

Narrativas de un actor social con padecimiento de esquizofrenia bajo un abordaje de Trabajo Social Construccionalista.

Claudia Yudith Reyna Tejada¹⁰⁹

Blanca Diamantina López Rangel¹¹⁰

Petra Lucía Melacio Briones¹¹¹

Resumen

Las enfermedades mentales representan un problema de salud pública que afecta a las personas a nivel mundial, la aparición de estos padecimientos se da entre los 20 y 30 años de edad, en este grupo se clasifica la esquizofrenia como enfermedad mental crónica más común, dicho padecimiento no hace distinción entre raza, género, creencias o razón social, en los hombres suele manifestarse antes que en las mujeres y quien lo padece experimenta una sintomatología muy amplia, que varía de una persona a otra, generando una repercusión en el entorno social. En el presente documento se da a conocer los resultados de la investigación e intervención desde el Trabajo Social, cuyo objetivo es analizar las narrativas sociales del actor en condición de vida con esquizofrenia, abordando el aspecto biológico, psicológico y social, que experimenta la persona inscrita al programa de Tierra a la Vista (TAV), en Saltillo, Coahuila. Se aborda bajo un enfoque de corte cualitativo a partir de un estudio de caso, utilizando una guía de entrevista a profundidad que comprende dos sesiones. Los resultados mostraron una modificación en la perspectiva que se tenía de la situación conflicto del actor social, aunado a ello se establece el diseño de un proyecto de intervención social y por ende la construcción de un Modelo Construccionalista logrando la resignificación que tiene el actor social sobre su padecimiento. Por lo que se concluye que la implementación de modelos de intervención social es muy favorable para las personas con este tipo de

¹⁰⁹ Universidad Autónoma de Coahuila claudiareynatejada@uadec.edu.mx

¹¹⁰ Universidad Autónoma de Coahuila bllopezr@uadec.edu.mx

¹¹¹ Universidad Autónoma de Coahuila melaciop@uadec.edu.mx

trastornos mentales, ya que les permite un acompañamiento al paciente y su familia en una nueva condición de vida que viene a generar inestabilidad emocional, social y económica para todo el sistema.

Palabras clave: *Actor social, narrativas, esquizofrenia, construccionista.*

Introducción

En la reunión de la 66.a Asamblea Mundial de la Salud de la OMS se adopta el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, en el núcleo de este plan de acción se encuentra el principio mundialmente aceptado de que “no hay salud sin salud mental”.

El comité regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) reconoce que en el mundo hay una prevalencia alta de trastornos mentales, además de establecer que la salud mental es concebida no solo como la ausencia de enfermedad, sino como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y contribuye al desarrollo de su comunidad”.

En tal sentido las personas que padecen alguna enfermedad mental enfrentan adversidades en las diversas situaciones vitales, que limitan la participación social la persona puede experimentar estigma social, que conducen a la exclusión y con ello a la discriminación, por consiguiente la falta de información y experiencias con personas con discapacidad generan inseguridad y actitudes inconscientes, identificando la sensibilización, la formación y la interacción como herramientas necesarias para normalizar el déficit en el funcionamiento social.

Las enfermedades mentales se han convertido en un problema de salud pública, que afecta principalmente a personas entre 20 y 30 años, entre ellas la Esquizofrenia es la más común de este grupo de edad, como trastorno de salud mental grave afecta a más de 24 millones de personas en todo el mundo según la OMS (2022), se caracteriza por una lista de síntomas que experimentan las personas en esta condición de vida tales como euforia, aislamiento, depresión y agresividad, originando un aumento en la discapacidad social ante la ausencia de salud mental.

Esta enfermedad mental no hace distinción entre raza, género, creencias o razón social, la persona que experimenta la vida con esquizofrenia presenta la falta de habilidad para las interacciones sociales asimismo, la dificultad para expresar emociones y el manejo del estrés generado por las dificultades propias de la vida cotidiana.

Es por ello que la intervención de Trabajo Social como disciplina y profesión, se caracteriza por la interacción con el individuo en su contexto social, vida cotidiana y su realidad compleja, centrado en los principios éticos que lo caracterizan la justicia social, el respeto a los Derechos Humanos y la justicia social.

El objetivo de la intervención es la implementación de un modelo construccionista que permite al profesional de Trabajo Social, intervenir y construir una reinterpretación desde las experiencias vitales de los actores sociales que viven en condición de esquizofrenia, con la finalidad de mejorar su funcionamiento social, mediante la implementación del modelo de intervención social construccionista: Modelo de Atención para Personas con Esquizofrenia (MAPE).

Marco Teórico

Salud mental un compromiso social

La población a nivel mundial enfrenta un problema de salud pública, que requiere de atención apropiada, que permita brindar una atención eficaz a los trastornos mentales clasificados por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V-TR) 2013 entre ellos se incluye la Esquizofrenia, como un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por los siguientes síntomas: Delirios, Alucinaciones, Discurso desorganizado, Comportamiento muy desorganizado o catatónico y Síntomas negativos (p. 54).

El programa de la OMS para superar la brecha en salud mental (mhGAP), puesto en marcha en el año 2008, se apoya en orientaciones, instrumentos y métodos de capacitación basados en datos científicos para ampliar los servicios en los países, orientando de forma integrada a los proveedores de atención a la salud no especializados, con el fin de promover la salud mental en todos los niveles asistenciales.

De esta forma, en el Plan de acción de la OMS sobre salud mental 2013-2020, refrendado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, se pone énfasis en las medidas necesarias para proporcionar servicios adecuados a las personas con trastornos mentales,

incluida la esquizofrenia. Una recomendación fundamental de este Plan de acción es el transferir la prestación de estos servicios, desde las instituciones a la comunidad.

De acuerdo a estudios realizados por la misma OMS en el año 2014, se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención. En el primer nivel de atención la frecuencia de trastornos mentales en la infancia fue entre 12 y 29. Por otro lado, en el panorama epidemiológico, el Banco Mundial (2017) calcula que los trastornos mentales, neurológicos y elabuso de sustancias alcanzan los billones de dólares, a pesar de esta realidad el objetivo es colocar a la salud mental en el centro del programa mundial de salud y desarrollo.

Como se plantea en el Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas intervenciones tienen como objetivo la promoción, protección y recuperación de la salud mental, eliminando los prejuicios y el estigma.

En este mismo orden de ideas, se destaca al Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE), al presentar una serie de datos que vislumbran una variación en la prevalencia de los trastornos mentales de país a país. Ya que señala un 40% para los Países Bajos y los Estados Unidos, bajando a niveles de 20% en México y a 12% en Turquía, por citar algunos ejemplos.

La Esquizofrenia una Realidad Presente

Novella y Huertas (2010) dan a conocer que el término de esquizofrenia fue acuñado en el año de 1911 por el Psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler, significa “Mente Dividida” que altera la experiencia del mundo, la historia marca un proceso de atención carente de descripciones de este tipo de enfermedad, la propia palabra esquizofrenia ya impresiona (p. 208).

Fraga, Alvarado, Saucedo, Velarde y Fragoso (2010) consideran que la atención de la esquizofrenia demanda un procedimiento complejo requiere el apego al tratamiento farmacológico, [al ser una enfermedad crónica el uso de la medicación es de por vida] se experimentan efectos secundarios como la somnolencia y el aletargamiento corporal, es necesaria la atención psicológica y la integración a un programa de ayuda mutua, para coadyuvar a la nueva condición de salud.

Este trastorno es provocado por una producción excesiva de algunos neurotransmisores especialmente la dopamina, según Santana Lim (2014) argumenta que

Son cinco los síntomas principales.

1.- Se alteran los sentidos, esto provocará alucinaciones, (Pueden ser en vista, auditivas, táctiles, gusto y olfato, así como piel).

2.- Se altera el pensamiento, esto produce delirios, (Ideas irreales, obsesivas, paranoides).

3.- Se altera el comportamiento, (Aislamiento, descuido, irritación, desmotivación, decaimiento).

4.- Se puede alterar el lenguaje, (Se usan unas palabras en vez de otras, el lenguaje se vuelve escaso).

5.- Se puede alterar el contacto con los demás, (Falta de sociabilización).

Una vez que los síntomas se presentan, la dinámica en su cotidianidad cambia este tipo de trastornos requiere que la sociedad esté informada pues ante tal desconocimiento se juzga el comportamiento de estas personas, la falta de información impide aceptar que continúe con rol que tiene en la sociedad, Walsh (2002) refiere que en más ocasiones son víctimas de agresiones que el resto de la población en general.

La aparición de la sintomatología derivada del padecimiento es una experiencia nueva para la persona y su familia ante la falta de información y educación respecto de la enfermedad vulnera a la persona, quien reacciona aislándose de su familia y de la sociedad, esta acción repercute negativamente, postergando la identificación del diagnóstico, el

tratamiento oportuno y la rehabilitación. Se considera un problema actual al ser, los grupos más estigmatizados en nuestra sociedad Ochoa, Martínez y Ribas (2017).

Romero y García (2011) son de la opinión que la afectación trasciende la dimensión biológica, desestabilizando al individuo de manera integral incluidos los factores psicológicos, sociales y culturales dificultando sus relaciones interpersonales como tener una red de apoyo como son los pares para el logro de metas individuales y colectivas incluso una relación sentimental o de pareja, otro ámbito que se ve afectado es la convivencia e incluso su desarrollo evolutivo y crecimiento en la vida laboral mediante el desarrollo productivo que le remunera económicamente.

Esta realidad implica realizar modificaciones en la dinámica cotidiana porque el padecimiento trae consigo, dificultades psicosociales, baja autoestima e incremento de riesgo de comorbilidad es decir, otro trastorno mental como el TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo), depresión, ansiedad, suicidio y abuso de sustancias, se requiere de la contribución familiar para afrontar esta condición de salud, factor importante para reducir las recaídas.

Debido a esto es importante abordar el tema de trastornos mentales, específicamente la esquizofrenia, como condición de salud que afecta la calidad de vida en general, de quien la padece y de su grupo primario como red de apoyo y demás grupos sociales en donde interactúa con diversos roles sociales.

La Familia punto clave para el Padecimiento

Como lo hace notar el autor Norman et al; (2005) "el apoyo familiar que reciben estas personas elevarán su capacidad de adaptación y las condiciones de vida de estos. Incluso, tenderán a expresar menor sintomatología y hospitalizaciones que aquellos quienes no cuenten con un apoyo de este tipo" (p. 3).

Ante la presencia de esquizofrenia, frecuentemente, la familia es el grupo social más cercano y confiable que se convierte en la red de acompañamiento principal, es la que

proporciona apoyo emocional y financiero; asegurando la atención y tratamiento necesario para la estabilidad de la persona con el padecimiento.

Todas estas acciones se vuelven una necesidad a cubrir por parte de este grupo social primario, mismo que se encuentra en crisis y se logra fortalecer mediante la intervención de profesionales expertos en el área de salud mental que, brindan entrenamiento para ayudar a su familia. La persona que experimenta la vida con padecimiento de esquizofrenia puede gozar de una vida plena, mediante el apego al tratamiento farmacológico y el apoyo de la familia estos elementos contribuyen a disminuir el número de hospitalización a causa de las recaídas (Silva et al; 2019).

Martínez (2021) plantea que las personas que viven con esquizofrenia experimentan eventos psicóticos que, se pueden manifestar en intensas emociones, como sentirse perseguidas, observadas, vigiladas, controladas, desposeídas de sus pensamientos, obligadas a experimentar sentimientos, imaginar nuevas y grandiosas identidades, experimentan transformaciones en su cuerpo (p.97). La importancia de la atención para este grupo identificado con padecimiento de esquizofrenia es vital pues, antes del diagnóstico los síntomas se manifiestan y se genera una confusión entre la realidad y la fantasía, originando así una mayor complejidad en la vida cotidiana de quien la padece, las más comunes son las alucinaciones: oír, ver o percibir algo que no existe, delirios: ideas persistentes erróneas de las que el paciente está firmemente convencido incluso cuando hay pruebas de lo contrario propiciando el aislamiento social y con ello la atención tardía.

Las personas con una condición de salud mental, que son diagnosticadas con esquizofrenia enfrentan dificultades para superar las barreras sociales, ante esto se ha identificado según Ingloft, Touriño, Baena y Fernández (2004) que la intervención familiar en este tipo de padecimiento es esencial pues este grupo necesita un entrenamiento para responder ante la crisis del individuo y disminuir el sentimiento de culpa, miedo y angustia ante una situación totalmente desconocida, requieren de información necesaria y oportuna de la esquizofrenia.

De igual manera la nueva realidad que encara a quien padece esquizofrenia y a su familia es una concepción del mundo, que ha sido validada socialmente, el individuo se experimenta a sí mismo mediante el punto de vista de otros miembros de la familia y del grupo social global, el cual puede no estar familiarizado con este proceso de salud mental, y perjudicar gravemente en la aceptación del diagnóstico Minuchin y Fishman, (2011, p. 209).

Ante la falta de información acerca del padecimiento, se genera un impacto negativo en la convivencia con la familia extensa, ahora será necesario aprender nuevas formas de comunicación y trato con el familiar en su condición de vida con esquizofrenia, para evitar el secretismo y el aislamiento de quien la padece.

Las personas que son diagnosticadas con algún trastorno mental se enfrentan a una transformación en su vida cotidiana y en otros ámbitos sociales como el familiar, específicamente en su relación con los integrantes, los que pueden experimentar prejuicios y "estereotipos como los de peligrosidad, debilidad, incapacidad o culpabilidad (Arboleda-Flóres, 2003; Corrigan y Peen, 1999; Corrigan y Shapiro, 2010; Corrigan y Watson, 2002; Jones et al; 1984; Muñoz et al; 2009; Rusch, Angermeyer y Corrigan, 2005, citado por Suárez, Tardivo, Díaz y Fernández, 2019).

Teniendo en cuenta que no se cumplen las expectativas que tiene la sociedad respecto a quien se ha diagnosticado con alguna enfermedad mental, la relación con la sociedad se transforma ya no está dentro de la norma porque la adaptación social se ve afectada, actúa diferente ya no es la misma persona que era antes de que se presentaran los síntomas y la determinación del diagnóstico identificado.

Lo expuesto anteriormente deja ver con claridad que la esquizofrenia es un padecimiento, que se agrava ante la cronicidad, la falta de información y el desconocimiento para manejar situaciones particulares, por eso la importancia de generar un modelo de intervención que permita atender a las personas ante la nueva condición de vida, que les permita desarrollarse en el ámbito comunitario, ante la tardía identificación del padecimiento mental que emite el profesional de la salud bajo el modelo de atención médica, identificando

que el paradigma construccionista permite resignificar la realidad de la persona con esquizofrenia.

El Construccionismo y la Esquizofrenia

Para Kenneth Gergen (2016) en el construccionismo lo más importante es la deconstrucción, en la que todas las suposiciones y presupuestos acerca de la verdad, lo racional y el bien quedan bajo sospecha; la perspectiva del actor social, una vez identificada su realidad le permite determinar la acción, para implementar las modificaciones ante su nueva realidad, lo que significa que este paradigma es la identificación de la realidad desde lo micro social, es en sí propiciando el encuentro con la verdad que surge del intercambio social, mediante el diálogo a través del lenguaje, compartiendo el significado que es consecuente en la relación con otros.

Para Kisnerman (1998) la deconstrucción es una exploración y comprensión, a fin de crear nuevos significados y una narrativa, conversando con los implicados en la condición de vida con diagnóstico de esquizofrenia, no influida por lo preconcebido del trabajador social (suposiciones y presupuestos).

En el mismo orden de ideas el autor define que las etapas del construccionismo deconstruir, construir, reconstruir, son procesos coexistentes, sin que ninguno tenga una posición dominante con respecto al otro, no son estáticos y se puede regresar a cualquier de ellas para comprender y analizar el discurso del actor social.

El momento de la construcción es donde se determina cómo se ha ido construyendo la situación problema, para intentar desde la situación construida, reconstruir mediante nuevas prácticas una situación superadora.

Para Berger y Luckman (1968) la vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres, destacando que, para ellos, esta tiene un significado subjetivo de un mundo coherente. La persona que padece esquizofrenia transita en un mundo que consiste en realidades múltiples, como pueden ser la narrativa del profesional de la salud, la

narrativa del sistema familiar, o la narrativa existencial, pero la vida cotidiana que el experimenta en su diario vivir lo enfrenta a la realidad experimentada en su contexto.

Se considera que las experiencias de los sujetos en el mundo son procesos sociales y se concibe la interacción en la vida cotidiana como la determinante de los conocimientos incorporados por los sujetos, que influyen en el accionar de los actores sociales involucrados, con una postura específica y una posición social.

Estrategia Metodológica

Este trabajo de investigación se realizó bajo el enfoque de corte cualitativo a partir de un estudio de caso, se inició con entrevistas abiertas para la recolección de información general del actor social construcción de la cédula de datos personales con 5 reactivos; nombre, edad, ocupación, tiempo de evolución del diagnóstico y parentesco del familiar que lo cuida, posteriormente se construyó una guía de entrevista a profundidad que comprende dos sesiones, las cuales fueron grabadas y transcritas para su análisis.

El contexto donde se establece el contacto con el sujeto de intervención es, en el grupo de apoyo “Tierra a la Vista” que pertenece a la Red Nacional de Voz Pro Salud Mental la cual es una organización sin fines de lucro, dedicada a la Psicoeducación para las personas diagnosticadas con un trastorno mental y para la psicoeducación de sus familiares o cuidadores primarios, apoyando el tratamiento integral y su reinserción a la sociedad. Busca concientizar sobre la importancia de la salud mental, la detección y atención temprana, el tratamiento oportuno, además de tomar acciones para evitar el estigma y la discriminación.

La mencionada organización cuenta con sede en diferentes entidades de la República Mexicana Saltillo, Coahuila, es una de ellas la cual se denomina Dinámica Familiar Laguna AC. Contando con la alianza y unión de Voz Pro Salud Mental (VPSM). La investigadora fungió como voluntaria, desempeñando roles y funciones de Trabajo Social, es así como se identifica la participación del actor social, participante masculino de 26 años, de nivel socioeconómico medio, diagnosticado con esquizofrenia a la edad de 24 años, estudiante del semestre cero de ingeniería en el Tecnológico de Saltillo.

Se establecieron criterios de inclusión: mayor de edad, mínimo un año de evolución del padecimiento, lucido, consciente, no encontrarse en crisis durante el proceso de intervención y voluntad para participar.

Implementando la técnica de la entrevista en profundidad, en la cual se consideran diferentes categorías de análisis (datos generales, diagnóstico de esquizofrenia, proyecto de vida y ámbitos del contexto vital) que permiten poner énfasis en la historia de vida del participante que narra su experiencia, permitiendo la reconstrucción de la historia, de la realidad del sujeto en el análisis del discurso de las creencias, sentimientos, experiencias de vida del contexto vital del actor social.

El estudio se clasifica como descriptivo y transversal, porque su intención no es evaluar una hipótesis sino describir la situación que se presenta en la vida cotidiana del actor social.

Además de implementar la técnica de la observación en cada sesión con el actor social, la cual fue registrada en el Diario de Campo, como un proceso de evaluación continua y de monitoreo que le permite al facilitador realizar ajustes necesarios para la ejecución de la siguiente sesión, considerando además que es una fuente de información para la sistematización de la experiencia.

Resultados

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que genera una transformación en la dinámica de vida de quien la padece, el manejo farmacológico es una medida terapéutica insuficiente, que no garantiza la inserción a la comunidad y el restablecimiento de la calidad de vida del paciente y de la familia, por lo que es necesario una atención integral que permita abordar aspectos que no son considerados específicamente desde el ámbito médico, como el aspecto social que es un contexto necesario de atender.

En el proceso de construcción, se rescata lo que surgió en la narrativa del actor social, para identificar aquello que es necesario transformar, mediante los recursos individuales y

familiares con los que cuenta, para la visualización de nuevas prácticas que generan la identificación de la realidad compleja.

El proceso de reconstrucción, es el trabajo en conjunto del profesional y el actor social, para construir una situación nueva mediante la planificación estratégica según Godet (2007) citado por Barranco y Herrera (2009) es entendida como un proceso que se orienta hacia el futuro que se desea alcanzar, a partir del presente, considerando los cambios, oportunidades y amenazas que se presentan en el entorno interno y externo.

Mediante el establecimiento de acciones a realizar, definiendo objetivos que se pretenden alcanzar, y la posterior identificación de materiales, es como se planea la acción para alcanzar una situación objetivo con la ejecución del modelo, estableciendo como objetivo modificar la situación inicial en una situación ideal para mejorar la calidad de vida del actor social que se encuentra participando.

La importancia de la narrativa, como interacción lingüística que permite ser el vehículo del lenguaje que comunica los hechos sociales del actor social, al investigador, quien identifica mediante las realidades manifiestas a través de la narrativa, la unificación de conciencias, las cuales se pueden obtener mediante las entrevistas realizadas.

El análisis del discurso permite identificar la relación que establecen los entrevistados con el diagnóstico de esquizofrenia, permitiendo al profesional, conocer las realidades aparente y socialmente construida, el diagnóstico de esquizofrenia a nivel social representa una ruptura en la esperanza de vida, un cambio en los proyectos personales del actor social, cuando recibe la atención médica de manera oportuna y tempranamente una vez que aparecen los síntomas, marca un antes y un después del diagnóstico.

El actor social en su narrativa, reconoce que una vez que acude a la consulta con el especialista, él ya no salió de casa, dejó de convivir con sus amigos porque le incomodaba escuchar voces y tener que comprobar si eran reales o sólo él lo estaba escuchando.

Señala que para lograr obtener una respuesta sobre si la voz que le susurraba al oído era real o imaginaria, debía voltear, siempre con discreción, para ambos lados y si no tenía

personas cercanas a donde él se localizaba, trataba de ignorarlas. Sin embargo, si sucedía lo contrario lograba identificar que era real lo que estaba escuchando y que era producto de la conversación entre otras personas.

Particularmente el diagnóstico de Esquizofrenia implica ciertas modificaciones en la cotidianidad del individuo, que pareciera la intención es que, inicie este viaje a un destino desconocido para él y para quienes lo rodean, en su diario vivir.

La persona con esquizofrenia se apropia de diversas narrativas que obtiene de la realidad como construcción elaborada socialmente para identificar su mundo desde la propia narrativa en la que él se concibe, contemplando elementos determinantes como la cultura, la historia y el contexto social. Dichos elementos coexisten luego que se verbalizan y se explican.

Plantea en su discurso que a pesar de todo lo que ha experimentado a lo largo del proceso de convivencia con las voces, además del tratamiento médico controlado hoy se encuentra mejor. Aunque, según su opinión, es complicado ser entendido por el resto de la sociedad que desconoce el padecimiento.

Además, señala que sus amigos no le cuestionan acerca de su comportamiento y él no cree que sea importante tomar la iniciativa de explicarles por qué tiene un comportamiento diferente, está tratando de retomar las actividades que realizaba en su rutina como, volver a estudiar y empezar a salir con jóvenes de su edad.

La persona con esquizofrenia se confronta a sí misma al ser consciente del evento sucedido y ante esto se puede expresar según palabras del entrevistado.

“Yo solo quiero que mi vida vuelva a ser normal”¹¹²

En este sentido, como se puede observar en las respuestas que da Abraham, más allá de apearse a un tratamiento que le devuelva lo que, desde esa perspectiva personal, se pueda considerar salud, lo que a él le interesa es lo que a los jóvenes de su edad les importa: construir

¹¹² Actor social entrevistado.

su propia identidad, ganar su independencia, insertarse en un grupo social de pares que lo valore, lo reconozca y lo integre, y seguir adelante con un proyecto de vida.

“No sé qué pasa en mi cabeza...no lo entiendo”

Se conciben como víctimas y son parte de la comunidad que los victimiza, a pesar de que estamos en una era de modernidad y tecnología no se ha encontrado evidencia de respuesta integral para que disfruten de una mejor calidad.

“Mi abuelo dijo que me llevaran con una bruja, porque me hicieron un embrujo”

El contexto inmediato de Abraham, como principal actor en su condición de vida con esquizofrenia, exige la consideración de la familia para conocer la realidad social y su construcción desde los principales actores con los que interactúa.

“Me corrieron de mi trabajo, es que siempre tengo sueño”

Se observa con especial atención la interpretación que hacen los otros del sujeto, bajo esquemas preconcebidos y estructurados mediante la interacción social en esta circunstancia particular y específica, con una significación personal que deja vislumbrar la negación ante el acontecimiento.

El construccionismo aporta, una nueva lectura de la esquizofrenia, por medio del lenguaje como medio por el cual, se construye la realidad y se intercambia con otros, permitiendo abonar a la nueva construcción del padecimiento, para resignificar su realidad y reconstruir su proyecto de vida con modificaciones que se presentaron durante el proyecto, con la finalidad de generar un impacto de mejora en la condición de vida.

Visualizando un replanteamiento de la enfermedad por parte del individuo con esquizofrenia para su tratamiento, implicando la acción discursiva a partir de sus propias apuestas que reconocen el hecho, pero con construcciones diferentes viviendo en un mundo que constantemente está siendo construido desde las actividades o juegos como lo denomina el autor Barnett.

Este tipo de padecimiento mental, en el cual se reconoce un exceso en la producción de Dopamina, es una realidad, pero una realidad que permite desde una mirada

construccionista, identificar que ésta solo existe por lo que el individuo pone en ella lo que es él como ser social, biológica y físicamente de modo que puede construir la realidad.

La falta de contratación de personal médico y el deterioro de la infraestructura, así como el porcentaje mínimo de recurso para el sistema de salud mental, generan una atención deficiente que atiende a las necesidades del Estado y de las propias instituciones conformadas por personal que están poco sensibilizados y capacitados para identificar y atender de manera holística ésta necesidad, desde el sentir de humano, de las emociones desde el miedo y el amor como lo mencionó el Padre Adolfo Huerta Alemán (2018).

La familia también transita un camino sembrado de desesperanza, frustración y duelo por la pérdida de salud de su familiar, se derrumba una serie de expectativas, que giraban en torno al enfermo.

Este grupo social primario es un elemento fundamental en la atención y tratamiento de pacientes con esquizofrenia, sin lugar a duda este sistema se ve afectado en la dinámica que se vive al interior de esta, enfrentando una situación de incertidumbre y angustia ante lo desconocido.

En este caso en particular la realidad socialmente construida, manifiesta una serie de atribuciones que se expresan para dar respuesta a la realidad, para encontrar una explicación al fenómeno mencionando puntualmente que los otros familiares cercanos trataron de ocultar lo que estaba sucediendo o incluso llegaron a mencionar que se trataba de un acto de magia negra contra el actor social, y que era necesario buscar una bruja que le hiciera una limpia para recuperar la salud.

Aunado al momento del desarrollo vital en que el paciente se encuentra, se identifica en la necesidad de tomar decisiones que le permitan un crecimiento personal como lograr la emancipación, la elección de una carrera que le agrade para desarrollarse laboralmente y como consecuencia de esta responsabilidad de tener un trabajo, el beneficio de obtener una ganancia económica para solventar sus gastos personales e incluso recreativos y de intimidad sexual, pero en su narrativa plantea no tener los recursos necesarios para lograrlo.

Pero el resto de la familia no tenía información acerca del padecimiento y de la experiencia de vivir con este diagnóstico, así que se alejaron porque, temían que se fuera a comportar agresivo y violento, Abraham decide aislarse, como se mencionó en el marco teórico, la falta de información y de interacción con la persona que padece algún trastorno mental genera exclusión social.

Dar voz a esas construcciones, a esos mundos llenos de significado, reconociéndolos como posturas y creencias legítimas en cuanto a que son un modo de entender y afrontar el mundo, es un compromiso para los profesionales que trabajan en el área de salud, que requieren de intervenciones que faciliten los esfuerzos de rehabilitación.

No desde el arquetipo epistemológico donde priva la perspectiva científica sobre estas narraciones de la realidad, sino bajo el entendido de que tales constructos científicos también son artefactos culturales que dan cuenta de una manera de abordar la “realidad”, su “realidad”, no la “Realidad”. Identificando así, la importancia de la narrativa como ese reflector que permiten al investigador ver el escenario, reconociendo acciones guiadas por la conciencia para dar sentido a las experiencias y conductas de la persona.

Los elementos generados a partir de la reflexión de los propios actores sociales, permite al facilitador, compaginar la teoría con la práctica son dos terrenos en los cuales el profesional deberá estar presente en un ir y venir, que le permita generar procesos para hacer cada vez más eficaz su labor, con estrategias favorables para la intervención, como lo señala Kisnerman (1998) las etapas del construccionismo son un conjunto de momentos interconectados e interdependientes (deconstrucción, construcción, reconstrucción).

Modelo de Atención a Personas con Esquizofrenia (MAPE)

El MAPE, es el modelo que se construyó con aportes de otros modelos acordes al paradigma construccionista, se conformó con ocho sesiones, cada una con su respectiva estrategia metodológica, con sesiones que se realizaron una vez por semana, durante los meses de agosto a septiembre de 2018, con la participación libre y voluntaria del actor social, que atendió a los criterios de inclusión, además de firmar el consentimiento informado.

Para dar a conocer la intervención en el proyecto se ha tomado como referencia tres modelos que fueron analizados y reflexionados, cada uno de ellos con sus particularidades, pero al mismo tiempo con una relación estrecha entre ellos, para fortalecer el actuar profesional.

Se mencionan a continuación:

- Modelo del proceso de validación humana de Virginia Satir
- Modelo Humanista
- Modelo de Intervención Social Construccionalista

Para el modelo de intervención social constructivista MAPE se identifican los siguientes componentes, primeramente, estableciendo tres etapas previas a la interacción y ejecución del MAPE.

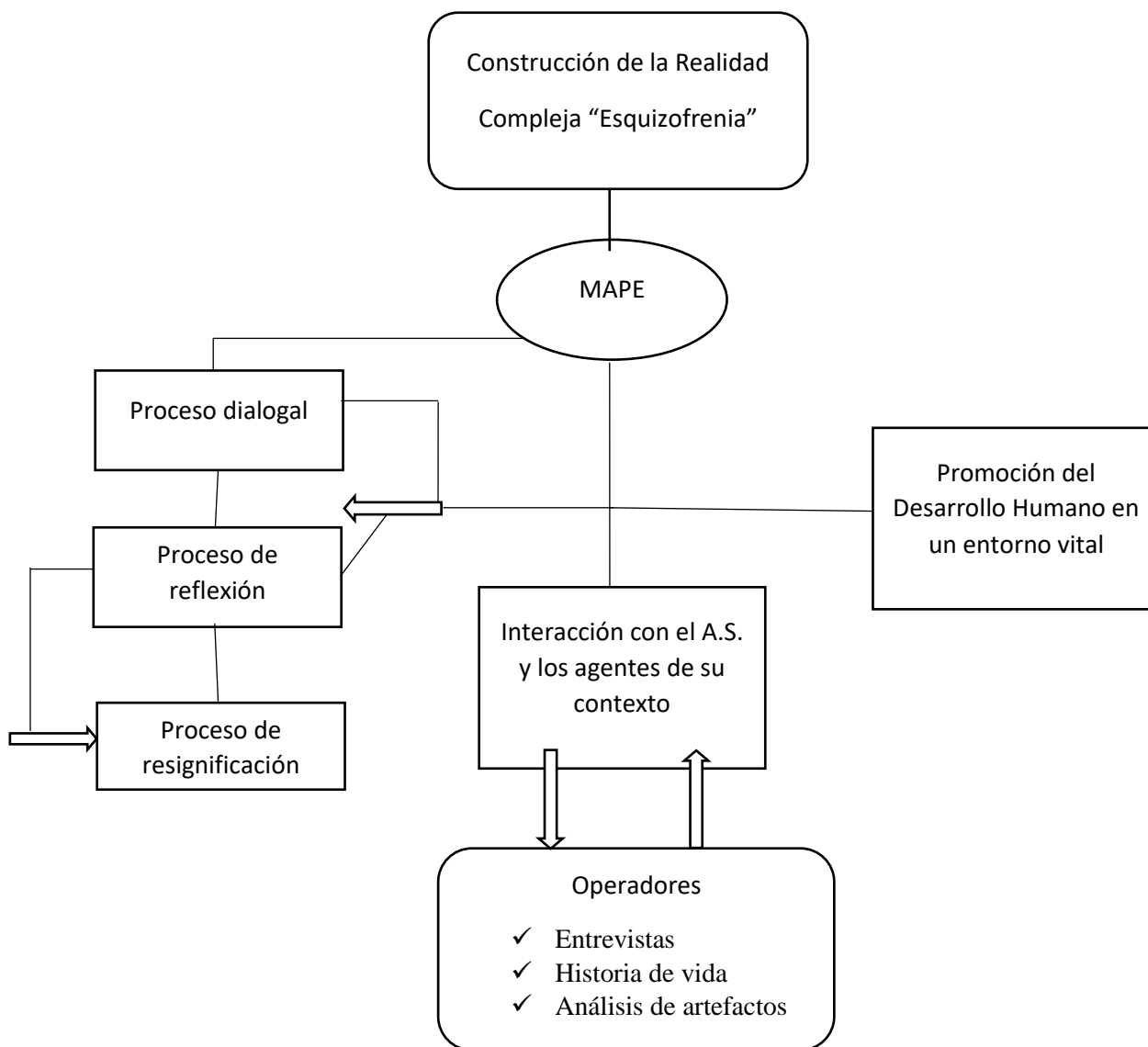
1.- Etapa de Pre-Interacción

2.- Etapa de Desarrollo identificando las tres realidades complejas: La construida por el sujeto, La construida socialmente y La construida por el profesional.

3.- Etapa Interpretación de la realidad compleja, (Construcción permanente)

En consecuencia, se concluye que la nueva condición de vida que experimenta el actor social le da la oportunidad de construir una resignificación frente al diagnóstico, a partir de los cambios realizados en su diario vivir, para lograr una estabilidad del padecimiento e iniciar nuevos proyectos de desarrollo personal, mejorando su calidad de vida.

Figura 1. Esquema operativo del modelo de intervención social construccionista.



Fuente: Elaboración Propia.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM

5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Audiffred Jaramillo, Ricardo Ignacio, González Lozano, Luis Arturo, García de Alba García, Javier Eduardo, García Sandoval, Karla, Almaraz Cortez, Brandon Alfredo, Montes Jacuinde, Karla Mercedes, & Torres Valencia, José de Jesús. (2022). El funcionamiento social en la esquizofrenia y la alta emocionalidad expresada desde una perspectiva familiar. *Psicumex*, 12, e465. Epub 13 de enero de 2023. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.465>

Banco Mundial “Reseña sobre salud mental” (2017)
<https://www.bancomundial.org/es/topic/health/brief/mental-health>

Berger y Luckmann (1968) La construcción social de la realidad.

Fraga-Díaz del Castillo, I., Alvarado-Ruvalcaba, MDS, Saucedo-Sauceda, A., Velarde-del Río, LT, & Fragoso-Morales, LE (2010). Esquizofrenia: un problema de salud pública de grandes dimensiones en la población mexicana. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48 (2),187-188.[fecha de Consulta 29 de Julio de 2023]. ISSN: 0443-5117. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745507011>

Fraga-Díaz del Castillo, I., Alvarado-Ruvalcaba, MDS, Saucedo-Sauceda, A., Velarde-del Río, LT, & Fragoso-Morales, LE (2010). Esquizofrenia: un problema de salud pública de grandes dimensiones en la población mexicana. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48 (2),187-188.[fecha de Consulta 29 de Julio de 2023]. ISSN: 0443- 5117. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745507011>

Gergen, K. (2007), *Construccionismo social, aporte para el debate y la práctica*, Primera Edición Bogotá: Ediciones Uniandes.

- Gergen, K. (2011), *Construir la realidad El futuro de la psicoterapia*, Barcelona, Buenos Aires, México, Editorial Paidós.
- Ginebra, S. (2018) Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. [acceso 11 de enero de 2020] [Internet]. 2020. p. 1-4. Fecha de consulta 11/11/2021 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Inglott Domínguez, R., Touriño González, R., Baena Ruiz, E., & Fernández Fernández, J. (2004). Intervención familiar en la esquizofrenia: Su diseminación en un área de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (92) ,9-23.[fecha de Consulta 30 de Julio de 2023]. ISSN: 0211-5735. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019658002>
- Kisnerman, N. (1998), *Pensar el Trabajo Social, Una introducción desde el construccionismo*. Buenos Aires. Lumen Hvmánitas.
- Loubat O., M., Lobos, R. y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12 (39),15-25.[fecha de Consulta 30 de Julio de 2023]. ISSN: 0718-1361. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83652501002>
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSMV, Editorial Médica Panamericana, última versión, 2013.
- Martínez, J. M. (2021). Viviendo en mundos imaginarios. Sintonía, indagación e implicación en el tratamiento de las psicosis. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 97-111. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.487>
- Minuchin, S; Fishman. H., (2011) *Técnicas de Terapia Familiar*, Editorial Paidós Mexicana, S.A., Tercera reimpresión en México marzo de 2011.
- Novella, Enric J., & Huertas, Rafael. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219. Recuperado en 31 de julio de 2023, de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002&lng=es&tlng=es)

Plan de acción de la OMS sobre salud mental 2013-2020

Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, anexo, p. 3.

Plan De Acción Sobre Salud Mental Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre AL 3 de octubre del 2014, Resolución CD53.127, 66° SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS.

Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. OMS, 2004
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

Romero-Ayuso, D., & García Arenas, J. (2020). Regulación emocional y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia. *Revista Interamericana De Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54 (1), e1241. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1241>

Santana, L. F, (2014),”Manual ¡Tierra a la Vista!” Red Nacional de Voz Pro Salud Mental Humanamente y el Programa Lim.MX, Zapopan Jalisco.

Silva, A. Restrepo, D. (2019) Recuperación funcional en la esquizofrenia: *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Volume 48, Issue 4, October–December 2019, Pages 252-260. Fecha de consulta: 15/11/2021. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745017301142>

Suárez-Vergne, Á., Tardivo, G., Díaz Cano, E., & Fernández Fernández, M. (2019). Estereotipos sobre la depresión y la esquizofrenia en Twitter. *Espacio Abierto*, 28 (3), 75-90.