caraj... hago aquí. Al final es lo mismo que con mi familia, no me tienen en cuenta , me tratan como a un animal, ni siquiera eso, a un perro lo tratan mejor” .

27 DE FEBRERO DE 2002

ENTREVISTA CON GASTÓN

Gastón se presenta en el servicio de Salud Mental a pedir que se lo atienda por guardia porque se sentía mal. Hace contacto con la pasante de Servicio Social a quien le dice: “necesito que me vea un médico, no soporto más lo que me está pasando”. Ante esta situación y al verlo muy mal vestido, desmejorado, sucio, despeinado, con un estado de nerviosismo muy evidente, se procede a acompañarlo para que lo vea el médico de guardia. Cabe aclarar que no se le sentía olor a alcohol, no tenía los ojos enrojecidos como se lo había visto en una oportunidad en la que él mismo admitió haber fumado marihuana.

El médico de guardia se encontraba muy ocupado con dos personas que había traído la policía y que estaban sumamente excitadas, por lo cual Gastón debía esperar su turno.

Por el estado en el que estaba, se decide permanecer con él para evitar que se fuera, ya que la ansiedad que decía sufrir no le permitía estar quieto en un lugar. Al cabo de una hora de espera, comienza a decir que quería irse, que no servía de nada esperar, que de todos modos nadie podía hacer nada por él, ante lo cual se trata de tranquilizarlo, se le invita un café y a sentarse en un consultorio vacío.

Gastón accede y pide tener una “charla” con la pasante mientras espera. Consultada la supervisora de Servicio Social, Lic. Rosana Volpe y autorizada por ella, se mantiene una entrevista con Gastón.

Gastón pide a la pasante confidencialidad sobre lo que tenía que decir y sin dar tiempo a una respuesta comienza a hablar muy angustiado. Relata que:” A mí me

da mucha vergüenza contar lo que me pasa, pero no aguanto más, anoche, te juro que hace bocha de tiempo que no me junto con nadie y que no fumo porro, además, yo nunca fumé más de dos o tres veces por semana y eso en los tiempos en que andaba mal. Anoche, me pasó como otras veces que siento que hay alguien en mi casa, pero yo no lo veo, lo siento, y en esos momentos comienzo a sentir sensaciones raras en.....(silencio prolongado)". Se procede a confortarlo ante el asomo de lágrimas que trataba de enjugarse con las manos y a alentararlo para que prosiga o que si lo prefiere esperemos a que se desocupe un psicólogo, pero dice tener más confianza en la pasante que en la psicóloga "que lo mira como bicho de laboratorio". Luego retoma el relato anticipando que lo que va decir guarda respeto hacia mi persona. Prosigue diciendo "yo soy portador de HIV y he tenido relaciones con una chica que no sé si la contagié o no, me cuide con preservativo, pero después de ella no tuve más contacto con nadie, no consigo una chica que me quiera, me siento solo, sexualmente me parece que ya no sirvo más, perdón por lo que voy a decir pero, no me masturbo porque baja las defensas, pero hay una presencia que me trata de "puto", entendés, yo estoy solo en mi casa y siento que me violan, me duele mucho y después de eso me voy al baño a ver si me sangró y no tengo nada, pero no lo puedo parar. A lo mejor me volví homosexual, en ese momento siento sensaciones en e....., en la....., como se dice, en el miembro masculino, me parece que me lo queman o me hacen cosquillas y me empieza a picar desesperadamente. Yo trato de defenderme pero no puedo, necesitaría un especialista en entes o un brujo, pero me da miedo meterme en esas cosas. Yo vivo solo, me agarran cuando quieren porque no tengo quien me defienda, me tenés que ayudar porque no aguanto más, mi familia no me entiende y no quiere ayudarme más".

Luego de tranquilizarlo, le pido que espere a que ubique al profesional de guardia o a un psicólogo, porque en esas cuestiones yo no puedo intervenir porque no soy médico, a lo que accede.

Ubicado el profesional de guardia me dice que este chico no tiene nada psicótico, que es secuela del consumo y que le busque un turno para otro día, ante

ésta respuesta reclamo que a mi parecer no puede irse sin atención, entonces el médico accede a entrevistarlo y al cabo de unos minutos de estar con Gastón me llama para decirme que le va a dar un sedante y turno para dentro de 10 días, que es lo más que puede hacer, dice no creer que tenga alucinaciones fuera de un estado bajo consumo y que sería bueno que haga tratamiento psicológico.

Me pongo en contacto con la psicóloga que lo atendió y me dice que ya no puede seguir viéndolo porque él no colabora en las sesiones, sugiere derivarlo a una salita o a un centro para adictos.

Luego de esto vuelvo a ver a Gastón y le explico que debe buscar turno para psicología a lo que responde que no quiere porque no siente que le sirva, trato de convencerlo de que necesita hablar con alguien especializado sobre lo que le pasa si quiere salir adelante, pero no está dispuesto según sus palabras, al “manoseo y maltrato”. Se le recomienda que tome la medicación prescrita por el médico esa tarde a lo que contesta “no me dio un plan de medicación, me dio 3 pastillas para hoy y mañana a la mañana, y después como sigue esto? Te das cuenta que nadie me toma en serio, todos piensan que soy un drogadicto delirante que no tiene derecho a sentirse bien. Una vez que confesaste que fumas porro, perdiste para siempre, a nadie le importa el esfuerzo que hacés para dejarlo ni lo que sufrís. No se dan cuenta que yo vivo ayudando gente, que soy una buena persona, cuando puedo hasta les doy de comer a los pobres aunque yo no tenga para mí. Esto es una consecuencia de la sociedad de consumo, de consumo comercial, no de drogas”.

Al verlo más tranquilo, se le pide que vuelva por Servicio Social para ayudarlo en los contactos que requieren su tratamiento, a lo que se muestra agradecido y se compromete a volver.

OBSERVACIONES:

La situación vivida esa tarde con Gastón resultó ser una constante en otras oportunidades en las que recurrió al servicio de salud mental del HIGA, razón por la cual, reflexionando con la Lic. Volpe se decide dar intervención a la defensoría

para intentar buscar un lugar de tratamiento más adecuado para Gastón, para lo cual se elaboró un informe detallando la situación del paciente.

8 DE MARZO DE 2002

ENTREVISTA CON GASTÓN

Gastón concurre al servicio de salud mental para cumplir con el turno programado la semana anterior con el psiquiatra que lo vio en la guardia.

Antes de ser atendido por el médico, toma contacto con la pasante de Servicio Social y dice "quería que veas que cumplí con el médico, estoy esperando que me atiendan" (9.00 HS.)

Siendo las 11.30 HS. Gastón toma contacto nuevamente con la pasante para decir que el médico no había llegado todavía y que nadie le sabía decir si venía o no, ante esto me pongo en contacto con otros médicos para averiguar si el profesional esperado estaba en el servicio o no, a lo que se me informa que está de licencia por enfermedad, entonces pregunto si otro médico puede hacerse cargo de la consulta, a lo que se me contesta que si es urgente trate con la guardia y si no, que re programe el turno. Consultada la médica de guardia me dice conocer el caso y que no iba a atenderlo, que debía reprogramar el turno cuando volviera el profesional tratante.

Le explico a Gastón lo ocurrido y se pone muy mal, comienza a decir que no tienen respeto, que él dejó de hacer trabajos para cumplir con el turno y que ahora no tenía ni un peso para volver a su casa, que no tenía comida y que estaba cansado de que lo manoseen.

Se lo veía muy desmejorado, más delgado y poco aseado. Se gestionó un almuerzo en el hospital para ese día, ya que refirió no comer desde hacía 3 días.

Se planificó:

-Colaborar para que se implemente tratamiento en el hospital o en un centro especializado(CPA).

-Tomar contacto con la defensoría correspondiente para ponerla al tanto de la situación.

-Seguir con las entrevistas de apoyo desde Servicio Social.

-Tomar contacto con la familia con el objetivo de ver como sigue la situación entre ellos y si pueden ayudarlo con la compra de alimentos.

20 DE MARZO DE 2002

ENTREVISTA CON GASTÓN

Gastón llega al hospital para tomar contacto con Servicio Social e informar que otra vez el médico no lo había atendido, que tenía turno a las 9.00 HS. y que siendo las 11.00Hs. todavía no pasaba nada. Ante ésta afirmación le pido que aguarde unos minutos y me pongo en contacto con el médico para el cual había pedido turno, éste me dice que estaba muy atrasado y que Gastón debía esperar hasta que se desocupe.

Le comunico esto a Gastón, quien accede a esperar.

Siendo las 14.00 HS. Gastón vuelve a tomar contacto con la pasante y dice que todavía no lo habían atendido, le pregunto si había visto al médico y me dice que lo vio salir y lo abordó para preguntarle cuando lo iba a atender, a lo que le contestó que tenía que tener paciencia y esperar porque lo iba a atender. Entonces le digo que no se ponga tan nervioso, que en el hospital a veces los tiempos no pueden manejarse debido a la gran demanda. Gastón accede a esperar.

Siendo las 15.00HS.,en momentos en los que procedo a retirarme veo que se me acerca Gastón y me dice que el médico no había vuelto de enfrente. Le pido que me de unos minutos para ver que pasa. Tomo contacto con mi supervisora y

la pongo al tanto de la situación, entonces me acompaña a buscar al profesional y no lo podemos ubicar en ningún lado. Luego de unos minutos otro profesional nos informa que el médico buscado se había retirado.

Por lo expuesto es que se decide hablar con el médico de guardia y pedirle que atienda a Gastón, a lo que accede dada la situación referida.

Luego de ser atendido por la guardia, Gastón cuenta que otra vez le dieron unos sedantes para 3 días y que debía reprogramar el turno.

Desde Servicio Social se le ofrece reprogramar el turno y seguir apoyándolo hasta tanto se encamine en el tratamiento.

Luego de ésta entrevista Gastón no volvió por el hospital y la familia dejó de concurrir a las reuniones aduciendo, que desde el hospital ellos no habían recibido ninguna respuesta positiva ya que, lo que se trataba en las reuniones no tenía luego correlato con el tratamiento que recibían por parte de los médicos. Agradecieron el apoyo brindado por Servicio Social y la contención e información recibida en las reuniones, pero recalcaron la sensación de desamparo y abandono por parte del equipo médico.

Cabe destacar que en varias oportunidades las hermanas de G. intentaron pedir ayuda al médico tratante pero la respuesta era siempre la misma: nosotros no podemos hacer nada con G. , si el no pone voluntad para venir al hospital y dejar la marihuana tienen que ir a un lugar especializado para adictos.

Desde Servicio Social se asesoró sobre distintos lugares a los que podían concurrir por el tema de la adicción y con la defensoría interviniente se realizó un convenio de alimentos a favor de G.

También se gestionó un turno en el Centro de Prevención de las Adicciones, (CPA), pero Gastón concurrió una sola vez y abandonó.

OBSERVACIONES:

El caso de Gastón no difiere mucho de otros que presentan adicción y trastorno de la personalidad, éste fue un claro ejemplo de la falta de recursos específicos para el tratamiento de éstas cuestiones. El hecho de que Gastón, no presentara

[Firma manuscrita]

una descompensación que requiera internación, sumado a la falta de conciencia de Gastón y su familia de la necesidad de tratamiento ambulatorio constante, a la falta de recursos humanos en el servicio de Salud Mental del HIGA que ve recargada su demanda diariamente, no pudiendo dedicar el tiempo adecuado a cada paciente porque no es humanamente posible responder ante tantas consultas, la poca adherencia al tratamiento de los pacientes con padecimiento psíquico, forman un obstáculo muchas veces infranqueable, para los médicos, asistentes sociales, psicólogos, etc. que tratan de realizar su labor en un servicio desmantelado de recursos, tanto humanos como materiales y se tornan expulsivos a pesar de la buena voluntad de los profesionales que se desempeñan en el. A la simple lectura de las entrevistas realizadas con Gastón podría uno hacerse una opinión errónea sobre el desempeño del médico que no pudo atenderlo, pero una vez investigados los motivos, se cae en la cuenta de que por ejemplo, la última vez que no pudo atenderlo, hubo una cantidad de consultas y urgencias que fue imposible resolver. Mala suerte de Gastón, que llegó el peor día del servicio o falta de políticas en salud que tengan en cuenta la real demanda que debería resolverse?

Desde Servicio Social se intentó actuar como nexo facilitador de las necesidades del paciente y apoyar toda instancia a favor de la mejor calidad de vida de todos, pero los tiempos institucionales, la demanda creciente en el sector de Salud Mental y las propias características del paciente obraron como se dijo como expulsor, no solo del paciente sino también de su familia. A esto, es a lo que me refiero cuando hago mención más arriba sobre que el sistema de salud a veces parece atentar contra la salud misma. Quizá, una persona como Gastón, atendida en un servicio donde se cumpla medianamente el horario del turno, donde el médico tenga tiempo para dedicarle y escuchar lo que Gastón tiene que decir, sin el apuro de pacientes apiñados en la sala de espera asomándose al consultorio sugiriendo ¿falta mucho?, con un abordaje interdisciplinario previsto no solo para la atención del paciente sino también a la familia, la historia de Gastón hubiera sido diferente. Al momento de retirarme del hospital por haber

terminado la pasantía, el caso de Gastón seguía igual, por lo menos eso fue lo manifestado en comunicaciones telefónicas mantenidas con la familia.

El caso fue derivado a la Defensoría correspondiente, elevándose informe completo de todo lo actuado.

ENTREVISTAS CON FAMILIARES

PACIENTE: M

EDAD: 29

NUCLEO FLIAR CONVIVIENTE: MADRE

SITUACIÓN ECONÓMICA: SIN RECURSOS, SIN VIVIENDA PROPIA, NO POSEEN PENSIÓN NI SUBSIDIOS.

LUGAR DE ATENCIÓN: H.I.G.A

ENTREVISTA CON LA MADRE:

"M, relata la madre muy angustiada, comenzó con los síntomas de la enfermedad a los 17 años. Siempre había sido un chico buenísimo, aplicado, responsable, cariñoso....., pero en casa las cosas no eran fáciles. Mi marido era alcohólico y golpador. Mis hijos sufrieron mucho hasta que decidí separarme.

Después de la separación estábamos más tranquilos, mis tres hijos y yo, pero había que trabajar para poder subsistir. Los tres tienen problemas, mi otro hijo era drogadicto y terminó en Melchor Romero, hice todo lo posible para ayudarlo pero no hubo caso. El otro vive en Buenos Aires con una chica y tiene un hijo chiquito, pero también tiene problemas con la bebida y las drogas. M que jamás se portaba mal un día empezó a hablar incoherencias. Imagínese, yo no entendía nada, enseguida recurrí a los médicos, pero pasó mucho tiempo hasta que M se estabilizó. Me dijeron así nomás: su hijo se enfermó de la mente para siempre, tiene una enfermedad que no tiene cura, va a tener que vivir medicado o encerrado en un cronicario. Yo sentí que me moría, pero saqué fuerzas no sé de donde y sola con todos mis problemas seguí adelante. Los médicos me hablaban muy bien pero en el ratito que pueden dedicarle a uno de vez en cuando en el

hospital, después de eso una se queda sola y con un montón de angustias y dudas. Fue muy duro lo que pasé. Una vez para el día de la madre fui a visitarlo porque estaba internado, cuando llegué mi hijo me dijo: Señora si Ud. fuera mi madre le daría un abrazo, no me reconocía como madre. Yo me deshacía por dentro de ganas de abrazarlo y besarlo, pero no podía porque él me trataba como a una desconocida. En ése momento nadie me dijo que era por la enfermedad, me fui a mi casa solita y destruida. Pasé, como esto, muchas horas difíciles, si hubiese tenido apoyo para el afuera creo que no hubiese sido tan doloroso, yo no sabía ni como hablarle a mi hijo, fui aprendiendo con el tiempo, pero fueron muchos años de soledad para mí.

Yo creo que ante una realidad como ésta, que te atiendan a las corridas en un pasillo después de haber esperado durante días y horas por una explicación, no alcanza. Si uno viene y pregunta por su hijo te toman como pesada y demandante, pero yo quisiera ver como actuarían ellos si no hubiesen estudiado medicina y el hijo fuera de ellos. Yo no pretendo que me estén abrazando y conformando, pero por favor que sean más humanos, no tienen idea de lo que uno sufre en la casa, no sabés que hacer en ningún momento, para cuando te vas avivando de cómo son las cosas, pasaste por un montón de angustias y metiste la pata más de mil veces, tendría que haber un servicio especial para las familias de estos chicos, nosotros también estamos enfermos de angustia, después uno busca asilo en diferentes religiones o medicinas alternativas y no siempre salís bien parado. Además, yo tengo que salir a buscar el peso para alimentar a mi hijo, y como hago para cumplir con el trabajo si lo tengo que dejar solo y no se con que va a salir, te quiero decir que en el trabajo tengo media cabeza, nos tenemos que mudar constantemente porque no tengo para el alquiler. Te aclaro, que yo no soy de las que se quedan a esperar la carroza, pero sola con tantas cosas todo se hace más lento, ya inicié los tramites para una pensión para mi hijo, pero andá a saber si se la dan. Nosotros necesitamos mucho apoyo, a veces que nos escuchen y nos contengan, afuera no le podés contar a nadie porque no te entienden, enseguida te preguntan si es peligroso y si no tendría que buscar un lugar para internarlo para

siempre, total, te dicen vos lo vas a visitar de vez en cuando y así podés hacer tu vida".

“Pero, como dicen en el colectivo, como si esto fuera poco, la mitad de las veces no hay medicación en el hospital, nos pasamos toda la mañana dando vueltas esperando a que se desocupe el médico para que le receta otra cosa; para mí esto es tremendo porque mi hijo tiene mucha desconfianza y cuando ve que lo que tiene que tomar no es lo mismo, me hace cada historia que no te imaginás. Una vez le dieron una medicación que le hizo re-mal, yo estaba en mi casa lo más tranquila pensando que el cambio de medicación, porque no había lo que tomaba siempre, le había caído bien, porque él estaba en su cama lo más tranquilo, no me hablaba constantemente acelerado como siempre, al revés, estaba callado y parecía que se había dormido. Pero vieron esas cosas de madre, se me ocurrió ir a verlo de cerca y tocarlo, tanta tranquilidad no me daba buena espina. Cuando lo miro casi me muero, estaba todo babeado, con los ojos desencajados, no podía hablar, balbuceaba, estaba rígido, temblaba como una hoja y estaba pálido. Era de noche y yo no tenía ni dos pesos, corrí a lo de un vecino para llamar al hospital, me dijeron que no había ambulancia para psiquiatría, que tratara de llevarlo en un taxi. Le pedí plata al vecino y ayuda para llevarlo al hospital, entre los dos no podíamos levantarlo, era como un vegetal. Por suerte otro vecino que salía para ir a trabajar en auto se solidarizó conmigo y nos llevó. Fuimos directamente a psiquiatría y ahí me llevé la sorpresa de que no había médico de guardia, entonces nos dijeron que lo llevásemos a la guardia general. En la guardia general cuando dije que era de psiquiatría, me dijeron que esperara mi turno porque había gente con problemas más graves. A todo esto mi hijo estaba en el auto porque no lo podíamos tener parado. Ahí me agarró un ataque de nervios porque no sabía realmente si era tan grave o no, empecé a gritar que mi hijo se moría y que si no lo atendían los iba a denunciar, entonces, de muy mala manera me sacaron afuera y llamaron a la vigilancia. Después de pasar por un mal rato y de seguir peleando, la jefa de guardia se me acercó y me dijo que me quedara tranquila porque por lo general estos pacientes presentan síntomas que son muy impactantes, pero que en

realidad no son problemas graves. Después de dos horas de tratar de reanimarlo en el auto vi a un médico conocido y le pedí por favor que se acercara al auto y me dijera si se podía esperar, cuando lo vio llamó urgente a los camilleros y lo entraron a la guardia. A mí no me dejaron entrar, pero después de un rato salió un médico y me llamó para explicarme que lo que tenía mi hijo era algo como un síndrome maligno a causa de la medicación, entonces me pregunto que estaba tomando y me permitió entrar para verlo un segundo, estaba con suero y contenido con vendas en los brazos y en las piernas. Yo pienso que aunque no quisieron admitirlo, mi hijo corrió peligro. Por las mías pude averiguar que, hubo un error en los miligramos de la medicación que le entregaron en farmacia, por ejemplo, me parece que tenía que tomar cuatro pastillas al día de 10mgs. y en la farmacia le dieron pastillas de 50mgs., encima que nunca las había tomado. Entonces, me dediqué a ver la forma de conseguir siempre la medicación que él necesita. Tramité amparos, perdí un montón de días en distintas oficinas ytodavía sigo con problemas para conseguir lo que necesita”.

PACIENTE: Carolina

EDAD: 29 años

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: terciario

NIVEL SOCIOECONÓMICO: clase media

GRUPO FLIAR. CONVIVIENTE: madre, padre y una hermana.

LUGAR DE ATENCIÓN: HIGA

ENTREVISTA CON LA MADRE:

"Carolina, (relata la madre) era una adolescente normal. Estudiaba, tenía buenas notas, amigos, salía, era independiente, trabajaba, etc.

Al morir la abuela con la que tenía una relación muy especial comenzó a demostrar una conducta diferente. Tal es así que cuando se fue de viaje de egresados tuvo un episodio de crisis por el que tuvimos que ir a buscarla. Allí creo yo se desencadenó la enfermedad de mi hija, no entendíamos nada, consultamos médicos enseguida, pero no nos decían nada que pudiera ayudarnos.

En mi casa era todo un caos, no quería dormir sola, la echaron del trabajo, mi marido no tenía paciencia y mi otra hija no aceptaba lo que le pasaba a su hermana. Mientras tanto los médicos probaban con una medicación y luego con otra, pero mi hija seguía peor, cada vez se encerraba más en casa, no iba a ningún lado sola, le tomó miedo a la gente y a la calle. En mi casa se trastocó todo, por años dejé de dormir con mi marido, mi otra hija me reclamaba atención, me decía que yo no podía vivir pendiente de ella nada más. Nadie me decía que era lo que

le pasaba o que era lo que convenía hacer, en una oportunidad un médico me trató muy mal porque le habían dado una medicación (clozapina) que la dejó durante más de un año como un vegetal en la cama, había que darle de comer en la boca, llevarla al baño, no hablaba... yo sentía que se me iba yendo de a poquito, como lo había dicho ella misma otras veces: me llama la abuela, me está esperando, me quiero ir con ella. No se imaginan mi desesperación, luchando por salvar a mi hija, luchando con el resto de la familia que no me apoyaba porque no entendían lo que es enfermedad mental, hasta creían que a veces era fingido, a su vez luchar con los médicos que no te dan explicaciones, por lo menos algo para tranquilizarme. Bueno, por eso cuando vi que mi hija seguía como un vegetal le dije al médico por qué no le cambiaba el remedio, entonces me dijo que quien era yo o que conocimientos tenía para juzgar la medicación o el tratamiento. Yo me sentía sola y desamparada, sentía que lo que vivía todos los días con mi hija no le interesaba a nadie, yo sé que de medicina no debería opinar, pero la que estuvo todo el tiempo al lado de ella fui yo. Algunos médicos parecían estar conformes con el solo hecho de que mi hija estuviera inmóvil en la cama pero ellos no saben del dolor de una madre que ve a su hija, perder contacto con la vida y con sus seres queridos. Por suerte, tomé coraje y decidí cambiar de médico, con lo cual la situación se fue revirtiendo de a poco.

Las pasé muy mal y sola, el desconocimiento hizo que mi familia se alejara y los amigos también, esto que cuento así duró años y resintió toda la vida familiar, no digo que todos los médicos sean iguales pero a mi me llevó mucho tiempo de sufrimiento darme cuenta de que tenía derecho a reclamar y por suerte di con profesionales que se interesaron por la calidad de vida de mi hija".

Es importante mencionar que durante el relato, el clima fue de alta emotividad e interrumpido en varias oportunidades por el llanto de la Sra. Alicia, quien a la fecha se encuentra sumida en un estado de angustia que debería ser tratado terapéuticamente.

Consultada la Sra. Alicia sobre la necesidad de contar con un apoyo para el grupo familiar, comenta que sería lo ideal porque de existir algo así quizá ella y su familia no hubiesen sufrido tanto, inclusive podrían asesorarse sobre temas que aún están confusos para ellos.

PACIENTE: M.A.

EDAD: 24 años

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: secundario incompleto.

NUCLEO FAMILIAR CONVIVIENTE: madre y una hermana.

SITUACIÓN ECONÓMICA: madre profesional con ingresos que permiten solventar buen standar de vida. Poseen obra social: IOMA.

LUGAR DE ATENCIÓN: H.I.G.A.

ENTREVISTA CON LA MADRE:

La madre de M. se presentó en S. Social del Hospital por recomendación de otra mamá que ya había concurrido para asesorarse por la enfermedad de su hijo.

Esta mamá se encontraba muy angustiada al momento de la entrevista, relató que hacía ocho años desde la irrupción de la enfermedad de M. y que hasta el momento no había encontrado contención ni respuestas que le ayudaran a sobrellevar las graves consecuencias que acarreó en la familia los síntomas que manifiesta M. Entre las consecuencias menciona que se desmembró la familia, que se separó de su esposo y que se dan situaciones violentas constantemente que hicieron que dos de sus hijos se fueran de la casa y que su hija esté constantemente de mal humor o angustiada y deprimida.

M. se atendió siempre en consultorios privados y cambió de médico varias veces, pero con ninguno de ellos se logró tener apoyo familiar o explicaciones que ayudaran a sobrellevar la vida cotidiana.

También debió concurrir por urgencias a la guardia de Salud Mental del HIGA, donde se sintió bien atendida, pero al volver a su casa siempre aparecía esa sensación de parálisis, de desamparo al no saber por cuanto tiempo iba a durar la

compensación de M. y el no saber como tratarlo para evitar las situaciones conflictivas. Dice: “Es desesperante haber tenido un hijo totalmente normal, amoroso, amable, estudioso y de un día para otro se da un brote y no sabés con quien estás viviendo, pasamos horas de tremenda incertidumbre, el médico te atiende amablemente o no a veces cuando uno va desbordado , pero después vos te volvéis a tu casa y tenés que convivir todos los días con el mismo problema, no podés ni ir a trabajar tranquila porque no sabés con que te vés a encontrar al volver o si se peleó con la hermana y sabe Dios a que pueden llegar. A eso se agrega que se niega a tomar la medicación y a comer porque dice que lo envenenamos, se encierra en su pieza o se va a la calle y no sabés que hace, o te pone el equipo de música a un volumen que hay que salir de la casa y si lo bajás se arma un despelote que puede terminar mal porque se pone violento. Realmente hace ocho años que dejamos de vivir, mis otros hijos me reprochan porque no lo quieren en la casa y yo no sé que hacer, estoy desbastada...”

Comenta que a pesar de estar bien atendido su hijo en el hospital, todavía no saben como armar su vida ni como enfrentar una realidad que cambia constantemente, la incertidumbre cotidiana que viven no les permite proyectar o planear el futuro, se abocan a la inmediatez, se la pasan apagando incendios y luego, cuando ven que el tiempo pasa se dan cuenta de que no tienen proyecto de vida y esto les provoca a ella y a su hija situaciones angustiantes y de violencia, pelean entre ellas constantemente y nunca llegan a nada.

El resto de la familia, tíos y primos se han alejado, prefieren llamar por teléfono de vez en cuando, cada vez más espaciadamente y no involucrarse, su opinión es que debería estar en algún lugar especial para “estas personas”.

El médico me dice que tenga paciencia, que ya va a andar mejor pero que no espere grandes cambios porque la enfermedad es crónica, que va a tener que tomar medicación de por vida y a lo mejor internaciones cuando haga falta, pero esto a mí no me sirve para saber como organizar mi vida familiar, también me dice si Ud. ve algo raro lo trae, pero ¿como hago para hacerlo si ni siquiera acepta que tiene una enfermedad y conmigo tiene una actitud hostil ?

Yo no pido milagros pero me parece que falta algo, la emergencia psiquiátrica me dijeron cuando llame al hospital por un brote de mi hijo no es considerada una urgencia, la ambulancia está para los casos graves. Me indicaron por suerte en Servicio Social los pasos a seguir para lograr la internación, pero mientras tanto, mi hija y yo nos tuvimos que ir de la casa porque corríamos peligro. Pasamos la noche dando vueltas con el auto y peleando. Esto se podría haber evitado si hubiese una ambulancia con un médico que pudieran atender la emergencia domiciliaria cuando es necesario.

Esto es solamente uno de los aspectos, pero hay un montón de cosas más que hacen a la cosa que no están consideradas, creo que aquí en el hospital hay buenos médicos, pero con la medicación nada más no vamos a ningún lado.

OBSERVACIONES: La mamá de M. fue atendida por Servicio Social en el sector de Salud Mental del HIGA, se le dio apoyo, asesoramiento y se le comunicó que podría contar con nuevas consultas si hiciera falta, también se la invitó a participar de las reuniones del grupo de padres y familiares de personas con padecimiento psíquico que se realizan en el mencionado servicio.

PACIENTE: C

EDAD: 25 AÑOS

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: primario completo.

NÚCLEO FLIAR CONVIVIENTE: madre, padre y un hermano de 19 años

SITUACIÓN ECONÓMICA: clase media, propietarios, poseen vehículo e ingresos que permiten solventar sus necesidades.

LUGAR DE ATENCIÓN: H.I.G.A.

ENTREVISTA CON LOS PADRES:

La entrevista se realiza por demanda espontánea de los progenitores de C., comienza a hablar el padre diciendo: “Mire, yo ya tengo experiencia en esto porque tengo un hermano con el mismo problema de mi hijo, pero mi esposa no entiende, se desespera, se deprime y no quiere escuchar a ninguno de la familia.

Ella tomó la decisión de dedicarse exclusivamente a C. porque cree que es el que más la necesita y porque el médico dijo que es una enfermedad incurable y que va a necesitar asistencia para siempre, que no se va a poder casar ni tener hijos, que no va a poder estudiar como el hermano y que no esperamos que hiciera una vida normal como nosotros pretendemos”.

La madre interrumpe llorando y relata que “ante semejante diagnóstico lo único que puede hacer una madre es tratar de darle todo el amor y la atención que

necesitan, mi otro hijo siempre tiró más para el lado del padre y es más independiente ahora, mi marido trabaja todo el día y se llevan bien, digo con mi otro hijo el sano, entonces a mi me toca estar todo el día en la casa escuchando a C. que me pide constantemente que me quede al lado de él para hablar, me dice que tiene miedo, me pregunta cosas sobre lo que le pasa que yo no sé contestarle.

No me deja ni ir al baño, quiere que esté siempre a su lado y si no le hago caso se me pega al lado y me ruega, llora, se desespera y me parte el corazón. Cómo puedo yo negarle la atención que él me pide si sé que está enfermo y sufriendo, mi marido habla de la boca para afuera sobre que él ya tiene experiencia, pero cuando C. le pide de hablar, que se quede un rato con él, enseguida pierde la paciencia y le grita, entonces ahí me tengo que meter y terminamos todos peleados. Él se va a trabajar y no sabe lo que es no tener ni un momento de paz, porque C. me dice continuamente que sufre mucho y me pide ayuda, yo lo estoy acompañando hasta las tres o cuatro de la madrugada, me pide que me quede a dormir con él porque tiene pesadillas horribles y esto es todos los días hace seis meses, y eso que toma la medicación tal cual se la da el médico. No quiere ir al hospital porque tiene miedo a la gente, a los locos y a que lo dejen internado. Yo no puedo dedicarme a los otros, mi hijo me necesita, pero a la vez no doy más, a veces me tomo parte de la medicación que me dan para él porque siento que voy a explotar. (Se produce una pausa en el relato a causa del llanto, mientras tanto el esposo hace gestos de impaciencia y enojo).

Mi otro hijo no lo entiende, dice que se hace el mimoso, que hay que darle una buena paliza, que lo tenemos que dejar que se las arregle un tiempo solo y ahí vas a ver como se le pasa todo, para colmo de males los amigos se le fueron todos, mis sobrinos lo dejaron de lado, el único que se le acerca es drogadicto, yo no sé, para mí la vida se terminó, yo le voy a consagrar mi vida a mi hijo y él que no lo entienda que se vaya a otro lado, una madre siente diferente que el padre,.....(sigue llorando).

El padre dice que “ni una cosa ni la otra, yo no ayudo más porque no estoy y además ella me deja afuera de la cosa, no entiende que una cosa es el matrimonio

y otra son los hijos; yo le pregunté al médico si no sería bueno que C. fuera a un psicólogo pero me dijo que para éstos casos no hace ninguna diferencia, entonces con la única que habla es con la madre y ella no le pone límites”.

* OBSERVACIONES: Dada la alta emotividad surgida durante la entrevista se realiza apoyo y asesoramiento, se los invita a las reuniones del grupo para familiares de pacientes, se los cita para otro día y se realiza interconsulta con el médico tratante, quien comenta que los padres de los psicóticos son muy demandantes y que si se sienten mal que pidan un turno para un psiquiatra o un psicólogo, que de su parte más que explicarle otra vez lo explicado no podía hacer. “El médico dice: tienen que entender que el hijo está enfermo y que por más que lloren o patalean eso no se puede cambiar, vienen esperando respuestas mágicas de uno y de la medicación y como no existen, piensan que sos un H. de P. al que no le importa nada. Te vuelvo a repetir, si les resulta pesado que pidan turno con otro psiquiatra para ellos y si no están conformes con el tratamiento que le busquen otro médico al hijo también, vienen a cada rato a preguntar cosas que ya les expliqué, yo más no puedo hacer, mientras los vuelvo a ver a ellos los otros pacientes que tienen turno se me juntan afuera, patalean y tienen razón.”

ENTREVISTA CON LA MADRE DE C.

La madre de C. concurre puntualmente a la entrevista pactada la semana anterior, viene sola y comenta que su esposo tenía que trabajar y que por ése motivo no vino.

Luego de dar ésta explicación comenta que si bien su hijo no había experimentado ninguna mejoría hasta el momento, ella se sentía un poco más tranquila. Se le pregunta qué influyó en ella para sentirse más tranquila, a lo que responde que “creo que estoy entendiendo un poco más a mi hijo, en la reunión

para padres vi a otras mamás que estaban pasando por lo mismo, me dieron el teléfono de ellas y me llamaron a mí también durante la semana, yo sé que me puse muy mal el otro día pero me sentía sola y aplastada, me da vergüenza decirlo pero por momentos quería matar a mi marido porque él tiene un hermano enfermo como mi hijo, sentí que era culpa de él y de su familia. Yo me enteré del hermano después de casarnos y no me imaginé que esto podía ser hereditario. Entonces me llené de odio por la familia de mi marido, después en la reunión ví que había familias que no tenían otros enfermos. También pensé que podía ser porque yo tengo un familiar afeminado y que a C. a lo mejor le pasaba lo mismo y por no decirlo se enfermó. Otro problema que se me presenta es que ya no tengo ganas de ser la señora de mi marido..., quiero decir que ya no me siento como mujer, no quiero arreglarme, no quiero divertirme o no puedo, aunque pudiera no sería justo, como me voy a ir a salir con mi marido y dejar a C. sufriendo?. La psicóloga que atendió a mi hijo cuando estaba internado me dijo que yo tenía que bajar un cambio, que estas patologías en general son producto de situaciones no resueltas en la infancia, que son a causa de conflictos expresados en el cuerpo en lugar de hablarlos. Yo no entiendo nada, lo que voy a hacer es lo que me dijeron otras mamás del grupo, tratar de no sentir más culpa, no hacerle todo a mi hijo, dejarlo que haga tareas en la casa, salir un rato todos los días aunque él no quiera y apoyarlo en los proyectos que él haga aunque ya no sean estudiar alguna carrera, ahora quiere hacer artesanías y computación. Con mi marido está todo muy

confundido, no sé si vamos a salir de ésta, con todo lo que le dije y lo culpé, no sé....., pero como me dijeron, paso a paso, la vida sigue”.

PACIENTE: P

EDAD: 24

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: secundario incompleto.

NÚCLEO FAMILIAR CONVIVIENTE: padre, madre, una hermana con un hijo de 7 años.

SITUACIÓN ECONÓMICA: poseen empresa familiar, vehículo e ingresos que permiten solventar sus necesidades.

LUGAR DE ATENCIÓN: privado

ENTREVISTA CON LOS PADRES:

Los padres de P. se presentan en el Servicio de Salud Mental del Higa espontáneamente para pedir ayuda a raíz de la situación que están viviendo con él, piden hablar con Servicio Social y es en éstas circunstancias, en que se toma contacto con ellos.

Una vez en la entrevista comentan que se encuentran desesperados porque su hijo hace dos años que está en tratamiento psiquiátrico y que no ven mejoría en él, sino que pareciera que va desmejorando.

Dicen no tener idea de la enfermedad que tiene, lo han llevado a varios médicos pero no les explican que tiene, comentan "nosotros lo único que vemos es que le cambian constantemente la medicación sin ninguna respuesta favorable. La casa se volvió un infierno, no se puede vivir, suele encerrarse en su habitación con la música a todo volumen, por las noches deambula constantemente, nos pide ayuda porque siente mucho miedo, en casa no se puede dormir pero al otro día hay que trabajar. Hemos hablado con los médicos y nos dicen puede ser una esquizofrenia o ataque de pánico o fobias delirantes, nos indicaron estudios carísimos como el mapeo cerebral, resonancias magnéticas, tomografía computada, análisis del cabello que se hace en BS.AS., etc. Hemos comprado todo tipo de medicación, en casa tenemos una farmacia, porque con tantos

cambios de remedios nos quedan cajas casi enteras que no se usan. Nosotros ya no sabemos que hacer, el último médico que lo vio nos dice que hay que tener paciencia y que no tenemos que pedir diagnósticos, dice que tiene que tomar la medicación y que esperemos que con ella mejore, Uds. no se imaginan lo que es para nosotros, con cada cambio de médico y de medicación nos llenamos de esperanza y después de un tiempo todo sigue igual o peor.

P. estaba en el secundario y un día se fue de campamento con los compañeros, ahí comenzó todo, nos tuvieron que llamar para que fuésemos a buscarlo porque no sabían que le pasaba. Cuando llegamos y lo vimos no entendíamos nada, nos decía que lo espiaban, que todo el mundo hablaba de él y que estaba aterrado. /

Llegamos a casa y lo primero que hicimos fue llevarlo al médico donde le dieron un tranquilizante y me dijeron que volviera la día siguiente. De ahí en más no se puede creer lo que pasamos.

Mis otros hijos al principio se asustaron mucho, pero después se empezaron a enojar porque P. no quería salir a ningún lado, no permitía que abrieran las ventanas, cambiaba de humor, se ponía agresivo con todos y sobre todo conmigo (la mamá). Comenzó a exigir cosas para mejorarse, pide que alguien duerma con él. El padre dice, “yo no sé cuanto hay de enfermedad y cuanto de mañas, mis otros hijos creen que se hace el loco para pasarla bien y que no pone voluntad para salir adelante porque le gusta que la madre lo esté atendiendo, dicen que quiere llamar la atención. Se imaginan que, cuando le dicen eso a mi señora se arma cada pelea que terminamos todos enojados. Yo me pregunto¿ para qué estudian los médicos si no saben darte respuestas, ni siquiera te dan una explicación coherente sobre lo que le pasa a tu hijo, te mandan así de una: su hijo tiene una enfermedad mental con altas posibilidades de que sea crónica y para lo cual va a tener que vivir medicado, no se hagan grandes expectativas, no creo que pueda estudiar o trabajar por mucho tiempo, también sería mejor que no tenga hijos porque estas cosas suelen ser hereditarias. Entonces vos le preguntás : pero doctor, que tiene mi hijo? Y te contesta: no se sabe muy bien pero podría ser esto o lo otro. Ud. trate de regular la ansiedad porque sino lo pone peor, estas

patologías tienen mucho que ver con la historia familiar. Le vuelvo a preguntar ¿doctor, que hago en mi casa no se puede seguir así, no sabemos como tratarlo, como ayudarlo? Y contesta, mire señor, yo hago todo lo posible para que P. mejore, le estoy dando remedios de última generación, pero no puedo ir a su casa a poner orden, ármese de paciencia y dele tiempo a la medicación.”

Luego comentan que en la casa se formaron como dos bandos, uno integrado por P y la mamá y el resto de la familia está del otro lado exigiendo: “o lo internan para que no nos vuelva locos a todos o pone voluntad para hacer las cosas”.

Se les pide que nos digan, en que creen que podemos ayudarlos, a lo que contestan que tenían información por otros padres sobre un grupo que se estaba formando para justamente sentirse apoyados y asesorados. /

Se los invita al grupo que funciona en el servicio para padres y familiares de personas con padecimiento psíquico, además de brindarles apoyo y contención durante la entrevista.

_ PACIENTE: N

DOMICILIO:

TE:

MOTIVO : Demanda espontánea de la esposa de una persona con padecimiento psíquico.

Durante el tiempo que realizaba mi pasantía, fueron varias las personas que pidieron ser atendidas por Servicio Social, se elige la presente entrevista por considerar que contiene elementos comunes a otras y que permiten arribar a conclusiones de interés para la profesión.

ENTREVISTA CON LA ESPOSA:

La Sra....., se presenta en un notable estado de angustia, demandando ser escuchada por un Trabajador Social, es en éstas circunstancias en que tomo contacto con ella en el servicio de Salud Mental.

La sra. Refiere que convive con su esposo hace 20 años y que ya no puede seguir manteniendo ésa situación porque “tiene conductas inaceptables”.

Relata que: “ nosotros tenemos 2 hijos, mi esposo siempre fue espacial, nunca pude saber en que trabaja, en realidad tenemos un polirubro y de eso vivimos, pero últimamente está tan agresivo que hecha a todos los clientes varones. Piensa que tengo relaciones con todos ellos, dice que mentalmente escucha los mensajes que nos damos en presencia de él. La última vez, le pegó a un proveedor, (llora y retuerce sus manos constantemente). Yo no puedo seguir así, encima de que me trata de pu.... todos los días, hace como 2 años que no tenemos relaciones sexuales, creo que ya no le irtereso como mujer, pero a la vez vive con los celos a flor de piel. Aprendí a no mirar a los hombres a la cara cuando él está presente, vivo con miedo, a mí nunca me pegó, pero no sé hasta cuando. Mi vecina dice que corro peligro, que hasta me puede llegar a matar. Mis hijos se enojan conmigo

porque permito que me basuree, se fueron de casa y viven solos, cada vez me visitan menos. Traté de convencerlo de que fuera al médico y me dice que, él no necesita ir porque no está enfermo, ni siquiera tiene una gripe. Recurrí a varios psiquiatras pero no hay forma de que se deje atender y mucho menos tomar medicación. No encuentro salida, yo me quiero separar, pero a la vez pienso que la situación se puede poner peor.”

El relato siguió con situaciones parecidas, entonces se decide asesorar con respecto a la denuncia en la Defensoría Oficial, para que pueda acceder a una evaluación en el Hospital y posterior tratamiento o internación según corresponda.

Desde Servicio Social se le dio contención, asesoramiento y apoyo para que siga los pasos correspondientes para solucionar el problema. Se logró que se llevara al paciente a evaluación al Hospital y luego de intentar el tratamiento ambulatorio el médico tratante decide la internación hasta tanto se compense y pueda aceptar su enfermedad y el tratamiento.

También se la invitó al grupo de familiares de personas con padecimiento psíquico, en donde encontró alivio y contención por parte de los integrantes del grupo, asistiendo también los hijos, lo que pudo revertir el enojo que tenían ellos hacia su madre al entender que su padre estaba enfermo y que las situaciones de agresión aceptadas por su madre, no eran factibles de ser manejadas por ella solamente, ya que dependían en gran medida de una descompensación psicótica.

INDICE

INDICE

Introducción	2
Objetivos	4
<u>PARTE I ASPECTOS GENERALES</u>	
EL TRABAJO SOCIAL.	5
-Aproximación al Trabajo Social	5
-La entrevista en Trabajo Social	11
-El Trabajo Social en Salud Mental	16
-Actividades con impacto social	23
-Rol de la familia en salud Mental	24
-Modelo de intervención basado en la educación	25
-Aspectos a tener en cuenta en la planificación con la familia	27
-Pautando los tiempos de Intervención	29
LA SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA	30
-Situación actual	32
LA PSIQUIATRÍA	
-Historia de las enfermedades mentales	38

-La incertidumbre, una constante en el campo de la Salud Mental	57
DESCRIPCIÓN DE LAS PATOLOGÍA QUE SE ATIENDEN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL	60
OTRAS PROFESIONES QUE INTERVIENEN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL	65
LA FAMILIA	71
-Definición de familia	73
-Roles dentro del seno familiar	75
-Diferentes momentos de la vida familiar	76
-El trabajo con la familia	80
INSTITUCIONES QUE INTERVIENEN EN SALUD MENTAL	
-El Poder Judicial	82
-Funciones del Poder Judicial	84
-Curaduría Zonal General de Alienados	88
-Centro de Promoción Social	90

PARTE II: ASPECTOS LOCALES

DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO

DE SALUD MENTAL DEL HIGA DE MDP

-El hospital Interzonal general de agudos Dr. O. Alende	93
-El Servicio de Salud Mental	95
-Las personas que se desempeñan en el	97
-Las personas que allí se atienden	98
-Modalidad de atención	99

DESEMPEÑO DEL TRABAJADOR SOCIAL

-Desempeño del Trabajador Social en Salud Mental del HIGA	104
-Historia reciente sobre el Servicio Social en Salud Mental	105
-Metodología de intervención	108
La pasantía de servicio Social	111
-Preparación para la inserción	112
-La inserción en el servicio de Salud Mental	112

PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN EL CAMPO DE LA

SALUD MENTAL

-Desventajas sociales	114
-Problemas en la interacción socio-familiar	115
-El campo laboral	116

-Pensiones vs. Derechos civiles	117
-El subsidio por externación	117
-Discriminación y aislamiento social	118
-La medicación , el diagnóstico y el pronóstico	119
-Frustración de los pacientes en el área afectiva	122
-Falta de atención domiciliaria	123

CASOS REPRESENTATIVOS DE LA REALIDAD DESCRIPTA

-Caso N° 1	124
-Caso N° 2	131

PARTE III CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

CONCLUSIONES	142
PROPUESTAS	148
-Proyecto de “Grupo de ayuda mutua para familiares y amigos de personas con padecimiento psíquico”	148
-Fundamentación del proyecto	149
-Objetivos	151
-Implementación del proyecto	152
-Dinámica de las reuniones	156
-Actividades de psicoeducación	157
-Evaluación del proyecto al mes de Junio de 2002	159
-sistematización de encuestas	160

PARTE IV

BIBLIOGRAFÍA

163

ANEXO

-Entrevistas

INDICE