Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

"Relación de los factores protectores con los procesos de resiliencia en la rehabilitación social de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas"

Tesis para optar por el grado de
Licenciatura en Trabajo Social

Alicia González Chacón
Gabriela Sanabria Hernández

San José, Costa Rica
2004

RESUMEN

Se plantea como tema para el Trabajo Final de Graduación, bajo la modalidad de tesis cualitativa “Relación de los factores protectores con los procesos de resiliencia en la rehabilitación social de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas”.

El problema de estudio es ¿Cómo se relacionan los factores protectores con los procesos de resiliencia en la rehabilitación social de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas que acuden al programa Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico?

El mismo fue abordado con un enfoque de carácter cualitativo, basado en el método fenomenológico, tanto para la recolección como en el análisis de la información. Las técnicas empleadas en el trabajo de campo fueron básicamente tres: la revisión documental, la observación participante y la entrevista en profundidad, con la modalidad de historias de vida.

El objetivo general que orienta la investigación es: Analizar los factores protectores relacionados con los procesos de resiliencia en la rehabilitación social de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas.

La población participante en el estudio se encuentra conformada por 5 usuarios (as) pertenecientes al programa Hospital Diurno, diagnosticados (as) con esquizofrenia, que han presentado características de procesos de resiliencia y actualmente cuentan con un grado de funcionamiento adecuado.

De acuerdo a las historias de vida de las y los sujetos de estudio se lograron identificar tanto factores protectores internos como externos que le posibilitaron a estas personas enfrentar su enfermedad y alcanzar un grado considerable de rehabilitación social.

A partir de los hallazgos se concluye con la propuesta para la construcción de resiliencia con personas diagnosticadas con esquizofrenia, como un aporte a la práctica del Trabajo Social en nuestro país.

De igual manera se complementa con una propuesta novedosa para la aplicación de la Rueda de la Resiliencia a partir de los Modelos de Intervención de la profesión.

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACION

1.1 JUSTIFICACIÓN

> ***"El hombre no siempre se vale de barrotes para construir jaulas. También las ideas pueden ser jaulas. Aquellos que no viven según las ideas de la mayoría son los que han de ser puestos en jaulas especiales. Pero tenemos que encerrarles con llave tanto conceptual como físicamente. Las puertas de las clínicas mentales se abren en cierta forma, pero las más difíciles de abrir son las puertas de nuestras mentes" (Laing en Alemán y Vega, 1994)***

Cada siete de abril se celebra el día Mundial de la Salud y en el año 2001 estuvo dedicado al tema de la salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 400 millones de personas en todo el mundo sufren de trastornos mentales o problemas psicosociales derivados de abuso del alcohol y las drogas. En América Latina la cifra alcanza los 150 millones, mientras que en nuestro país el Departamento de Salud Mental de la Caja Costarricense de Seguro Social calcula que el 40% de las y los costarricenses ha sufrido un trastorno mental leve o severo. (Ureña en Cantero, 2001: 6).

Actualmente en Costa Rica no se cuenta con un dato numérico exacto de la incidencia epidemiológica de los trastornos mentales ya que "... los sistemas de registro continuo de la CCSS proporcionan una información restringida." (CCSS, 2000:18); no obstante consultando el número de egresos del Hospital Nacional Psiquiátrico para los años

2000, 2001 y 2002 la esquizofrenia se constituye en la principal enfermedad mental que afecta la población atendida con un total de 718, 714 y 663 personas egresadas respectivamente. (HNP, 2001-2002-2003)

Tradicionalmente "el modelo de abordaje de los trastornos que afectan la salud mental está centrado en la atención del tercer nivel, con serias debilidades y ausencias en promoción de la salud mental, prevención y rehabilitación de los trastornos psiquiátricos" (CCSS, 2000: 8). No obstante la realidad requiere un abordaje distinto centrado en el primer nivel de atención que incorpora a la familia y a la comunidad; como afirma Rocabado "... es necesario repensar el papel de los hospitales psiquiátricos (...) ahora no se debe encerrar a los pacientes sino tratarlos cerca de sus familias" (Cantero, 2001: 6)

La resiliencia, como parte de las intervenciones hacia la persona diagnosticada como esquizofrénica permite ampliar la concepción de "paciente" en sí y del proceso de rehabilitación social; dejando de centrarse en éste (a) como un caso, un objeto, un problema, visualizándolo (a) como un (a) sujeto (a) con fortalezas, potencialidades, recursos internos y externos y habilidades, que se encuentra inserto (a) en un medio con el que se relaciona y en el cual interactúa.

Por tal motivo, en la investigación y la práctica terapéutica “... las nociones de resiliencia y vulnerabilidad, de riesgo y factores protectores, destacan la complejidad de los desórdenes psiquiátricos y sus causas: la necesidad de ir más allá de las asociaciones simples entre antecedentes y consecuencias y siempre observar las excepciones a la regla” (Wolff en Badilla y Sancho, 1997: 18).

De esta manera, nuestro estudio pretende insertarse en esta complejidad de las enfermedades mentales y romper con el binomio causa - efecto, trascendiendo el énfasis en los factores de riesgo que provocaron la patología. Al poner el énfasis en los factores protectores se rompe con el paradigma tradicional de abordar el tema y se trabaja desde una perspectiva distinta en la que la interrogante básica deja de ser ¿qué problemas presenta

esta o este paciente? para convertirse en ¿cómo ha utilizado sus fortalezas esta persona?, precisamente de aquí se obtendrán "las excepciones a la regla".

Este nuevo enfoque de la salud se plantea como una de las áreas críticas que la Sección de Investigación de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica (1997) ha identificado, ya que se pretende realizar una transición del deterioro de la salud mental hacia una concepción de la salud integral, en donde las acciones de promoción, prevención y atención de la enfermedad mental, involucra otros actores sociales además del Hospital.

Es importante mencionar que "El Trabajo Social en su función facilitadora, conoce las elecciones que hacen las personas para afrontar las crisis de la vida, al igual que las formas de sobreponerse a ellas" (Casas y Campos, 1999: 31)

La labor de Trabajo Social, desde la perspectiva de la resiliencia, implica trabajar con las fortalezas y potencialidades de los seres humanos; su foco de atención consiste en el manejo de éstos; el papel del (la) profesional es de facilitador (a) y la pregunta generadora es cómo la persona ha utilizado sus fortalezas en las distintas etapas de su ciclo de vida.

La resiliencia dentro de nuestra profesión, específicamente, en el trabajo con personas diagnosticadas como esquizofrénicas es un tema que carece de investigaciones en nuestro país. Trabajo Social ha incorporado en los últimos años este nuevo enfoque, principalmente con poblaciones infantiles, mujeres y adultos jóvenes (estudiantes); pero nunca con población psiquiátrica.

Los conocimientos que se construyen a lo largo del estudio se constituirán en un insumo básico para el Trabajo Social en la atención integral de la persona diagnosticada como esquizofrénica ya que aún no se ha abordado esta población desde la perspectiva de la resiliencia. Al trabajar con factores protectores en vez de factores de riesgo, se generará una perspectiva novedosa para comprender la génesis y desarrollo de la enfermedad mental, así como de su rehabilitación. La experiencia se constituirá en la base para la propuesta

para la construcción de resiliencia en el trabajo con esta población, de manera que se incorporen los aportes de la investigación y se contribuya a enriquecer la práctica del Trabajo Social.

Se pretende que, mediante esta propuesta, se genere una posibilidad de construcción de resiliencia desde Trabajo Social y en sus diversos Modelos de Intervención. En la medida en que se logre construir una propuesta de intervención para personas diagnosticadas como esquizofrénicas basada en fortalezas y manejo de potencialidades; esto podría generar un trabajo de grupo dirigido a las familias de estos (as) sujetos (as) con el fin de presentar otra alternativa hacia la enfermedad.

Trascendiendo la intervención hospitalaria, se podría trabajar desde el primer o segundo nivel de atención en prevención de la enfermedad mental; básicamente mediante información y educación en las comunidades acerca de la esquizofrenia y su manera de tratarla dentro del contexto de la resiliencia.

El interés por investigar los procesos de resiliencia de estas personas involucra tanto los motivos profesionales que fortalecerán al Trabajo Social en la atención psiquiátrica, como el interés personal de una de las investigadoras que, al realizar su práctica institucional en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el año 2001, tuvo la oportunidad de compartir con esta población y percibió la necesidad de trabajar con estas personas tradicionalmente olvidadas y estigmatizadas por la sociedad costarricense.

Es de interés de las sustentantes que la investigación sea un primer paso para revalorizar las potencialidades de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas en nuestro contexto y la perspectiva de la resiliencia brinda esa oportunidad.

1.2 ESTADO DE LA CUESTIÓN

El tema de esquizofrenia y la resiliencia como tal, carece de investigaciones previas tanto en el ámbito internacional como en el nacional, ya que se ha trabajado el tema con diversas poblaciones, especialmente niños (as) y adolescentes, más no con personas que padecen alguna enfermedad mental.

Cada tópico, de manera individual, ha sido trabajado en investigaciones de diversa índole que se presentan a continuación.

1.2.1 ESQUIZOFRENIA

En el tema de esquizofrenia se han desarrollado varias investigaciones principalmente en disciplinas como Psicología, Medicina y Trabajo Social. Zambrano (1998), Chinchilla (2000) y O´Brien (2000), exponen los antecedentes de la esquizofrenia a través de la historia, así como la evolución del concepto. Presentan las características generales de esta enfermedad tales como: evolución, síntomas, fases de la esquizofrenia, criterios de ingreso y egreso, indicadores de posible pronóstico y factores de mal pronóstico, diagnóstico diferencial (tipos de esquizofrenia), manejo y tratamiento (hospitalización).

Así mismo, exponen algunos factores protectores institucionales, lo cual se constituyó en un referente teórico para la elaboración de la investigación, al relacionar la esquizofrenia y los factores protectores que desde la institución promueven actitudes resilientes.

Valverde (1976) parte de su experiencia en el Hospital Nacional Psiquiátrico y, mediante una encuesta realizada con una muestra de funcionarios (as) de la institución y otra de familiares de "pacientes" con esquizofrenia, realiza una investigación dirigida a indagar el conocimiento y percepción de ambas poblaciones sobre la labor de Trabajo

Social, a partir de esto se proponen otras actividades adicionales que podría llevar a cabo el personal del servicio con las familias.

Se concluye que son los familiares quienes muestran mayor disposición a que Trabajo Social realice otras labores, por ejemplo: sesiones individuales con el (la) "paciente", sesiones "paciente" - familia - otros profesionales (Equipo Interdisciplinario) y sesiones familiares; todas dirigidas al tratamiento social en el que se considere la responsabilidad de la familia en el tratamiento y recuperación de la persona diagnosticada con enfermedad mental.

Entre las recomendaciones se propone incluir dentro del currículum de la Escuela de Trabajo Social, aspectos de psiquiatría, así como considerar al Hospital Nacional Psiquiátrico como un posible centro de práctica institucional; además un mayor énfasis en la metodología de grupos terapéuticos que se puedan desarrollar con este tipo de población.

Al igual que con las autoras anteriores, nuestro estudio alimenta lo anterior ya que el mismo nace precisamente de una práctica institucional realizada en el año 2001 por una de las investigadoras; además de que se pretende constituir en un insumo para el Trabajo Social Psiquiátrico contemporáneo.

Benavides et al (1979) realizan una investigación descriptiva y exploratoria, mediante el empleo de una encuesta, para determinar los factores psicosociales que inciden en la esquizofrenia y su importancia para el Trabajo Social Psiquiátrico

Se trabaja, a partir del instrumento, con las familias de estas personas y se construye una caracterización de la situación de la persona esquizofrénica.

Se destacan como principales factores psicosociales con mayor significado para la enfermedad: la presencia de patologías familiares (alcoholismo, drogas, retardo y enfermedades mentales) el ambiente físico, familiar y rechazo, la situación económica del "paciente", su situación familiar, la falta de ingresos y su aporte económico al hogar, así

como bajos salarios y nivel educacional de la familia, por último la falta de capacitación familiar acerca de la patología.

Las investigadoras recomiendan desarrollar futuros estudios acerca de los antecedentes de enfermedad mental familiar, así como los factores previamente mencionados desde la perspectiva de la patología familiar.

En el mismo estudio, en cuanto a la importancia de la proyección del Trabajo Social, en el caso de los (as) entrevistados muestran un desconocimiento significativo de la labor de la profesión dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico por lo que se recomienda la especialización del Trabajo Social en el campo de la psiquiatría lo que requiere de una mayor coordinación entre la Escuela de Trabajo Social y las instituciones para redefinir las funciones a desempeñar en este campo.

De igual manera es necesario trabajar en el campo educativo, mediante acciones de prevención y sensibilización a comunidades y familias de manera que se logre una mayor aceptación y tratamiento de la persona diagnosticada con enfermedad mental.

Por último se recomienda incluir en los Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Trabajo Social temas relacionados con lo previamente expuesto.

La investigación anterior se constituyó en un insumo importante para nuestro estudio ya que se contó con una base o diagnóstico psicosocial de factores que giran en torno a la persona diagnosticada como esquizofrénica, desde la perspectiva de la familia.

De igual manera nuestro trabajo pretendió contribuir a alimentar las recomendaciones de las autoras en la medida en que se identificaron factores protectores provenientes de diferentes ámbitos que inciden positivamente en la persona diagnosticada como esquizofrénica resiliente, pero desde la perspectiva de la persona que la presenta. De esta forma se estaría contribuyendo a la prevención y responsabilidad de la comunidad para la rehabilitación y desarrollo de la resiliencia es estas personas.

Jara et al (1980) mediante una investigación exploratoria de tipo estadístico con el uso del cuestionario, realizan un estudio para determinar las perspectivas en la rehabilitación y posibilidades de empleo del "paciente esquizofrénico", para esto eligen tres muestras: una de personas diagnosticadas como esquizofrénicas, otra de familiares y la última de empresas que contratan empleados (as) con esta enfermedad.

Se concluye que no existe en el país una verdadera rehabilitación integral para esta población ya que aún continua predominando el enfoque biologista, aunado a la cantidad de personas que atiende el Hospital Nacional Psiquiátrico por lo que el tratamiento se limita al medicamento. Con respecto a las terapias ocupacionales que el centro médico desarrolla, éstas no son explotadas debidamente ya que se limitan a recibir a las personas para disminuir el número de las mismas que andan deambulando por la institución.

La rehabilitación profesional no responde a las necesidades de las empresas ni a la de las personas; no existe una coordinación interinstitucional entre el Hospital y empresas empleadoras. El bajo porcentaje de egresados (as) que se encuentran incorporados (as) al mercado laboral compiten en condiciones desiguales al ser trabajadores (as) no calificados (as).

Esta situación ha producido en las familias un rechazo explícito debido a la dependencia económica de estas personas y a la demanda afectiva que cotidianamente requieren.

Se recomienda fortalecer el diagnóstico integral de la persona de manera que se le dé la importancia que requiere el aspecto sociolaboral. En lo concerniente al Hospital se requiere un replanteamiento de las terapias ocupacionales con el fin de partir de las necesidades reales de estas personas y trascender lo que hasta el momento se ha dado. En relación con las empresas, se plantea contar con un listado de las que contratan personas con este tipo de enfermedad; previa a la incorporación del egresado (a), se recomienda una motivación y preparación del ambiente laboral para la inserción del egresado (a) y una vez que se incorpora, continuar el seguimiento para evitar posibles reingresos al centro médico.

Esta investigación fue un aporte para conocer el aspecto laboral de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas que, a pesar de ser un estudio de más de dos décadas, actualmente la situación se mantiene en ciertos aspectos.

Alemán y Vega (1994) mediante un estudio interpretativo - cualitativo, con algunos rasgos de tipo exploratorio, desarrollan un estudio casuístico de la dinámica familiar de dos pacientes diagnosticados con esquizofrenia en la Clínica Integrada de Tibás, específicamente en roles, vínculo y modalidad comunicacional.

Ambas realizan una conclusión amplia y rigurosa de la dinámica de estas familias caracterizadas por múltiples conflictos en donde el papel del "enfermo" se constituye en un rol necesario para la supervivencia y morfostasis del sistema familiar; por su parte para el "paciente identificado" la patología es la opción de salida y un intento de individuación ante un sistema familiar disfuncional.

Posteriormente se toman algunos síntomas característicos de la enfermedad y se ilustran dentro del sistema familiar evidenciando que la mayoría son producidos por éste y la conflictiva presente, o sea, parten de una realidad.

Recomiendan para futuros estudios que, desde el inicio, el o la investigadora trate de buscar alianza con la familia depositando la enfermedad en la o el "paciente" ya que no es el momento adecuado para romper con el equilibrio existente; además no manifestar un tratamiento más allá de lo farmacológico ya que la familia teme al cambio por lo que respetando los mecanismos morfostáticos aumenta la probabilidad de no ser excluido (a), una estrategia es indagar por subsistemas.

Lo anterior presentó una caracterización de la dinámica que se genera en los sistemas familiares de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas que puede ser un aporte importante de elementos que, en la teoría de la resiliencia, se conoce como factores de riesgo externos.

Martínez (1994) realiza un estudio clínico descriptivo con "pacientes esquizofrénicos paranoides" en el cual determina que existen alteraciones neuropsicológicas que podrían ser responsables de las manifestaciones psicopatológicas de estos pacientes.

Ramos (SA) mediante un estudio cuantitativo con pacientes esquizofrénicos internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico realiza un análisis descriptivo de las personas refractarias al tratamiento.

Bogarín y Vargas (1997) realizan un estudio de tipo clínico, descriptivo y correlacional con personas esquizofrénicas en la cual construyen una caracterización a partir de indicadores demográficos, socioeconómicos, historia familiar/personal y estresores que permiten construir un perfil de la persona diagnosticada como esquizofrénica en Costa Rica.

Las autoras recomiendan más investigaciones que favorezcan a esta población y que permitan tanto a la familia como al sujeto (a) comprender la enfermedad y enfrentarla de una mejor manera.

De igual forma, este estudio fue otro insumo importante ya que desde la perspectiva del (la) sujeto (a) (por medio de la prueba) se construye una caracterización de aspectos descriptivos de éstos (as) que pudieron ayudar a comprender la enfermedad y sus manifestaciones en Costa Rica.

Scott (1998) a partir de su experiencia profesional en el Hospital Nacional Psiquiátrico en la cual logra identificar deficiencias en los conocimientos del personal de enfermería (asistentes de "pacientes" y auxiliares) acerca de la esquizofrenia, diseña un proyecto de capacitación para el recurso humano; de manera que el tipo de intervención sea más adecuada y se trabaje bajo un enfoque de derechos humanos.

Soler y Gascón (1999), presentan una serie de recomendaciones terapéuticas en la esquizofrenia, dándole un mayor énfasis al aspecto farmacológico.

Martin (1985), Nathan y Harris (1989), Sáiz (1999) conceptualizan la esquizofrenia como una separación entre los procesos y las emociones o una desorganización general de pensamiento y conducta. Exponen las características de dicha enfermedad, sus causas y tratamiento, indicadores de la esquizofrenia y categorías; a través de la presentación de casos con un énfasis psicológico y psiquiátrico.

En el caso de Sáiz (1999), incorpora una perspectiva integral para el tratamiento del paciente esquizofrénico, donde se muestran modalidades de tratamiento integradores, en el ámbito tanto institucional como comunal.

Así mismo, integra la calidad de vida en los trastornos esquizofrénicos a través de estudios realizados sobre la calidad de vida y personas diagnosticadas como esquizofrénicas en tratamiento.

Por su parte, Huertas (2000), señala el entorno como un factor influyente en la esquizofrenia, el sentirse "parte de" del sistema familiar de manera que incida en su evolución y compensación.

Las terapias de rehabilitación no deben ser generalizadas de forma indiscriminada; es necesaria una valoración previa del (a) sujeto (a), de manera que se ajuste a sus capacidades, potencialidades, necesidades y el énfasis en la estimulación de facultades intelectuales.

Estas últimas investigaciones aportaron fundamentos teóricos de la esquizofrenia que fueron de utilidad para la construcción del marco teórico y de referencia. De igual manera algunos aluden a situaciones del contexto nacional que se tomaron en cuenta en la justificación de la propuesta de Trabajo Final de Graduación.

A través de la revisión bibliográfica referente a los temas de resiliencia y esquizofrenia, se evidenció la poca o nula existencia de investigaciones desarrolladas en el ámbito de la resiliencia y la enfermedad mental, sumado a esto, las investigaciones sobre resiliencia han sido enfocadas hacia poblaciones infantiles y adolescentes, obviando la capacidad de resiliencia que poseen todos los seres humanos.

Por tal motivo, se eligió realizar la investigación relacionando los factores protectores con los procesos de resiliencia en personas adultas diagnosticadas como esquizofrénicas, lo que amplía el campo y la población sujeta de investigación

Es necesario aclarar, que no existen investigaciones que den muestra del aporte del Trabajo Social en términos de intervención profesional.

1.2.2 RESILIENCIA

El tema de la resiliencia resulta novedoso para el análisis de las Ciencias Sociales. A través de la revisión bibliográfica Friedrich (1994), Krauskopf (1995), Castellano (1998), López (1998), PANIAMOR (1998), Casas y Campos (1999), Badilla (1999), Lara et al (2000), Puerta (2002), Henderson y Milstein (2003) conceptualizan la resiliencia como la capacidad de un individuo de reaccionar y recuperarse ante las adversidades, a través de un conjunto de cualidades (internas y externas) que fomentan un proceso de adaptación exitosa y de transformación a pesar de los riesgos y de la propia adversidad.

Así mismo, dichos autores proponen que la resiliencia está presente en las diversas etapas de la vida y que las personas resilientes se caracterizan por: el éxito social, la habilidad para resolver problemas, autonomía, propósitos y expectativas, introspección, independencia, interacción, iniciativa, creatividad, ideología personal y sentido del humor.

Así, Friedrich (1994), López (1998), PANIAMOR (1998), Castellano (1998) Badilla (1999), Casas y Campos (1999), y Lara et al (2000), coinciden en que existen

factores protectores que se refieren a características existentes en los diferentes ambientes que parecen cambiar o revertir circunstancias negativas, cambios que experimenta la sociedad y la familia, y fomentan así la resiliencia.

Clasifican los factores protectores como: factores personales, familiares, sociales y ambientales. A través de la presencia o ausencia de los factores protectores se puede proyectar la capacidad que tendrá una persona para presentar procesos de resiliencia en las diversas etapas de la vida.

Con ello, se pretende interiorizar y brindar un primer acercamiento al concepto y caracterización de la resiliencia; lo cual resulta información básica para la construcción de la investigación.

Chinchilla et al (1997) mediante un estudio descriptivo - cualitativo desarrollan una investigación con adultos (as) mayores ubicados (as) en Hogares de Ancianos con el fin de conocer los factores que inciden para generar resiliencia en esta población.

Afirman que éstos se pueden fomentar en el ámbito individual, familiar, comunal e institucional; sin embargo este último también puede obstaculizar el mantenimiento latente de resiliencia debido a que no se cuenta con el personal capacitado para brindar una atención integral; de igual manera al estar institucionalizado la o el "usuario" pierde autoridad en la toma de decisiones ya que la estructura institucional u organizacional no se lo permite. Además expresa que la influencia de los estereotipos asignados por la sociedad para esta población es otro obstáculo; la responsabilidad sobre sí mismo se encuentra condicionada por las oportunidades que el medio le otorgue, por lo tanto mantiene cierta restricción en el ejercicio de su libertad ya que depende de otras personas.

Los elementos mencionados que restringen el desarrollo de resiliencia en el ámbito institucional son de interés para la investigación en cuanto aporta un elemento nuevo de factores provenientes de la institución que se podría tomar como base para el análisis de los

factores provenientes del centro médico durante el internamiento o permanencia de la persona diagnosticada como esquizofrénica en el Hospital Psiquiátrico.

Badilla y Sancho (1997) mediante una investigación cualitativa realizan un estudio de la resiliencia a partir de historias de vida de estudiantes universitarios que, a pesar de múltiples dificultades, alcanzaron sus metas profesionales. Logran determinar la presencia de factores de resiliencia y cómo operan en la dinámica de cada persona.

A partir de las experiencias individuales se propone en el ejercicio del Trabajo Social un modelo alternativo al de riesgo caracterizado por una modificación de la concepción de ser humano con capacidad de potencializar desde dentro sus soluciones (epistemológico); en lo teórico, considerar otros enfoques como la Perspectiva de las Fuerzas y por último, en lo metodológico la necesidad de comprender a la persona en su contexto.

Los aportes de ambas autoras se constituyen en aspectos generales sobre los cuales basar nuestro estudio ya que presentan un listado exhaustivo de antecedentes a nivel internacional sobre la temática. Junto a esto, la unión con la disciplina de Trabajo Social provee un marco de análisis sobre el cual construir nuestro abordaje de la temática en enfermedad mental, específicamente en la esquizofrenia.

Araya et al (1999) realizan un estudio etnográfico con adolescentes hijos (as) de progenitores divorciados del cantón de Turrialba con el fin de conocer los factores protectores internos y externos que promueven la resiliencia; para el caso de estos últimos diferencian los sociales o comunitarios y los familiares. Como conclusión se presenta un listado de factores de vulnerabilidad en las áreas de adolescencia, familia y del divorcio.

Los factores que se presentan son pertinentes a nuestra investigación en la medida en que provee factores protectores específicos internos y externos de determinada población pero que se podrían utilizar como punto de comparación con nuestra población sujeta de estudio.

Badilla (1999), propone que desde el Trabajo Social y en relación con el enfoque de resiliencia se encuentra la Perspectiva de las Fuerzas, la cual presenta una forma diferente de visualizar a los individuos, familias y comunidades. Así, se enfoca en sus capacidades, talentos, competencias posibilidades, visiones, valores y deseos.

La Perspectiva de Las Fuerzas requiere una contabilidad de lo que las personas saben y de lo que pueden hacer. Tiende a minimizar situaciones negativas o limitantes de la persona; para maximizar sus capacidades o potencialidades.

Alvarado (2000) realiza un estudio etnográfico con estudiantes universitarios que presentan discapacidad visual en donde determina que la inteligencia emocional y la resiliencia son recursos efectivos para la permanencia en la institución educativa.

Concluye que existen figuras promotoras de resiliencia capaces de fomentar conductas de autonomía, independencia, responsabilidad, empatía y altruismo en esta población como lo es el Programa de Servicios Sociales a Estudiantes con Discapacidad, la colaboración familiar, el trato en igualdad de condiciones por parte de los (as) docentes, las redes de apoyo por parte de los (as) compañeros (as) (cuando no experimentan temor hacia la persona con discapacidad), así como actitudes individuales como: motivación, persistencia, buen humor, optimismo, buenas relaciones sociales con compañeros y docentes, responsabilidad en clase y autoeficacia.

Es de interés para la investigación el hecho que se tomen en cuenta figuras promotoras de resiliencia en los distintos ámbitos de la persona conjugados con características individuales.

Por su parte, Lara et al (2000) integra como un aspecto novedoso el hecho de que existen FUENTES para la resiliencia donde la persona se encuentra con sus características resilientes. Dichas fuentes constituyen los espacios de “Yo tengo”, “Yo soy”, “Yo puedo” y

"Yo Estoy". Esto permite ampliar el conocimiento básico sobre el tema de resiliencia y nos muestra un nivel más individual del ser humano.

Dentro del enfoque de resiliencia, existen una serie de factores protectores que benefician a las personas y las conducen hacia la potencialización de dicha capacidad resiliente.

Araya, J.C. y Cubillo, F. (2000) mediante un estudio de tipo experimental (cuantitativo) con niños y niñas de tercer grado de una escuela de Atención Prioritaria concluyen que empleando técnicas resilientes se puede llegar a disminuir el nivel de agresividad de la población afectando positivamente no sólo al niño (a) sino también al docente y a la institución proyectándose una mejoría en el ámbito educativo.

Partieron de los puntos que conforman la "Mandala de la Resiliencia" (introspección – independencia – capacidad de relacionarse – iniciativa – humor - creatividad – moralidad) para desarrollar las actividades. Para cada uno de los aspectos se determina su aplicación en el grupo.

Esta aplicación de técnicas resilientes llevan a considerar como factores protectores a los (as) docentes quienes son los responsables de promover un cambio de actitud en las y los niños, de esta forma la recomendación gira en torno a ellos (as) con el fin de habilitar espacios diferentes.

Por su parte, González (2001) realiza una investigación cualitativa mediante el empleo de entrevistas a profundidad, con mujeres que han experimentado violencia conyugal con el fin de abordar el proceso de resignificación de la experiencia desde la perspectiva de la resiliencia. Se enfatiza en el aspecto dinámico de la resiliencia en el cual intervienen múltiples factores en el proceso que atraviesan estas mujeres.

Alpizar, N y Villalgra, A. (2003) desarrollan una investigación en cuanto a inteligencia emocional y resiliencia mediante un estudio cualitativo con padres y madres de

niños y niñas víctimas de abuso sexual e incesto de la Región Central Occidente; concluyen que estos carecen de un adecuado manejo inteligente de sus emociones así como de conductas resilientes que, de una u otra forma, limitan su capacidad para hacer frente a la situación de abuso de sus hijos.

Brindan un aporte importante a la práctica de Trabajo Social formulando una propuesta grupal de intervención para esta población basada en la inteligencia emocional y la resiliencia como pilares.

Debido a que, como previamente se mencionó, en el país no existen estudios empíricos en el tema de la resiliencia y enfermedad mental se incluyeron las investigaciones hasta el momento desarrolladas con el fin de determinar los vacíos existentes actualmente.

De esta forma, los resultados obtenidos a través del escrutinio bibliográfico constituyeron una base fundamental para la construcción del marco teórico de nuestra investigación y determinación del problema a intervenir.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para llevar a cabo la investigación, fue necesario plantear una interrogante que dirija y oriente la misma, por lo tanto, se propuso el siguiente problema de investigación:

¿Cómo se relacionan los factores protectores con los procesos de resiliencia en la rehabilitación social de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas que asisten al programa Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico?

1.3.1 INTERROGANTES SECUNDARIAS:

- ¿Qué relación existe entre los factores protectores y los procesos de resiliencia en las personas diagnosticadas como esquizofrénicas?

- ¿Cuáles factores protectores están presentes en los diversos ámbitos en los que se desenvuelve la persona diagnosticada como esquizofrénica?

- ¿Qué características presenta la persona diagnosticada como esquizofrénica que le permiten ser un sujeto (a) resiliente?

- ¿Cómo se puede construir resiliencia desde el Trabajo Social para la intervención en rehabilitación de personas diagnosticadas como esquizofrénicas?

1.4 OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores protectores relacionados con los procesos de resiliencia en la rehabilitación social de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.5.1 Caracterizar los ámbitos personal, familiar, laboral, educativo, comunal y de salud de la población sujeta de estudio

1.5.2 Reconstruir las experiencias de resiliencia identificando los factores protectores presentes durante los ciclos de vida de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas

1.5.3 Plantear una propuesta teórico - metodológica para la intervención de Trabajo Social con personas diagnosticadas como esquizofrénicas desde la perspectiva de la resiliencia.

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA Y MARCO TEORICO

2.1 MARCO DE REFERENCIA

Partiendo de que la persona diagnosticada como esquizofrénica es un sujeto (a) de derechos; es necesario conocer cuáles son las leyes que rigen la salud mental en el ámbito nacional e internacional.

La Constitución Política de Costa Rica garantiza el ejercicio y protección para todos los ciudadanos, de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Así, las personas con trastornos mentales gozan de todos los derechos reconocidos por los principales instrumentos de protección de los derechos humanos como la Convención Americana de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros.

La Seguridad Social en Costa Rica (Caja Costarricense de Seguro Social) contempla la cobertura universal (contribuyentes y no contribuyentes) incluyendo los servicios de atención psiquiátrica, fundamentalmente de naturaleza clínica.

De acuerdo con la especificidad de esta población, el Gobierno de la República suscribe la Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad; enfatiza la accesibilidad al trabajo, a la educación, a los servicios de salud y rehabilitación, espacio físico, medios de transporte, cultura, deporte y la recreación. Esta ley protege a la persona con enfermedad mental pues se considera como un sujeto (a) con discapacidad mental, con los mismos derechos que poseen todos los seres humanos.

Así mismo, se otorga el derecho a que se le brinde atención médica a los (as) familiares de personas con trastornos mentales.

El Código Civil prohíbe la publicación de imágenes estereotipadas que refuercen actitudes discriminatorias en relación con ésta población.

Para el caso de la población adulta mayor con discapacidad mental…

El Código de la Niñez y la Adolescencia es el instrumento que a nivel nacional protege a las y los niños sin discriminación alguna; por tanto las personas menores de edad que se encuentren diagnosticadas con alguna enfermedad mental, serán protegidas por éste instrumento legal; que abarca desde los derechos fundamentales hasta, los deberes de instituciones, como seguridad, educación y salud, entre otros.

De acuerdo con Jiménez y Vargas en CCSS et al (1997) entre los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, los principios que los rigen y las normas jurídicas, encontramos:

A. Principio de Libertades Fundamentales y Derechos Básicos.

1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental. De esta forma se cubre el derecho de la salud.
2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que están siendo atendidas por esa causa serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad (Derechos Humanos)
3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, maltrato físico y trato denigrante. (derecho a la integridad física, derecho a no ser abusado sexualmente, física y económicamente)
4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental.
5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental están facultadas para ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

B. Principio de la Vida en Comunidad.

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar en la medida de lo posible, en la comunidad (derecho a la vida en comunidad, derecho a la familia y derecho al trabajo)

C. Principio de Confidencialidad

Se respetará el derecho que tienen todas las personas a los cuales son aplicados los presentes principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne. (Derecho a la confidencialidad del expediente clínico)

D. Principio de las Normas de Atención

E. Principio de Tratamiento

F. Principio de Medicación.

Bajo estos principios se cumple el derecho al desarrollo psicosocial, derecho a revisiones periódicas y por personal profesional calificado, derecho a la salud, derecho a la autodeterminación, derecho a no ser torturado o castigado.

G. Derechos y condiciones en las instituciones

1. Todo "paciente" de una institución psiquiátrica tendrá el derecho a ser respetado en el reconocimiento en todas partes como persona ante la ley, vida privada y libertad de comunicación, así como libertad de religión o creencia.
2. Medio ambiente y condiciones de vida en las instituciones deberán incluir: instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento, instalaciones educativas, entre otras.
3. Bajo ningún motivo, el o la "paciente" será sometido a trabajos forzados.

H. Quejas

Todo "paciente" o "ex – paciente" tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional.

I. Acceso a la información

El o la "paciente" tendrá el derecho de accesar a la información relativa a él o ella en el historial médico y expediente personal.

El cumplimiento de estos principios y derechos fundamentales, se lleva acabo a través de los siguientes instrumentos legales; los cuatro primeros corresponden a la legislación nacional y los restantes a la internacional.

1 Constitución Política de Costa Rica
2 Código Procesal penal.
3 Ley general de salud
4 Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad
5 Declaración Universal de los Derechos Humanos.
6 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
7 Declaración de los Derechos de los Retrasados Mentales.
8 Declaración de los Derechos de los Impedidos.
9 Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades de las personas con Discapacidad.
10 Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
11 Declaración de Caracas Conferencia Regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica.
12 Pacto de Derechos Civiles y Políticos.
13 Convención contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes.
14 Convención de Belem Do Para.
15 Convención de Derechos del Niño (a).
16 Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos.
17 Tratados de derechos humanos.

18 Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre.

19 Convención Americana para prevenir la tortura.

20 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

21 Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.

FUENTE: CCSS, ILANUD, OPS, 1997.

La revisión de la legislación nacional e internacional, nos permite observar que las personas con alguna discapacidad, incluidas las enfermedades mentales, cuentan con el apoyo de normas y leyes que protegen y promueven sus derechos.

Para el caso de la investigación, esto se vuelve un aspecto importante por retomar ya que, la existencia de dichas normas y leyes, significa ver a la persona con enfermedades mentales como sujeto de derechos y esto se puede constituir en un factor protector externo a la persona que le permitirá un mejor desarrollo de sus capacidades y habilidades frente a la adversidad.

2.2 MARCO TEÓRICO

Para poder analizar los factores protectores relacionados con procesos de resiliencia en personas diagnosticadas como esquizofrénicas es importante abordar, a un nivel teórico, términos que ayuden a una mejor comprensión del problema en cuestión.

A continuación, se conceptualizan las categorías fundamentales que orientan la investigación.

2.2.1 ESQUIZOFRENIA

Historia de la esquizofrenia y concepciones de la misma.

La evolución del término, tal como lo conocemos hoy día, presenta sus inicios en el año 1860 cuando Benedic Augustine Morel, psiquiatra belga, introduce el concepto de "demencia precoz" para referirse a los " cambios bruscos en la conducta del sujeto, sin una causa aparente, acompañado de trastornos intelectuales y afectivos, los cuales se iniciaban en la adolescencia y empeoraban progresivamente." (Bogarín y Vargas, 1997: 35).

En el año 1893 Emil Kraepelin realiza una síntesis de las propuestas de Hecker (1871) y la de Kahlbaum (1874) quienes describieron los estados catatónico y hebefrénico respectivamente. Propone la demencia paranoide.

Años más tarde, en 1911, E. Bleuler publica su famosa obra "El grupo de las esquizofrenias" en la cual critica lo inapropiado de emplear el término demencia precoz ya que no siempre las personas evolucionan hasta la demencia ni da inicio únicamente en la adolescencia.

De aquí nace el término esquizofrenia que literalmente significa "mente escindida", siendo su síntoma más importante la disociación y no el debilitamiento demencial. Los síntomas principales eran manifestaciones directas de la enfermedad y los síntomas secundarios la reacción de la personalidad del (la) sujeto (a).

Para el autor "... estos enfermos no son dementes, sino que están afectados por un proceso de separación que va a desintegrar su capacidad "asociativa" (signos primarios de disociación); este proceso al alterar su pensamiento los hunde en una vida "autística" cuyas ideas y sentimientos constituyen la expresión simbólica de los complejos inconscientes (signos secundarios)" (Benavides et al, 1979: 14). Se caracteriza por "una alteración específica del pensamiento, del sentimiento y de las relaciones con el medio exterior que no se presenta en ninguna otra parte" (Fuentenebro en Bogarín y Vargas, 1997: 36)

Las esquizofrenias tienen dos tipos de manifestaciones distintas:

1. Los síntomas "**positivos**", no en un sentido favorable sino en el sentido literal de "sumarse". En otras palabras: los síntomas "que se suman" o "positivos" son elementos que la persona antes no tenía, y ahora sí; parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales.

Entre ellos se encuentran las distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización corportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico).

2. Los síntomas **"negativos"**, queriendo indicar que "se restan" del estado del paciente. Tras una fase marcada por la presencia de "síntomas positivos" (alucinaciones, delirios, etc.) se suele entrar en la fase de "síntomas negativos" caracterizados por la disminución o pérdida de las funciones normales de la persona.

Estos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia)

En términos generales la persona que presenta esta enfermedad sufre alteraciones en las siguientes áreas:

1. *Trastornos de la sensopercepción: especialmente* alucinaciones auditivas o también visuales; la persona escucha voces o ve cosas.

2. *Trastornos del pensamiento:* lo característico es un pensamiento vago e impreciso. Son frecuentes los bloqueos y el curso del pensamiento se encuentra entrecruzado, se presentan ideas delirantes.

3. *Trastornos del lenguaje:* puede que la persona invente palabras o utilice palabras existentes pero con un nuevo significado.

4. *Trastornos de la afectividad:* presencia de aislamiento social, autismo, ensimismamiento, incongruencia, desinterés y superficialidad. Existe gran dificultad para establecer relaciones interpersonales.

5. Trastornos de la actividad motriz: puede presentarse la ausencia de movimiento o, por el contrario, movimientos excesivos, repetición involuntaria de palabras o gestos.

6. Trastorno de la identidad (despersonalización): la persona siente como si no fuera él o ella.

Según la clasificación de enfermedades mentales DSM-IV los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia son:

A. Síntomas característicos: dos o más de los siguientes cada uno presente durante una parte significativa de un período de un mes:

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos

B. Disfunción social/laboral: desde el inicio de la alteración, durante una parte significativa del tiempo, una o más áreas importantes de la actividad como el trabajo, las relaciones interpersonales, el autocuidado; están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

C. Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses; este período debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A.

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: ambos han sido descartados.

E. Exclusión de consumo de sustancias y enfermedad médica: el trastorno no se debe a ninguno de estos.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si en la historia existe un trastorno autista u otro del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones se mantienen durante al menos 1 mes.

Desde la época de Kraepelin se agruparon bajo el término esquizofrenia diferentes manifestaciones de la misma que había sido descritas de forma independiente, que es lo que actualmente conocemos como los subtipos de esquizofrenia. Sus principales características se resumen en la siguiente tabla.

Tabla # 1
Subtipos de Esquizofrenia

Esquizofrenia	CARACTERIZACIÓN
Simple	Reducción del interés en las relaciones humanas y en el mundo exterior, apatía e indiferencia; no hay conciencia del grave empobrecimiento progresivo de la personalidad.
Hebefrénica	✚ Lenguaje y comportamiento desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada ✚ Lenguaje acompañado de tonterías y risas que no tienen clara conexión con el contenido del discurso ✚ La desorganización comportamental puede acarrear un agrave disrupción de la capacidad para llevara a cabo actividades de la vida cotidiana ✚ Si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y están organizadas en torno a un tema coherente ✚ El deterioro del rendimiento puede apreciarse mediante pruebas neuropsicológicas y test cognoscitivos ✚ Se asocia a una personalidad premórbida y empobrecida.
Paranoide	✚ Presencia de ideas delirantes claras o alucinaciones auditivas en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. ✚ Las ideas delirantes pueden girar en torno a un tema coherente ✚ Las alucinaciones pueden estar relacionadas con el contenido de la temática delirante. ✚ Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. ✚ La persona puede presentar un aire de superioridad y condescendencia, o también pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones

	interpersonales - Los temas persecutorios son frecuentes así como la desconfianza, por lo que pueden disponer a la persona a un comportamiento suicida; la combinación de ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira pueden predisponerle a la violencia - Habitualmente quienes la padecen muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas o en los test cognoscitivos - hostilidad en exceso, resentimiento, belicosidad y fácilmente se siente injuriado.
Catatónica	- Marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia y ecopraxia. - La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia o estupor. - Aparentemente la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos - El negativismo extremo se puede manifestar por el mantenimiento de una postura rígida o por la resistencia a todas las órdenes que se le den - Las peculiaridades del movimiento involuntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas. - La ecolalia es la repetición patológica de una palabra o frase que acaba de decir otra persona. - La ecopraxia es la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona - Otras características son las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o imitación burlona - Puede existir el riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones
Indiferenciada	- Cumple todos los criterios necesarios con relación a las síntomas característicos de la esquizofrenia, pero no cumplen los criterios para ningún subtipo específico.

Residual	✚ Cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero el cuadro actual no evidencia la presencia de síntomas psicóticos positivos. ✚ Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. ✚ Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o mas síntomas de los enumerados en el criterio A presentes en una forma atenuada.

FUENTE: Elaboración propia a partir de American Psychiatric Association, 1995

Partiendo de la revisión acerca de los aspectos generales de la esquizofrenia, y del insumo teórico adquirido debemos conocer los elementos básicos de la resiliencia, esto con el objetivo de evidenciar los procesos de resiliencia en personas diagnosticadas como esquizofrénicas.

2.2.2 RESILIENCIA

Todos los seres humanos, tienen la capacidad de afrontar las adversidades que se les presentan día con día.

Esta capacidad de sobreponerse, se conoce bajo el término de resiliencia. Este concepto no es nuevo, ya que corresponde a un término que surge de la metalurgia y se refiere a la capacidad de los metales de resistir su impacto y recuperar su estructura.

La conceptualización de éste término, varía de acuerdo con la visión que cada autor (a) proponga.

Así, Casas y Campos la definen como "... la capacidad que tiene o puede desplegar la persona o grupo para resistir o afrontar situaciones adversas, sin una destrucción de sus

posibilidades de desarrollo. Implica la posibilidad de sobreponerse y salir adelante después de haber sido sometidos a situaciones altamente estresantes o traumáticas" (1999: 30)

Gardiner, citado por Badilla, la concibe como "... una interacción creativa entre los recursos personales y los recursos sociales" (1999: 23)

"La resiliencia es la habilidad de crecer, madurar e incrementar la competencia de cara a circunstancias adversas y obstáculos, recurriendo a todos sus recursos, tanto personales como ambientales" (Gordon, citado por Badilla 1999: 24) Esto se refiere a las habilidades, destrezas, conocimientos e introspección de las personas que luchan para sobrellevar la adversidad.

Garita refiere que "los individuos con una cantidad de factores de riesgo asociados a su medio ambiente o antecedentes, y que a pesar de todos esos desafíos desarrollan comportamientos saludables han sido llamados como personas que tienen conductas resilientes." (2001: 51)

La concepción de resiliencia en la las ciencias humanas alude a la "... capacidad que tienen niños, adultos o familias para actuar correctamente y tener éxito pese a las circunstancias adversas que los rodean, para recuperarse después de vivir eventos estresantes y reasumir con éxito su actividad habitual" (Puerta, 2002: 14)

Se plantea que la resiliencia es una cualidad que se encuentra latente en el interior de cada ser humano, la misma es cambiante y surge de la creencia en la propia eficiencia para enfrentar los cambios y para resolver problemas por lo que puede ser activada en cualquier momento empleando los mecanismos adecuados.

Henderson y Milstein (2003) conceptualizan la resiliencia como "… la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad, y de desarrollar competencia social, académica y vocacional pese a estar expuesto a un estrés grave o simplemente a las tensiones inherentes al mundo de hoy.

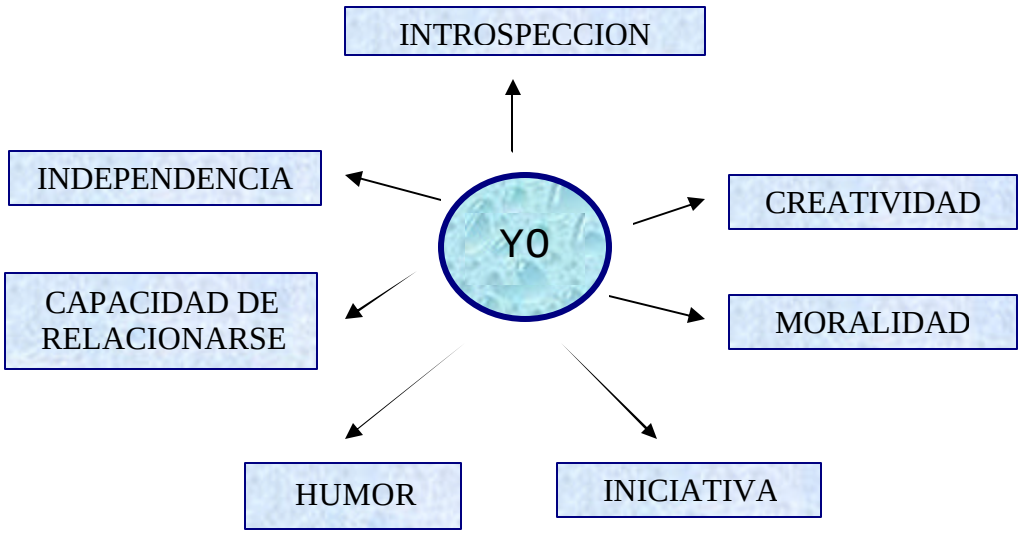
Por lo tanto, la resiliencia surgiría de la interacción entre los factores personales y sociales, manifestados de manera específica en cada individuo.

Por su parte, Rutter, Masten y Garmezy, citados por Badilla, hablan de la resiliencia en términos de fenómeno multifacético que abarca los factores ambientales y personales, así como la adaptación exitosa a pesar de circunstancias retadoras y amenazantes.

Bosch (2002) explica que se reconocen tres propiedades al momento de trabajar con la resiliencia:

1. La resiliencia puede ser fomentada: ya que más allá de los factores que posee el ser humano desde su nacimiento, "se pueden promover o modificar otros factores ambientales o exógenos denominados: factores protectores" (34)
2. Se funda en la interacción: estos factores personales, hechos o situaciones influyen en la persona resiliente, al elevar su capacidad para hacer frente a las adversidades.
3. No es una capacidad absoluta, ni estable: demanda de un trabajo constante para poder captar cuáles son los factores que posibilitan, en cada caso, la resiliencia y qué factores la obstaculizan.

Wolin y Wolin, citados por Bosh acuñan el concepto de Mandala de la Resiliencia el cual se presenta en el esquema siguiente y luego de explica cada uno de sus componentes



- *Introspección:* Consiste en el arte de preguntarse a sí mismo o a sí misma y darse una autorespuesta honesta, para poner de este modo a funcionar la autoestima.
- *Independencia:* Es la capacidad de establecer límites entre sí mismo o sí misma y los ambientes adversos, para mantener la distancia tanto emocional como física. Hace alusión a la posibilidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos, experimentando el placer de ponerse a prueba en tareas cada vez más exigentes.
- *Humor:* Alude a la capacidad de reír sin dejar de tomar conciencia de la situación y encontrar una alternativa de salida en medio de la tragedia.
- *Creatividad:* Cuando la persona es capaz de crear belleza a partir del desorden de su vida, incluso a partir de los abusos sufridos en la infancia.
- *Moralidad:* Es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior; posibilidad de comprometerse con valores que puedan discriminar lo bueno de lo malo.
- *Iniciativa:* Posibilidad de ir creando nuevas formas de sobrellevar las situaciones conflictivas. Dicho de otra manera si el camino se encuentra obstruido, la persona puede buscar por sí misma nuevos atajos.
- *Capacidad de relacionarse:* Habilidad y posibilidad real de establecer lazos con otras personas y mostrarles afecto de diversas maneras.

Ligado a la Mandala de la Resiliencia, Puerta (2002) propone que existen elementos que pueden ayudar a descubrir en los niños, jóvenes y adultos y activar en ellos la capacidad de resiliencia en cualquiera de sus manifestaciones:

YO SOY

Digno (a) de aprecio y cariño.

Respetuoso (a) de los demás.

Capaz de sentirme feliz cuando hago algo bueno por alguien y me muestra afecto.

Y ESTOY

Dispuesto (a) a hacerme responsable por mis actos

Seguro (a) de que las cosas pueden salir bien a pesar de todo.

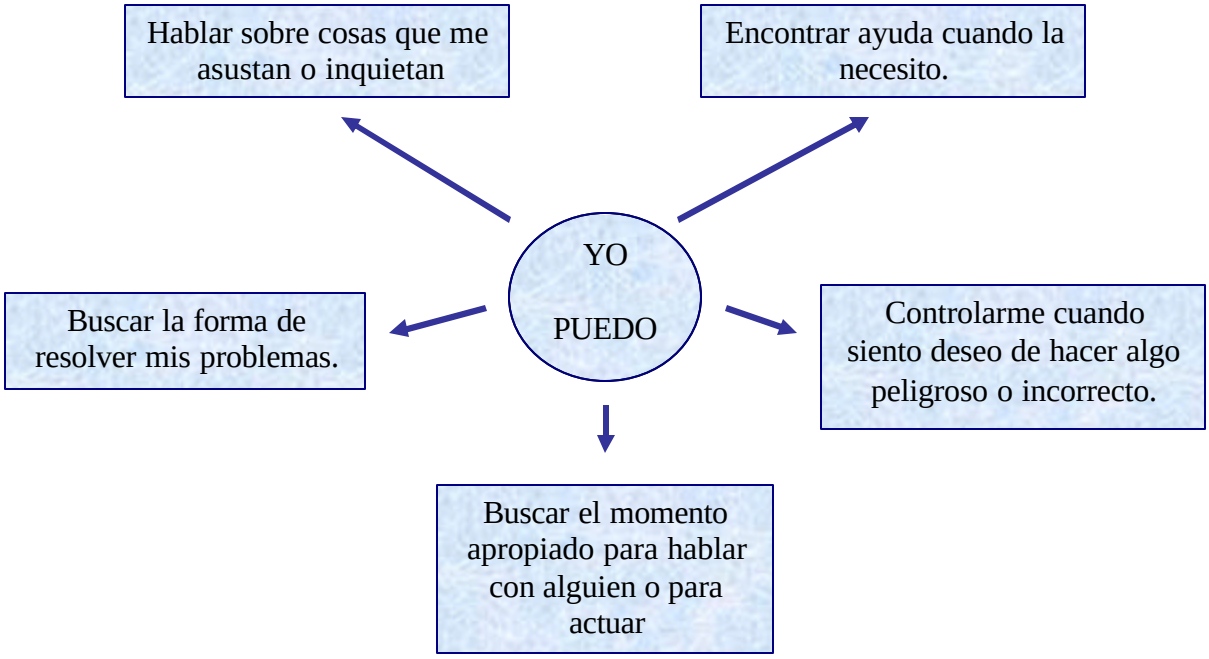
YO TENGO PERSONAS

En quienes confiar que me quieren sin condiciones

Que con su conducta me muestran cómo actuar correctamente.

Que me ponen límites para que evite peligros innecesarios

Que me ayudan a ser autónomo (a)



Dentro de la práctica de Trabajo Social, un punto de vista de la resiliencia es la "Perspectiva de las Fuerzas", de esta forma, los individuos, familias y comunidades deben ser vistos "... a la luz de sus capacidades, talentos, competencias, posibilidades, visiones, valores y deseos"(Badilla, 1999: 24). El enfoque de las fuerzas requiere una contabilidad de lo que las personas saben y de lo que pueden hacer; así como de los recursos que existen dentro y alrededor de las personas.

Podemos hablar de una capacidad para crecer y desarrollarse en medios adversos y alcanzar niveles de competencia y salud. Así, esta modalidad permite "... tolerar, manejar y aliviar las consecuencias psicológicas, fisiológicas, conductuales y sociales provenientes de experiencias traumáticas sin una mayor desviación del curso del desarrollo, con la comprensión adecuada de la experiencia y sus subsecuentes reacciones" (1995: 28)

La resiliencia tiene dos componentes básicos: la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos. Estos factores, son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables

Este modelo, trasciende la concepción “invernadero” o de protección hacia la persona, ya que permite enaltecer las potencialidades, habilidades y destrezas del ser humano. Esa capacidad del ser humano es puesta a prueba o se activa frente a situaciones de estrés severo y prolongado lo que genera, a su vez, mayor resistencia o vulnerabilidad.

De acuerdo con los fundamentos teóricos, la capacidad de resiliencia se encuentra presente en las diversas etapas de la vida; así mismo puede desarrollarse en los diversos estadios del desarrollo humano.

Los padres y adultos deben reforzar los rasgos resilientes para que las personas puedan tomar control sobre sus vidas y afrontar dificultades con las mejores herramientas posibles, algunas de ellas son:

1. Estimular el desarrollo de la capacidad de escucha, expresión verbal y no verbal, así como las habilidades de comunicación.
2. Fortalecer la capacidad del manejo del enojo – rabia y las emociones en general.
3. Reforzar la capacidad de definir problemas, revisar las opciones de solución e implementar la mejor de ellas.
4. Prepararlos para las dificultades del ingreso al mercado de trabajo y a las actividades de trabajo.

A los padres y educadores se les plantean como actividades que pueden cumplir:

1. Reforzar los conceptos de protección familiar y procreación responsable.
2. Orientar su habilidad de reconocimiento del esfuerzo y los logros.
3. Desarrollar su capacidad de comunicación afectiva con los adolescentes.
4. Aclarar los roles dentro de la familia y favorecer el establecimiento de límites razonables para cada uno de los miembros.

Los procesos de resiliencia involucran la interrelación de factores protectores a lo interno y externo de la persona que le permiten potencializar sus capacidades, habilidades y destrezas.

Estos factores funcionan como neutralizadores del riesgo; de acuerdo con Rutter citado por la OPS, el concepto de factor protector alude a las "… influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (1997: 12)

Por su parte, Henderson y Milstein (2003) plantean la existencia de factores protectores internos y ambientales, los cuáles se muestran a continuación:

Factores protectores internos:
Características individuales que facilitan la resiliencia.

1. Presta servicios a otros y/o a una causa.
2. Emplea estrategias de convivencia, como adopción de buenas decisiones, asertividad, control de los impulsos y resolución de problemas.
3. Sociabilidad; capacidad de ser amigo, capacidad de entablar relaciones positivas.
4. Sentido del humor.
5. Control interno.
6. Autonomía, independencia.
7. Visión positiva del futuro personal.
8. Flexibilidad.
9. Capacidad para el aprendizaje y conexión con éste.
10. Automotivación.
11. "Es idóneo" en algo; competencia personal.
12. Sentimientos de autoestima y confianza en sí mismo.

Factores protectores ambientales: características de las familias, escuelas,
Comunidades y grupos de pares que fomentan la resiliencia.

1. Promueve vínculos estrechos.
2. Valora y alienta la educación.
3. Emplea un estilo de interacción cálido y no crítico.
4. Fija y mantiene límites claros (reglas, normas y leyes)
5. Fomenta relaciones de apoyo con muchas otras personas afines.
6. Alienta la actitud de compartir responsabilidades, prestar servicio a otros y brindar "la ayuda requerida".
7. Brinda acceso a recursos para satisfacer necesidades básicas de vivienda, trabajo, salud, atención y recreación.
8. Expresa expectativas de éxito elevadas y realistas.
9. Promueve el establecimiento y el logro de metas.
10. Fomenta el desarrollo de valores prosociales (como el altruismo) y estrategias de convivencia (como la cooperación)
11. Proporciona liderazgo, adopción de decisiones y otras oportunidades de participación significativa.
12. Aprecia los talentos específicos de cada individuo.

Dentro de los factores personales, se encuentra: autonomía, capacidad empática, orientación a la tarea y factores del temperamento; estos últimos son los únicos que se traen al nacer y que no son aprendidos.

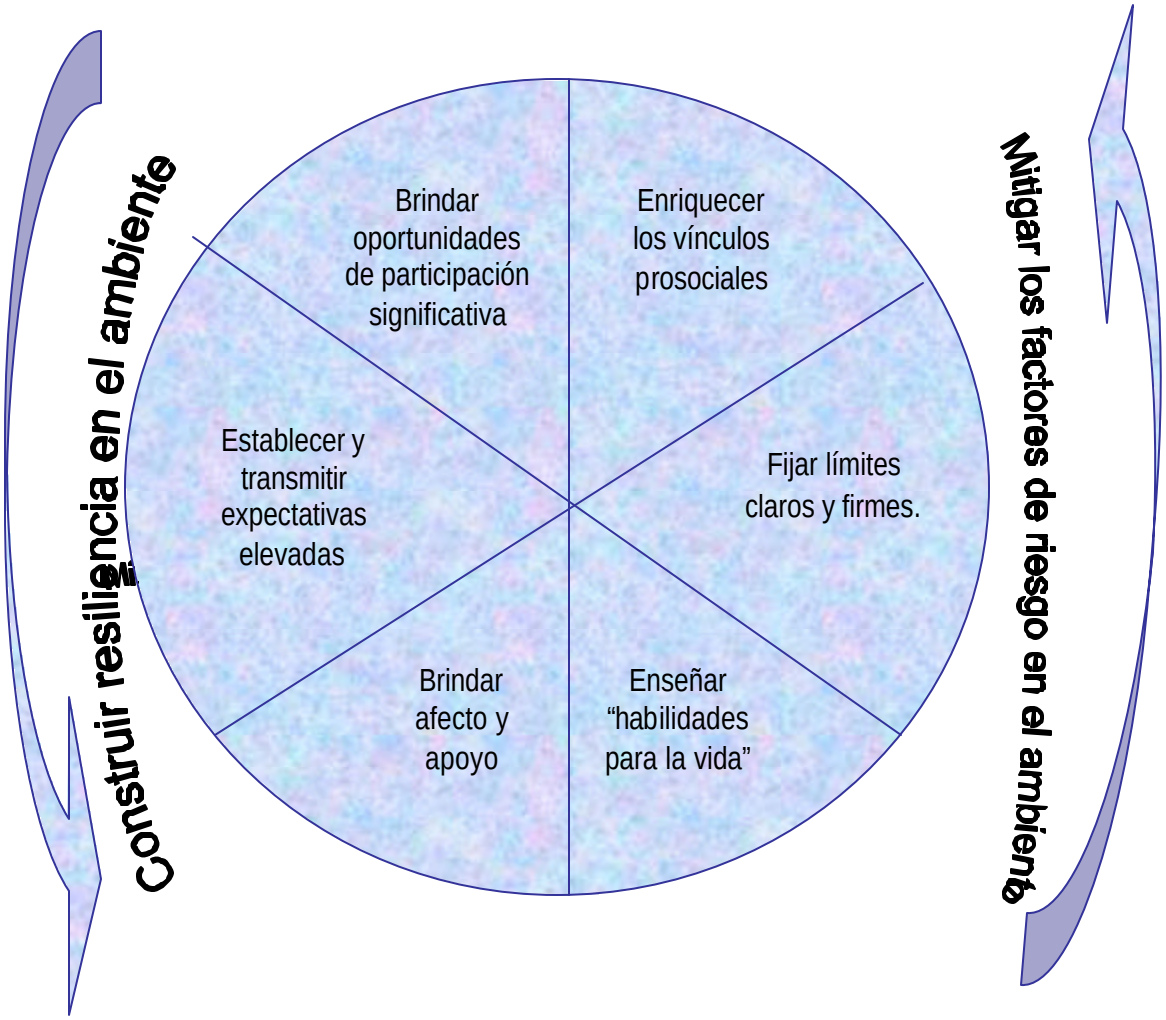
La autoestima, se define como "la apreciación que el ser humano va haciendo de sí mismo, que con los años tiende a mantenerse en forma más o menos constante y que debería integrar una autopercepción realista que incluye los aspectos potentes y más débiles de sí mismo" (Lara et al, 2000: 3)

El autoconcepto y la autoestima, determinan la forma como el ser humano se va sobreponiendo y probando en el momento de enfrentar las dificultades y las crisis.

Se debe aclarar que el hecho de que existan factores protectores no implica que la persona será resiliente, pues la capacidad de resiliencia no la definen sólo los factores internos o externos, sino la integración e interrelación de los mismos.

Tal y como lo expresa Puerta "la resiliencia apuesta a la prevención y a la promoción, a la activación de fortalezas para superar los eventos traumáticos, imprevistos, en el momento en que se considere conveniente. Es un elemento intrínseco al hombre pero, como muchos, permanece como un tesoro oculto y requiere una ayuda oportuna y experta para constituirla en un proyecto vital." (2002: 8)

Henderson y Milstein (2003: 31 - 34) hacen una propuesta de seis pasos para fortalecer la resiliencia; la misma se presenta a continuación:



A continuación se detallan cada uno de los pasos:

1. *Enriquecer los vínculos:* implica fortalecer las conexiones entre los individuos y cualquier persona o actividad prosocial.
2. *Fijar límites claros y firmes:* consiste en elaborar e implementar políticas y procedimientos coherentes y responde a la importancia de explicitar las expectativas de conducta existentes.
3. *Enseñar habilidades para la vida:* en las que se incluyen cooperación, resolución de conflictos, estrategias de resistencia y asertividad, destrezas comunicacionales, habilidad para resolver problemas y adoptar decisiones, y un manejo sano del estrés.
4. *Brindar afecto y apoyo:* implica proporcionar respaldo y aliento incondicionales. Parece casi imposible "superar" la adversidad sin la presencia de afecto. Este no tiene que provenir necesariamente de los miembros de la familia biológica.
5. *Establecer y transmitir expectativas elevadas:* es importante que las expectativas sean a la vez elevadas y realistas, con el fin de que obren como motivadores eficaces.
6. Brindar oportunidades de participación significativa: significa otorgar a la persona, a su familia y al personal que trabaja con ellos y ellas una alta cuota de responsabilidad, dándoles oportunidades de resolver problemas, tomar decisiones, planificar, fijar metas y ayudar a otros.

Los factores protectores se encuentran presentes en el individuo, a la vez que pueden ir apareciendo y/o fortaleciéndose a lo largo de la vida; esto implica que las personas pueden ser resilientes o haber sido resilientes en alguna de las etapas de la vida o en la mayoría de ellas.

A continuación se presentan los aspectos generales sobre el desarrollo del ser humano a lo largo de las etapas de la vida y se observan las características propias de cada una de las etapas, lo que permitirá relacionar cada etapa con la aparición de factores protectores y procesos de resiliencia en el ser humano.

2.2.3 ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO

La existencia humana tiene un recorrido por diversas etapas por las que atraviesa el sujeto desde su nacimiento hasta su muerte. En el desarrollo humano se dan cambios que, como un principio gobiernan nuestras vidas, ya que la gente cambia, crece y se desarrolla. Es un ciclo que se repite y que está influido por aspectos biológicos, sociales y psicológicos.

"La noción de ciclo, utilizada para hacer referencia a la vida humana, implica pensar que la realidad de nuestra especie pasa por una serie de etapas ordenadas en las cuales se presentan fenómenos u operaciones particulares que se repiten de generación en generación" (ILADIBA, 2001: 1). Aún así, cada persona imprime un sello particular de acuerdo a sus experiencias biosicosociales.

En las etapas por las que atraviesa el ser humano, cada vez se piensa menos en una interrelación con los años que haya vivido una persona; debido a la multiplicidad de factores que influyen en el crecimiento, así como las diferentes alteraciones , fijaciones y repliegues en el proceso.

En el caso del desarrollo de la personalidad, se toman en cuenta aspectos como: los cambios biológicos y fisiológicos, las diferencias motoras y preceptuales, las transformaciones sociales y de la personalidad.

Es bien sabido; que todos los seres humanos nos desarrollamos de forma diferente y de acuerdo a las situaciones que nos rodean; por lo tanto, no se pueden generalizar o definir actividades, tareas, o características personales que se apliquen por igual a todas las personas.

Aún así, las investigaciones en el campo del desarrollo humano nos muestran una serie de elementos que definen las etapas del desarrollo de la persona y que serán tomadas en cuenta en el presente estudio.

2.2.3.1 LOS INICIOS

El inicio de la vida comienza en el momento de la fecundación, a partir de este momento se inicia la definición de aspectos generales y características de la persona. Esta etapa se extiende hasta los tres años de edad aproximadamente.

La vida inicia en el mismo momento de la fecundación del óvulo por el espermatozoide. Así, el ser humano inicia su largo camino "...siendo desde ya sensible ante diversos estímulos, aún cuando se encuentre en el vientre de su madre" (ILADIBA, 2001: 1)

El ambiente prenatal y posnatal desempeña un papel muy importante en hacer del hombre y la mujer lo que es y lo que será.

Algunos elementos que influyen en la persona que crece son:

1. El componente genético.
2. El estado de salud general de la madre.
3. Disposición psicológica y emocional de la madre.
4. Historia personal de la madre y su pareja.

Otras condiciones determinantes son:

1. La forma en que la familia asuma el embarazo.
2. El momento del parto.
3. Manejo de los cambios introducidos por el nuevo miembro.
4. Amor materno.
5. Papel del padre en el cuidado infantil.
6. Hermanos y hermanas.
7. Separación de la pareja.
8. Niños en guarderías, custodia, adoptados.

FUENTE: Berryman, 1994

Aspectos como el color de los ojos, piel, cabello, tipo de sangre, entre otros, están determinados claramente por la herencia; pero ciertos rasgos del ser humano como la salud, la inteligencia y la personalidad "… dependen de la interacción de las fuerzas hereditarias y ambientales" (Pappalia y Wendkos, 1997: 60)

Existen diversas características en las que influyen la herencia y el ambiente, tales como:

- Rasgos físicos y psicológicos: obesidad, relaciones fraternas (gemelos, trillizos)
- Inteligencia: los genetistas han encontrado que la herencia ejerce influencia sobre la inteligencia, la cual se hace más evidente con la edad.

  A su vez, se conoce que un cambio de ambiente puede tener un impacto considerable en el desarrollo de la persona y en la inteligencia. "El hecho de que gran parte de la inteligencia parece heredarse no significa que no pueda cambiarse, si se brinda un ambiente beneficioso (o nocivo)" (Papalia y Wendkos, 1997: 66-67)
- Personalidad: se refiere al conjunto de rasgos de carácter, comportamiento, temperamento, emocionales y mentales de la persona. De acuerdo con diversos investigadores el temperamento o manera en que una persona enfrenta y reacciona ante una situación, parece ser innato.

  Pero, también se evidencia la influencia genética en características de la personalidad como son el nivel de actividad, sociabilidad y timidez y en las reacciones emocionales que se consideran neuróticas.

"Una fuerza de particular importancia es el ambiente individual de una persona, tanto en la familia como fuera de ella. Aún en la familia, cada niño crece en un entorno diferente" (Papalia y Wendkos, 1997: 70)

Durante el desarrollo de los primeros meses del niño (a) los factores genéticos (herencia) y el apoyo social (interacción y vínculo con los padres y la familia, estimulación, nutrición, condiciones de vida, salud en general, entre otros) involucran los elementos primordiales para un óptimo desarrollo del niño y la niña.

El fundamento de la personalidad corresponde a las emociones. Las reacciones emocionales están íntimamente ligadas a las percepciones cognoscitivas. Es beneficioso para el niño (a) que los padres y quiénes se encargan de su cuido desarrollen en ellos (as) la autorregulación, autoconciencia, sentido de competencia y formas de evitar los conflictos.

2.2.3.2 PRIMERA INFANCIA

El ser humano deja de ser un bebé y comienza a desarrollar mejor su principio de realidad, aceptándose y regulándose más por las normas y condiciones sociales. Corresponde al período comprendido entre los tres y los seis años.

Se comunica más fácilmente en cuanto cuenta con un lenguaje hablado y de gestos. Comparte juegos, socializa, entre otras características. En esta etapa de la vida se recomienda a los padres y / o cuidadores fortalecer hábitos de alimentación saludables para el crecimiento físico e intelectual de las y los niños.

En el desarrollo intelectual de la persona que crece es necesario fortalecer el reconocimiento y la capacidad de recuerdo. Algunos aspectos que influyen en la memoria del niño (a) son:

1. El conocimiento general.
2. La motivación de destreza y actividades de estudio.
3. Actividades poco usuales y experiencias nuevas.
4. Interacciones sociales.

   FUENTE: Papalia y Wendkos, 1997: 213 – 216

La ampliación del entorno beneficia el desarrollo físico, psicológico y social de los niños (as). Ingresar al niño (a) a un centro (preescolar o guardería) permite tener nuevas experiencias educativas que se relacionan con las necesidades de desarrollo del mismo.

En el desarrollo de la personalidad en esta etapa se evidencian aspectos tales como:

1. Identidad de género.
2. Temores.
3. Altruismo
4. Relaciones con otros niños (as)
5. Lazos familiares y popularidad, entre otros

FUENTE: Papalia y Wendkos, 1997

2.2.3.3 INFANCIA INTERMEDIA

Esta etapa inicia cerca de los seis años y se extiende hasta los 12 años. Corresponde al período en que las y los niños se encuentran en la escuela.

El desarrollo físico parece volverse más lento en ésta etapa "… a excepción de un salto repentino hacia el final de este período…" (Papalia y Wendkos, 1997: 280)

Se recomienda mejorar el estado físico general de las y los niños en estas edades a través del deporte. Muchos padres y madres de familia optan por ingresar a sus hijos (as) en equipos deportivos, lo que beneficia el crecimiento físico, social y emocional del individuo.

En cuanto al desarrollo social y de la personalidad, en ésta etapa el niño (a) define su autoconcepto que es "… el sentido de nosotros mismos, incluidos la autocomprensión y el autocontrol o autorregulación. Los autoconceptos que se construyen en la infancia con frecuencia son fuertes y duraderos; los positivos ("como soy popular", "soy un buen artista", "soy un buen corredor") pueden producir niños con habilidades sociales, físicas e intelectuales que les permiten verse como individuos valiosos para la sociedad" (Papalia y Wendkos, 1997: 324)

Esta etapa es importante para el desarrollo de la autoestima, una imagen positiva o autoevaluación. El niño compara su yo real con su yo ideal y se juzga a sí mismo por la

manera como alcanza los patrones sociales y las expectativas que se ha formado de su propio autoconcepto y qué tan bien se desempeña.

La interacción con otros niños ayuda a desarrollar lo cognoscitivo, ofrece seguridad emocional, permite desarrollar habilidades para la sociabilidad y la intimidad, mejora las relaciones y permite adquirir sentido de pertenencia.

2.2.3.4 ADOLESCENCIA

Durante la adolescencia el aspecto de los jóvenes cambia como resultado de las transformaciones hormonales de la pubertad, lo que involucra modificaciones en su autoconcepto, socialización y desarrollo cognoscitivo. “Su forma de pensar varía a medida que desarrollan la habilidad para manejar abstracciones, y sus sentimientos cambian casi con respecto a todo. Todas las áreas del desarrollo convergen cuando los adolescentes enfrentan su principal tarea: establecer una identidad como adultos” (Papalia y Wendkos, 1997: 257)

Esta etapa comprende el período entre los 12 años y los 20 años.

Los rápidos cambios en el cuerpo de un adolescente y la apariencia física afectan el concepto de sí mismo y la personalidad. El efecto de una madurez precoz o tardía se nota en especial en la adolescencia pero, por lo general, desaparece en la edad adulta.

En cuanto al desarrollo de la personalidad, en ésta etapa surge la pregunta ¿Quién soy? Esta pregunta da paso al inicio de la búsqueda de identidad. Dar sentido al yo del adolescente permite desarrollar su identidad, esto se puede llevar a cabo a través del razonamiento moral, los logros en la escuela y fuera de ella y la decisión de seguir una carrera.

En síntesis, en esta etapa “… se espera que el sujeto complete el estadio de las operaciones formales, desarrolle su independencia en relación con los padres, construya

una noción estructurada de identidad y sea capaz de alcanzar la sexualidad genital" (ILADIBA, 2001: 3)

2.2.3.5 EDAD ADULTA TEMPRANA

La edad adulta temprana se está comprendida entre los 20 y los 40 años. "Durante esas dos décadas toman decisiones que marcarán sus vidas (su salud, su felicidad y sus éxitos) la mayoría de las personas abandona el hogar de los padres en esta etapa de la vida, entra a trabajar por vez primera, se casa, tiene hijos y los cría" (Papalia y Wendkos, 1997: 441)

En su mayoría, en esta etapa las personas se dedican a realizarse laboralmente y buscan formar su propia familia. Se escoge la pareja y se decide sobre la posibilidad de ser padres.

En la edad adulta se mantiene un gran potencial para el desarrollo intelectual, emocional e incluso físico de las personas. Así mismo, se dan diferentes progresos en esta etapa como consecuencia de los nuevos y significativos roles que las personas asumen durante esta etapa, ya sea como trabajadores (as), esposos (as) padres o madres.

A lo largo de toda la vida el ser humano desarrolla su personalidad, en esta etapa algunos adultos jóvenes toman decisiones que determinan su vida (referentes al amor, el sexo, la paternidad, la amistad, el trabajo y el seguimiento de una carrera). Se da la independencia, relaciones pre y matrimoniales, en algunos casos la paternidad / maternidad se vuelve un elemento fundamental para el desarrollo de la persona.

2.2.3.6 EDAD ADULTA INTERMEDIA

Esta etapa está comprendida entre los 40 y los 65 años de edad. Las personas que se encuentran en esta etapa por lo general, mantienen una buena condición física y psicológica.

Se experimenta la realización profesional. Las personas miran constantemente "atrás" para autoevaluarse (en cuanto a aspiraciones y logros). Las personas en esta etapa han vivido suficientes años para adquirir reconocimiento social y experiencia profesional.

"Esta época es un período de inventario, de revaluación de las aspiraciones de seguir una carrera y de qué tan bien se han logrado las metas. Algunas personas modifican sus objetivos, y algunas veces se dirigen hacia rumbos completamente nuevos" (Papalia y Wendkos, 1997: 508)

De acuerdo con Papalia y Wendkos (1997: 508) la revaluación, la cual se da hasta en las relaciones íntimas, ocurre porque hay un cambio en la orientación del tiempo de la persona. En vez de pensar en los todos los años que han vivido, las personas comienzan a pensar en los años que han dejado pasar o que han dejado de vivir.

Es de suma importancia, que las personas en esta etapa conozcan y entiendan los cambios que se está dando o que se darán con el paso de los años tanto física como mentalmente; de ésta forma aceptarán los cambios y disfrutarán más de su tiempo de los años que aún quedan para disfrutar. Se debe tomar en cuenta que las personas en esta etapa de vida se vuelven más introspectivas.

2.2.3.7 EDAD ADULTA TARDIA

Las personas en esta etapa superan los 65 años de edad; en el caso de las mujeres, su condición física permite que las mismas tengan un promedio de vida más alto que los hombres. El proceso de envejecimiento se da por dos razones fundamentales: como un proceso programado y como resultado del desgaste del cuerpo.

Las personas de edad avanzada experimentan un debilitamiento general de las respuestas y del procesamiento de información. "este retardo les exige hacer ajustes en

muchos aspectos de su vida. El entrenamiento parece ser útil" (Papalia y Wendkos, 1997: 595)

Aunque el cerebro cambia con la edad, el de una persona saludable de mayor edad es muy parecido al de una persona saludable más joven. La continua actividad mental puede ser crítica para mantener a las personas de edad avanzada mentalmente alertas. "Aprendizaje y memoria se correlacionan. Las personas de edad avanzada pueden aprender nuevas habilidades e información, en especial cuando se presenta poco a poco y en un período más largo de tiempo con intervalos entre las exposiciones" (Papalia y Wendkos, 1997: 597)

De acuerdo con las autoras, la edad adulta tardía es la etapa de desarrollo durante la cual las personas clarifican y encuentran utilidad para aquello que han aprendido a través de los años. Pueden continuar creciendo y adaptándose si son flexibles y realistas, si aprenden cómo conservar sus fortalezas, adaptarse al cambio y a las pérdidas y usan los años de experiencia que poseen de manera productiva. En este momento las personas tienen una nueva conciencia del tiempo y desean transmitir su experiencia y validar su vida como algo que ha tenido pleno significado.

Un elemento fundamental para una vejez exitosa son las relaciones o interacciones con otras personas, la familia continúa siendo una fuente primaria de apoyo emocional.

2.2.3.8 EL FINAL DE LA VIDA

En el ciclo de vida de los seres humanos se dan diversas experiencias y reacciones, pero una experiencia universal de la vida es la culminación de la misma. A mayor capacidad de las personas para comprender y acercarse a este hecho inevitable, mayor será su capacidad para vivirlo cuando les corresponda.

"La etapa terminal es una parte significativa y valiosa en el transcurso de la vida. Si las personas viven bastante, se ven involucradas al tener que enfrentar la muerte de

personas cercanas, de manera que la conciencia de que ellos mismos morirán puede darles una apreciación especial de los placeres de la vida y hacerles pensar en los valores en que viven" (Papalia y Wendkos, 1997: 632)

De acuerdo con diversas investigaciones resulta frecuente que las personas experimenten cambios intelectuales y de personalidad poco antes de su muerte.

De acuerdo con las autoras, la educación sobre la muerte ayuda a las personas a comprender sus actitudes hacia ella, a familiarizarse con las diferentes formas en que los grupos culturales manejan la muerte y a concientizarse de las necesidades de los moribundos y quienes les sobreviven. A mayor objetividad y sentido encuentren las personas en sus vidas, menos temerán a la muerte.

"La revisión de vida es un proceso de reminiscencias que ayuda a las personas a prepararse para morir mediante la evaluación del significado de sus vidas y, además, a darles una última oportunidad para cambiar o terminar tareas inconclusas" (Papalia y Wendkos, 1997: 657)

En cada una de las etapas estudiadas anteriormente, el ser humano es capaz de desarrollar resiliencia: la Mandala de la Resiliencia propuesta por Wolin y Wolin explica como se pueden manifestar la resiliencia en la niñez, adolescencia y adultez; tal y como se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla # 2
Desarrollo de las resiliencias en cada etapa del ciclo vital

RESILIENCIA	DESARROLLO DE LAS RESILIENCIAS EN CADA ETAPA DEL CICLO VITAL		
	NIÑEZ	**ADOLESCENCIA**	**EDAD ADULTA**
Insight o perspicacia: capacidad para observar y observarse a uno mismo simultáneamente. Para hacerse preguntas difíciles y darse respuestas honestas.	**Intuición:** forma particular de sentir. Intuición preverbal sobre algo que el niño percibe como injusto en su mundo.	**Conocimiento:** capacidad para darle nombre a los problemas y observarlos desde afuera de uno mismo, sin autoculparse. Conocimiento sistemático y bien articulado del problema.	**Comprensión:** capacidad para emplear experiencias ya vividas en la resolución de problemas actuales. Comprensión de uno mismo y de otros. Tolerancia entre compleja y ambigua.
Independencia: capacidad para fijar los propios límites en relación con un medio problemático, para mantener distancia física y emocional con respecto al problema, sin llegar a caer en el aislamiento.	**Alejamiento:** capacidad para tomar distancia de los problemas familiares, que generalmente el niño expresa alejándose para jugar. Decisión de deambular alejándose cuando un problema está en el ambiente.	**No engancharse:** capacidad para desentenderse de los problemas familiares con los cuales no tiene relación, y tomar las riendas de la propia vida, que generalmente el adolescente expresa dejando de buscar aprobación y amor en sus mayores.	**Separación:** capacidad para balancear las necesidades propias y las demandas del medio, para tomar decisiones apropiadas para beneficio propio sin detrimento de los demás. Separación definitiva, asumiendo el control de uno mismo por encima del sufrimiento.

Relación: capacidad para crear vínculos íntimos y fuertes con otras personas.	Relaciones fugaces con personas que están emocionalmente disponibles, que se acercan con simpatía o en plan de ayuda.	Relaciones que se vuelven "reclutoras"; intentos deliberados por comprometerse con adultos y pares amables que pueden convertirse en soporte, en actividades gratificantes para ambos.	Relaciones que maduran para convertirse en uniones mutuamente gratificantes; lazos personales que se caracterizan por un equilibrio entre el dar y el recibir.
Iniciativa: tendencia a exigirse a uno mismo y a ponerse a prueba en situaciones cada vez más exigentes. Capacidad para la autorregulación y la responsabilidad personal, necesarias para lograr autonomía e independencia. Impulso para lograr experiencia.	**Exploración:** tendencia a seguir la propia curiosidad, a explorar el mundo físico a través del ensayo y el error.	**Trabajo:** tendencia a mantenerse ocupado en actividades propias del proceso educativo, tanto como en actividades extraescolares. Capacidad para identificar y solucionar problemas cuando se presentan.	**Generación:** capacidad para enfrentar grandes desafíos que generalmente se expresa en forma de liderazgo grupal o comunitario, capaz de equilibrar los proyectos de trabajo con la vida personal.
Humor y creatividad: tienen una raíz común. El primero es la capacidad para encontrar el lado divertido de una tragedia. La segunda es la capacidad de crear orden, belleza y objetivos a partir del caos y del desorden. Ambos	**Juego:** es una forma consciente o inconsciente de contrarrestar la fuerza con la cual golpea una situación adversa. El niño suele canalizar sus miedos a través de él, para lo cual utiliza todo el	**Moldearse:** es una forma más elaborada del juego y la fantasía, en la cual aparecen la creación y/o la expresión artística bajo cualquiera de sus manifestaciones, lo que exige disciplina e imaginación. Empleo del	**Composición y risa:** ambas son formas de verse desde afuera y transformar lo que se tiene en algo beneficioso para uno mismo y para los demás. La primera consiste en la realización de proyectos artísticos serios. La segunda es la

son puertos seguros para la imaginación, en donde cada uno puede refugiarse y reestructurar sus experiencias. Capacidad para ver lo absurdo en los problemas y dolores propios. Generalmente son la manifestación de que la adversidad ya ha sido superada.	recurso de su imaginación y fantasía para construir un mundo conforme con los propios deseos, dentro del cual recrea las situaciones estresantes de tal manera que pueda controlarlas, logrando así recuperar la confianza y el valor perdidos.	arte y la comedia para dar forma estética a los pensamientos y los sentimientos.	capacidad para no hacer nada, para minimizar el dolor con una broma. En esta etapa, pasan de ser un solo bloque a separarse y a tener cada una sus propias características.
Moralidad: abarca dos variables fundamentales, la capacidad de desearles a otros el mismo bien que se desea para uno mismo, y al mismo tiempo la de comprometerse con valores específicos. Es la actividad de una conciencia informada. Capacidad para darle sentido a la propia vida.	**Juicio:** capacidad para distinguir entre lo bueno y lo malo, y en base a ello, reconocer aquello que genera la familia, manteniéndose al margen y desarrollando nuevas capacidades de dominio básico y progresivo sobre la propia vida.	**Valores:** capacidad para reconocer los propios valores y fortalezas, lo que permite aprender de las experiencias dolorosas y comunicarlas sin angustia ni vergüenza. Capacidad para valorar y decidir cuáles comportamientos se deben asumir.	**Servicio:** capacidad para entregarse a los demás, para servir, para contribuir al bienestar de otros además del personal.

FUENTE: Puerta (2002: 27 - 29)

2.2.4 REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Durante muchos años las personas portadoras de una enfermedad mental han sido objeto de discriminación y estigma por la sociedad. Dentro de un contexto de desinstitucionalización aparece el concepto de rehabilitación psicosocial entendido como "aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible" (Rodríguez, 1997: 92).

De esta manera el término alude a un proceso que posibilite la integración de la persona a su entorno social, para esto es necesario la recuperación de habilidades que le permitan ser lo más autónoma posible.

Como señala el autor "la rehabilitación tiene que ver (…) con ayudar al enfermo mental crónico a superar o compensar las dificultades psicosociales que sufren y a ayudarles en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios" (Rodríguez, 1997: 456).

Dentro de un enfoque de resiliencia, se podría entender la rehabilitación como una actitud positiva que parte de las fortalezas y potencialidades de desarrollo de cada persona.

Finalmente, se determina como uno de los factores protectores presentes en las historias de vida, el apoyo familiar para algunos de los investigados (as), por lo tanto se considera pertinente aclarar que las investigadoras partirán del concepto de familia desde la perspectiva sistémica para realizar el análisis de las historias de vida en cuanto a éste aspecto.

2.2.5 LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA

Para comprender a la persona diagnosticada como esquizofrénica, es necesario visualizarla desde un enfoque sistémico.

De acuerdo con la propuesta de Ludwin Von Bertalanffy la "... esencia del enfoque sistémico es la atención a la organización, es decir, a la relación entre las partes, a una concentración en las relaciones circulares, antes que las lineales, y a una consideración de los hechos en el contexto en el cual se dan y no aisladas de su ambiente" (Casas, 1999: 1)

La Teoría Sistémica de acuerdo con Casas (1994) posee como elementos fundamentales que:

1. Se centra en el paciente no en solitario, sino en su contexto social primario, la familia.
2. Énfasis en la conducta real, al otorgársele relevancia a la comunicación e interacción dentro de la familia.
3. La conducta real tienen lugar en forma observable en el presente más que en el pasado, en lo anterior o en lo inferido.
4. Considera la conducta problemática en relación con su contexto inmediato. Así, se pasa de la búsqueda de cadenas lineales causa – efecto a un punto de vista cibernético – sistémico: la comprensión y explicación de cualquier segmento determinado de conducta mediante su colocación en un sistema organizado de conducta más amplio y en funcionamiento efectivo que comporta la utilización generalizada de retroalimentación y de esfuerzo recíproco.
5. Cree menos en las carencias individuales, pues se centra en la forma en que un sistema está organizado o como funciona erróneamente.

Algunas características fundamentales de la Teoría Sistémica según Casas (1994), son:

1. Transmisión de información.
2. Individuo como sistema.
3. Interés por las interrelaciones y los procesos comunicativos.
4. Causalidad circular.
5. Importancia del contexto en el desarrollo del síntoma.
6. El síntoma como expresión de una situación interpersonal.
7. Interés por el presente.
8. Cambio como objetivo terapéutico.

La familia, se constituye así como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales.

Se concibe como sistema relacional "... al conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente. (Casas, S.F.)

Se plantean tres aspectos básicos de la teoría sistémica aplicada a la familia:

1. La familia como sistema en constante transformación o que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento personal a los miembros que la componen. La continuidad y el crecimiento se dan a través de un equilibrio dinámico entre la tendencia homeostática y la capacidad de transformación.

2. La familia como sistema activo que se autogobierna, mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y el error que permiten a los

diversos miembros experimentar lo que está permitido en la relación y lo que no lo está. Llegando así a la formación de una unidad sistémica regida por moralidades peculiares del sistema mismo y susceptibles.

3. La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas (escuela, fábrica, comunidad, instituto, entre otros.) Las relaciones interfamiliares se deben considerar en relación dialéctica con las relaciones sociales, éstas a su vez condicionadas por las normas y valores de la sociedad.

La teoría sistémica aplicada a las familias, estudia los hechos dentro del contexto en el que están ocurriendo y presta fundamentalmente atención a las conexiones y relaciones más que a las características individuales.

Cada hecho o comportamiento está vinculado en forma circular a muchos otros hechos y comportamientos en la familia.

De acuerdo con Murray Bowen (citado por Casas, 1999) "... la teoría sistémica procura centrarse en los hachos funcionales de las relaciones. Se fija en lo que ocurrió, cómo, cuando y donde ocurrió."

CAPITULO III
ESTRATEGIA METODOLOGICA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, el cual busca "... llegar al conocimiento desde dentro por medio del entendimiento de intenciones y el uso de la empatía. Además el método cualitativo, permite estudiar específicamente los significados de las acciones humanas y de la vida social, debido a que su interés se centra en el descubrimiento de conocimientos; reconstruyendo los acontecimientos y explicando el desarrollo en el contexto que ha surgido" (Barrantes, 1999: 68)

De ésta forma, las investigadoras lograron tener un acercamiento directo con los (as) sujetos (as) de estudio dentro de su proceso de rehabilitación social y la realidad en la cual se desenvuelven. A su vez, permitió acercarse e identificar los factores protectores que, de forma integral, permitieron la aparición o fortalecimiento de procesos resilientes.

El enfoque cualitativo busca descubrir o generar teorías, de esta manera fue posible la construcción de conocimientos por medio de la participación de los (as) sujetos (as) de investigación basado en un registro detallado de todos los acontecimientos ocurridos en su historia de vida para llegar a un análisis minucioso de la información.

De acuerdo con Barrantes (1999), algunas de las características esenciales del enfoque cualitativo son:

1. Es usado esencialmente en el estudio de grupos pequeños; tal como fue empleado en los 5 sujetos de investigación

2. Está interesado en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa: por ello, la participación activa de los sujetos (as) fue básica para el desarrollo de la investigación.

3. Considera estudios de casos, etnografía, entrevista en profundidad y observación participativa; instrumentos básicos para conocer la realidad en la que se desarrollaron las y los sujetos de investigación.

4. Tiende a emplear conceptos que capten el significado de los acontecimientos

5. Ha sido desarrollado para la tarea de describir o de generar teorías.

6. Observación naturalista y sin control: no se busca controlar la vivencia del sujeto, sino aprehender de la misma, y recolectar la información suficiente para realizar un análisis crítico.

7. Subjetivo, y con una perspectiva "desde adentro": las investigadoras intentaron comprender la realidad en la que se desenvuelven las y los sujetos de investigación; la misma se vio permeada por la presencia de intereses, valores y experiencias particulares de las mismas.

8. Orientado al proceso: como un todo integral y holístico, éste fue el eje fundamental para lograr la identificación y análisis de los factores protectores presentes en cada sujeto.

9. Estudio de casos aislados: la utilización de historias de vida permitió entender lo particular/singular de cada uno de las y los sujetos de investigación.

10. Asume una realidad dinámica: la realidad en la que se desenvuelven las y los sujetos no es estática, está en constante cambio, por tal razón no existe un solo criterio de verdades, ni homogeneidad en dicha realidad.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación de campo estuvo orientada por el método fenomenológico que busca "... por medio de la empatía, comprender las reacciones humanas y así buscar una aprehensión global de la experiencia del hombre..." (Barrantes, 1999: 61)

De ésta forma se trató de comprender a la persona diagnosticada como esquizofrénica en su totalidad y dentro de su propio contexto.

La utilización de éste método permitió investigar la persona, sin caer en fragmentaciones o aislar partes del fenómeno, conceptualizándolo como un ser integral y holístico.

Así mismo, posibilitó el estudio de la realidad al considerar todos los escenarios y personas como sujetos – objetos de investigación y capaces de construir significados o contextos significativos basados en el mundo de la vida cotidiana o mundo del sentido común.

La fenomenología dentro de un enfoque cualitativo, privilegia el conocimiento de la realidad, dando importancia a lo intersubjetivo y al mundo de los significados ya que todo ello tiene una relación directa con la acción.

Según Barrantes (1999) las tareas por realizar en este tipo de método son:

1. Estudiar la experiencia vital del mundo y la vida de la cotidianeidad (experiencia no conceptualizada)

2. Explicar los fenómenos dados a la conciencia.

3. Estudiar la esencia (intento sistemático de develar las estructuras significativas e internas del mundo)

4. Describir los significados vividos, existenciales (la vida cotidiana)

5. Estudiar desde el punto de vista científico – humano los fenómenos.

6. Explora el significado del ser humano.

7. Pensar sobre la experiencia originaria.

En síntesis, la fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a sus experiencias. Intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando. (Barrantes, 1999: 152)

En estos estudios se desarrollan seis fases:

1. Descripción del fenómeno: tanto de la esquizofrenia como de los procesos de resiliencia.
2. Búsqueda de múltiples perspectivas: a través del análisis de las diferentes historias de vida.
3. Búsqueda de la esencia y estructura: búsqueda y acercamiento a las realidades de las y los sujetos de acuerdo con la descripción de los mismos.
4. Constitución de la significación: proceso de creación de conocimientos acerca de los procesos de resiliencia.
5. Suspensión de enjuiciamiento: las investigadoras trataron de suspender cualquier estereotipo o prejuicio que pudieran sesgar la investigación.
6. Interpretación del fenómeno: relacionando los factores protectores con los procesos de resiliencia a lo largo de las etapas de vida.

De esta manera el enfoque fenomenológico permitió adentrarnos en la subjetividad de cada persona; iniciando un recorrido desde su primer infancia hasta el momento actual en donde cada sujeto a partir de su historia de vida fue relatando los acontecimientos vividos, incluyendo las adversidades, antes y después de la aparición de la enfermedad.

Lo anterior posibilitó entender la enfermedad y sus implicaciones tanto individuales como del entorno, reforzando cada recurso empleado para superarla o mantenerla compensada.

3.3 PROCESO METODOLÓGICO

3. 3.1 Objeto de estudio

La presente investigación se llevó a cabo en el programa Hospital Diurno cuya misión es "Ofrecer la oportunidad a los usuarios de Hospital Diurno y Estructuras Residenciales y a sus familiares, de participar activamente en el proceso de rehabilitación que conlleva el desarrollo de su autonomía personal y la accesibilidad a los bienes y servicios que ofrece la comunidad." (Bertheau et al, 2003: 1).

Encuentra sus inicios en el antiguo Hospital Manuel Antonio Chapuí en 1970 a raíz de la necesidad identificada en un grupo de usuarios que, una vez egresados del centro, no contaban con una ubicación laboral estable por lo que permanecían en sus hogares ociosos o deambulando por la comunidad, situación que generaba insatisfacción familiar y rechazo social que incidía en una nueva descompensación y consiguiente hospitalización.

El objetivo general del programa consiste en "Brindar a los usuarios una atención integral que involucre en la medida posible a la familia y la comunidad para lograr mejorar su condición de vida minimizando el deterioro cognitivo, laboral y social para favorecer su incorporación comunal y mejorar su condición de vida" (Bertheau et al, 2003: 6).

En este programa se ubican los (as) usuarios (as) egresados que pueden manejarse fuera de la institución con la cooperación de familiares u hogares alternativos. Consiste en recibir a las personas en un horario de 7:00am a 3:30pm para que realicen actividades de trabajo y socialización en lo diferentes tipos de talleres de terapia ocupacional.

Cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por un médico asistente especializado en Psiquiatría, una enfermera jefe, una trabajadora social, dos auxiliares de enfermería, dos asistente de enfermería y un terapista ocupacional.

3.3.2 Sujetos de estudio

> "...Si esta subjetividad del insano es al mismo tiempo vocación y abandono del mundo, ¿no es acaso al mundo mismo a quien debemos interrogar acerca del secreto de esta subjetividad enigmática?" (Foucault en Bidegain y Rennis, 1998. 35)

La población sujeto de investigación que se incluyó en el estudio fueron personas diagnosticadas como esquizofrénicas que actualmente asisten al programa del Hospital Diurno.

El proceso de selección de los mismos se llevó a cabo a partir del listado de usuarios (as) facilitado por el secretario del programa que, en el mes de mayo del 2003, formaban parte de dicho programa para seleccionar únicamente los diagnosticados como esquizofrénicos.

Una vez identificados (as), se realizó una revisión de cada uno de los expedientes clínicos de las personas seleccionadas a partir de un instrumento elaborado por las investigadoras (Anexo 1) y se construyó un diagnóstico que reflejaba las características básicas de esta población. (Anexo 2)

Posteriormente se llevó a cabo una sesión de devolución con el equipo interdisciplinario de dicho programa para seleccionar aquellos (as) sujetos (as) que, según los (as) especialistas, han respondido satisfactoriamente al tratamiento y presentan actitudes o características de procesos de resiliencia, según criterios de selección reconstruidos por las investigadoras debido a recomendaciones del Director y de miembros (as) del equipo interdisciplinario, tales como:

1. Haber sido diagnosticado como esquizofrénico (a)
2. Mantener asistencia constante en el programa Hospital Diurno
3. Contar con al menos un año de no estar hospitalizado (a)
4. Pocos reingresos
5. No encontrarse en episodio psicótico, por el contrario, en estado de compensación.
6. Mostrar compromiso con el programa Hospital Diurno (este criterio fue seleccionado por el equipo interdisciplinario del programa)
7. Contar con al menos un vínculo significativo que esté en disposición de incorporarse en una de las sesiones de entrevista (familia, amigos, profesionales, vecinos, pareja, para mencionar algunos)
8. Contar con un lugar de residencia estable (hogar o albergue)
9. Facilidad para la expresión verbal

Una vez realizado este proceso se procedió a contactar personalmente a los (as) sujetos (as) seleccionados (as) para informar el objetivo de la investigación y solicitar su aceptación a formar parte de la misma.

Posteriormente se procedió a entregar y comentar el Consentimiento Informado según normas del centro médico. (Anexo 3)

En total fueron elegidos 6 usuarios (as), sin embargo uno se negó a participar en la investigación, de esta manera se trabajó con un total de 5 personas (tres hombres y dos mujeres). Se intentó incorporar a otra persona pero ninguno cumplía con los criterios de

selección; este aspecto se detalla en el apartado correspondiente a la fase del trabajo de campo.

3.3.3 Fases

El enfoque cualitativo se caracteriza por la flexibilidad no obstante se podría ubicar parte del proceso de investigación en cuatro fases que se presentan a continuación:

Tabla #3
Fases de la investigación

FASE	EXPLICACIÓN
Preparatoria	**Elaboración del diseño de la investigación (planteamiento del problema, la justificación, las aproximaciones teóricas, marco de referencia y estrategia metodológica)**
Trabajo de campo	**Recolección de la información a partir de la aplicación de la guía de entrevista con cada uno de los (as) sujetos (as) participantes**
Analítica	**Incluye la transcripción, el análisis y la interpretación de la información recolectada**
Expositiva	**Culmina con la presentación y difusión de los resultados**

3.3.3.1Fase preparatoria

La cual incluye principalmente tres actividades:

a. Revisión documental

Se llevó a cabo una revisión documental, bibliográfica y de sitios web sobre los temas de resiliencia y esquizofrenia, principalmente, con el objetivo de indagar los antecedentes de ambas temáticas para construir a partir de ello. Una vez abordado llevó a la delimitación del problema de investigación, tal como señala Rojas en Alpízar y

Villagra “una vez que se ha elegido el tema, es necesario concretarlo, especificar su alcance teórico y empírico, a fin de centrar la atención en una parcela de la realidad y de esta manera, proceder a su estudio intensivo” (2003). Esto lleva a la siguiente tarea.

b. Consulta a informantes clave

Con el objetivo de ampliar información sobre el tema y la relevancia para el Trabajo Social se procedió a entrevistar a profesionales relacionados con las temáticas como fue el caso de la Msc. Hilda Castillo para el área de la psiquiatría, la Licda. Elena Badilla en cuanto a resiliencia y por último el MSc. Gerardo Casas experto en ambas temáticas.

Lo anterior permitió una comprensión desde la realidad nacional, de la necesidad de trabajar el tema de la resiliencia como un enfoque alternativo dentro del área de la salud mental.

c. Construcción del diseño de la investigación

Una vez realizadas las anteriores actividades se procedió a redactar el documento formal del diseño de la investigación el cual partió del problema planteado así como los objetivos de la misma. De igual manera se tomó en consideración un marco de referencia que engloba la situación legal del tema, así como una primera aproximación teórica de los tópicos más importantes.

Además se incluyó la estrategia metodológica tomando en cuenta que el estudio no buscaba cuantificar o generalizar datos sino más bien analizar casos específicos que permitieran brindar aportes al tema.

3.3.3.2 Fase de trabajo de campo

Una vez autorizada la investigación por el Comité Ético Científico del centro médico se procedió a construir el diagnóstico de la población del programa Hospital Diurno, únicamente con las personas diagnosticadas como esquizofrénicas a partir de la revisión de los expedientes clínicos de cada uno. Una vez elaborado se realizó una sesión de devolución con el equipo interdisciplinario de dicho programa y, a partir de los criterios de selección elaborados por las investigadoras y replanteados por recomendaciones de los profesionales, se eligieron futuros candidatos para participar en la investigación.

Posteriormente se pasó un instrumento (Anexo 4) y se tuvo una entrevista de reconocimiento con cada una de las personas recomendadas (10) donde se les informó el objetivo de la investigación y se valoró su capacidad e interés en formar parte de la misma. Ante la negativa de uno de los participantes, se inició un nuevo proceso de selección pero ninguno de los evaluados cumplía con los requisitos establecidos para participar en la investigación; por tanto, se tomó la decisión de realizar el proceso sólo con los cinco miembros electos en la primera selección.

Como medio para recolectar la información se hace necesaria la utilización de técnicas específicas. Por lo anterior se procedió a elaborar un instrumento guía para las historias de vida, programado para 9 sesiones, una cada semana. (Anexo 5)

La primera sesión consistió en la lectura y aprobación del consentimiento informado por parte del sujeto, para el caso de uno de los investigados el mismo fue acompañado por un familiar.

Durante un período aproximado de dos meses (octubre y noviembre 2003) se llevó a cada sesión de entrevista, una por semana, con una duración de una hora y media para cada sujeto.

Para el mes de diciembre se programó el cierre del proceso en donde se realizó una sesión grupal con todos los sujetos de investigación, fue de carácter evaluativo y, a la vez, de recreación (fiesta), realizando una actividad de cierre tanto del proceso de investigación como de año.

3.3.3.3 Fase Analítica

En esta fase se requirió revisar y actualizar la información teórica acerca de los tópicos de esquizofrenia y resiliencia para la descripción del fenómeno en estudio.

Se realiza la transcripción de cada una de las sesiones de entrevista para cada sujeto (a) de estudio. Posteriormente se llevó a cabo una lectura detallada, ordenamiento y clasificación de la información a partir de los objetivos de la investigación y en búsqueda de un acercamiento a la realidad de cada uno de los (as) sujetos (as) de estudio.

Partiendo de las categorías de análisis elaboradas y las emergentes a lo largo del proceso, se procedió a analizar la información proporcionada por los sujetos a la luz de la teoría existente generando un nuevo aporte que surge de la realidad de estas personas. De acuerdo con Barrantes (1999) esto corresponde a la fase de constitución de la significación que lleva a la creación de conocimientos acerca de los procesos de resiliencia.

En esta etapa también se procedió a elaborar la propuesta de intervención de Trabajo Social desde un enfoque de resiliencia para las personas diagnosticadas con esta enfermedad mental.

3.3.3.4 Fase Informativa

Esta etapa incluye la tarea de la elaboración del documento final que recopila los resultados de la investigación. Lo anterior constituye la culminación del proceso investigativo así como la validación de los resultados por la comunidad académica.

3.3.4 Descripción de las técnicas

Las técnicas empleadas son de carácter cualitativo y se aplicaron con el objetivo de permitir una aproximación a la temática que se investiga así como profundizar en la visión de los (as) sujetos (as) de estudio. Se emplearon básicamente tres.

a. Revisión documental

Como se había mencionado con anterioridad esta técnica fue empleada desde el inicio del proceso tanto para la elaboración del diseño de la investigación como para el análisis e interpretación de la información, principalmente bibliográfica, documental y de sitios web.

Simultáneamente se consultó los expedientes clínicos de cada sujeto con el objetivo de obtener información adicional o triangular la existente.

b. Entrevista en profundidad

Tomando en cuenta las características y alcances de esta técnica se determinó su empleo. Taylor y Bodgan la definen como "reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras" (De Felippis, 2000: 101).

Tomando en consideración el objetivo principal de la investigación, se determinó que para la identificación de los factores protectores en los sujetos de estudio era conveniente trabajarlo a partir de las etapas de desarrollo de cada uno.

Una de sus modalidades de esta técnica es la historia de vida caracterizada por el hecho de que “contienen una descripción de la vida de la persona, o parte de ella, en sus propias palabras. Su análisis consiste en un proceso de compaginación y reunión de relatos

de modo que se capten los sentimientos, modos de ver y percibir de la persona. (Barrantes, 2000). Esta técnica posibilitó un mayor orden y cronología del relato de los sujetos.

De esta manera se procedió a elaborar un instrumento guía para desarrollar en un período de 9 sesiones con una duración aproximada de una hora y media; en una de ellas se incorporó un familiar o persona significativa y en la última se llevó a cabo una sesión grupal de cierre con todos los participantes y ambas investigadoras.

c. Observación participante

Entendida como "una observación interna o participante activa, en permanente "proceso lanzadera", que funciona como observación sistematizada natural de grupos reales o comunidades en su vida cotidiana, y que fundamentalmente emplea la estrategia empírica y las técnicas de registro cualitativas" (Anguera en Delgado y Gutiérrez, 1999: 144).

Esta se llevó a cabo mediante la interacción semanal investigadora – sujetos de estudio en la cual se consideraron aspectos de la comunicación no verbal como gestos, miradas, posturas, estados de ánimo, nivel de interés, aburrimiento, cansancio, indiferencia, tristeza e inseguridad, para mencionar algunos.

3.3.5 Premisas que orientan la investigación

Para comprender la visión que poseen las investigadoras sobre los ejes temáticos es necesario referirse a los supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos que guiaron la investigación

a. Premisas Ontológicas

Constituyen la forma en que las investigadoras conciben la realidad respecto a los efectos de los factores protectores presentes en los procesos de resiliencia de las personas

diagnosticadas como esquizofrénicas, así como los caracteres y naturaleza del “ser en sí” de estos sujetos.

De esta forma se cuenta con los siguientes supuestos:

1. La persona diagnosticada como esquizofrénica es un (a) sujeto (a) de derechos.
2. Todo ser humano es y puede ser un sujeto resiliente.
3. Los personas diagnosticadas como esquizofrénicas poseen factores protectores (internos y externos) que les permite ser resilientes.
4. Los derechos de las personas portadoras de una enfermedad mental están estipulados en la legislación nacional e internacional.
5. La sociedad ha tipificado o etiquetado a la persona diagnosticada como esquizofrénica como un (a) sujeto (a) incapaz de desarrollarse en algunos ámbitos de la vida.
6. No existe un solo tipo de esquizofrenia, las características de la persona dependerán de la variedad de las mismas.
7. Los factores protectores individuales son los concernientes al ser mismo (capacidades, habilidades, destrezas) y los factores protectores externos son las oportunidades que el medio ofrece a la persona para sobreponerse a la adversidad.
8. La realidad en la que se desenvuelven las personas diagnosticadas como esquizofrénicas se construye, es múltiple, dinámica, compleja, integral y se centra en las acciones de la vida cotidiana.

b. Premisas Epistemológicas

Constituyen la posición asumida por las investigadoras y el cómo se llevó a cabo la construcción del conocimiento en la investigación.

1. Se partió del supuesto de que las personas diagnosticadas como esquizofrénicas son sujetos (as) con potencial de cambio.

2. Los intereses, valores y experiencias particulares de las investigadoras, así como las condiciones socio económicas y culturales influyen en la construcción del conocimiento en la investigación.

3. La construcción del conocimiento en la investigación se realizó en una doble vía investigadoras – investigados y dada la interacción e influencia recíproca de los mismos.

c. Premisas Metodológicas

Corresponden a la forma en que las investigadoras se aproximaron a la comprensión del problema y las técnicas e instrumentos empleados para obtener información y realizar el análisis.

1. Acercamiento a la institución hospitalaria por medio de contactos con las y los profesionales en Psiquiatría, Trabajo Social y Enfermería, principalmente
2. Acercamiento los (as) sujetos (as) de investigación.
3. Las técnicas e instrumentos permitieron permitir la recolección y análisis de la información proveniente de las y los sujetos involucrados en la investigación (personas diagnosticadas como esquizofrénicas, familias, entorno laboral, educativo, entre otros)
4. Se requiere de un método que permita acercarse a las y los sujetos y a la realidad en que se encuentran de forma integral y que permitan el análisis global del fenómeno.
5. La investigación requiere una relación estrecha entre metodología y complejidad de la realidad/integralidad para llevar a cabo el análisis de la situación de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas.

3.3.6 Categorías de análisis

Las categorías de análisis fueron planteadas tomando en cuenta los objetivos y la teoría de la investigación. Constituyen una guía que facilitó el acercamiento y posterior

descripción del proceso de resiliencia en la rehabilitación social de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas.

Las categorías y subcategorías de análisis son elementos flexibles, que con el transcurso de la investigación se fueron transformando y enriqueciendo; con el objetivo de permitir a las investigadoras orientar y encauzar el análisis de la información obtenida a través de las historias de vida. Es así, como se plantean a continuación:

3.3.6.1 Factores Protectores.

1.1 Aceptación de la enfermedad.
- 1.1.1 Perseverancia en la medicación.

1.2 Capacidades individuales de las y los investigados.
- 1.2.1 Rasgos de la personalidad.
- 1.2.2 Habilidades y fortalezas.
- 1.2.3 Capacidad para averiguar el significado de la vida.
- 1.2.4 Autoestima.
- 1.2.5 Sentido del humor.
- 1.2.6 Responsabilidad y compromiso.
- 1.2.7 Liderazgo.
- 1.2.8 Resolución de conflictos.
- 1.2.9 Grado de independencia.

1.3 Espiritualidad.
- 1.3.1 Creencias.
- 1.3.2 Participación en grupos o congregaciones religiosas.

1.4 Relaciones de Pareja.
- 1.4.1 Primeras relaciones afectivas.

1.4.2 Matrimonio.

1.4.3 Descendencias.

1.4.4 Relación afectiva actual.

1.5 Aprendizaje de valores.

1.5.1 Adquiridos en el sistema familiar.

1.5.2 Autopercepción de valores.

1.5.3 Valores identificados por personas significativas, familiares y miembros del programa Hospital Diurno.

1.6 Apoyo familiar.

1.6.1 Antes y después de la enfermedad

1.6.2 Familiares significativos.

1.7 Experiencias educativas

1.7.1 Educación formal e informal.

1.8 Experiencias laborales.

1.8.1 Antes y después de la enfermedad.

1.9 Metas a futuro/ proyecto de vida.

1.9.1 Deseos.

1.9.2 Metas después de la enfermedad.

3.3.6.2 Resiliencia

2.1 Relación entre factores protectores y procesos de resiliencia.

2.2 Superación de situaciones adversas en las y los sujetos de estudio.

3.3.6.3 Rehabilitación Social

3.1 Apoyo de Hospital Diurno.

3.2 Apoyo de las y los profesionales en salud mental.

3.3 Atención integral interinstitucional.

3.4 Atención al usuario (a) con esquizofrenia desde un enfoque biopsicosocial - espiritual

www.ts.ucr.ac.cr

CAPITULO IV

PERFIL DE LAS Y LOS SUJETOS DE ESTUDIO

Se parte de la concepción de que los (as) participantes son sujetos (as) únicos (as) con características personales y ambientales diferentes que se abordarán con detalle en el capítulo siguiente, no obstante para efectos del presente se trabajará como grupo con el fin de lograr una ubicación general para el (la) lector (a) señalando algunas características básicas y representativas de las condiciones sociales que presentan los (as) sujetos (as) de estudio.

Es importante aclarar que se han empleado seudónimos para referirse a cada sujeto (a) participante, en algunos casos ellos (as) mismos (as) participaron en la elección.

4.1 ÁMBITO PERSONAL

Este revela los datos generales de los (as) sujetos (as); de ésta forma se observa que del total de entrevistados (as), el 80% tiene edades superiores a los 40 años, lo que corresponde a una edad adulta temprana e inicios de la intermedia.

Cuadro #1
Población investigada según edad y nacionalidad.
H. N. P. 2004

	COSTARRICENSE	NICARAGUENSE
Rosa	40 años	
María	45 años	
Carlos	45 años	
Jesús	43 años	
Roy		**29 años**

FUENTE: Elaboración propia, 2004

De acuerdo con el cuadro anterior, la población presenta una edad media de 40. 4 años, así mismo se observa que, de la población investigada el 80% es de nacionalidad costarricense, mientras que el 20% restante es de nacionalidad nicaragüense.

Con respecto al estado civil de los (as) participantes en relación con la descendencia, se obtiene los siguientes datos:

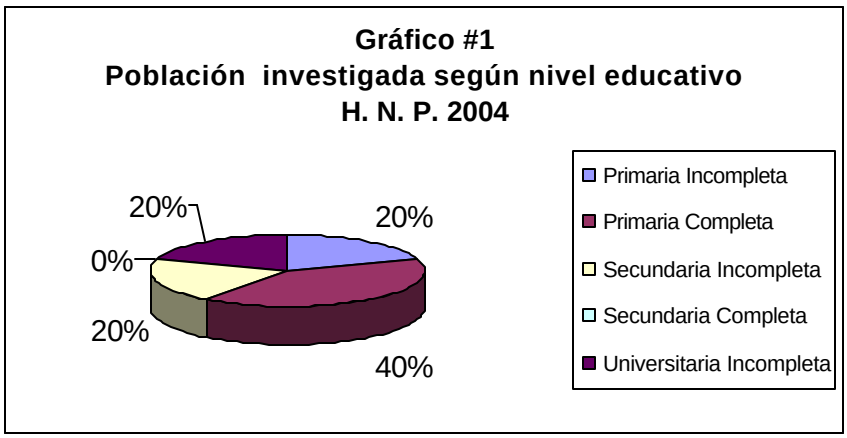
Tabla #4
Población investigada según estado civil y descendencia
H. N. P. 2004

DESCENDENCIA	SOLTERO (A)	CASADO (A)	VIUDO (A)	DIVORCIADO (A) SEPARADO
Sin hijos (as)	Carlos Jesús Roy			
Un hijo (a)				
Dos Hijos(as)				**Rosa María**
Tres hijos (as) o más				

FUENTE: Elaboración propia, 2004

Del total de usuarios (as) investigados (as), el 60% correspondiente a los varones se encuentran solteros y sin descendencia, mientras que el 40% restante (las dos mujeres investigadas) se encuentran divorciadas o separadas y con dos hijos. Al respecto, es necesario señalar que Rosa tiene un hijo y una hija que residen en el exterior, mientras que María tiene dos hijos varones.

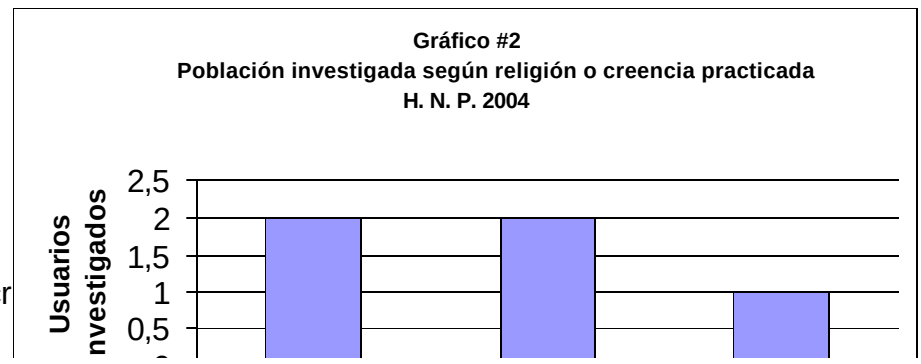
Para el aspecto educativo de las y los usuarios, se obtienen la siguiente información:



FUENTE: Elaboración propia, 2004

El 20% de la población (Jesús) no concluyó los estudios primarios, el mismo no logró concluir hasta el quinto grado de escuela; en el caso de la primaria completa, lograron terminarla el 40% de la población correspondiente a Carlos y Roy. En cuanto a las mujeres investigadas, se observa que una de ellas (Rosa) logró avanzar más en el ámbito educativo aunque no concluyó los estudios secundarios; por su parte María logra concluir sus estudios secundarios e inicia estudios superiores (universitarios) aunque no los concluye.

Un aspecto que debe ser resaltado es la participación de las y los usuarios en grupos o sectas religiosas, partiendo de la entrevista inicial y de las historias de vida se obtiene:



www.ts.ucr

FUENTE: Elaboración propia, 2004

En cuanto a la religión o creencia practicada por las y los investigados se observa que dos de ellos (Carlos y Jesús) son católicos, mientras que Rosa y Roy son evangélicos, por su parte María practica diversas religiones como la católica, evangélica, asiste a cultos de Testigos de Jehová, a la Iglesia Rosa de Sarón, así como creencias de corte oriental, entre otras.

Las investigadoras, en su afán por ubicar al lector (a) en el proceso de historias de vida, así como permitir un acercamiento hacia los (as) participantes presentan aspectos y/o características físicas de cada uno (a) de ellos (as), tales como:

Tabla #5
Características físicas de las y los investigados (as)
H. N. P 2004

ROSA	MARÍA	CARLOS	JESUS	ROY
▪ Tez negra. ▪ Estatura promedio. ▪ Contextura gruesa. ▪ Cabello corto rizado, negro. ▪ Ojos color miel.	▪ Tez morena. ▪ Estatura promedio. ▪ Contextura delgada ▪ Cabello corto negro. ▪ Ojos verdes, rasgados.	▪ Tez blanca. ▪ Alto ▪ Contextura delgada. ▪ Cabello canoso corto y lacio. ▪ Ojos color café oscuro.	▪ Tez morena. ▪ Baja estatura ▪ Contextura gruesa. ▪ Cabello negro lacio. ▪ Ojos negros. ▪ Bigote.	▪ Tez morena. ▪ Estatura promedio. ▪ Contextura gruesa. ▪ Cabello corto lacio y negro. ▪ Ojos color miel.

FUENTE: Elaboración propia, 2004

4.2 ÁMBITO FAMILIAR

Para analizar este aspecto, se parte del tipo de hogar en que se encuentra inserto el (la) sujeto (a), tal como se observa a continuación.

Tabla # 6
Población investigada según tipo de hogar
H. N. P. 2004

SUJETO (A) PARTICIPANTE	CARACTERÍSTICAS
ROSA	Forma parte de un albergue u hogar alternativo subsidiado por el CNREE. Su familia directa reside en Boston y su familia extensa en Limón
MARÍA	Habita en compañía de una señora quien no es familiar. Sus hijos residen en San José pero no logra precisar dirección ni tiene contacto con ellos.
CARLOS	Vive solo en Guadalupe. Sus hermanas y hermanos residen en la misma localidad, tienen contacto directo y continuo con el usuario, una de las hermanas lo acompaña en las labores domésticas.
JESUS	Forma parte de un albergue u hogar comunitario subsidiado por el CNREE. Posee familia directa y extensa que se ubica en Villa Esperanza de Pavas, una de las hermanas tiene contacto esporádico con el usuario.
ROY	Forma parte de un hogar extendido junto con su hermana y el cuñado. En las cercanías habita otra hermana, en Tres Ríos habita otro hermano. El padre vive en Guápiles.

FUENTE: Elaboración propia, 2004

Dos de los (as) sujetos participantes forman parte de un albergue u hogar alternativo subsidiado por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE), dirigido a personas en abandono social que no poseen recursos económicos. Para el caso de Rosa desde el 2002 y Jesús desde el 2003 ya que contaban con muchos años de encontrarse

residiendo en las Estructuras Residenciales o "casitas" que posee el Hospital. De los dos usuarios Rosa es quien mantiene contacto con su familia de origen en Boston quienes le envían dinero para gastos adicionales.

Otros dos usuarios (as) viven solos, uno en vivienda de su propiedad y la otra alquila un cuarto que paga…. Ambos son independientes en actividades de vida diaria y/o cotidiana, con la diferencia que, para el caso de Carlos, por contar con hermanas cerca, éstas le ayudan en algunas de los quehaceres del hogar y se mantienen pendientes de sus necesidades. En el caso de María cuenta con dos hijos que paulatinamente fueron rompiendo contacto con ella debido a su conducta en momentos de descompensación.

El único miembro del grupo que forma parte de un hogar extendido es Roy que habita junto con su hermana y el cuñado, en la casa que heredaron de la madre. En este caso la hermana desempeña un rol parental ya que es quien se mantiene pendiente de todo lo que necesite su hermano quien colabora poco en los quehaceres del hogar. En las cercanías también reside otra hermana con quien mantiene relación cercana afectuosa.

Únicamente en el caso de Carlos y Roy se pudo incorporar a la familia en el proceso de investigación, ambas hermanas de los sujetos accedieron a participar en una de las sesiones de entrevista en profundidad que realizaron las investigadoras, demostrando así su interés, apoyo y compromiso para con ambos usuarios.

4.3 ÁMBITO LABORAL

La mayoría de sujetos (as), previo a la enfermedad mental se habían desempeñado laboralmente, dos de ellos actualmente aún realizan ciertas labores remuneradas pero de manera informal.

Tabla #7

Población investigada según experiencia laboral anterior y ubicación actual en taller de Hospital Diurno.
H. N. P. 2004

SUJETO (A) PARTICIPANTE	CARACTERÍSTICAS
ROSA	Se ha desempeñado como cajera y estilista en Estados Unidos. Actual mente se encuentra en el taller de costura y remiendo.
MARÍA	Se ha desempeñado como demostradora y vendedora, mesera, bartender, actualmente se encuentra realizando labores remuneradas como masajista. Desarrolla actividades en el taller de carpintería.
CARLOS	Ha desarrollado actividades como obrero no calificado en una fábrica de galletas, y como peón de construcción. Actualmente se encuentra en el taller de corte y confección.
JESUS	Se ha desempeñado como ayudante en un supermercado, recolector de artículos reciclados, en una lechería y como agricultor. Actualmente se encuentra en el taller de costura y remiendo.
ROY	Ha desarrollado actividades como repartidor, ayudante de taller de soldadura, mantenimiento de avionetas, construcción y como vendedor de club de viajes. Al igual que su compañera María se encuentra inserto en el taller de carpintería.

FUENTE: Elaboración propia, 2004

En lo referente al ámbito laboral se observa que los (as) participantes poseen experiencias múltiples en trabajos remuneradas. En el caso de los varones, en su mayoría se han dedicado a labores orientadas al género masculino y que requieren de la utilización de fuerza física tales como: peón de construcción, obrero, labores de agricultura y ganadería, soldadura, mantenimiento de avionetas, y sólo uno de ellos (Roy) estuvo laborando en área de oficina como vendedor de club de viajes, pero por muy poco tiempo.

En cuanto a las mujeres se han dedicado a realizar diversas labores remuneradas tales como: atención al público (supermercado, salón de belleza, restaurantes); sólo María se encuentra laborando actualmente como masajista, éste trabajo no es estable, sino que

depende de la solicitud de las mismas clientes; María debe desplazarse hasta la residencia de las mismas para realizar ésta labor.

El 100% de las y los investigados se encuentran activos en los talleres del Programa Hospital Diurno, dos de ellos participan en el Taller de Costura y Remiendo (Rosa y Jesús), uno se encuentra desarrollando labores en el Taller de Corte y Confección (Carlos), María es la única mujer en Hospital Diurno que se encuentra integrada al Taller de Carpintería mientras que su compañero Roy asiste al mismo taller.

4.4 ÁMBITO EDUCATIVO

Tabla #8
Población investigada según grado de escolaridad
H. N. P. 2004

SUJETO (A) PARTICIPANTE	CARACTERÍSTICAS
ROSA	Cursó estudios hasta décimo año de secundaria, en los Estados Unidos.
MARÍA	Posee secundaria completa, cursó algunos semestres de educación superior en Medicina y Derecho.
CARLOS	Cursó la primaria completa.
JESUS	Alcanzó el quinto de escuela, por lo tanto no concluyó sus estudios primarios.
ROY	Concluyó la educación primaria, cursó sétimo año en varias oportunidades pero no logró aprobarlo.

FUENTE: Elaboración propia, 2004

La población con la que se trabajó se encuentra alfabetizada, cuenta con estudios formales hasta diferentes grados. En el caso de Jesús no logró concluir sus estudios de primaria debido a la corta edad en la que fue ingresado en este centro médico, aunado a que la figura materna también era usuaria de este Hospital.

Dos de los participantes finalizaron sus estudios de primaria. Para el caso específico de Roy en varias ocasiones, por insistencia de la familia e iniciativa propia, ingresó a varios colegios, incluso en Nicaragua pero no logró aprobar el sétimo año por falta de interés en los estudios, principalmente. Posteriormente ha llevado cursos libres relacionados, principalmente, con la construcción y la carpintería.

En el caso de Rosa, cursó toda su educación formal en los Estados Unidos, llegó hasta décimo año de secundaria y no pudo continuar estudiando por inicios de su enfermedad psiquiátrica, conflictos en el ámbito familiar y dificultad en el aprendizaje.

Finalmente María concluyó sus estudios de secundaria, e incluso llevó cursos de educación superior en las carreras de Derecho y Medicina, no continuó estudiando por inicio de su enfermedad mental.

4.5 ÁMBITO COMUNAL

Tabla #9
Población investigada según zona de residencia actual.
H. N. P. 2004

SUJETO (A) PARTICIPANTE	CARACTERÍSTICAS
ROSA	Reside en Pavas, en el hogar alternativo junto con 5 personas.
MARIA	Vive en Pavas, en conjunto con una señora a quien le alquila una habitación (no es familiar de la usuaria)
CARLOS	Reside solo en el centro de Guadalupe, en su casa de habitación herencia de sus padres.
JESUS	Vive en Carrizal de Alajuela, en un hogar alternativo junto con 8 personas.
ROY	Reside en Villa Esperanza de Pavas

FUENTE: Elaboración propia, 2004

De acuerdo con el cuadro anterior, se observa que las y los sujetos de investigación se encuentran residiendo en el área metropolitana, en zonas de clase media y clase media baja, lo que les permite tener acceso rápido a los principales centros e instituciones que brindan ayuda social como es el caso del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Tres de los investigados residen en Pavas, de los cuáles uno de ellos reside en una zona urbano - marginal (Roy), ésta zona presenta serios conflictos a nivel de problemáticas sociales. En el momento de la investigación Rosa vivía en el mismo albergue de Jesús pero a inicios del 2004 fue trasladada a Pavas a otro albergue del CNREE.

Carlos reside en Guadalupe, su vivienda se encuentra ubicada en una zona estratégica donde tiene acceso a instituciones de salud pública y privada, bancos, centros comerciales, terminales de transporte público entre otros. Finalmente, Jesús reside en un hogar alternativo o albergue en Carrizal de Alajuela, éste hogar presenta una serie de comodidades que benefician a las y los usuarios; cuentan con amplias zonas verdes, piscina, cancha de fútbol, entre otros; además cuenta con servicio de transporte privado que los traslada diariamente del hogar al Hospital y viceversa.

Las posibilidades de acceso y la ubicación geográfica de las viviendas de las y los investigados les permiten tener mayor control en cuanto a su situación de salud y participar activamente en las labores propias del Hospital Diurno como parte de su rehabilitación social

4.6 ÁMBITO DE SALUD

Todas las personas participantes comparten la característica de que cuentan con ingresos en el HNP por el diagnóstico clínico de esquizofrenia, no obstante existen subtipos que se verán a continuación.

Tabla #10

Población investigada según diagnóstico clínico,
H. N. P. 2004

SUJETO (A) PARTICIPANTE	CARACTERÍSTICAS
ROSA	Esquizofrenia Paranoide
MARIA	Esquizofrenia Residual
CARLOS	Esquizofrenia Paranoide
JESUS	Esquizofrenia Crónica Indiferenciada
ROY	Esquizofrenia Hebefrénica

FUENTE: Elaboración propia, 2004

Se observa una población distribuida en cuatro tipos de esquizofrenia. En el caso de María por ser la sujeta que cuenta con más internamientos ya es considerada como residual por el grado de deterioro que ha alcanzado.

De los restantes cuatro usuarios (as), dos son del subtipo paranoide. Uno crónico indiferenciado y el otro hebefrénico.

A continuación se aprecia el número de internamientos que cada usuario (a) ha tenido en este Hospital.

Cuadro #2
Población investigada según número de internamientos,
H. N. P. 2004

SUJETO (A) PARTICIPANTE	NÚMERO DE INTERNAMIENTOS
ROSA	7
MARIA	29
CARLOS	7
JESUS	43
ROY	3

FUENTE: Elaboración propia, 2004

Es importante rescatar la situación particular de Jesús quien posee el mayor número de internamientos debido a que ingresó por primera vez siendo un niño, además de su falta de contención en el ámbito familiar y varias fugas.

Para el caso de María, principalmente, sus ingresos se daban por descompensaciones por abandono de la medicación.

Dos usuarios cuentan con 7 ingresos cada uno, para el caso de Rosa hubo períodos en que pasó mucho tiempo hospitalizada en pabellón de larga estancia debido a la ausencia de familiares en el país que se quisiera hacer cargo de su tratamiento y rehabilitación.

El usuario restante cuenta únicamente con tres internamientos por períodos cortos de tiempo, es importante rescatar que es la persona de menor edad en el grupo de participantes y uno de los que posee mayor apoyo familiar e involucramiento de ésta en su rehabilitación.

Actualmente el total de sujetos participantes en la investigación se encuentran asistiendo diariamente al programa Hospital Diurno dentro de un proceso de rehabilitación psicosocial y terapia ocupacional, cuentan con la supervisión de un equipo interdisciplinario que se mantiene pendiente de síntomas pre mórbidos para evitar nuevos ingresos.

Una vez plasmadas algunas de las características básicas de la población sujeta de estudio se dará paso a la reconstrucción de las experiencias de resiliencia de cada participante como sujeto único, con vivencias particulares y diferentes maneras de afrontar la adversidad.

CAPITULO V

RECONSTRUCCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DE RESILIENCIA

Al hablar de resiliencia se alude la capacidad de un individuo (a) para afrontar la adversidad, de esta manera en este capítulo se trabajará cada una de las experiencias de los (as) cinco sujetos (as) participantes por etapas de desarrollo.

En cada una de ellas se van identificando factores protectores y/o recursos o "herramientas" que les permitieron ser considerados hoy día como personas resilientes, no obstante las investigadoras consideraron la necesidad de trabajar esto en el siguiente capítulo debido a la cantidad de información existente y como una manera de presentar los resultados de forma más ordenada, específica y concreta.

Es importante aclarar que para el caso de Rosa, por su crianza en Limón y Estados Unidos, aún no domina el idioma español a perfección por lo que en algunas de sus expresiones se confunden algunos tiempos verbales y se emplean algunas palabras en inglés, sin embargo las ideas se comprenden.

CARLOS

Primera Infancia:

La presencia de apoyo por parte de las y los vecinos se evidencia en ésta etapa de la vida de Carlos, en especial cuando la familia pasaba por situaciones difíciles en lo económico:

"Éramos muy pobres y la vecina llegó con el platón, éramos muy pobres, muy pobres en el sentido de que casi no comíamos bien, que yo recuerdo yo he comido bien toda la vida, pero más atrás de los años cincuenta, mi papá… mi papá ganaba cuarenta colones a la semana, cuarenta colones a ala semana cuarenta colones a la semana y eran cinco de escuela, yo recuerdo que mi hermano mayor iba descalzo a la escuela, y yo nací en el 57, 28 de noviembre del 57, y resulta que tenía un antojo y la vecina se lo quito, pero hasta ahí que yo recuerde nada más." (Carlos, 2003: 1)

Este apoyo, al igual que el recibido por su abuela y por el trabajo que, desde jóvenes desempeñaban sus hermanos, les permitió superar la situación económica que vivía el sistema familiar en ese momento.

En cuanto al aspecto educativo, Carlos fue un niño con problemas para aprender

… es que yo no entendía nada en la escuela, no se me grababa nada, en primer grado llegaba a la casa y les decía que no podía hacer nada… (Carlos, 2003: 3)

"A él le costó mucho la escuela, entonces decidió salir y entró a trabajar, y si él quiso estudiar el quiso como superarse pero ahí fue donde se le, su problema se le hizo más..." (Rocío, 2003: 28)

Esta situación se vio beneficiada por el apoyo incondicional que le brindó su maestra:

"… la maestra la paciencia que me tuvo una maestra duró siete años, seis años bueno con unas cosas conmigo porque yo era hiperactivo y nada se me grababa, nada se me grababa, nada se me grababa…" (Carlos, 2003: 3)

Infancia Intermedia:

Carlos recuerda que, cuando estaba en la escuela los compañeros lo molestaban pues su contextura era delgada y su estatura era mayor a la del resto de sus compañeros y compañeras de escuela; aunque esto le disgustaba logró sacar provecho de su peso y talla y participó en grupos deportivos, donde éstas características físicas le permitían desenvolverse con mayor fluidez:

"Yo en lo que participé en una selección fue en la selección de los terceros del aula, participé un año como defensa izquierdo y ganamos partidos ahí durante un año y invictos, yo como era tan alto me ponían a mí de defensa izquierdo..." (Carlos, 2003: 10)

Adolescencia:

Durante ésta etapa de la vida, Carlos no continuó sus estudios debido a su aparente dificultad para aprender; por lo que se dedicó a trabajar desde los 13 años en una fábrica de galletas; allí conoció a un compañero que lo indujo a relacionarse con “prostitutas”:

“Ella trabajaba, esa muchacha trabajaba en un departamento de fideos, y un muchacho, un muchacho, un muchacho como de 25 años talvez, me dice, mira si vos le das 25, claro estamos hablando hace 30 años, si vos le das 25 colones ella se va con todos...” (Carlos, 2003: 18)

Al momento de iniciarse en lo laboral, hubo un compañero de trabajo que influyó en él para que se iniciara su vida sexual con prostitutas:

“... yo me llevaba mucho con un muchacho, el hornero era trabajaba en fideos antes, donde hacían fideos, él me contaba todas las cosas que hacía con las mujeres verdad, yo creo que ese muchacho me marcó a mí, a seguir yo así como él, me contó tanto, pero tanto, tanto lo que hacía y yo terminé haciendo lo mismo que él 30 años, exactamente lo que él hacía terminé yo haciendo lo mismo...” (Carlos, 2003: 20)

Durante ésta etapa de vida se presentaron las crisis más fuertes, por lo que fue internado por primera vez a los 13 años; Carlos comenta que en un inicio a él no le gustaba el hospital; pero luego con el tiempo fue comprendiendo el apoyo que las y los profesionales le han brindado y reconoce que, actualmente ante una nueva crisis esta dispuesto a ingresar al Hospital pues sabe el cariño con que se le ha tratado:

“A no, no, no yo lo que recuerdo es el respeto con que me trataron los enfermeros, los doctores, y pero a mí no me gustaba el hospital, y ahora dicen que me van a internar dos meses yo inmediatamente lo hago tranquilo verdad, en el pabellón ahí tranquilo verdad, viendo televisión, comiendo, durmiendo, una ducha a la hora que uno quiera, salir al jardín, para mí es como una casa, pero a mí no me gustaba cuando era chiquillo, me parecía un lugar extraño, pero los médicos me han ayudado cuando estoy enfermo, los enfermeros también, mucho respeto.” (Carlos, 2003: 21)

Edad Adulta Temprana:

En el ámbito laboral, Carlos recuerda que se dedicaba a trabajar en la fábrica y que en varias ocasiones tuvo accidentes pero lograba superarlos; probablemente por su enfermedad mental se daban ésta s situaciones:

"Después estaba engrasando una máquina no sé como pasó niña, no lo hice a propósito que me… pegué en la máquina, pero no sé en qué filo pegué, viera que raro, yo, yo me separaba de esa máquina siempre, pegué al filo y me levantó, se veía la vena lo más bien, se veía lo más bien morado, morado y resulta que me llevaron y me cosieron y una semana después estaba así, pero lo increíble es que yo no podía hacer nada más en la fábrica, a eso me dedicaba a hacer las cosas como, como si me hubieran echado un embrujo o algo extraño, porque yo intentaba hacer las cosas y no podía, no podía, algo tan fácil de hacer como lavar una máquina o alistar a hacer la pasta para sorbetos, yo no podía, no..." (Carlos, 2003: 10)

Ante esto, y con el apoyo de familiares y amigos, Carlos logró realizar los trámites para que se le diera la pensión, lo que le permitió sentirse seguro económicamente y dejar la fábrica que le causaba tanta tensión y le maximizaba las crisis.

"... después por ese tiempo solicitamos la pensión, una señora nos dijo que eso era lo que teníamos que hacer y me dieron la pensión, de haber salido del trabajo me dieron dos mil colones..." (Carlos, 2003: 10)

"El se alteraba, él se alteraba y se molestaba por todo y entonces eso lo empezamos a ver, ya después se fue agravando la, entonces fue cuando yo empecé a hacer las vueltas para ver si le daban la pensión, definitivamente no podía trabajar..." (Rocío, 2003: 29)

Durante sus períodos de crisis más fuertes; los médicos insistían en la necesidad de que él se integrara al programa Hospital Diurno como una forma de terapia ocupacional pero él se negaba a participar:

"... porque la doctora me decía Carlos vaya al Hospital Diurno, vaya a Hospital Diurno y yo en mi machismo y en mi revoltijo y en mi enfermedad decía que lo, lo, lo mío era la construcción y trabajé de los 25 a los 37..." (Carlos, 2003: 25)

Los cambios producidos por el Programa Hospital Diurno y por la capacidad de Carlos para salir adelante son reconocidos por sus familiares, así su hermana Rocío comenta que:

"Más bien estamos asustados aquí que, tres años tiene Carlos de que no, de que él es bueno otra persona completamente." (Rocío, 2003: 29)

"Viera que estamos muy contentos nosotros de cuando Carlos empezó a venir aquí completamente otra cosa, Carlos nos dice si ustedes ven que me enfermo un poquito me llevan volado, no me dejen que me ponga mal, en cambio antes no, antes él se enfermaba y era Carlos vea vamos al hospital, vea es que, y se enojaba, y ahora él dice yo quiero que ustedes vean que si yo estoy un poquito mal me llevan..." (Carlos, 2003: 35)

Su hermana recuerda que él era "agresivo" cuando se encontraba en sus períodos de crisis:

"... hasta la fecha él sabe que a mí me levantó la mano, él sabe que a mi hija la mayor, diay cuando eso tenía 6 que él la agredió a ella, yo tenía que andarla cuidando porque él pasaba y la empujaba, y de todo, pero lógicamente cuando él estaba mal, cuando él estaba mal..." (Rocío, 2003: 33)

Esta situación fue superada por Carlos y su familia; el investigado actualmente presenta relaciones óptimas con sus familiares, en especial con sus sobrinas y sobrinos:

"Muy bien lo adoran, él ama a ellos, yo tengo una nietita le venía contando que tiene tres años y cuando llama por teléfono y ella contesta el teléfono, ella grita y todo que tío Carlos, que tío Carlos, mis sobrinos, los sobrinos de Carlos todos lo quieren, todos lo quieren." (Rocío, 2003: 33)

Edad Adulta Intermedia:

En cuanto a situaciones personales, Carlos recuerda que antes era muy agresivo a la hora de responder o ante el trato de otras personas; ahora él reconoce que:

"… yo ahora que alguien me insulta, cuando alguien me insulta o me dice algo yo me aparto verdad…" (Carlos, 2003: 2)

"... tengo como dos años de estar, de no tener conflictos con la familia ni nada, estoy bien, he dejado de reaccionar violentamente, yo lo que hice fue pararme, pararme y así, yo cuando estoy bien de la cabeza soy muy llevadero, muy llevadero soy, cuando estoy mal de la cabeza nadie me soporta..." (Carlos, 2003: 5)

"... ahora tengo tres años de no oír voces, tres años y tres meses de no oír voces verdad, de no tener relaciones imaginarias con personas, con personas no imaginarias sino con personas allegadas a uno de frente de la orilla de cualquier lado y ano tengo ese tipo de relación este, es de relaciones imaginarias, sino que ya yo estoy sentado, estoy sentado frente a la terapista a la trabajadora social si es de trabajo social, con don Valerín que es el jefe, es un jefe de enfermería, Danubia es la jefe de Hospital Diurno, la terapista que está ahora es muy bonita es la que nos ha atendido, es la que nos cuida es la que cierra el taller es la que lo abre, la que repone la plata de las colas..." (Carlos, 2003: 12)

"Y desde entonces no me enfermo, llevo como diay de trabajar aquí llevo casi tres años y no me he enfermado todavía., he tenido mis momentos de crisis, mis momentos de ansiedad, mis momentos de depresión pero no me he enfermado, no me he enfermado." (Carlos, 2003: 38)

Esto le ha permitido relacionarse de mejor forma con sus compañeros y compañeras del Hospital Diurno e interactuar a lo externo de la institución de salud; así mismo le ha permitido afrontar de manera asertiva diversas situaciones que se han presentado en el Hospital como a que a continuación comenta:

"… hace poco un compañero aquí en el hospital me dice, es que voy a preguntar qué efectos secundarios da el medicamento entonces le digo yo para que va a preguntar con tanta marihuana y tanto licor y vas a preguntar por los medicamentos verdad, entonces él se paró y me metió un manazo, y yo me paré y era hora de irse y me fui para la casa, otro día el compañero me dijo que no había podido dormir que si me disculpara verdad, entonces me llamaron a la oficina aquí y… yo le dije a Danubia, le expliqué toda la

situación, Danubia me dijo que eso era normal que, yo había sido un agresor físico de la gente a través de mi vida que yo lo entendía eso y que lo comprendía que si necesitaba algún día los pasos o algo así que me lo pidiera, entonces yo me paré y le di un abrazo, él me devolvió el abrazo y quedamos como amigos…" (Carlos, 2003: 3)

Esto se refuerza con el hecho de que la familia de Carlos le brinda apoyo incondicional para enfrentar la enfermedad; éste apoyo le ha permitido entender, aceptar y buscar opciones para afrontar de forma positiva su esquizofrenia:

"... pero mis hermanos mayores me tratan siempre como si fuera el hermano menor, no como un hijo pero como si fuera el hermano menor de ellos, así verdad, como que soy el hermano que está enfermo y hay que chinearlo verdad, pura vida, pura vida." (Carlos, 2003: 4)

Una de las situaciones adversas por las que atravesó Carlos, fue la muerte de sus padres, ésta situación la ha ido afrontando

"mamá estaba agonizando en el hospital y yo haciéndoles la zanja, verdad, después llegué a donde… que estaba como … en la cama, como así, como así, con los ojos firmes así al frente, y yo dije hasta ahí nos llega mamá y… después me fui a llorar a la casa, a la cama de ella, pegué un par de gritos, después me quedé dormido, después con papá, ah bueno y ah, dos días o una semana, un mes y medio después dijeron que ya se había ido, y yo lo que sentí fue paz, una paz increíble, paz, una paz que dice que decían que ya se había ido a descansar, … yo lo cogí tan normal como un nacimiento, verdad, aunque usted no lo crea yo un esquizofrénico, y con papá yo duré como cuatro minutos para aceptarlo que se había ido, verdad porque lo dejé ahí en la clínica, y después eh… sentí paz, y usted ha visto que yo casi no hablo así de la muerte de ellos…" (Carlos, 2003: 38 – 39)

Ante ésta situación, una de las actitudes que Carlos tomó en el momento de la muerte de sus padres para aceptar y evitar caer en una crisis fue la que a continuación se comenta:

"Lo que hice fue no ir ni a la vela ni al funeral, no fui, sino me acosté en la cama y me dormí, ahí mientras era la vela y el funeral, y eso pasó, pasó, pasó y pasó, y pasó y yo sueño con ellos, sueño con ellos que están a la par mía, en el sueño verdad, que están a

la par mía que se acuestan que esto, que el otro, me despierto me vuelvo para el rincón y me vuelvo a dormir…" (Carlos, 2003: 39)

Carlos comenta que, las diversas situaciones que ha enfrentado en su vida las ha logrado superar por la comprensión que las personas a su alrededor le han brindado:

"... a pesar de las dificultades del trabajo y esto y el otro, yo encontré mucha comprensión en todo el mundo, en todo el mundo, como que a mí me acompaña algo especial, algo especial porque yo veo que las personas se me acercaban y nada más a darme consejos o a conversar conmigo, pero nunca con malas intenciones..." (Carlos, 2003: 7)

Lo anterior, ligado al hecho de que para Carlos, el contacto espiritual es una fuente de energía para continuar viviendo:

"... después empecé con una falta, pero falta una necesidad de estar yendo a la iglesia católica, a escuchar misa a desahogarme con el santísimo verdad mentalmente, y yo sin la misa no podría estar porque siento que me hace falta algo como dentro de uno, algo, algo, como, como estar en un lugar muy caluroso y que llegue una brisa fresca..." (Carlos, 2003: 14)

Las situaciones en las que se pone a prueba los sentimientos y la capacidad para sobreponerse se dan constantemente; pero Carlos reconoce que a pesar de lo que muchos piensen él sabe el esfuerzo que ha hecho por salir adelante:

"... ahora esta morena que se llama Manuela, me dice, me, me volvió como 35 años me dice usted sabe pegar un ziper, le digo yo no, no, yo he pegado ziper pero no he pegado porque no he practicado, me dice y cuando lleva usted aquí, cuántos años lleva, le digo yo dos años y tres meses, y dice pero qué bruto que es usted, yo en dos años y tres meses ya supiera todo y me hacía así, así, ya lo supiera todo, todo, todo lo sabría ya, todo, todo, yo llevo tres meses en aquí en piñata y ya sé todo, ahora me van a pasar a otro lado voy a picar y pico y pico y me voy a trabajar a otro lado, y eso me llegó mucho porque, porque si algo me he esforzado yo, siempre le he puesto amor y me he esforzado y no he podido aprender todo porque no he podido, porque son 30 años de estar tomando un tranquilizante..." (Carlos, 2003: 11)

El reconoce que la superación de adversidades se da con el día a día, reconoce lo que ha logrado hasta el momento y sabe bien lo que desea para su futuro:

"... resulta que gracias a Dios ahora tengo este tipo de programas y yo ahora llego cansado a la casa, llego cansado no trastornado, llego cansado no trastornado, y gracias a Dios eh… he aprendido algo verdad, me han llegado, ya voy llegando de un punto a otro y no me quiero, no quiero enfermar y yo entiendo que tengo que avanzar más acá, más acá si me dejan verdad, hasta que llegue aquí verdad, yo avancé en dos años y tres meses, estaba en un taller aquí y aquí, entonces avancé verdad, entonces me falta avanzar hasta aquí, después avanzar hasta allá, avanzar hasta allá ve…" (Carlos, 2003: 15)

"… vengo a Hospital Diurno ya se hacer estas cosas, eh… he hecho como cuarenta delantales de todo tipo, cuarenta delantales, de todo tipo verdad, de, de, de peto pero de manta más que todo, verdad, de ese hice un montón, con un ruedito aquí nada más después hice delantales de, hice como 12 delantales, hice como ¿cuántos? como 4 delantales bordados, después hice como 12 delantales de, entre esos verdad, 12 delantales de cintura, hice largo, me dio la maestra verdad, hice la maqueta para la falda, hice también el, el otra cosa hice, otra cosita hice, a bueno dan teoría para delantal…" (Carlos, 2003: 46)

"… voy a ayudar a mis compañeros verdad, y empecé a ayudarle a mis compañeros verdad, y a la maestra le gustó tanto que, que, que le impactó verdad que yo les ayudara, entonces se quitó ella un, como le digo, de encima un ejemplo, que le estuvieran preguntando tanto, que la estuvieran interrumpiendo, entonces ella se iba y hacía mucho papeleo…" (Carlos, 2003: 46)

"… nosotros sabíamos perfectamente que él podía hacer lo que estaba haciendo, lo que pasa es que no podía y que nosotros lo estábamos motivando a seguir adelante, pero viera que situación que se nos puso ahí difícil, al final él se comprometió a ayudar a las personas nuevas, a los que llegan nuevos después se comprometió también a ayudar a los que más atrasados que él verdad, nos pareció muy bien que se, que se comprometiera en eso." (Danubia, 2003: 2)

"… me siento muy realizado porque ya manejo la máquina y ahí estoy haciendo unos arreglos verdad, no arreglos complicados pero sí haciendo arreglos y resulta que, lo único que me falta es un poco de experiencia con la máquina verdad." (Carlos, 2003: 56)

Una de las características de la esquizofrenia evidenciada en las y los investigados es que tienden a aislarse del resto de personas y se les dificulta interactuar con otras personas; Carlos, ha ido mejorando su relación con "los otros" integrándose en actividades de la comunidad:

"... después de que él se enfermó que lo operaron entonces él participaba en reuniones así ahí del de Guadalupe que tal vez hacían una reunión así que se yo por decir algo de la tercera edad o a él le gustaba ayudar y cooperar..." (Rocío, 2003: 29)

"Le gusta mucho ayudar si él sabe que alguien necesita algo, entonces él dice es que yo lo quiero ayudar y hace una rifa y después va donde todos los de la casa y les dice vean esto es para ayudar se apuntan para que… si él es muy, él trata de ayudar a todo el mundo cuando no puede como que se resiente él de ver que no, que no puede ayudar a esas personas, ahora nosotros estamos felices el estar aquí le ha hecho perfecto a él." (Rocío, 2003: 29)

Otro aspecto en el que se ha evidenciado un cambio es en la independencia en la que vive y se desenvuelve Carlos, ligada a su sentido de responsabilidad:

"... pero ahora él vive solo porque mi papá le dejó una casita y solo para que él, pero no como le digo él vive solo y no vive solo porque él sale de aquí a las 2:00 p.m. 2:30 p.m. o se va para donde mi hermana o se va para mi casa y ahí se está un rato y después se va para la de él, él se queda muy poco, se va para la máquina, se va para la máquina hace sus cositas." (Rocío, 2003: 30)

"El al principio mi hermana le lavaba y ella le decía Carlos no cocine, yo, si usted me va a lavar y me va a hacer la comida, déjemela a mi también pero ya después con el tiempo él vio, yo quiero seguir, yo quiero vivir solo, yo quiero que ustedes me enseñen a cocinar, yo quiero que ustedes me enseñen a planchar, que me enseñen a lavar ropa que yo la verdad no puedo seguir así que todo me lo hagan." (Rocío, 2003: 30)

Ante una situación de crisis, las cuáles Carlos logra identificar él sabe que existen algunas actividades que puede realizar para cuando siente que se acerca un período de crisis:

"…me siento completamente deprimido, si es hora de tomar el medicamento tomo el medicamento verdad, sino me pongo a coser verdad cuando hago una piecita bien hecha ya se me sube el autoestima y todo…" (Carlos, 2003: 57)

"…continua su tratamiento al pie de la letra, su control también, con buena contención familiar…" (Danubia, 2003: 1)

Primera infancia

Rosa fue producto de un embarazo esperado por ambos progenitores por ser la primogénita del hogar. Sus primeros tres años de vida formó parte de un hogar nuclear en la provincia de Limón conformado por el padre quien era el único proveedor de recursos económicos del hogar y la madre se encargaba de los oficios domésticos. Ella recuerda:

"Yo recuerdo de mi papá con mi mamá cantando en un club cuando yo estaba un bebé como… 8 meses, que llevarme y él cantando de todo y cargándome en la mano" (2003:2)

A los tres años se da la separación de los padres producto del alcoholismo y aparente infidelidad del progenitor:

"No gusta mi papá, se terminó con mi papá, él es muy guapo, entonces ella… un montón de mujeres, ella muy celosa" (2003: 3)

"Yo creo que él nunca anda con mujer, él respeta a las mujeres pero es que… mi papá hablar y bailar muy bien y a mi mamá no le gusta, yo salgo también como mi mamá"(2003: 6)

En búsqueda de mejores oportunidades la madre se va a trabajar a Estados Unidos, posterior a la ruptura matrimonial, y deja a Rosa a cargo de la abuela, una adulta mayor, con enfermedad física, que compartía el hogar con sus hijas y nietos. La situación económica era de pobreza, formaba parte de un hogar extendido jefeado por mujeres quienes eran las proveedoras del mismo.

En un primer momento, la ausencia de la madre fue sentida por Rosa:

"Si yo lloraba todo el tiempo y le dice a mi abuela, llame a mi mamá, llame a mi mamá, y llamaba tarde en las noches cuando es más barato, y hablar con ella y decir mami, que día vas a llevarme ahí" (2003: 3)

Luego la figura de la abuela se constituyó en un recurso de apoyo para la niña quien la recuerda con cariño, incluso se relacionaba poco con coetáneos, prefería estar con ella:

"Mi abuela, oh, ella estar muy enferma, viejita, enferma, con cáncer" (2003: 3)

"Cuando ella se va a misa, yo va con ella, yo siempre detrás de ella cuando era pequeñita"(2003: 3) "Dos veces en la semana, y el domingo… como tres veces,; y yo cantar todo, todo yo saber las canciones" (2003: 11)

"Si, yo no jugar con nadie más, yo sólo detrás de mi tía y mi abuela, ayudando en cosas de la casa" (2003: 4)

Desde esta época se identifican rasgos de la personalidad en la usuaria como una niña callada, aislada, independiente, de pocas relaciones con niños (as) de su edad, por el contrario, se sentía más a gusto con personas mayores, tímida y tranquila. Por ejemplo:

"Oh no, yo no hablar, igual como aquí, si ellos hablan conmigo yo hablo" (2003: 7)

"Yo ver a mi tía y decir pobrecita, tiene mucho chiquitos ella que están jugando, y no tiene ayuda en la casa, voy a ayudar" (2003: 8)

"Corrí y barrí y hacer todo, yo hacer muy bien sola" (2003: 8)

"Te gustaba más hacer las cosas de la casa" (2003: 11)

Por barreras en el lenguaje Rosa asistió únicamente un día a la educación preescolar y no regresó más, la familia la apoyó.

"Yo sólo hablar inglés y no entender" (2003: 9)

"La maestra decir Rosa hace esto y yo decir, ah!? y llorar, entonces ella decir qué pasa, qué pasa, no puedo decir, no entender, y yo decir quiero ir con mi abuela a la casa" (…) "Yo sólo llorar y entonces llamar a mi tía para llevarme"(2003: 9)

Aproximadamente a los seis años fallece la abuela de Rosa, situación que afectó a la menor quien era muy apegada a la adulta mayor. Ante la ausencia de este apoyo, la madre regresa a Costa Rica y decide llevarse a vivir a Rosa con ella a los Estados Unidos.

"Yo llorar mucho, ella se enfermó y se murió, yo casi… va a tirar a la tumba" (2003:)

"Si yo casi se fui loca, si, y mi… ellos dicen calmarse, va con gritar y llorar para toda la vida, y yo dice ¡ah ustedes no saben cuanto yo amar a mi abuela! Yo llorar para siente más mejor, y yo dice ay Jesús por qué se lleva a mi abuela" (2003: 16)
"Cuando mi abuela se murió… ella… mi mamá dice: no quiere nadie más cuidar usted, sólo su abuela y se murió… yo puedo comprar usted un montón de ropa, juguetes y todo…" (2003: 4)

De esta manera Rosa logra superar la muerte de la abuela, la madre asume el rol que le corresponde y se la lleva a vivir a Boston donde ya había formado un hogar y gozaba de estabilidad económica.

Infancia intermedia

Rosa inicia esta etapa en los Estados Unidos en donde integra un hogar uniparental jefeado por la madre quien se desempeñaba como enfermera. Durante la primer infancia de Rosa, la madre habían contraído matrimonio con un hombre con quien procreó 3 hijas, este hombre falleció pocos meses después de que Rosa llegara al país, por lo que dejó a la madre y a las niñas con una pensión y estabilidad económica importante.

Una vez en Boston, Rosa ingresa a la educación formal a la escuela Martin Luther King en la cual no presentó problemas de aprendizaje ni reprobó ningún año. La única dificultad mencionada fue, una vez más, la barrera del lenguaje, ya que Rosa hablaba el inglés de Limón pero contó con la ayuda de su hermana para superar esta limitación. Ella recuerda:

"En las clases, en la primero clase, se aprenderme inglés porque yo hablaba patuá, so en las noches cuando yo estaba en la casa, después de la cena, mi hermana y yo se pone yo para hablar americano… para hablar inglés" (2003: 14)

En cuanto a las relaciones interpersonales Rosa continuaba siendo una niña aislada, compartía sus actividades lúdicas únicamente con sus hermanas, prefería estar sola, aunado a la situación de racismo en la institución en la cual no asimilaban completamente el hecho de contar con una compañera negra. Sus recuerdos en la escuela:

"Yo no hablar con los compañeros, yo no hablar con nadie" (2003: 18)

"Mi hermanas tiene poquitos amigos también, parecen… es muy peliones en Boston chiquitos y racistas…" (2003: 26)

"En el break (recreo) yo dice a la maestra, yo limpio la cuarto de clases, para yo no quiero ver afuera con esa bulla" (2003: 18)

"Un poquito estudio, después estudiar un poquito antes de salir" (2003: 18)

La principal figura de apoyo, afecto y contención en el hogar, para esta etapa, es la madre quien se le refiere como una mujer trabajadora, cariñosa, con autoridad, con apertura en la comunicación. La relación fraterna era adecuada, no se daban conflictos entre las hermanas quienes tenían poca diferencia de edad. Se recuerda a la madre como:

"Ella es muy bonita (…) se parece a una muchach… una señora aquí en terapia… mi mamá tengo el mismo cara igual que ella y cuerpo gorda, solo un poquito más alto" (2003: 19)

"Recuerdo hablando con mi mamá, yo hablar con ella todo el tiempo, hablar con ella yo poner contenta…" (2003: 28)

A los 12 años, aproximadamente, se da el primer contacto de Rosa con la droga, principalmente por curiosidad y fue su propia hermana quien se la facilitó. Ella recuerda:

"Oh mi hermana se compra uno… eh dos puros de marihuana en la escuela, afuera de la escuela, si y nosotros fumarlo y esperar a mi mamá a llevar nosotros para la casa y cuando ella viene dice qué pasó con tu ojo!? (…) "Dice usted no sabe que está haciendo, y yo dice oh mami nosotros fuma un puro de marihuana y ella dice vamos a ver que yo va a hacer cuando llegar a la casa y se pegarme con una faja (…) ella dice eso es para no se pensar en eso, recuerde" (2003: 30)

Esta es la única ocasión en la que Rosa refiere castigo físico por parte de su madre, quien, por el contrario, se le describe como una mujer muy tranquila y paciente. Por su parte el padre biológico no mantuvo contacto físico alguno con la usuaria durante esta época, se limitaba a enviar dinero a la madre en fechas especiales como cumpleaños y navidad.

Adolescencia

Al llegar a esta etapa Rosa continuaba inserta en el sistema educativo. En el hogar, continuaba viviendo con la madre y sus tres hermanas con quienes no mantenía relación cercana afectuosa, prefería acudir a la madre cuando lo necesitaba.

Por ser la hija mayor, la madre delegaba responsabilidad a Rosa para con sus hermanas y de cierta manera asumía un rol parental, era la única que le ayudaba en los oficios domésticos, era una chica más madura para su edad.

En el colegio asistía al South Boston High, institución que recién había abierto su matrícula para estudiantes negros. Para este tiempo se percibe una mayor apertura de Rosa para las relaciones interpersonales, ya tenía una amiga llamada Bridget y otros compañeros con quienes compartía la afición y habilidad por el canto. Rosa recuerda:

"Ahora yo recuerdo, yo tener amigos (…) yo cantar y ellos hacer campo y yo así y ellos… y yo cantar después de clase" (2003:20)

Precisamente esta habilidad fue la que le permitió participar de un grupo de teatro en el cual ella era una de las protagonistas, incluso cantó frente a un escenario.

"Si yo hace como cinema, hablando, y después enfrente de todas las personas, te dice yo hacer como estar embarazada, yo no se que necesito decir y ah… se hace muy aplausos y mi hermana dice ¡que va Rosa, de tu nació un bebé!" (…) "Y yo cantar también un canción feelings que dice "feelings nothing more than feelings, try in to forget my feelings of love" (cantado)" (2003: 20)

A los 15 años conoce al joven que llegó a ser su esposo y padre de sus hijos. El chico también asistía al mismo colegio pero cursaba el último año, consumía cocaína pero ella no lo sabía, en un primero momento la atracción fue física:

"Uy qué guapo" (…) "Sí, muy grueso, parece como un negro indiano, nació en Atlanta" (…) "Con los ojos más oscuros de mí y… musc… músculos" (2003: 34)

Paulatinamente se fue enamorando porque el joven le demostraba su afecto. Mostró interés en que tanto la familia de él la conociera y luego Rosa lo llevó a la casa. Al poco tiempo inició vida sexual activa.

Rosa señala que a los 15 años aún vivía en casa con su madre, ésta había iniciado otra relación de pareja con un hombre, quien por motivos que Rosa no logra recordar, no le agradaba, se suscitó una pelea entre la pareja y Rosa y la madre terminó corriéndola de la casa. Ella recuerda:

"Yo dice el novio´s es un viejo hijuep…así, y ella dice este apartamento es de él, tu no gusta él"(2003: 38)

En revisión del expediente clínico de la usuaria, en sus primeros ingresos se anota en Informe Social que este hombre aparentemente abusaba sexualmente de Rosa, incluso lo intentó con las otras hermanas pero Rosa las protegía, por lo que enfrentó abuso sexual por algún tiempo. Al intentar contarle a la madre ésta no le creyó y la corrió de la vivienda.

Cabe señalar que lo anterior Rosa no lo comentó en ningún momento de la historia de vida, por el contrario al trabajar esta etapa de desarrollo surgen algunas incongruencias o vacíos en cuanto a la cronología de los hechos.

Rosa señala que:

"Es que cuando mi mamá echarme, yo enfermar muy mal de la cabeza" (…) "Yo siente como que yo va a morir, hambre tener no estar bañar porque yo dice yo no va a ser bravo con mi mamá, para echarme es mi problema para no respetar al ella´s novio…" (…)

"Cuando echarme ella yo pongo así y yo fui para la… psiquiátrico hospital en Boston" (2003 39-40)

La única persona que la usuaria identifica como principal recurso externo de apoyo fue una tía materna quien, de una u otra manera, le brindó la satisfacción de necesidades básicas para su subsistencia. Al respecto:

"Yo busca a mi tía cuando ella terminar trabajo en la tarde a las seis yo fui para allá y ella dejarme bañar y yo comer y después, como dos tiempos yo acostarme en la casa y levántate temprano dice, cuando yo no estar en la casa tu no puedes est... quedar aquí, y yo fui allá a esperar a ella, en la calle caminando como, como yo estar haciendo drogas but no, es que las pastillas... se hace así conmigo" (2003: 40).

Rosa no logra precisar cuándo y cómo fue que reestableció el vínculo con su madre y con su novio. Señala que aproximadamente a los 16 años reprobó un año en la secundaria e hizo abandono de la misma porque se le dificultaba el aprendizaje del español y sufría de fuertes cefaleas.

En el mismo año queda embarazada de su primer hijo y abandona la medicación psiquiátrica. El niño fue aceptado y bien recibido por la madre de Rosa quien les cedió su apartamento para que vivieran con la nueva criatura. El padre también asumió su responsabilidad:

"Se puso feliz, se hace trabajando, en tres trabajos y todo (risas)" (…) "Muy trabajador, el trabaja mucho, levántase a las cuatro de la mañana para trabajar como elect… electricista"(2003: 42)

La llegada del niño satisfizo todas las expectativas de Rosa como madre, se sentía completamente realizada y contenta con la llegada de la criatura.

El padre del niño continuaba inserto en problemas de fármaco dependencia; en una ocasión Rosa probó la cocaína, pero su novio le pidió que no lo hiciera más, por lo que en su lugar, se inició en el vicio del cigarrillo que mantiene hasta la fecha.

Edad adulta temprana

Al alcanzar la mayoría de edad Rosa continuaba su relación de pareja con el padre del niño. A pesar de que éste se responsabilizaba de la manutención del hogar Rosa buscó un trabajo como cajera, con el objetivo de contribuir en los gastos del hogar y del menor; su desempeño lo refiere como muy bueno y el trabajo satisfactorio, incluso:

"Yo estar la jefe, se pone me la jefe de todo" (…) "Y en la cuarta semana se darme más plata, ellos dice tu trabajar muy bien" (2003: 58)

A los 20 años queda embarazada una vez más y la nueva criatura es recibida con aceptación. Paulatinamente el problema de drogadicción y alcoholismo de su pareja se fue acrecentando, comenzó a descuidar sus responsabilidades económicas como padre, por lo que la madre de Rosa asumió gran parte de los gastos de los menores. Además Rosa se encontraba inserta en situación de violencia intrafamiliar.

Formando parte de una dinámica familiar como la descrita, Rosa se involucró en el alcohol como medio de escape a su realidad. Más tarde por influencia de su hermana y de su pareja, se inició en el crack. A los 24 años contrajo matrimonio con el padre de sus hijos.

Continuó la conflictiva de pareja caracterizada por violencia y drogadicción. Rosa con el apoyo de su madre, decidió terminar la relación, regresa a casa de ésta y tiene la iniciativa de capacitarse en un oficio que le permitiera mantener a los niños, es cuando se inicia en la escuela de estilistas, ella recuerda:

"Yo gradué, yo se terminó!" (…) "Un año y ocho meses" (…) "Maquillaje, te doy una muñeca con cabeza con pelo y nosotros cortarlo, permanentes y cuando vas con aprender a pintar uñas, yo no fui todo el tiempo y no aprender bien, but (pero) ellos dicen te darme mi papel para yo terminar" (2003: 63)

Continuó trabajando por un tiempo como estilista en su casa de habitación y paralelamente vendía joyería de oro, ambos trabajos requerían facilidad para las relaciones interpersonales, en este momento no presentó limitación alguna. Contaba además con

ayuda económica por parte del Estado, que le posibilitaron una independencia y situación económica estable tanto para ella como para la prole.

Rosa señala que había alcanzado cierta estabilidad personal y económica, además de independencia por lo que la madre le cede nuevamente otro apartamento para que ella viviera sola con los niños. Una vez más se involucra en la droga, por lo que una tía se lleva a los niños a casa de la abuela por el riesgo que significaba para ellos continuar en el hogar.

Paulatinamente se inserta aún más en la adicción y afloran sus delirios paranoides, por lo que tiene su segundo internamiento en el Hospital Psiquiátrico de Boston a los 27 años; recuerda que en esta institución fue donde el personal de salud le explicó sobre la enfermedad, la necesidad de tomar medicación y algunos pronósticos de la misma, como por ejemplo el rechazo y/o abandono de la familia.

Luego de enfrentar por segunda vez el rechazo de la madre y consciente de que tenía una enfermedad mental, además de un problema de adicción; solicitó ayuda a su progenitora para que la enviaran nuevamente a Costa Rica a vivir con sus familiares de Limón, con el objetivo de rehabilitarse para asumir su rol de madre de una mejor manera.

La principal motivación para el cambio fueron sus hijos, Rosa estaba consiente de que no se encontraba en capacidad para asumir su rol de madre de manera adecuada y dar un buen ejemplo a los niños.

Es así cuando regresa a 28 millas en Limón y se ubica en casa de su familia extensa quien la aceptó gustosamente, la madre continuaba enviándole dinero para su manutención. Rosa pasaba la mayor parte del día ociosa por lo que se involucró una vez más en drogas, ella misma lo relata:

"28 millas y yo estar con ella un poquito y tengo nada para hacer, viendo televisión y no me diga nada, yo limpio temprano como a las 5:30am limpiando y después yo sentar fumando but no puede fumar como yo quiero y se dice tía yo quiero vivir con tu hijas, no se desprecie, but yo no me gusta este silencio entonces dice bueno pero no se hace drogas

y yo dice que sí, pero yo no entendía el drogas, yo quiere vivir con ellas but cuando ella dice no se ponga en drogas yo hice otra vez" (2003: 70).

Al tiempo, Rosa recuerda:

"Yo dejar la piedra, cokin, la crack y se enferma mi cabeza, yo dice yo no estar fumando, but yo siente como loca" (2003: 73)

De esta manera inician sus internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico y el desarrollo y recuperación de la enfermedad que se verá en la siguiente etapa.

Mi actitud ante la adversidad

En revisión del expediente clínico de Rosa se ubica el mes de abril de 1991 como el primer internamiento de ésta en el Hospital. Debido a que, según refiere personal del centro médico y la misma Rosa, ésta en sus primeros ingresos se encontraba bastante descompensada de su enfermedad (esquizofrenia paranoide) además del consumo de drogas, Rosa no logra recordar o hacer una reconstrucción cronológica del desarrollo de su patología.

Ante esta situación se consultó su expediente clínico en el cual en esta primera ocasión fue traída por la Fuerza Pública por andar deambulando por la comunidad, con conductas agresivas y exhibicionistas. En su segundo ingreso dos meses después existe intervención de Trabajo Social para su reubicación en la cual se concluye que la familia existente en el país rechaza a la usuaria y la madre se encuentra en el extranjero y piensa venir a CR por Rosa.

Para octubre del mismo año (III ingreso) viene acompañada de la madre quien se había venido desde Boston para llevársela, pero aparentemente en la Embajada se descompensó y agredió al Cónsul. Rosa recuerda el hecho:

"Mi mamá vino cuando yo estaba internada, yo estaba muy enferma y ellos estaban hablando te doy tu salida vámonos para los Estados Unidos y yo dice mami, qué es eso, vámonos para dónde, para qué, yo dice, yo dice a usted esperarme cuando yo está bien yo dice a usted para ver, ay no yo te falta usted yo quiero se viene ahora y dice mami no puedo, yo llorar, ay mami yo estar muy feliz que tu viene para mí but (pero) yo sentirte

mal y ella shh no dice nada para firmarme y darme el papel para mi salida y cuando se fue para el visa, yo fui bien y cuando salir llorar ay, ay no, me puse mal, quitar mi ropa, ay…yo no recuerdo" (2003: 73)

De lo anterior es importante rescatar el hecho de que la madre cumplió con su responsabilidad para llevársela a su país, no obstante el estado mental de la usuaria no lo posibilitó. En cada egreso se iba nuevamente para Limón a casa de su tía y primas quienes intentaban contenerla y administrarle la medicación pero la adicción de Rosa no le permitía continuar el proceso de rehabilitación.

En su internamiento No. 5 y ante la situación de riesgo social en que se encontraba, es trasladada a pabellón de larga estancia en donde se le iba a iniciar un proceso de rehabilitación diferente, no obstante Rosa se fugó y pasó aproximadamente tres años deambulando por las calles, consumiendo drogas, enfrentando pobreza y en algunas ocasiones, prostituyéndose para obtener algún ingreso económico que le permitiera costearse su adicción. Llama la atención la conciencia de enfermedad que de una u otra forma, Rosa presentaba, así como la creencia en un ser superior que le pudiese ayudar en su situación; ella recuerda que para esta ocasión:

"No y yo no recuerdo de estar esquizofrenia y cuando yo recuerdo yo dice ay pastillas, esto yo necesitar para vivir no el crack, y yo estaba caminando para Limón con San José, para yo estaba fatal con esa droga y yo dormir como 5 minutos y dice ay Dios ayúdame, ay Dios ayúdame y se levanta y dice ay sí mis pastillas y yo siente un poquito mejor con eso y nadie estaba cerca para hablar y yo caminar donde estaba la ambulancia y yo dice usted puede llevarme con el Hospital en San José, en Pavas, ellos dice qué tu tienes y yo dice yo enferma, yo estar tomando pastillas y dice me esquizofrenia, ayúdame y ellos dice vámonos, vámonos." (2003: 85)

A partir de 1996 se ubica indefinidamente el pabellón de larga estancia en donde inicia en labores de terapia ocupacional así como en el programa de vida diaria para el entrenamiento en habilidades sociales, acá conoce a su "única amiga Sandra" con quien tenía afinidad por ser ambas de raza negra, sin familiares cercanos y le ayudaba con el lenguaje.

Tanto Rosa como el personal de enfermería que la conoció para esta etapa reconoce los grandes avances que ésta ha ido obteniendo con el pasar del tiempo; Rosa logra identificar al personal de salud y terapistas como sujetos/recursos que le ayudaron y le brindaron afecto para salir adelante e ir obteniendo los resultados esperados para pasar a una segunda etapa que fue su traslado al Programa Hogares Transitorios.

Tres años más tarde (marzo de 1999) tanto Rosa como su amiga Sandra son reubicadas al programa antes mencionado, también conocido como "las casitas". Aquí se hizo evidente las características de liderazgo de Rosa las cuales la llevaron a constituirse como una líder de la casita:

"Recuerdo, molestándome, no molestándome ponga yo la jefe. Rosa tu puede hacer eso, Rosa... Danubia dice y don Claudio, tu quiere hacer y guarda la café y cuando tu quieres pide a Rosa, con Rosa yo manda papel higiénico y todo para todos, sí así es" (2003: 91)

De igual manera esa fortaleza se presentó mientras se encontraba formando parte del taller de terapia ocupacional de peluches, en donde tanto ella y la enfermera jefe lo confirma, era la usuaria con mayores habilidades.

"Sí yo sabe hacer muy bien los peluches" (…) "Sí, se póneme la jefe otra vez, ellos dice pregúntale a Rosa (risas)" (2003:92)

"Rosa te hace un peluche sola, pero eso lo viene haciendo desde hace tiempo sola, sin ayuda entonces ella lo corta, lo arma, lo rellena, todo el proceso lo hace sola" (Danubia, 2003: 77) "Es una persona que se le pueden delegar responsabilidades y las cumple" (Danubia, 2003: 74)

Por esta razón fue que se reubicó en otro taller de terapia para que aprendiera una nueva labor. Actualmente en el taller de costura se siente a gusto, muy identificada con la terapista ocupacional a quien considera un recurso de apoyo y afecto.

Estando en los Hogares Transitorios conoce a su actual pareja, Leo un usuario del programa Hospital Diurno, quien en un primer momento le atrajo física y sexualmente, con el transcurso de la relación ha ido satisfaciendo otras necesidades afectivas de Rosa.

En marzo del 2002, en coordinación con el Consejo Nacional de Rehabilitación, Rosa es reubicada en un albergue u hogar alternativo en Escazú para personas con enfermedad mental y sin recursos familiares. Lo anterior debido a los recursos personales que poseía, como por ejemplo: manejaba su medicación sola, más de 5 años de no tener un período de descompensación, ya había superado su adicción, era tranquila, no agresiva, responsable, respetuosa, honrada, cuida de su aspecto personal, independiente en actividades de vida diaria, para mencionar algunos.

Esta primer experiencia la usuaria la recuerda con cariño debido a la identificación con la figura de la cuidadora "como una madre" quien le delegaba responsabilidad en el hogar y era muy afectuosa. De igual manera la adaptación al nuevo ambiente fue más fácil debido a que su amiga Sandra también fue reubicada en el mismo hogar, lo que les permitió continuar la amistad y el vínculo afectivo.

Se puede concluir que la presencia de la familia durante los períodos de hospitalización de Rosa fue simbólica, tanto la madre como el padre la visitaron en una única ocasión y desde entonces se han limitado a enviarle dinero cuando ésta se los solicita. La familia de Limón, según la enfermera jefe, la ha visitado como una vez al año, le han traído regalos y regresan a la provincia. De esta manera a partir de la reubicación de Rosa en los albergues la figura de la (as) cuidadora (as) y la compañía de los otros usuarios, han llegado a constituirse en su sistema familiar, sin olvidar el rol de Leo como su pareja formal.

Edad adulta intermedia

A pesar de que la usuaria se encuentra iniciando esta etapa de vida, se le hizo una modificación y se trabajó como el momento después de la enfermedad, una vez reubicada en el albergue e inserta en el programa Hospital Diurno.

Actualmente se logran identificar en la historia de la usuaria una serie de factores protectores externos o ambientales que le han posibilitado mantenerse compensada y

presentar un funcionamiento adecuado en los diferentes entornos en los que se desenvuelve, por ejemplo, el apoyo del CNREE, la pertenencia y participación en el programa Hospital Diurno, específicamente en el taller de terapia ocupacional. Como figuras de apoyo que ella misma y el personal de este programa logran identificar se encuentran la cuidadora del albergue, la o el funcionario del CNREE que actúa como mediador entre el Hospital y el hogar alternativo, la terapista ocupacional y algunos profesionales de la institución. Estos factores se abordarán con mayor amplitud en el siguiente capítulo.

Retomando la Mandala de la Resiliencia, el aspecto de introspección se evidencia en la capacidad de Rosa para mirarse a sí misma y reconocer sus propios errores para trabajarlos en pro de una mejor calidad de vida para ella misma. Un ejemplo para el caso de su relación:

"Leo estaba diciéndome yo celosa y ella también cuando se habla conmigo dice ay tu estás celosa, so yo pensar y aprender que para no se hace celosa, porque yo estaba siendo así" (…) "…ahora todo estar mejor entre nosotros y con mí" (2003: 15)

Con respecto al proceso de la historia de vida con la investigadora, en la última sesión Rosa comentó:

"Oh me gustó tu programa mucho, recuérdame como está mi vida, para no se vuelva mal, vuelva, ah, vive directo" (…) "Yo aprender que cuando tengo un problema se habla con la seguro social o el doctor y… ah, se ayúdame muy bien para entender qué hace en mi vida, si yo tengo problema hablar para no se deja callado porque puede enfermar" (2003: 13).

Uno de los mayores avances que ha presentado la usuaria es la capacidad para relacionarse, como se ha observado en el transcurso de la historia de vida, Rosa ha sido una persona aislada desde la infancia, que prefiere tener pocas relaciones. Actualmente ha logrado una convivencia adecuada y funcional con los (as) otros (as) usuarios (as) del albergue, con sus compañeros (as) del taller de terapia, con el personal de la institución y con figuras de apoyo antes mencionadas.

Ligado a lo anterior Rosa es la única usuaria de los (as) participantes en esta investigación que mantiene una relación sentimental formal por más de tres años; precisamente Leo es la principal figura de afecto y apoyo para ésta; ha llegado a disfrutar aspectos de una relación de pareja que con su marido no experimentó, por ejemplo la satisfacción en el plano sexual.

Otro factor protector personal es la espiritualidad que, a pesar de no ser una persona practicante, muestra preferencia por una religión y creencia en un ser superior que le ayuda a mantenerse libre de las drogas y de los internamientos en el Hospital.

En su discurso se evidencia una actitud positiva ante el futuro permeada por expectativas de trabajo y de reencontrase con su madre e hijos; acá nuevamente aparece el factor espiritual o la fe en que algún día Dios le permitirá llevar a cabo sus sueños.

Actualmente el rol que la familia desempeña en la vida de Rosa es de ayuda económica; tanto el padre como la madre mantienen contacto telefónico esporádico con la usuaria quien les pide dinero y éstos se lo hacen llegar, en coordinación con la cuidadora.

Las situaciones adversas que tuvo que pasar mientras se encontraba descompensada, deambulando, inserta en la drogadicción y con familiares que la rechazaban, Rosa las resume en el mayor aprendizaje que la vida le ha dado: no volver a involucrarse en ningún tipo de drogas, ni siquiera alcohol, además ser constante en la medicación y en las citas de control.

Hoy día Rosa se podría describir como una persona agradecida con las personas que le han brindado apoyo, solidaria, poco egoísta, muy enamorada de su pareja, fiel, respetuosa, reservada, no discrimina, coqueta, se da a respetar, colaboradora e incluso con sentido del humor ante la cotidianeidad de su vida.

Jesús es uno de los investigados que presenta mayor número de períodos de internamiento; Hospital a la edad de nueve años, y ha permanecido ahí hasta la actualidad.

Se encuentra ubicado en un albergue del Consejo Nacional de Rehabilitación y participa activamente en los talleres de Hospital Diurno; es importante tomar en cuenta que Jesús es uno de los que presenta mayores dificultades para recordar procesos y momentos significativos de su vida; por lo que algunas de las etapas de vida de éste investigado no pudieron ser reconstruidas desde los procesos de resiliencia pues él desconoce o no recuerda lo ocurrido durante el transcurso de las mismas.

Primera Infancia:

Aunque al entrevistado se le realizaron una serie de preguntas sobre los años comprendidos entre los 0 y 6 años, Jesús no recuerda nada de ésta etapa de su vida, desconoce la historia de su gestación y embarazo; se intentó ubicar a algún familiar de Jesús que se constituyera en fuente de información para ésta etapa pero el investigado no cuenta con familiares cercanos ni dispuestos a colaborar.

Infancia Intermedia:

Jesús comenta que en su etapa de niñez su familia presentaba una situación económica muy difícil, recibieron ayuda de diversas instituciones y; a pesar de ello él se desenvolvía en diversas tares para ayudar a sus padres económicamente y asistía a la escuela donde se caracterizaba por se r un buen alumno académicamente:

"Claro sí, una casita humilde, ahí pasábamos comíamos lo que Dios nos reparara, mi papá jalaba, mi mamá iba donde una carnicería donde le regalaban recorditos de carne, cositas así, y así nos alimentábamos, sí, mis papás hacían unas ollas de carne especiales…" (Jesús, 2003: 5)

"… recuerdo al presidente Kennedy cuando nos vino Alianza para el Progreso a Costa Rica, que traían muchas comidas y trastos para todos. Íbamos al comedor de nutrición que queda en Ipís, en la Mora y ahí nos alimentaban en la escuela yo era un excelente alumno me gustaba mucho la religión, me gustaba la matemática, todo, todo me gustaba y sacaba puros dieses." (Jesús, 2003: 2)

"… ¿sabe cómo nos ganábamos la vida? Trabajando en servicios de, era aquello una cosa diferente, el planché lo teníamos nosotros, hacíamos un hueco bien hondo, hondísimo, hondísimo, en el piso y mi hermano me ponía a mi, mi hermano era un poco mayor, era un poco más fuerte y llenábamos un tarrito y bajábamos y bajábamos y hacíamos huecos grandes verdad y todo eso se ponía, usted sabe para que se usaba eso." (Jesús, 2003: 2-3)

"… trabajé en agricultura y cosas de jardinería y desde pequeño mi papá, mi papá y mi mamá siempre iban a hacer jardines, y nosotros íbamos con ellos y ahí, era un sueldito que recibíamos, con seis reales digamos comprábamos una onza de café, valía 35, media libra de azúcar, y un pan y nada más…" (Jesús, 2003: 19)

El investigado logra identificar que una de sus cualidades, la cual le permitió continuar en la escuela era la responsabilidad:

"… yo salí de quinto grado de la escuela, pero era una persona, un alumno excelente, estudié en la Neuropsiquiátrica Infantil…" (Jesús, 2003: 8)

"… yo limpiaba mis zapaticos, me alistaba y me iba para la escuela temprano. Lo que me acuerdo es de una cosa, yo siempre me he levantado temprano y cumplo con mis obligaciones como debe ser. Trabajaba también en una finca de una señora que se llamaba Virginia y don Maco, se llamaba Marcos y le decían Maco. Tenían una gran finca y ahí fue donde yo comencé a trabajar en fincas ahí, trabajé en lecherías, en muchas cosas yo trabajé, sí. Siempre atento a todo." (Jesús, 2003 3)

"Yo trabajaba de "llevo, llevo" en el mercado central, ayudando a las señoras con las bolsitas, en ese entonces eran bolsas de papel lo que se usaba…" (Jesús, 2003: 15)

Es así como logró aprender en la escuela a hacerse cargo de sus cosas:

"Aprendí muchas cosas como desenvolverme yo solo en mis cosas, hacer mis cosas por mí mismo, no estar atenido a la gente a que me haga las cosas, y muchas cosas buenas aprendí en la escuela. " (Jesús, 2003: 18)

En ésta etapa de su vida tanto Jesús como su familia debían enfrentar la enfermedad mental de su madre, y desde niños él y su hermano se hacían responsables de buscarla y cuidarla:

"Mis papás, como pareja se llevaban muy bien, pero a mi papá no le gustaba que mi mamá fuera a bailar, en las noches porque ella, decía mi papá cuando estaban todos durmiendo, allá debe estar Socorro bailando ya oigo los pasos, y sonaba aquello en el monte y mi mamá bailando, decía Jesús y José vayan a traer a su mamá y ya nos íbamos nosotros y encontrábamos a en un puro baile a ella…" (Jesús, 2003: 4)

La muerte de su padre se dio cuando Jesús tenía once años de edad:

"… él murió cuando yo tenía exactamente once años, yo nací en 1900, yo nací en 1960 en el 71 mi papi se fue al cielo, nos quedamos en la casita yo y mi hermano y mi mamá…" (Jesús, 2003: 9)

Adolescencia:

Una de las situaciones que recuerda Jesús de su adolescencia fue la erupción del volcán Arenal; ante éste desastre natural Jesús tomó la situación desde el "juego":

"Cuando el volcán Iraza hizo erupción, yo me acuerdo, a todos los techos llenos de ceniza, las calles y todas las calles se llenaban de júbilo al ver la ceniza y todo, y la lava hirviente, bueno que recuerdos, estaba allá en la unidad de niños del Hospital Chapuí y se llenaban los techos, el comedor quedaba a la par de donde nosotros estábamos hicieron un play y una piscina." (Jesús, 2003: 3)

Jesús recuerda que una de las actividades que realizaba dentro del Hospital para estar "ocupado" era colaborar con la encargada de la cocina:

"… Ahí yo en un tiempo lo que hacía era ayudarle a la cocinera a jalar la comida, sí, ella me daba mi dieta aparte y todo, con tal de que yo le jalara el carrito de la comida, sí, también a un señor… un viejito que jalaba estañones, entonces yo pasaba todo el tiempo jalando estañotes…" (Jesús, 2003: 18)

Edad Adulta Temprana:

En la etapa de la adultez intermedia, Jesús se encontraba en una de sus crisis más fuertes; a pesar de ello y con el apoyo que recibió de las y los profesionales del Programa Hospital Diurno Jesús logró mejorar su situación y ser un líder ante el resto de las y los compañeros:

"Ese era un paciente difícil, de internamientos aquí, difícil, este sin control de ninguno, en control hasta de sus impulsos de tener una relación sexual ahí, tenía una paciente ahí que, se pasaba incluso estando en las casitas, a él no le importaba si ahí estuvieran sus compañeros o no estuvieran, tuvimos que trabajar mucho con él, en su situación, asumirlo que él era el líder, darle ese poder de líder, y que un líder tenía que dar el ejemplo, entonces ahí lo trabajamos en eso, entonces él era más bien ya no, dígale a Valeria que no me moleste, que no venga aquí…" (Danubia, 2003: 5)

"… bueno él era el líder y él decía bueno tranquila yo me encargo muchachas, yo cierro las puertas, y esa era la función que él tenía verdad, cuando estaba ahí en la casita y este yo, nosotros le dejábamos tareas al grupo que estaba en alfabetización y él lo asumía como si fuera un papá, ayudarles con las tareas, cuando dejábamos texto, el texto no era hecho por los pacientes sino que era hecho por él…" (Danubia, 2003: 7)

Esto lo reafirma Jesús al expresar que:

"Yo estuve en telares, en telares muchos años como veinte o diecisiete años, mis periodos de enfermedad, la terapia para mi ha sido, la terapia excepcional por que es parte del tratamiento y decía don Fernando Centeno que en paz descanse, que esparte de todo eso…" (Jesús, 2003: 37)

Edad Adulta Intermedia:

Jesús recuerda que durante mucho tiempo estuvo ubicado en una de las habitaciones del Hospital donde el paciente no tiene contacto con las demás personas y se le pasaba la comida a través de las rejas o de una compuerta pequeña; ésta situación marcó una etapa de su vida, pero refiere que la situación que vive actualmente es muy diferente:

"… fue el ángel que me sacó cuando estaba yo en la chichera en aquel lugar, terrible. Me pasaban la comida por debajo con un vaso de fresco, cafecito lo que sea, fresco, o por una reja me mandaban así, un señor que se llamaba oscar, me pasaba el fresco y yo como estaba tan verdad, trastornado, yo tiraba todo por la, por la reja, y dibujaba en la, así en las rejas, en las rejas, yo soy indomable, pero ahora estoy tranquilo gracias a Dios y la medicina, sabe cuántas pastillas tomaba yo 14 y sabe cuántas tomo ahora tomo 3, 4 vea una en la mañana, una al medio día y las de la noche." (Jesús, 2003: 29)

"…me trataron la enfermedad y yo era de que no tomaba ninguna medicina antes solo la inyección que me tenía que meter cada mes algo así, he pasado por una etapa solo de inyecciones y amarrado, más ahora ya me libere de todo eso…" (Jesús, 2003: 35)

Uno de loa aprendizajes obtenidos en el Hospital es el respeto, lo que le ha permitido afrontar sus crisis agresivas:

"Mucha disciplina y mucho respeto entre la gente, yo era muy violento y hasta que deje toda la violencia a un lado porque yo era algo insosegable totalmente." (Jesús, 2003: 37)

Jesús reconoce la ausencia de su familia en su vida, en especial en los momentos de enfermedad:

"Mi familia aquí son ustedes y daría la vida por ustedes, porque mi familia está totalmente desorganizada, yo no quiero nada con ellos." (Jesús, 2003: 24)

"Con ninguno he tenido contacto, tengo un montón de años de no verlos, y me duele mucho, verdad, a cualquiera le duele…" (Jesús, 2003: 24)

A pesar de ésta situación, el investigado reconoce que a través del cariño y las atenciones que ha recibido de parte de las personas del albergue, sus compañeros y

compañeras, así como las y los profesionales, es en este espacio donde identifica a su familia:

"En lo de mi familia y todo, y como mi familia es así aparte de mi, y todas esas cosas, entonces, sabe quien es mi familia, mi familia son todos los, la gente que está a mi lado, todos, todos, no tengo ningún rencor para nadie, tranquilos todos porque me han ayudado bastante." (Jesús, 2003: 38)

Logra además reconocer los cambios que se han dado en su enfermedad y lo que ha logrado hasta la actualidad:

"Me siento total mente rehabilitado y todo así tranquilo y estoy en una etapa ya digamos que de curación, me siento bien, tomo mis medicinas y todo y llevo todo en regla…" (Jesús, 2003: 38)

"He tenido muchos cambios por que diay yo me he sentido independiente, hacer las tareas de la casa, cuando estaba en la casita atendía la, todo, que todo estuviera en orden, sin embargo llegaban otros a pelear. Cuando yo llegue por primera ves a la casita algunos me rechazaban y después ya con el tiempo me aceptaron." (Jesús, 2003: 40)

Primera infancia:

Roy fue producto de un embarazo inesperado por los progenitores y rechazado por el padre, quien incluso le sugirió a la madre que se realizara un aborto porque él no quería

más niños (as) en el hogar. El embarazo transcurrió en Chinandega, un pueblo de Nicaragua. La relación de pareja desde hacía varios años se había tornado conflictiva, con presencia de violencia intrafamiliar, alcoholismo e infidelidades por parte del padre. La pareja tenía tres hijos más. El padre era el único proveedor de recursos económicos del hogar y trabajaba como mecánico de aviación. No se refiere situación de pobreza extrema.

Desde antes del nacimiento y motivada por el desprecio del padre por la criatura, la madre asumió un rol de sobreprotección con el niño; así lo señala la hermana de Roy:

"Entonces dice mi mamá que no, el peor error que iba a cometer era botar su niño, jamás lo iba a hacer, entonces mi mamá lo quiso sobreproteger porque era una madre que peliaba mucho por nosotros" (Teresita; 2003: 63)

Una vez nacido la madre se incorporó al mercado informal de trabajo con el objetivo de percibir ingresos adicionales para mantener al nuevo bebé:

"Me contaba mi mamá que se iba a cortar algodón porque la situación era muy crítica, mi papá a veces le daba plata y a veces no le daba, y ella tenía todo el tiempo que trabajar, se iba a vender carne, se iba a vender fresco, se iba a cortar algodón" (Teresita, 2003: 63)

La familia residía en vivienda propia. La situación de pareja continuaba igual, la madre era quien se encargaba de la crianza de la prole, mientras que el padre le delegaba toda esta responsabilidad a ella, nunca se involucró afectivamente con Roy; además continuaba la situación de violencia intrafamiliar, el padre arremetía físicamente con los otros niños (as), pero nunca con el usuario porque la madre intercedía. Aproximadamente a los 4 años de Roy se da la separación de la pareja debido a que el padre tenía otra mujer, no obstante continuaba frecuentando a la madre de Roy.

En cuanto a rasgos de la personalidad para esta época lo refieren como:

"Roy era un bebé muy hermoso, todo el mundo tenía que ver con él" (…) "El era muy lindo, sí Roy era precioso cuando era un niño"(Teresita, 2003: 63)

"De pequeño era muy tímido. Bueno de pequeño uno hace muchas cosas, entonces hacía amigos fácilmente" (Roy, 2003: 5)

El vínculo madre-hijo se constituye en el principal factor protector para Roy en esta etapa, tanto él como su hermana únicamente mencionan recuerdos positivos de la madre, tal como lo señala Teresita:

"Recuerdo cuando Nelson estaba en un catrecito sentado a la par de mi mami y el estaba sobando la cabeza, incluso mi mamá tenía mi edad y le dice, ay hijo, le dice, cuando yo sea viejita me vas a sacar las canitas, ah mami, macita le decía él, ah macita usted nunca va a ser viejita, ¿y cuando yo me muera?... es que usted nunca se va a morir… es que mi mamá fue uno de los que más protegió porque fue el más rechazado entonces donde quiera que ella andaba, ahí se lo llevaba" (2003: 64)

En búsqueda de mejores oportunidades de trabajo y evidenciando la sobreprotección de la madre, ésta decide venirse a vivir a Costa Rica:

"Es que mi mamá nos trajo en el 79 porque estaban haciendo allá frente Sandinista, un gobierno con sólo guerras, entonces estaban reclutando jóvenes para hacer servicio militar obligatorio y entonces de ahí nos trajo a todos" (Roy, 2003: 12)

En un inicio se ubicó con el padre en Guápiles con la esperanza de que el nuevo país lo hiciera cambiar, pero continúo la situación de violencia, por lo que se separó definitivamente y se llevó consigo a sus cuatro hijos a vivir a Pavas, en un cuarto que le alquilaba a unas amistades. Se inició en oficios domésticos para llevar dinero al hogar.

En la localidad Roy ingresó a la educación preescolar con la cual no tuvo problemas de adaptación ni de conducta significativos, se relacionaba con facilidad con coetáneos y maestras. El mismo recuerda:

"Ah yo era terrible, le levantaba las enaguas a las chiquitas (risas)" (…) "Mi mamá no me pegaba sino… me regañaba" (…) "Ah yo era muy popular" (2003: 9)

El contacto con el padre era esporádico, algunos fines de semana la madre llevaba a Roy a Guápiles, pero nunca se logró establecer un vínculo afectivo entre ambos.

Finaliza esta etapa con un sistema familiar conformado por la madre, el usuario y su hermano adolescente quien se inició en trabajos de construcción para aportar económicamente al hogar. Las otras dos hermanas se encontraban residiendo en un convento porque sentían vocación para hacerse monjas.

Infancia intermedia:

En esta etapa no se presentan cambios en la conformación del grupo familiar. Roy inicia su educación primaria en la Escuela Carlos Sanabria de Pavas en la cual presentó un buen rendimiento académico, nunca reprobó año alguno, era un niño inquieto pero sin problemas de conducta, se relacionaba adecuadamente con coetáneos, era independiente en cuanto a sus obligaciones escolares. Su hermana recuerda:

"El era bien inteligente, en la escuela mi mamá casi nunca recibía muchas quejas de él, las maestras mucho lo querían" (Teresita, 2003: 55)

La madre continuaba siendo la principal figura de apoyo y afecto para el menor; se le recuerda como una mujer trabajadora, fuerte, jefa de hogar, afectuosa, con valores morales muy arraigados que transmitía a la prole.

"Ah sí, ella era muy trabajadora y daba lo máximo de ella y nos daba consejos y si hacíamos algo nos decía que lo hiciéramos bien o de otra forma, así cosas de la casa así era muy empeñadora ella… empeñadora? (Roy, 2003: 23)

Debido a que su trabajo en oficios domésticos era el principal medio de ingresos económicos del hogar y éstos no eran suficientes, la madre decide trasladar su hogar a Concepción de Alajuelita en donde el alquiler de la vivienda era de menor costo, por esta razón Roy cursa el quinto y sexto grado en la escuela de la localidad.

Según el usuario el riesgo social era mayor para la familia, por lo que la madre ponía límites en cuanto a permisos para compartir actividades lúdicas con otros niños:

"Ah nombre, en ese barrio también había mucha chusma, mucho maleante, de todo había ahí" (…)"Allá llegaban las pintas a la escuela a ver qué se robaban o a meterse"

(…) "Mi mamá me decía que no saliera a jugar afuera porque me podía pasar algo. Es como este donde estoy viviendo ahora (Villa Esperanza), ahí han matado personas por la casa de nosotros" (Roy, 2003: 20).

"Andar en bicicleta, jugar, correr y ahí con los demás compañeros del barrio, o sea es que yo escogía mis amistades y si mi mamá miraba algo malo en ellos, entonces me lo decía a mí" (Roy, 2003: 21).

Sin embargo esta situación no le impidió que se relacionara con niños (as) de su misma edad, participara en grupos de la institución como la escolta y los abanderados; en general sus recuerdos de esta etapa son positivos; tanto en cuanto a los juegos con otros compañeros (as) así como cuando acompañaba y ayudaba a la madre en los oficios de las casas en las que prestaba sus servicios.

En esta etapa se identifica el inicio de una de las características personales más representativas para Roy: la espiritualidad. En un primer momento participaba, motivado por la madre, de la religión católica, y le satisfacía los rituales que ahí se llevan a cabo. Mas adelante se retomará este aspecto el donde se da un cambio de religión debido a una afinidad mayor con la dinámica de su iglesia.

Es importante mencionar que en el desarrollo de esta etapa de vida, se observa en Roy una característica de su personalidad que se mantuvo a lo largo del todo el proceso de investigación y es parte de su cotidianeidad en el trato para con las demás personas: el sentido del humor evidenciado en expresiones como:

"Con mi mamá él (padre) se peliaba sin ninguna razón y comenzaba a tirar balazos (risas) pero gracias a Dios nunca se la pegó" (Roy, 2003: 3)

"Ah mi papá le robaba las mujeres a otros hombres. El era muy mujeriego, se llevaba bien con las mujeres pero de otros hombres (risas)" (Roy, 2003: 3)

"Cuando yo hacía travesuras, me subía en un… (risas) en un ropero y mi hermana Teresita no podía pegarme con la faja" (Roy, 2003:4)

"¿Mi deporte favorito?... dormir, eh no! (risas)" (2003: 18)

"Este de la foto es un perro que yo tenía, le estoy haciendo así en la boca para que se ría (risas)" (2003: 26)

"En ese tiempo mis hermanas estaban en el convento que ahora es el Divino Pastor… no él de la cárcel, ese no (risas)" (2003: 35)

Esta manera de afrontar y/o recordar muchas de las situaciones de su infancia, le han posibilitado, incluso hoy día, adoptar una actitud positiva ante la adversidad y reencuadrar las situaciones difíciles o no, de manera que todas se constituyan en un aprendizaje.

Roy no logra precisar en qué año sus hermanas regresan al hogar nuevamente y se incorporan al sistema familiar. Principalmente la figura de Teresita (primogénita) en algunas ocasiones se identifica ejerciendo un rol parental, ante la ausencia física de la madre por motivos de trabajo. El padre continuaba periférico, enviaba dinero a la madre ocasionalmente.

Adolescencia:

La madre recibe una propuesta de trabajo para laborar en el aseo y cuido de una fábrica en Moravia, aquí les facilitaban vivir en una casa ubicada en la parte trasera del establecimiento. Ante esta posibilidad la madre acepta la propuesta y se lleva consigo a la prole. Roy era el único hijo que se encontraba estudiando, ingresó al Liceo de Moravia. Los restantes miembros (as) trabajaban para llevar sustento al hogar, la situación económica se refiere como estable y la satisfacción en la nueva localidad era mucho mayor ya que no había tanta delincuencia. La primogénita Teresita trabajaba en una soda, la otra hermana en oficios domésticos y el varón (Teo) en construcción. Roy recuerda:

"Diay que éramos muy unidos, que nos contábamos todas las cosas, teníamos mucha confianza y éramos muy unidos, muy unidos en todo, en lo que íbamos a hacer, en los planes…" (2003: 45)

Su primer año de colegio lo reprobó, según él y su hermana, no por problemas de aprendizaje sino por su manera de ser: tenía muchas amistades, era muy simpático y

popular, chistoso y le gustaba relacionarse. Por esta razón descuidó los estudios y reprobó dos materias, decidió no asistir a los exámenes de reposición.

Al siguiente año, la madre deja de trabajar en la fábrica de Moravia y se traslada a Plaza Víquez. Al Roy abandonar los estudios éste se ve obligado a incorporarse al mercado informal de trabajo y es a la edad de 14 años, aproximadamente, cuando se ubica como ayudante de un repartido de productos quirúrgicos, su principal labor era descargar material.

Por iniciativa propia decide asistir al colegio nocturno, paralelamente, pero al tener facilidad para las relaciones interpersonales y ser un chico simpático, al poco tiempo conformó un grupo de compañeros (as) con los cuales no asistía a las clases y en su lugar se iban a tomar cerveza. Para esta época tiene sus primeros vínculos con personas del sexo opuesto, sin llegar a tener relaciones sexuales por temor o cautela a contagiarse de alguna enfermedad venérea o, en el peor de los casos, dejar embarazada a alguna muchacha. La hermana lo describe como:

"El era muy humilde, Roy era muy tierno, muy, este… claro bien pleitisto como todo chiquillo, pero sí él era, él era muy tierno y muy apegado a mi mamá, o sea, apenas llegaba mi mamá él estaba siempre a la par de mi mamá y era… ay muy enamorado también, sí chiquillo era muy enamorado y del andaba diciendo cosas a las chiquillas y ellas lo perseguían" (2003: 66)

Aproximadamente a los 16 años Roy se va a residir a Nicaragua, él mismo explica las razones:

"Diay porque un tío mío había venido aquí a Costa Rica y me quería llevar para allá para enseñarme a manejar y a soldar en un taller que él tenía, entonces yo le dije que sí y mi mamá le dijo que sí y nos fuimos un año y después me vine" (2003: 45)

La hermana agrega:

Sí, se fue para enseñarle a manejar y para enseñarle mecánico en un taller que tenía mi tío pero diay, allí se enamoró de una muchacha y se descontroló…"(2003: 65)

"Sí y sufrió por esa muchacha viera, hasta cartas y todo le mandaba y no se quería venir porque él tenía esa muchacha, pero sufrió mucho por esa muchacha, fue la única novia que yo sé que él estuvo muy enamorado, de ella, que la quería mucho…" (2003: 66)

Durante el año que permaneció en Nicaragua, Roy llegó a enamorarse de una adolescente, con la cual experimentó situaciones nuevas que recuerda con cariño y ha sido la única ocasión en la cual mantuvo una relación más formal con una mujer.

En ese país vivía en casa de su tío con quien por las mañanas trabajaba y le retribuía económicamente con un monto simbólico para que "invitara" a la novia a salir. A su vez intentó reincorporarse a los estudios pero reprobó varias materias por dificultad.

Regresa nuevamente a Costa Rica porque:

"Es que mi mamá vivía aquí (CR) y ella me había conseguido un trabajo en un taller de soldadura aquí, porque allá no sirve trabajar, le dan cualquier cosa y no le alcanza la plata para nada" (Roy, 2003: 50)

Se incorpora a su hogar en el cual únicamente se encontraba la madre realizando el mismo oficio y Teresita, ya que los otros dos habían formado sus propios hogares. Roy se incorpora a trabajar en el taller de soldadura únicamente por dos meses ya que no le satisfacía lo que estaba haciendo.

La hermana recuerda:

"…él apenas se vino estuvo unos meses con mi mamá y ya le dijo que se iba a ir para donde mi papá. O sea, él estaba que no sabía qué quería porque a la vez él quería superarse, a la vez él quería estudiar y trabajar para tener sus cosas…"(2003: 66)

En este tiempo Roy enfrenta el fallecimiento de su cuñada (esposa de Teo, hermano mayor) quien tenía una parálisis cerebral; la recuerda como una persona significativa a quien le tuvo mucho aprecio.

Roy finaliza esta etapa en Guápiles, viviendo en casa de su padre y la familia de éste. Aquí trabajó en el aeropuerto encargado del mantenimiento de las avionetas. La relación que mantenía con su padre era distante, con carencia de vínculo afectivo.

A esta edad Roy tiene su primer relación sexual con una mujer poco significativa, no estaba involucrado sentimentalmente, la refiere como una relación pasajera, no agrega detalles.

Edad adulta temprana:

Esta etapa inicia con uno de los momentos más dolorosos en la vida de Roy que es el fallecimiento de su madre, tanto éste como su hermana lo describen:

"Ah yo estaba en Guápiles y la que me avisó fue mi madrastra, mi madrastra fue la que me avisó y me vine para acá y mi hermano puso un taller pero no le funcionó, y me quedé aquí, ahí con mis hermanas" (Roy, 2003: 78)

"Nelson estaba allá en Guápiles cuando nosotros lo llamamos, porque el que se encargó de todas las vueltas fue mi otro hermano, el que me sigue a mí, él es el más fuerte de todos verdad y el que se encargó de todas las vueltas, llamó a mi hermano que se viniera porque mami falleció; pero Roy no demostraba sus sentimientos, no demostraba lo que él sentía" (Teresita, 2003: 62)

"Sólo le miraba los ojos rojos a él pero como que quería verdad, como que quería, no sé, desahogarse, como que quería... vengo yo y lo agarro de los hombros cuando mi mamá ya la estaban enterrando y mi hermana... mi hermana se arrodilló frente a la tumba de él y viene Roy, vengo yo también y me hinco y viene mi hermano Roy se para, se pone ahí al frente donde está... donde estaba mi mamá y solamente hizo así él y solamente yo le veo los ojos rojos, pero tal ves yo hice mal en ese momento porque tal ves él quería llorar y le digo yo, vos sos fuerte verdad, vos sos fuerte" (…) "… yo nunca más lo he visto así, yo nunca lo he visto llorar" (Teresita, 2003: 62)

"Las personas que más me brindaron ayuda fueron mis hermanos, los tres igual" (…) "Sí, ahí nos apoyábamos uno al otro y así, si el otro lloraba lográbamos calmarlo y decirle cosas" (Roy, 2003: 52)

Una vez fallecida la madre, Roy continúa con el apoyo de su hermana mayor Teresita con la que compartía la vivienda que les heredó la madre. De igual forma se fortalece el vínculo con el hermano mayor quien para ese tiempo había puesto un taller de ebanistería y Roy le ayudaba. El dolor no manifiesto de ambos por la muerte de dos seres queridos los llevó a involucrarse en el vicio del alcohol. Recuerda Teresita:

"Sí, tomaban mucho porque mi hermano en ese tiempo, mi otro hermano en ese tiempo estaba muy dolido por la muerte de su esposa y por la muerte de mi mamá, entonces como que él para olvidar un poco, se iban a tomar los dos y… porque mi hermano estuvo trabajando una vez de ayudante con mi otro hermano que tenía un taller de ebanista entonces tomaban los dos pero mi hermano a través del tiempo, él gracias a Dios se incorporó otra ves a la Iglesia y comenzó a centrarse más en sus cosas…" (2003: 67)

Durante los siguientes 5 años Roy fue consciente de la necesidad de estar ubicado laboralmente de manera que pudiera aportar económicamente a su hermana. De esta manera estuvo trabajando principalmente en construcción, además como ayudante de un "polaco" y como agente en un club de viajes. De lo anterior Roy rescata el aprendizaje que le dejaron esas experiencias:

"Ah muchas cosas de… digamos, así la disciplina que se maneja, el estudio que es muy importante verdad, el estudio porque ahora sin estudio cuesta conseguir trabajo… entonces sí, el estudio y la disciplina que le dejaban a uno las tareas que le ponían" (2003: 54)

La espiritualidad o creencia en un ser superior y el apoyo de la familia, principalmente el de Teresita, fue lo que le posibilitó a Roy superar las adversidades que presentó en esta etapa. Este recuerda:

"Sí yo iba a JUCARE, ¿usted no ha oído hablar de JUCARE?, Juventud Católica Renovada, sí yo iba ahí con mi hermana la mayor a la Merced es, a la Iglesia de la Merced" (…) "Muy bonito ahí pero después me pasé a la Evangélica, bueno me gusta más ahí, ahí me quedo" (2003: 57)

"Sí y el Señor también que me sacó, porque yo sé que él fue el que me sacó de los vicios, el guaro y todo eso" (2003: 57)

Aproximadamente a los 25 años inician la sintomatología pre mórbida, etapa que se abordará a continuación como un apartado diferente a pesar de encontrarse aún en esta etapa de desarrollo.

Mi actitud ante la adversidad:

Roy relata los inicios de su enfermedad:

"Diay me trajeron porque yo le hablaba de la palabra a mi cuñado, a mis hermanos les hablaba y sólo de eso hablaba porque diay…" (…) "Sí, entonces me dijeron nombre Roy debe estar enfermo o algo así, entonces me dijo mi cuñado vamos a llevarlo a la psicóloga a ver qué dice, sí bueno está bien yo acepté, si está bien y me vine y escuchaba voces" (2003: 86)

Es importante reconocer el apoyo de sus hermanos para que recibiera valoración psiquiátrica, así como el ingreso voluntario de Roy sin poner resistencia.

En revisión de su expediente clínico se anota que tiene su primer ingreso al Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2000 en donde se le diagnostica como esquizofrenia hebefrénica. Posteriormente tuvo dos ingresos, el último de ellos en febrero del 2002.

Aunque no precisa detalles de los períodos de internamiento, Roy reconoce que el trato recibido por parte del personal fue adecuado, recibió visita de sus familiares prácticamente a diario y se relacionaba con otros usuarios:

"Cuando yo estaba enfermo no confiaba en nadie, pero ahora en la ayuda que a mí me están dando, como usted, sí se puede confiar" (2003, 91)

"Ah sí Teo, mi hermano mayor venía, bueno sólo una vez vino porque tenía mucho trabajo allá en Tres Ríos entonces sólo una vez pero mi hermana venía seguido y otras personas, otras amigas familiares de mi cuñado, venía la hermana, las dos hermanas y así la mamá de mi cuñado también, casi nunca estuve solo" (2003: 98)

"Ah con los otros pacientes me llevaba bien, aunque había muchos que no, decían cosas que… platicaban algo uno y decían otro tema (risas)pero había otras que les hablaba bien y me entendían, sí tenían familia hablábamos de la familia de cada uno" (2003, 98)

Posterior y en cada uno de sus tres ingresos, Roy regresa a su casa y continúa tomando la medicación, bajo la supervisión y compromiso de familiares:

"No las pastillas me las manejaba, bueno una parte tenía yo y la otra parte ellas, manejaba las pastillas la muchacha que estaba ahí en la casa"(Roy, 2003: 95)

Familiares toman la iniciativa de solicitar el ingreso al programa Hospital Diurno con el objetivo de que Roy se incorporara a los talleres de terapia ocupacional. El mismo recuerda:

"Ah ya! Sí él vino aquí, el esposo de Teresita, entonces vino aquí conmigo a la cita y le dijo de una vez al doctor que si me podía meter a... pero esa idea surgió de mi hermana mayor, a ver si le decía o si me podía meter al taller o a otro taller porque estaba sin trabajo, entonces para aprovechar el tiempo, aprender algo y pasar distraído la mente, entonces vino y habló con el doctor…" (2003: 102)

Etapa posterior a la hospitalización:

Para el caso de Roy, quien recientemente cumplió los 30 años, la etapa correspondiente a la edad adulta intermedia no es aplicable, no obstante la guía de entrevista sufrió una modificación y se trabajó desde la perspectiva del tiempo posterior a los períodos de internamiento.

Actualmente Roy reside junto con su hermana y su cuñado en Pavas y asiste puntualmente al programa Hospital Diurno, específicamente al taller de carpintería. Su situación económica es estable aunque depende en su totalidad de los ingresos de su hermana Teresita que trabaja vendiendo repostería y su cuñado en labores de construcción. Su otra hermana es ama de casa y también vive en Pavas. El hermano Teo vive en Tres Ríos y es chofer de autobús.

Tanto Roy como su hermana reconocen que el formar parte del programa Hospital de Día lo ha mantenido compensado ya que ha aprendido y es consciente de su enfermedad y de la necesidad de ser constante en la medicación y solicitar ayuda al personal cuando se siente "nervioso". Otros aspectos que se consideran importantes es el entrenamiento en habilidades sociales como: cumplir un horario, seguir las reglas del taller, compartir y respetar las diferencias entre compañeros y las figuras de autoridad, para mencionar algunas.

Principalmente él valora la oportunidad de aprender un oficio que, eventualmente le pueda ayudar a reubicarse laboralmente.

"La disciplina también y la terapia, muy buena la terapia, porque en la casa viera qué feo, estar en la casa encerrado sin nada qué hacer" (Roy, 2003: 119)

"Aprendí a acostumbrarme al trabajo y acostumbrarme a los regaños también (risas), pero eso es bueno" (2003: 121)

Ligado a lo anterior Roy es un ser humano con actitud positiva ante el futuro y tiene sueños o metas que le gustaría alcanzar como por ejemplo conseguir un trabajo estable o recibir capacitación para tener independencia; además la oportunidad de conocer y formalizar una relación con una mujer:

"Sincera, amable y respetuosa, cariñosa" (2003: 116)

Entre las características de la Mandala de la Resiliencia que Roy ha llegado a fortalecer es su capacidad para relacionarse con los demás:

"Bueno compañeros que más les hablo yo?... Bueno está Pablo, está Enrique, está el otro Adrián, son los que hablamos así más, chistes, cuentan chistes ellos" (…)"Casi todos cuentan chistes y se vacila al otro, hasta a mí me han vacilado (risas)" (2003: 104)

Otra es la moralidad o espiritualidad como una manera de ver el futuro con una actitud positiva y la creencia en que existe un ser superior que le ha permitido afrontar las situaciones adversas y darle fortaleza para las situaciones por venir.

"Gracias a Dios pude salir de los vicios y pasar por el dolor de la muerte de mi mamá, bueno con la ayuda de mis hermanos también, ahora tengo más fe el él para que me ayude a seguir bien de los nervios y poder superarme" (2003: 121)

"Sí cuando yo hice el curso de jornadas de vida cristiana aquí y en la Iglesia, yo trabajé, hice la jornada pero después trabajé en la jornada, él me hizo una carta y me dijo que me quería mucho, que siguiera adelante en los caminos del Señor, que él... donde me dio ganas de llorar es cuando él me dice, ustedes han sido unas madres para mí, mi hermana y yo, dice Carmen y vos han sido mis madres para mí, o sea más bien él, digo yo todo lo contrario, él el lugar de darle yo ánimo, él me da a mí, es un muchacho muy lleno de Dios" (Teresita, 2003: 73)

El hecho de reconocerse como un ser humano creyente en Dios lo lleva a hacer una diferenciación entre "lo bueno y lo malo", de esta manera se presenta como una persona con valores morales arraigados que pone en práctica cotidianamente.

El sentido del humor es otra de sus características la cual fue una constante en todo el proceso de las historias de vida; se identificó la tendencia de Roy a partir de una situación específica en alguna etapa, para reír de ella y aprender para su vida.

Hoy día Roy se podría describir como un joven con total apoyo de su familia quienes, además, se involucran en actividades del programa Hospital Diurno. Además es un hombre sensible, simpático, respetuoso, servicial, cuida de su aspecto personal, trabajador, con valores morales y espirituales, con expectativas para el futuro.

MARÍA

Primera Infancia:

Una de las situaciones que María tiene presente, es la ocurrida con ella y su hermana, y como su madre intentó por todos los medios brindarles ayuda:

"Bueno, yo sabía que ella era como nerviosa, que se preocupaba mucho, mi papá tomaba mucho, y una vez cuando estaba todavía aquí en Costa Rica no se había ido para Nicaragua, se enfermó mi hermana las dos se enfermaron de una calentura super alta, ahí no había camiones, no había nadie que la pudiera llevar al centro, cuando ya vio que mi hermana, mi hermanita menor estaba convulsionando, se sentía muy caliente cogió a las dos, nos cogió a las dos, de los dos brazos y salió corriendo entre el monte allá, allá llegó no sé como es que se llamaba el lugar y era adentro en la montaña y con las dos iba corriendo, porque para que no nos pasara nada…" (María, 2003: 1)

Cuando María tenía cerca de los seis años de edad su madre y padre laboraban, así que la dejaban sola en su casa y ella debía atenderse:

"… mi mamá, ella trabajaba ella era maestra, mi papá era agente de empresa, de empresa no, no de máquinas maquinaria pesada, y, y ya digamos como a los 6 años me dice te vas a quedar sola, pero ella me dejaba con qué entretenerme, hay pobrecita la dejaba sin pinturas y yo pintándome la boca en el espejo, las pestañas, todo verdad, como las chiquillas verdad, no tan, y entonces me ponía los vestidos de ella, los tacones, y ya empezaba a caminar y verme en un espejo que era hasta abajo, ya me cambiaba de vestido me ponía el otro, entonces me cambiaba de maquillaje, en eso me entretenía yo, yo sola me cuidaba, cuando no que mi mamá estaba y que iba a necesitar de algún cuido eh… le decía a o me llevaba con ella donde mi tía, y me dejaba ahí y yo ya ahí jugaba digamos con esa primita…" (María, 2003: 6)

Infancia Intermedia:

María comenta que, cuando era niña una de las primeras situaciones que tuvo que afrontar fue el hecho de que a ella le gustaba investigar y saber qué era todo lo que le rodeaba; ante la negativa de su familia de enseñarle ella buscó formas para conocer y aprender sobre la vida:

"… cuando tenía entre 6 y 8 años, viví intensamente esos dos años como una niña, super encantada, eh ella yo me acuerdo mucho porque es una etapa, la familia toda me, me

enseñaban de todo porque yo, al principio me decían no pregunte nada, entonces yo le decía a otra prima, como hago para que me expliquen y me, yo necesito saber porque si no le digo que voy a estar así aprendiendo nada le digo, yo necesito preguntar para ver qué sirven las cosas y sino soy una analfabeta le digo yo, para que nací si no me van a enseñar nada…" (María, 2003: 2)

María recuerda que, de pequeña, sus padres le infundieron miedo hacia la noche, los espíritus y fantasmas; esto lo fue superando poco a poco y con la ayuda de una tía:

"… por ejemplo en la noche yo siempre, es la hora que ahora lo hago hasta de madrugada, pero cuando yo veía así en la oscuridad me orinaba en la cama y tenía que salir, del miedo de que en el baño hubiera un diablo o espíritus algo así, y me orinaba en la cama, hasta que una tía me dijo, hasta que una tía me dijo porqué te orinas en la cama, y yo le dije es que me da miedo ir al baño, mi mamá nos dijo que no le dijera a usted porque usted me iba a regañar, y después ella me pegaba, entonces este, que no le dijera a ella esas cosas, y entonces este, yo quiero que usted me quite ese miedo porque yo quiero ir al interior y hacer orines ahí, porque después no puedo dormir porque estoy mojada verdad, y entonces este, entonces me fue quitando ese miedo hasta que ya después me levantaba a orinar y punto…" (María, 2003: 7)

En ésta época a ella le ocurrió un accidente grave, su fuerza interna y el apoyo incondicional de su madre le permitieron salir adelante:

"… allá acostumbran en ese entonces, no había cloro, no se que no usaban cloro, sino que hierven la ropa y le echan algo como cloro algo así, entonces la cuestión es que hervían la ropa en una palangana (…) la bola se te va a ir ahí y eso se te puede venir encima, era una olla, una palangana pero así, con llena de ropa, y no hice caso, en eso tiro la, la bola cae ahí y se me vino todo el roperío encima (…) y todo me quemé toda, toda, toda me quemé, entonces después este me llevaron ahí a que a donde una de las amistades digamos de, de ahí de salubridad, ya me pusieron, me cambió de piel toda la, todo el cuerpo, y toda se me iba cayendo la piel entonces le echaban como un ungüento como de azufre para que se terminara de caer y mi mamá me ayudó a recortarme con tijeras la piel que se iba cayendo para que saliera la piel nueva." (María, 2003: 8)

La época del kinder comenzó con dificultad pues María no deseaba separase de su madre; a pesar de ello logro salir adelante y graduarse de kinder, lo que le abrió las puertas para obtener nuevos conocimientos e iniciarse en el ámbito educativo:

"…no quería irme para el kinder sino que quería irme con mi mamá otra vez, me llevaba al kinder y a la vueltita cogía descuidada a la maestra y me iba a buscar a mi mamá, ¿pero qué estás haciendo aquí otra vez? hasta que me fui acostumbrando, una vez se quedó mi mamá ahí conmigo en el kinder para que me acostumbrara a los compañeros y eso, y entonces dice, ya me terapió la maestra me dice no aquí, va a ver que eso que va a aprender aquí que va a ser algo mejor para usted, se va a sentir mejor, tienes que diferenciar estar en tu casa y estar afuera y todo, que aprenda a desenvolverse con las demás personas y todo eso, bueno ahí ya pasé el kinder…" (María, 2003: 12)

En ésta etapa María participaba en diversas actividades recreativas y deportivas, sobreponiéndose al hecho de que algunos deportes eran considerados sólo para los hombres:

"… no jugar béisbol, allá la mujer, allá les prohibían jugar eso pero como yo era parte así marimacho viera que barbaridad Dios Mío, ya ellos me enseñaron a jugar y me habían metido como yo era mujer ya ellos, ya las otras me veían diferente verdad, porque si no las regañaban verdad, y al verme que yo estaba participando ahí entonces ya iban ellas y se integraban al grupo…" (María, 2003: 17)

Adolescencia:

Cuando María se encontraba iniciando su adolescencia conoció a quien luego se convertiría en su primer esposo; ésta situación desató ciertos problemas con su familia y ella tuvo que buscar diversas formas para enfrentarlo:

"… llegué a tercer año, ya en primer año conocí a mi primer esposo, y ya mis papás se enteraron de que andaba en la noviadera y hay Dios mío, más que él me llevaba 10 años…" (María, 2003: 5)

"Entonces la madurez de él, él te … de la cabeza te va a enredar, porque el mayor que vos él tiene más experiencia, y te puede envolver en tus cosas, y entonces todo eso verdad, entonces estaba yo en sexto, estaba en sexto cuando lo conocí a el, en primer año fui novia de él, ya llegó a la casa a visitarme, mi papá no lo soportaba porque él quería algo mejor, que ese novio y que su hija y no se cuanto, toda la historia, y entonces, bueno, allá

como a los tres años de novios cuando tenía 15 años más o menos, ya una, a me invitó a la casa de él, la mamá no estaba andaba en… andaba paseando de vacaciones o de semana santa no se qué, entonces ya tuve sexo con él, y entonces ya y empiezo con remordimientos de conciencia, cómo voy a llegar a la casa…" (María, 2003: 5)

"…ya a los quince, estaba en tercer año ya había salido del colegio de tercer año, iba para cuarto, cuando quedo embarazada, hay, hay, hay, ahora sí, empieza mi mamá, yo te lo dije, y mi papá llorando, que su hija, que como era posible que le hubieran hecho eso a ella, como ella se dejó de ese novio, el cuidado de su madre…" (María, 2003: 5)

En esta etapa de su vida, María experimentó uno de los cambios fisiológicos más significativos, lo que le provocó sentimientos encontrados, ante la necesidad de dejar ciertas actividades de niña e iniciar en la etapa de adolescente:

"Cuando me vino el período yo me sentí como que ya me iba a hacer mujer, verdad, más que mis primas ya habían crecido, ya eran mayores que yo, que los muchachos, que el baile que los paseos y todo eso, pero no me gustó porque a mí me gustaba todavía jugar y yo no quería crecer…" (María, 2003: 28)

En el período de transición entre los 10 y los 13 años, María y su familia se trasladan de Nicaragua a Costa Rica, el cambio de país, y el hecho de dejar atrás sus amigos y amigas, así como sus estudios no impidió que María continuara estudiando y obtuviera los primeros lugares por su esfuerzo y responsabilidad:

"… siempre me, como le dije yo lo agradable para mí era tener un reto, bueno después de eso era un reto para saber quien tenía el primer lugar, segundo o tercero en la clase, nunca llegué a tener el primer lugar pero, sí segundo y tercer lugar y de ahí nadie me sacaba, era una competencia educativa y eso me agilizaba la mente, me sentía amplia que, ejercicios, que basketball, que voleiball, todo eso me gustaba, yo lo veía bonito…" (María, 2003: 29)

María recuerda que durante su etapa de niñez en Nicaragua ella nunca trabajó porque mientras los hijos estudiaban no se les permitía trabajar, cuando llegó a Costa Rica la situación cambió y tuvo que enfrentarse desde joven a laborar para poder ayudar a su familia en lo económico:

"Bueno, eso era otra cosa, que allá en Nicaragua mientras los hijos estén estudiando nunca los dejan trabajar, eso es otra cosa… porque aquí la gente busca desde joven el trabajo para que se vayan acostumbrando para tener el dinerito, a las cosas de uno, y los papás lo ponen a uno a trabajar para que así vaya viendo una la vida y el trabajo y así vienen ahora y no les permiten trabajar nunca y por eso yo, ahora no porque yo sé el valor que tiene el trabajo, pero en un principio, de una tienda qué raro y si yo me equivoco de dinero, y si doy mal y si cobro menos y si se me olvida el precio y si le quedo mal al cliente, y si alguien quiere pelearse conmigo porque…" (María, 2003: 31)

Cuando se desarrollan las crisis más fuertes de la esquizofrenia, María logró salir adelante por su fuerza interna, por el apoyo recibido por las y los profesionales del hospital y por el apoyo recibido de parte de su familia:

"Mi primer esposo, mi hermana, mi hermana siempre ha estado al tanto mío, ella me ha servido de segunda madre, eh, ella sufrió por mí terriblemente, me cogió en todas las situaciones que realmente ni uno se lo aguanta a un hijo ni a uno se desespera no sé de dónde cogió tanta paciencia y comprensión para saber que era los nervios que yo tenía, que ella no comprendía de qué me daban nervios porque yo no padecía de nada…" (María, 2003: 49)

Edad Adulta Temprana:

Cuando María se casa con su primer esposo, quien era adinerado, tuvo que superar el hecho de que ella no venía de una familia de la misma clase social:

"… cuando yo conocí a mi esposo, mi primer novio entonces yo ya sentía vergüenza de la casa donde yo estaba, sentía vergüenza como yo vestía, que no tenía cosas que vestir, que no le hablaba a la señora porque era muy aristocrática, que si le hablaba al hijo cuidado no se vayan a enojar porque como ellos eran de dinero talvez no te reciben bien…" (María, 2003: 25)

"… ese complejo gracias a Dios yo eso me lo quité con mi primer esposo, con las cosas que él me enseñó verdad, el desenvolvimiento de ir al mercado y comprarlo todo, al supermercado, comprar todo, comprar ropa, y de todo, todo de lo que uno necesita verdad, así sin ningún problemita voy a lucir esto porque ya que tengo dinero no, simplemente era un matrimonio que estaba solvente para no pasar necesidad…" (María, 2003: 25)

Cuando inician las crisis, María hizo un intento de suicidio, ante ésta situación una tía la ayuda y apoya, y es aquí donde María decide separarse de sus hijos porque temía que ellos fueran a repetir lo que ella hacía y ella deseaba lo mejor para ellos:

"… yo una vez colgué un mecate y casi me ahorco, cuando me llevó mi tía me dijo María, María, deje de hacer esas cosas, después llegó el chiquito hizo lo mismo y se iba a ahorcar. Por eso es que yo me separé, para que no sucedieran esas cosas, que lo que le estaba dando era mala, mala intención a ellos de estar en un hogar sabiendo que se pueden ahorcar ahí dentro de la casa, en vez de tener una armonía, aprender como a no ahorcarse y no a dar un consejo mal, una pistola." (María, 2003: 55)

Edad Adulta Intermedia

De acuerdo con Danubia, María fue una de las usuarias más difíciles cuando ingresó al Hospital, pero ellos y ellas se encuentran sorprendidos por los avances y logrados por María a lo largo de los años:

"Cuando ella vino al hospital diurno yo pensé que, como es del pabellón yo no pensaba que fuera a funcionar, de hecho no es del todo que aquí funciones al 100%, ella es muy inestable con respecto a, o , la a la asistencia pero sí siento que es una persona que cuando se propone algo, logra salir adelante; este a mí me llamó poderosamente la atención que ella dijo yo quiero estar en carpintería y ver las cosas que ella logró en carpintería verdad, este yo creo que es la primera mujer en este psiquiátrico que pasa por, porque llega a carpintería y hace los trabajos que ella hizo verdad…" (Danubia, 2003: 3)

Actualmente, María se encuentra participando en grupos religiosos; dentro de los mismos ella esta aprendiendo a hacer diversas manualidades, lo que le permite obtener dinero y se convierte en una forma más de terapia ocupacional:

"Sí, y éste bueno, la, en la Iglesia estamos en artes manuales, la otra vez hicimos decoración de botellas para navidad, por cierto ayer que fuimos nos enseñaron todo lo que podemos hacer de cositas pequeñas quedaban tan bellas, tan lujosas, que no parece que fueran de, uno lo hace porque uno sabe que es de la ramitas de los árboles, de las

flores secas, se hace así un ramo, se le ponen dos bolitas de navidad, unas lazos así de esos dorados, y así quedan super lujosos y lindísimos." (María, 2003: 43)

"Precioso, eso es lo que hacen en la Iglesia. Cuando no estoy en la Iglesia me pongo yo a arreglar mi ropa, a empiezo a sacar toda la ropa y ya veo porque no me la pongo, talvez, una que no tenga botón a otro que el zipper tenga fregado, y tal vez esté bueno, a otro le hago el ruedo, algún ruedo que esté safado, cosas así, pero digamos, este, ahora que estamos en esa cosa de, de adornos navideños…" (María, 2003: 43)

María ha tenido que enfrentarse a diversas situaciones en el Programa Hospital Diurno, en especial con algunos compañeros del taller; ante estas situaciones ella ha solicitado ayuda a las y los profesionales del programa para que la apoyen y orienten a tomar la mejor decisión:

"… este fin de semana, después tengo un problema con un muchachito de acá que era compañero aquí de piñatería, él íbamos con el con todas las cuestiones pero él ya me estaba besando y todo pero yo no tenia nada con él me dice, no se que me estaba diciendo afuera pero le digo quien le ha dado permiso a usted de decir que yo soy su novia le digo yo, si yo no soy nada, a María, me dice así, este fin de semana cuando hubo clases de baile trató de imponérseme él y entonces no me gustó, y he pasado por esto rápido, rápido, y le pedí a Dios que hoy viniera para hablar con él delante de Danubia para que él tenga un respeto que yo no le estoy diciendo a mi disposición que él puede hacer lo que le da la gana…" (María, 2003: 46)

"Don Luis Chavarría, con él y con don Luis, bueno a don Luis ahora está más comunicativo conmigo, pero el que me ha sacado y me ha dado seguridad es don Chavarría, después Danubia y don Luis ahora. " (María, 2003: 53)

María reconoce los avances que ha tenido en especial siendo ella la única mujer que se encuentra en el taller de carpintería, aún así ella sabe que puede hacer las cosas mejor y que lo intenta día a día:

"… me siento agradecida, muy contenta, me siento agradecida desde el momento en que estoy haciendo esas cosas con madera, que realmente están siendo provechosas, para mí es satisfacción estarlo haciendo, que me gustaría estarlo haciendo más rápido de lo que puedo hacerlo, porque realmente no lleva mucha cosa, sino que es el cuidado de estar viendo que los clavos no se salgan, es fácil pero para uno estar comenzando a hacerlo, por ejemplo esa cajita me llevó como quince días, casi un mes de estarlo haciendo, cosa que otra persona puede haber sido Chavarría coge la madera y la clava ahí en dos, tres

días ya está, y a mí se me ha llevado como quince, dos semanas, mucho tiempo, entonces digo yo y cuando ya la veo terminada tan fácil que es una cosa así…" (María, 2003: 54)

"Por ejemplo hoy estaba pintando el baúl y la parte blanca se me manchó, ahora tengo que pasarle pintura amarilla para que normalice la rayita, hay Dios mío, en otro, en otro tiempo simplemente se lo hubiera dado a un compañero que lo compusiera y que se lo dejara él por no hacerlo yo. No porque no me cueste sino que veo eso como una vagancia, digo yo de no haberlo hecho directamente, estoy acostumbrada a que si yo hago una cosa queda ahí no más perfecta digámosle, casi nunca tiene fallas, ahora que estoy volviendo a ejercitar me entonces hice muchos errores, antes digamos yo procuraba hacer de una vez las cosas, sin error y sin nada por la misma situación de que, de que yo no tengo la paciencia como para arreglarlo verdad, eso he aprendido mucho de eso." (María, 2003: 57)

"Me han ayudado mis compañeros bastante, sobre todo cuando no puedo, cuando no puedo, sí puedo pero cuando no traigo los anteojos entonces se lo doy a alguien que, pero a mí me gusta hacerlo yo, entonces así ya cuando está hecho veo por lo que yo he hecho verdad. Y así." (María, 2003: 59)

La investigada reconoce los momentos de crisis por los que puede atravesar y recurre a diversas herramientas para enfrentar ésta situación:

"Sí, yo busco a alguien que me esté conversando y le digo yo, mira yo me siento mal por esto no puedo explicarlo, no tiene tratamiento, ya me fui a tomar la pastillita y me tranquilizó, pero la reacción es algo así como cuando pasa todo el vendaval pero deja las escorias, entonces así." (María, 2003: 59)

"Ebanistería, me ha gustado porque me absorbe, me absorbe a que yo no tengo tiempo de estar pensando en cosas por estar viendo los detalles verdad, entonces me absorbe y no tengo tiempo de pensar en cosas vagancias porque sino me pongo nerviosa, de que digamos antes que yo le diga y, me voy a lavar la ropa se me secará, y esa cosa porqué no lo lavé, en esa cosa verdad. Entonces ahí no, porque yo, lo que yo estoy haciendo estoy directamente con la cosa que yo estoy haciendo." (María, 2003: 63)

"… porque cuando yo estaba nerviosa pero va y le dice a Danubia, por ejemplo la diferencia de esta terapia ahí a ebanistería yo le digo don Luis estoy nerviosa necesito que usted me esté hablando, entonces él empieza a contarme historias y todo, y después ya me dice y vos que problemas tenés, qué me tenés que contar, es decir es terapista del taller, se dedica a sus pacientes…" (María, 2003: 63)

Ligado a las experiencias de resiliencia previamente expuestas, se presenta a continuación y como parte del objetivo número dos, el análisis de los factores protectores internos y externos identificados en la población sujeta de estudio.

CAPITULO VI

FACTORES PROTECTORES INTERNOS Y EXTERNOS IDENTIFICADOS EN LOS (AS) SUJETOS (AS) PARTICIPANTES

La reconstrucción de las historias de vida de los (as) sujetos (as) de estudio se constituyó en un proceso de trascripción, análisis e interpretación de la información relatada por cada uno de ellos.

Como parte del objetivo número dos, se logró identificar la presencia de factores protectores internos y externos que les posibilitaron a estas personas afrontar situaciones adversas en su vida, incluyendo los períodos de hospitalización, y encontrarse compensados mentalmente y ser considerados (as) usuarios (as) con alto nivel de funcionamiento social.

Cambiar los numeritos

5.1 FACTORES PROTECTORES EXTERNOS

5.1.1 Incorporación al Programa Hospital Diurno: todas y todos los entrevistados, así como los familiares que participaron en el proceso, logran identificar un cambio positivo en su conducta de antes y durante la enfermedad hasta ahora, atribuido a su ingreso a dicho programa. La hermana de Roy comenta:

"Yo lo veo a él que es bien inteligente, yo digo que gracias a Dios que tiene 3 años que bueno, y gracias a ustedes por la ayuda que le han dado porque él es otro, él es otro Roy, él ya no habla malas palabras, él ya no humilla a las personas como antes que estaba agresivo, él nos tiene mucho respeto a mi hermana y a mi y a todos, él se preocupa, si nosotras tenemos algo lo primero que hace es mandarnos al médico" (Teresita, 2003: 70)

Por su parte, la hermana de Carlos, expresa lo que ha significado el programa de Hospital Diurno tanto para Carlos como para el resto de la familia, así como la importancia que el investigado le presta a los síntomas de descompensación:

"Viera que estamos muy contentos nosotros de cuando Carlos empezó a venir aquí completamente otra cosa, Carlos nos dice si ustedes ven que me enfermo un poquito me llevan volado, no me dejen que me ponga mal, en cambio antes no, antes él se enfermaba

y era Carlos vea vamos al hospital, vea es que, y se enojaba, y ahora él dice yo quiero que ustedes vean que si yo estoy un poquito mal me llevan…" (Rocío, 2003: 35)

Carlos reconoce su cambio desde que ingresó al programa:

"El cambio que ha habido, digamos de… de casi tres años para acá, un cambio completo, como salir de un lugar eh, tenebroso a un lugar tranquilo, de paz y de… tranquilo" (Carlos, 2003: 17)

Incluso el mismo personal reconoce los cambios que ha habido desde los períodos de hospitalización hasta ahora, por ejemplo, para el caso de Rosa:

"… de lo que usted vio en aquel momento en el pabellón, una persona descuidada de su aspecto personal, sucia, en ocasiones maloliente, a ver la persona que ahora está, cuida de su aspecto personal, una persona coqueta, una persona bien arregladita que puede salir de la institución, para uno es una gran satisfacción verla de verdad como está ahora" (Danubia, 2003: 77)

Las y los sujetos principalmente lo que valoran es el aprendizaje de un oficio o la capacitación en terapia ocupacional que se realiza en los talleres. Algunos comentarios sobre sus alcances:

"Diay bien, uno aprende algo, a veces se queda en algunas medidas, pero llega otro compañero y le ayuda ahí, pero sí, sí he aprendido ahí, bueno así sencillo a hacer carros de madera, así cosas así, carretillas y unas, unas repisas y así" (Roy, 2003: 104)

"Uno hace cosas que jamás, ni por aquí me pasaron hace 4 años hacer las cosas que hago ahora, ni por aquí me pasaba hace 4 años" (Carlos, 2003: 9)

"El peluche, el bordando, prendiendo en la máquina (…) me gusta peluche, me encanta, y ahora yo no estar, yo gusta la bordado también "(Rosa, 2003: 93)

"Aquí se ayúdame para no se hace muy triste así en la casa, terapia es muy importante para, Chela (cuidadora) se pone las pilas temprano vámonos para trabajar, ella no necesita hacer eso mucho, nosotros levántase temprano y todo listo, cuando viene es una tranquilidad, feliz en la cabeza" "… te ayuda a las personas para trabajar afuera" (Rosa, 2003: 115)

"… pero yo me siento como si, como si hubiera salido de un barrial, como si hubiera salido de un barrial, me hubiera quitado la ropa, hubiera abierto el tubo así de este tamaño, saliera suficiente agua por ese tubo así, me hubiera dado una ducha y me hubiera ido para la casa a dormir, así de simple, porque es tan suave este trabajo, viera que suave que es hacer cadenas así para adornar, con un material especial y hacer pastoras…" (Carlos, 2003: 43)

Junto a esto cobra importancia la presencia del terapista ocupacional, quien es la persona con la que más interaccionan y la consideran figura de autoridad, apoyo e incluso afecto:

"Grace es muy tranquila con mi, no explotar nada, cuando yo hace afuera y yo hablar con Danubia, hablar conmigo y dice bueno, cuando mi mente está ocupada vas afuera y pasa y ya yo cambio, un poquito sentada y pasa ella y se díceme así no puede hacer, entonces yo dice bueno; me gusta ella, me gusta esta terapista más de todo" (Rosa, 2003: 117)

"Beto, es diferente, ese Dios guarde lo vea a uno parado porque lo regaña todo, no pero está bien porque es para nuestro bien, porque si uno se queda parado o durmiendo en una silla ya… como que no" (Roy, 2003: 103)

"El trata de ayudarnos a todos pero a veces es un poquito regañón, pero tiene razón, otros compañeros no reconocen eso pero yo sí, yo comprendo, porque si es para nuestro bien, porque en ningún trabajo nos van a chinear como aquí" (Roy, 2003: 122)

Dentro de los objetivos de la rehabilitación se encuentra el aprendizaje o recuperación de las habilidades sociales que, por las características de la enfermedad, se han ido perdiendo o viendo deterioradas. Dos de los objetivos del programa formalmente así lo establecen: "Fortalecer las habilidades sociales y laborales de los usuarios para favorecer su total reinserción en la comunidad" y "Trabajar hábitos, habilidades, normativas, e interrelación, pasando por los niveles de aprendizaje, formación, capacitación en los talleres hasta lograr el nivel laboral" (Bertheau et al, 2003). Al respecto las y los sujetos reconocen sus logros:

"Esta es una oportunidad para superarme un poco y para adaptarme a la vida en la sociedad, adaptarme a los demás, y seguir, este, seguir adelante en la vida, o sea vienen tropiezos, vienen cosas malas, pruebas grandes pero uno trata de seguir, de seguir y trata

de capearse los obstáculos, entonces este sí, uno se va adaptando a las personas, el respeto, aunque no todos somos iguales, somos iguales pero con diferente espíritu, entonces este, adaptándome más a la vida, a seguir, no quedarme ahí en el mismo lugar, sino vivir el presente, aprovechar bien el tiempo y seguir adelante a lo que venga" (Roy, 2003: 121)

"Nos dan la oportunidad de tener un trabajo fijo, una enseñanza básica, el alimento, el… cómo se llama, el medicamento, y el respeto a los demás o sea, conocer personas que uno no había conocido antes entonces uno los va conociendo" (Roy, 2003: 122)

"El respeto, la comprensión, hay que comprender si alguien se vuelve malcriado, comprender porque ellos tienen enfermedades también, entonces tengo que comprender más a ellos" (Roy, 2003: 119)

Con respecto al personal encargado de procesos de rehabilitación Rodríguez (1997) señala "… que estén comprometidos activamente con la rehabilitación, y con una actitud de respeto al enfermo mental, como ciudadano de pleno derecho, y una confianza o unas expectativas positivas en sus posibilidades y potencialidades de mejora y de integración, y que además cuenten con la motivación precisa y el estilo de atención flexible que requieren procesos tan complejos y dificultosos…" (461).

Al respecto la enfermera jefe opina:

"… el grado de funcionalidad de un paciente tiene que ver con el afecto que usted le pueda brindar a estas personas (…) escuchándolos porque es algo que es sumamente importante, a veces algunos dicen: lo que me va a decir es una tontera, me va a repetir, pero para ellos es muy, muy importante lo que diga. Yo pienso que uno tiene que confiar en eso de que el paciente uno lo puede sacar adelante y que los enfermos mentales, si bien es cierto no se curan, pero la enfermedad mental se puede controlar" (Danubia, 2003: 79)

De una u otra manera lo anterior es percibido por la población en comentarios como:

"Antes yo estaba así viendo en el espejo y yo dice ay qué feo, y ah Mariela en la biblioteca, se díceme todos los días se dice yo te amo Rosa, yo te amo Rosa, cuando ver usted en el espejo y ahora yo díceme yo te amo" (Rosa, 2003: 107)

"Danubia, yo te amo ella, todos aquí se hablar conmigo y discúlpame cuando yo no dice buenos días" (Rosa, 2003: 111)

"Usted, Cristina y Danubia lo ayudan a uno a seguir adelante, le dan consejos" (Roy, 2003: 119)

"…una de las personas que me ayudó mucho es doña Danubia, después cuando estuve aquí en el taller de corte y confección la niña me daba mucho entusiasmo, pero no era terapista para mí, porque cuando yo estaba nerviosa pero va y le dice a Danubia, por ejemplo la diferencia de esta terapia ahí a ebanistería yo le digo don Luis estoy nerviosa necesito que usted me esté hablando, entonces él empieza a contarme historias y todo, y después ya me dice y vos que problemas tenés, qué me tenés que contar, es decir es terapista del taller… (María, 2003: 63)

"Apoyo como si fueran familiares míos, muy especial, muy especial como si fueran familiares." (Carlos, 2003: 52)

La rehabilitación social implica creer en la capacidad de la persona que presenta una enfermedad mental y en sus potencialidades:

"…que nosotros sabíamos perfectamente que él podía hacer lo que estaba haciendo, lo que pasa es que no podía y que nosotros lo estábamos motivando a seguir adelante, pero viera que situación que se nos puso ahí difícil, al final él se comprometió a ayudar a las personas nuevas, a los que llegan nuevos después se comprometió también a ayudar a los que más atrasados que él verdad, nos pareció muy bien que se, que se comprometiera en eso." (Carlos, 2003: 2)

Por su parte, Jesús comenta que el apoyo desde las y los profesionales del Hospital Diurno los ha involucrado a todos (as):

"Diay todos, todos han sido buena gente con migo no puedo negarlo desde la niña Danubia hasta doña Lilliam y don Claudio me han tratado muy bien." (Jesús, 2003: 37)

De esta manera se puede afirmar que el hecho de formar parte del programa Hospital Diurno se constituye en un factor protector para su enfermedad mental identificado tanto por los usuarios, familiares de éstos y personal del equipo interdisciplinario ya que los sujetos continúan insertos en un proceso de rehabilitación, pero a la vez, tienen un desenvolvimiento en el ámbito comunal que les posibilita abrir sus

espacios de interacción y ser lo más autónomos posibles, minimizando o superando el deterioro propio de su enfermedad mental.

5.1.2 Programa Hogares Transitorios: consiste en la ubicación en viviendas propiedad del Hospital por períodos cortos, transitorios o indefinidos de personas con padecimiento mental crónico que requieren un apoyo residencial específico y supervisado. Para el caso de dos sujetos este programa se constituyó en el único recurso de apoyo para egresar de pabellón durante su edad adulta temprana, ante la ausencia de familiares o la incapacidad de los mismos para manejar su padecimiento.

Uno de los requisitos para formar parte de este programa es el manejo de habilidades en vida diaria instrumental, que para el caso de Rosa fue trabajado mientras se encontraba aún internada en pabellón de larga estancia y se identifica como una condición que le posibilitó su posterior ingreso al programa:

"En el pabellón se ayúdame así porque yo estar internada mucho tiempo, muchos años y cuando se doy terapia yo dice ay qué bueno, vamos a ver y yo gustar y yo progreso y ayúdame mental y se darme salida en las casitas y eso ayúdame" (Rosa, 2003: 87)

En cuanto al programa de vida diaria cuyo principal objetivo es la adquisición y mantenimiento de una amplia gama de habilidades necesarias para la vida cotidiana; Rosa recuerda:

"Si en vida diaria díceme saber limpiar bien el cuarto, casa, sí para cuando yo estar en mi años pasados cuando yo estaba joven hasta 9 o 10 años, yo limpio después yo no recuerdo nada de eso, mi ropa estar, mi cuarto estar terrible, y se ayúdame así, yo dice bien cuando se ponga en casa de mi tía o con mi familia yo vas con ayudar y dice ay sí yo hace así también cuando estaba joven" "También enseña para levantarse temprano aquí en el Hospital" "A lavar la ropa y tenderlo y todo así esta bonito" (Rosa, 2003: 87)

De esta manera se observa como el programa de vida diaria trabaja en la adquisición y mantenimiento de una gama de habilidades necesarias para la vida cotidiana en "las casitas", como es conocido el programa por los usuarios. Simultáneamente se rescata la

capacidad de los sujetos para aprender y recuperar sus habilidades deterioradas por la misma enfermedad y/o por períodos largos de hospitalización.

Una vez ubicada en "la casita" que compartía con otros 6 compañeros, incluso Carlos, los sujetos deben aplicar las reglas básicas de convivencia. Rosa recuerda con cariño la amistad que tuvo con una de las usuarias:

"Sandra Samuel, ella fui conmigo el mismo día y nosotros cuando se dice estar en el mismo pabellón y cuando dice ella yo vas con vivir en la casita con yo, toda la noche viene a mi cama y sentar y hablar conmigo y darme, cómprame cigarrillos! (Rosa, 2003: 88)

De esta manera se puede observar como ambos (as) sujetos (as) presentaron características de resiliencia en su ingreso a este programa ya que venían de estar varios años internados en pabellones de larga estancia, en donde recibieron entrenamiento en programa de vida diaria que les posibilitó ubicarse en "la casita" en la cual su capacidad de adaptación fue buena, aprendieron a convivir con otras personas, realizar actividades domésticas, manejar su propia medicación, manejar el conflicto interpersonal, todo esto con el objetivo de alcanzar un grado de autonomía para manejarse fuera del Hospital.

Uno de los objetivos del plan de rehabilitación en el Programa Hogares Transitorios es "Favorecer la reubicación del mayor número de usuarios en el hogar, hogares sustitutos y albergues." (Bertheau et al, 2003, 54)

Ante la inexistencia de familiares que asumieran a ambos sujetos en su reincorporación a la sociedad, aparece una institución que les brindó esta oportunidad, por lo tanto se constituye en un factor protector externo que se verá a continuación.

5.1.3 Apoyo del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE): se constituye en la institución rectora en materia de discapacidad en Costa Rica. Le compete "dictar, orientar y promover políticas públicas en este campo, así como fiscalizar

su ejecución en los niveles institucionales, sectoriales y regionales. Contribuye así a garantizar la equiparación de oportunidades, la eliminación de toda forma de discriminación y la participación plena de las personas con discapacidad" (CNREE, 2002: 3)

Esta institución ha trabajado de manera coordinada con el Hospital Nacional Psiquiátrico principalmente en el programa de Convivencia Familiar cuyo objetivo es "ubicar a las personas con discapacidad, mayores de edad y estado de abandono o riesgo social, en un ambiente de familia, en el que puedan desarrollar sus verdaderas potencialidades" (CNREE, 2002).

Precisamente hace 2 años, aproximadamente, tanto Rosa como Jesús forman parte de este programa y se encuentran ubicados en albergues u hogares alternativos a cargo de 1 o 2 personas que asumen el rol de cuidadores (as) para un total de 10 usuarios aproximadamente.

Rosa manifiesta su satisfacción y agradecimiento con el programa Hospital Diurno y el CNREE:

"Yo tengo el doctores buenos aquí, yo tengo donde vivir después del Hospital y no estar en el Hospital, me gusta estar donde estoy, estar muy feliz… y comida" (Rosa, 2003: 106)

Así mismo, Jesús comenta que:

"Está muy lindo todo, es una maravilla, no ve, que me dieron una foto (saca un carné del albergue) no ve qué linda." (Jesús, 2003: 41)

"Vea nos dan buena comida y nos atienden muy bien." (Jesús, 2003: 42)

"Nos llevan a la piscina, la, doña Chela (cuidadora) dice vaya báñense a la piscina los que quieran, algunos son quitaditos para el agua, pero (risas), poquito a poco…" (Jesús, 2003: 42)

La enfermera jefe reconoce que la reubicación de Rosa en el albergue ha sido un factor protector para la rehabilitación de su enfermedad:

"Bueno yo creo que uno de los principales apoyos que nosotros le dimos fue la ubicación de ella en un albergue, verdad, ese fue, el hecho de que ella se viera como persona, sacarla de este lugar, que ella pudiera compartir con otra gente, verdad porque donde la ubicamos por primera vez era un lugar muy, muy, muy bonito… yo creo que ese ha sido uno de los mayores logros que le ha dado el programa a Rosa" (Danubia, 2003: 77)

La figura de la cuidadora cobra importancia en cuanto a la adaptación de la persona al nuevo hogar y las responsabilidades que debe asumir con el objetivo de dar continuidad a las habilidades aprendidas en "las casitas"; con respecto a la primer cuidadora Rosa recuerda:

"Yo gusta como ella se trata nosotros, para no se hace miedo y hace cosas para cuando se vas afuera y ella no está, y vas con vivir otra persona te ayuda en la casa" "Ponía a lavar el cocina, limpiar la sala, limpiar la baño, limpiar ella cuarto (…) yo lavé mi ropa siempre, siempre yo, no me gusta nadie lavar mi ropa (risas)" (Rosa, 2003: 102)

"La primera vez yo encanta la señora, yo estaba feliz, y díceme una persona tiéneme igual con mi mamá para ayudarme para vivir con ella, yo vas con la… aceptar toda nueva familia" (Rosa, 2003: 101)

El personal del Hospital refuerza la importancia del vínculo entre sujeto-cuidadora:

"Yo pienso que la persona de los albergues ahorita es la que le está brindando más apoyo, porque es como, que te digo, ella se ha sentido muy bien, desde el primer momento que llegó con ella, llegar sin ropa y buscarle ropa, para ella eso fue un gesto muy bueno que Rosa lo sintió así, porque ella me decía muy buena, nos da comida diferente, nos da buena comida… " (Danubia, 2003:78)

Otra persona considerada significativa es el funcionario del CNREE encargado del seguimiento posterior a la ubicación de cada sujeto en el albergue. Se realiza un trabajo

coordinado entre esta persona y el equipo de Hospital Diurno. Al respecto la enfermera jefe comenta:

"…otra cosa que yo siento que a veces como que en estos supervisores del Consejo como que también se sienten muy apoyados, porque en el momento que ellos tienen problemas ellos vienen aquí, bueno y nosotros verdad, ellos vienen aquí y hablan con nosotros, necesito que me llamen por teléfono a fulano de tal, como son la gente que paga ellos también en algún momento sienten que ahí los están apoyando; y como te digo y nosotros que somos los que tenemos que hacer a veces de intermediarios entre el encargado del albergue, el Consejo y el terapista" (Danubia, 2003: 79)

Es importante rescatar los espacios de recreación que se presentan en el albergue de Rosa y Jesús debido a que "la recreación es necesaria porque contribuye al bienestar físico de las personas, desarrolla la capacidad mental, y estimula a varones y mujeres, sin distinción de ningún tipo para que se integren saludablemente a la comunidad" (Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, 1990: 7). Un ejemplo de ello:

"No, ella (cuidadora) dice quien quiere a ver televisión, puede ver televisión, y después el viernes cuando salimos, te hace una… hablando todos, dice chistes y así, y antes cuando no estaba muy ocupado, muy ocupado ahora para navidad, ella póngase música arriba, donde está la piscina y nosotros baile y dice todos bailando, todos bailando, viera qué rico se ve, y nosotros siente, y Raúl nunca se baila y yo dice baile, baile y se baila" (Rosa, 2003: 105)

"…en un bonito día, se dice quién quiere bañar en la piscina, báñese en la piscina pero báñese primero y… yo no fui mucho para yo no sabe nadar… y después se fuma un cigarro, tengo un montón de revistas y todos nosotros leer, dicen qué vas con hacer como la escuela así dice ellos, y se doy nosotros mucha risa, cuentan chistes ellos cuando se hace una cosa y nosotros ah… cómo se dice, hace risa" (Rosa, 2003: 118)

"Diay hacer recreación o así, cualquier cosa o escribir, oír música, trabajar en algo, inpendientemente de las cosas y oír música, tengo un radiecito que tengo hace mucho tiempo…" (Jesús, 2003: 41)

Dentro del enfoque de la resiliencia se considera la capacidad para relacionarse como un factor protector que implica la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas. Tanto en Rosa como en Jesús se podría afirmar que su

participación en el programa Hogares Transitorios fue la "escuela" que les permitió aprehender esta habilidad y su ingreso al programa de Convivencia Familiar les brindó la oportunidad para ponerla en práctica en un ámbito extrahospitalario.

5.1.4 Trato del personal durante la hospitalización: un factor protector que en su momento se constituyó en una red informal de apoyo identificado por todos los sujetos entrevistados fue la percepción de contención y afecto por parte del personal de cada pabellón. Evidenciado en expresiones como:

"Cuando yo estaba en la UTI ah… Nelsie (enfermera), con tacones así, cuando ella viene dice ay Rosa te baño y todo y se amárrame otra vez y yo dice no importa, y después cuando toda la mañana darme suero, bañarme y se darme un cigarro, cada rato se darme un cigarro en la mañana y uno en la tarde (risas)" (Rosa, 2003: 86)

"Muy bonito es la cariño te doy yo, y todas las pacientes darme, mira esa negrita americana, no entiende nada, y yo dice gracias, para yo siente muy bien" (Rosa, 2003: 86)

No, sí, sí! Yo confío en la gente de aquí porque lo comprenden, tienen, tienen… cómo es que se llama, tienen un don para dirigirlo a uno para (risas) mucha comprensión hay" (Roy, 2003: 91)

"… el Hospital lo chinea a uno, todos los que trabajan aquí lo atienden bien a uno" (Roy, 2003: 121)

Dentro de la teoría de la resiliencia y como parte de la evolución del ser humano en el aspecto moral, se identifica el servicio como "la capacidad para entregarse a los demás, para servir, para contribuir al bienestar de otros además del personal." (Puerta, 2002: 29). Este servicio está presente en algunos profesionales involucrados en el proceso de recuperación del usuario, tales como el personal de enfermería; esto se podría justificar con el hecho de que es el personal con mayor contacto e interacción con la población atendida en este servicio.

El "servir" lleva a establecer relaciones en la edad adulta "relaciones que maduran para convertirse en uniones mutuamente gratificantes; lazos personales que se caracterizan por un equilibrio entre el dar y el recibir." (Puerta, 2002: 27). Éstas relaciones son recíprocas entre el personal y los usuarios del servicio en donde cada uno entrega y recibe desde los cuidados básicos hasta llegar a trascender a lo emocional y/ o afectivo.

Lo anterior llevó a superar con éxito los períodos de hospitalización y ser recordados de manera positiva por los investigados; no obstante ellos y ellas están concientes de que puede haber una recaída por las características de la enfermedad pero reconocen que el trato del personal es un factor protector externo.

5.1.5 Apoyo familiar en lo afectivo: Una relación emocional estable con por lo menos uno de los padres o persona a cargo, se constituye como otro factor protector; éste puede encontrase presente en algunas etapas de la vida o en la mayoría; para el caso de María, Rosa y Jesús, la presencia y apoyo de familiares se dio sólo por un período de tiempo corto (niñez y adolescencia), tal y como lo mencionan los entrevistados:

"A mis papás siempre fueron tranquilos, y como era el hijo menor, me llevaban a todo lado, cuando tenía sarampión mis papás con muletas me llevaba por todo San José al Hospital de Niños, cuando tuve sarampión…" (Jesús, 2003: 14)

"En mi casa en Boston vivir con mi mamá y mis tres hermanas. Ajá y mi mamá levanta a nosotras, eh, yo bañar primero, mi hermana así, yo primero, Karen, Laura y Marie nos bañamos y ella hacer desayuno y después se lleva a nosotros en carro a la escuela (…) y cuando se terminó nosotros esperar ella para llevar nosotros con la casa" (Rosa, 2003: 14)

Así mismo, María afirma que la ayuda o apoyo familiar la recibió no sólo de sus padres y hermanos, antes y durante la enfermedad, sino también de parte de una tía:

"…una de mis mejores era mi tía, mi tía la esposa de un hermano de mi papá, ya se murió el señor por cierto, ahí es donde le digo yo que esa familia siempre exactamente ahí es donde está él y me llevo muy bien con ella, muy tierna, ella me ha sabido comprender, me ayudó cuando mis nervios…" (María, 2003: 31)

El reconocer que los padres siempre han estado ahí apoyando, cuidando, significa mucho para Carlos, quién reconoce que:

"…lo que más me gustó que nunca nos dejaran abandonados, que papá no corriera para otro lado porque tenía siete hijos que atender y que mamá no se fuera de la casa para donde un familiar a quedarse ahí, lo que más me gustaba de ellos era que siempre estaba ahí para nosotros verdad …" (Carlos, 2003: 15)

Para el caso de Carlos y Roy la familia se constituye en un factor protector presente en las diferentes etapas de la vida, incluso actualmente; la familia ocupa un papel clave como recurso de cuidado y soporte, son de hecho "los principales cuidadores comunitarios del enfermo mental crónico…" (De la Hoz, et al, 1999: 271); en el caso los dos investigados, la familia se ha hecho presente de la siguiente forma:

"… mis hermanos siempre me han tratado con un respeto increíble, mis hermanas también, mis padres también…" (Carlos, 2003: 2)

"No muy tranquilo de pequeño me quedaba en la casa, como mi hermana me cuidaba cuando estaba pequeño" (Roy, 2003: 4)

"Cuando falleció mi mamá, sí, ahí nos apoyábamos uno al otro y así, si el otro lloraba lográbamos calmarlo y decirle cosas" (Roy, 2003: 52)

"… cuando él estuvo internado nosotros vinimos a visitarlo, incluso mi papá vino a verlo también (…) y todos le dábamos apoyo, más amor, mas comprensión" (Teresita, 2003: 69)

Roy refuerza lo anterior:

"Todos los días venían mis hermanas, cuando estaban muy ocupadas no venían pero ellas siempre venían, siempre se preocuparon de mi situación" (Roy, 2003: 96)

"Diay las personas más importantes ahorita, primero mis hermanos los tres… y otra que puede ser, ustedes también porque me han ayudado a relacionarme" (Roy, 2003: 118)

No solo las relaciones fraternales se evidencian en las diferentes etapas de vida de Carlos y Roy, sino que sus padres fueron figuras de apoyo y contención:

"Ah, mi mamá siempre ha estado en casa cuidándonos, ella nunca se fue a trabajar, mi hermana cuando no trabajaba en ninguna cosas, y mi otra hermana…" (Carlos, 2003: 4)

"Bueno, mis papás imagínese que si eran unidos que les celebramos 50 años de casados…" (Carlos, 2003: 4)

"La persona que recuerdo con más cariño? Ah mi mamá porque siempre le daba el apoyo a uno y le daba la ayuda, el consejo cuando uno lo necesitaba, porque mi papá casi no habla con uno… mi papá es como muy simple, nunca ha hablado así con uno, ni cuando estaba yo allá viviendo" (Roy, 2003: 57)

"… mi mamá lo acostumbró a tratarlo a él con mucho cariño porque le daba lástima de que él fue rechazado por mi papá cuando mi mamá estaba embarazada (…) ah sí, es que Roy eran sus ojos, mi mamá mucho lo quería" (Teresita, 2003: 62)

Actualmente, Carlos se encuentra viviendo sólo pero está rodeado de sus hermanos y hermanas, quiénes constantemente lo visitan, le invitan a su casa y lo hacen partícipe de actividades propias de la familia, como fiestas, paseos, reuniones, entre otros;

"… lo adoran, él ama a ellos, yo tengo una nietita le venía contando que tiene tres años y cuando llama por teléfono y ella contesta el teléfono, ella grita y todo que tío Carlos, que tío Carlos, mis sobrinos, los sobrinos de Carlos todos lo quieren, todos lo quieren." (Rocío, 2003: 34)

Tal y como lo reconoce doña Rocío ella ha sido una de las hermanas que más apoyo y contención le ha brindado a Carlos y que se mantiene pendiente de sus necesidades y acompañamiento hacia él:

"…yo era la que más corría, no es porque me quiera echar flores, pero yo era la que más corría, que las citas, que esto que, que el otro, entonces seguro a él le daba como cólera que yo trataba de estar siempre atenta…" (2003: 33)

Para el caso de Roy, principalmente sus dos hermanas por la cercanía geográfica, son las que más se involucran en el bienestar de éste, ambos lo reconocen como un factor protector que les ha permitido superar las situaciones adversas que han vivido en este país:

"Primero la ayuda que le han brindado aquí, verdad, que lo han animado aquí ustedes que lo han animado mucho, y segundo que él siente el amor y el apoyo que nosotros le damos porque mi hermana y yo incluso, que estamos más cerca de él, incluso mi esposo que es uno que le dice ajá no fue al taller, hoy no fue a trabajar, cochino no se bañó, vaya báñese (risas)" (Teresita, 2003: 71)

"Porque el Señor ve que nosotros también quizá somos una familia unida que a pesar de los problemas o dificultades o crisis económicas que estemos pasando… el Señor ve que la unión familiar de nosotros es grande…" (Teresita, 2003: 73)

El apoyo de la familia se observa también en el compromiso con la rehabilitación psicosocial de Carlos ya que cuando se hizo la solicitud de que alguno asistiera a una de las sesiones del proceso de investigación, el mismo expresa la anuencia de sus hermanos (as) en participar:

"Es que mi hermano dice que usted le mande la cita, él tiene un carrito, le manda la cita y él dice si puede o no puede ese día, pero él perfectamente puede venir aquí a conversar con usted, mi hermano mayor, verdad, pero mis hermanos mayores me tratan siempre como si fuera el hermano menor, no como un hijo pero como si fuera el hermano menor de ellos, así verdad, como que soy el hermano que está enfermo y hay que chinearlo verdad, pura vida, pura vida…" (Carlos, 2003: 4)

No sólo ha estado presentes los familiares consanguíneos, sino que Carlos recibe apoyo y comprensión de parte de otros miembros de la familia como los cuñados, tal y como él lo expresa:

"…para mí han sido dos cuñados que han sido hermanos para mí, me han buscado cuando he estado enfermo para ayudarme, y esos cuatro hermanos dos menores y dos mayores han sido muy especiales para mí, es que yo tengo como algo en mi, como que atraigo la buena voluntad de las personas, la buena voluntad aunque esté enfermo siempre me tratan decentemente con calidad, con cariño, con decencia…" (Carlos, 2003: 13)

Para el caso de Rosa el apoyo que su familia le ofrece desde los Estados Unidos es básicamente económico, ella utiliza este dinero para satisfacer sus gustos más allá de los básicos; tal y como lo expresa:

"Yo en ropa, zapatos but no mucho, sólo para necesito y… yo quiero comprar regalos para quien yo puedo." (Rosa, 2003: 110)

"Mi papá darme plata, y la otra semana vas con darme mis planchas (dientes)" (Rosa, 2003: 110)

"Mi papá pagar para mí, yo llamo él, yo llamar mi ah suegra, díceme yo quiero, yo tengo y se darme, y ella siempre darme plata pero no darme para cigarrillos, mi papá no gusta eso (…) yo dice bueno adiós gracias y en dos semanas yo llamar otra vez y ella dice tu papá se manda la plata y yo dice hay que bueno muchas gracias, entonces dice yo te quiero Rosa…" (Rosa, 2003: 94 – 95)

Una familia que funcione adecuadamente dedicará a sus miembros el tiempo, la aceptación y las herramientas necesarias para fortalecerlos y apoyarlos, la familia es el primer grupo de socialización que brinda protección y seguridad, y se constituye como la primera escuela del ser humano, el aprendizaje básico y que definirá aspectos de la persona se recibe en el seno de la familia.

5.1.6 Incorporación a instituciones de educación formal: Una guía firme dentro de un clima educacional emocionalmente positivo, abierto y orientador mediante normas, beneficiará el desarrollo del niño, adolescente y más adelante del adulto.

La incorporación y participación de las y los entrevistados en instituciones de aprendizaje formal (escuela, colegio, universidad) e informal (cursos libres, INA, entre otros) les ha permitido desarrollar una serie de habilidades, desde la intelectual hasta la de relaciones interpersonales.

Una de las figuras significativas es la maestra, quien es la encargada de desarrollar en el niño (a) las valores, los conocimientos y destrezas básicas que le permitirán enfrentarse al mundo; la visión que desde las y los sujetos se da hacia las y los maestros es de personas al servicio de… y buscando siempre el bienestar de…; es así como Carlos resalta una de las virtudes de su maestra y a la cual a precia a pesar de los años;

"… la maestra la paciencia que me tuvo una maestra duró siete años, seis años bueno con unas cosas conmigo porque yo era hiperactivo y nada se me grababa…" (Carlos, 2003: 3)

"… en la escuela fue la maestra que duró seis años conmigo tratando de enseñarme, después otros maestros, el de religión, el de música, todos ellos magníficas personas, mis compañeros…" (Carlos, 2003: 7)

Se conjuga aquí el hecho de aprender en lo cognoscitivo y de reconocer las habilidades que como persona poseía cuando se participó en la educación formal; así Carlos y Roy resaltan algunas de sus cualidades mientras fueron alumnos de primaria:

"…claro que viera que eran unas notas, unas notas que eran comportamiento, educación, puntualidad eh… educación en el hogar, un montón de conceptos así, en eso sacaba nueve o diez, en eso sacaba, en actitud y respeto nueve y diez, nueve y diez…" (Carlos, 2003: 11)

"No que me sacaba buenas notas, viera que raro era cuando estaba estudiando la niña ponía unas asignaturas en la pizarra y yo lo agarraba rápido de la pizarra, después hacían exámenes y yo casi no había estudiado, sólo lo que ponía l maestra en la pizarra y me sacaba como ochentas y noventas" (Roy, 2003: 11)

Los conocimientos adquiridos en la educación formal e informal permanecen a lo largo de la vida y permiten que, en algunos casos se vuelvan base para el desarrollo de las personas; por ejemplo la relación con compañeros (as) de escuela será la base para que más adelante se lleven a cabo de forma positiva o negativa las relaciones con compañeros de trabajo, estudio, recreación; entre otros.

La aceptación de los otros hacia el sujeto resulta vital para el desarrollo de la personalidad; el sentido de pertenencia y de compañerismo; es en las relaciones con los pares donde se experimenta y se aprenden las normas y reglas que guiarán al ser humano:

"Es que mis compañeros todos se llevaban, me trataban bien pero había unos chiquitos que les gustaba molestar daban bromas y bromas, y yo me quedaba tranquilo ahí…" (Carlos, 2003:3)

"Ah yo era terrible, le levantaba las enaguas a las chiquillas (risas) y me regañaban (…) también era muy popular" (Roy, 2003: 9)

La posibilidad de estudiar y obtener algún grado o título se constituye como una meta fundamental para la vida de algunos de los entrevistados (as) tal y como lo expresa Jesús al afirmar que:

"…y yo seguía en mi estudio, usted sabe cual fue mi experiencia mía más grande? Haber sacado el quinto grado, estaba tan feliz y estudié de noche en una escuela…" (Jesús, 2003: 8)

Así mismo, el hecho de participar en la educación formal, promueve valores como la responsabilidad, el compromiso y la búsqueda de superación personal, tal y como lo comenta María:

"… pero para mí era mejor los dos turnos porque uno aprendía demasiado y es que a mí siempre estuve abierta para aprender y a mí entre más materia me daba con mucho gusto iba a estudiar verdad, porque así me comunicaba con la gente grande…" (María, 2003: 14)

Es así como la escuela y los procesos educativos se constituyen en un elemento de influencia poderosa para el cambio de las y los investigados. El proceso de aprendizaje implica cambio: en lo que sabemos (nivel cognitivo), en lo que percibimos y sentimos (nivel perceptual y afectivo) y en lo que hacemos (nivel interaccional).

A lo largo del aprendizaje, los individuos pueden experimentar cambios de primer y segundo orden, conceptualizados como "…el cambio de primer orden como cambio de una conducta a otra dentro de un modo de comportamiento dado. El cambio de segundo orden implica cambio de un modo de conducta a otro" (Dowling y Osborne, 1996: 202)

Esto implica que "…aprender nuevas ideas y técnicas específicas llegará a formar parte de la serie de respuestas de las que podrán hacer uso en la práctica (cambio de primer

orden), así como del desarrollo de diferentes puntos de vista y creencias acerca de la conducta humana (cambio de segundo orden). "(Dowling y Osborne, 1996: 203)

5.1.7 Experiencias laborales previas: Uno de los factores presentes en la gran mayoría de los investigados (as) es la experiencia laboral, para el caso de Carlos, ésta se encuentra reflejada en el período anterior a la enfermedad y los internamientos, tal y como se observa a continuación:

"Sabe de algo que me puedo acordar que, de la escuela en el quinto grado, casi en el quinto grado, para vacaciones de sexto, trabajaba en una fábrica, a veces trabajaba, muy rara vez, pero a veces de siete de la mañana a nueve de la noche."
(Carlos, 2003:6)

"…yo me llevaba muy bien, es que me tuvieron mucha paciencia, ahí, muy sencillo me tuvieron mucha paciencia y los patrones nunca me regañaron…"
(Carlos, 2003: 19)

"Ah mi hija nació y como… 20 años, como a 20 años yo trabajar (…) si cajera vendiendo la ropa en la… se llama Kresky muy grande, con dos, tres ah… pisos así but yo trabajo con un piso, yo estar la jefe, se pone me la jefe de todo (risas)" (Rosa, 2003: 58)

"O sea, es que, cómo le diría, en el taller que estábamos en Managua, nos íbamos a un lugar que se llamaba las Piedrecitas, era un parque grande entonces ahí nos íbamos mi tío y yo a trabajar, a soldar, a poner portones" (Roy, 2003: 46)

Así mismo, Jesús recuerda algunas de sus experiencias laborales tales como:

"¿sabe cómo nos ganábamos la vida? Trabajando en servicios de, era aquello una cosa diferente, el planché lo teníamos nosotros, hacíamos un hueco bien hondo, hondísimo, hondísimo, en el piso y mi hermano me ponía a mi, mi hermano era un poco mayor, era un poco más fuerte y llenábamos un tarrito y bajábamos y bajábamos y hacíamos huecos grandes verdad y todo eso se ponía, usted sabe para que se usaba eso." (Jesús, 2003: 2)

"Trabajaba también en una finca de una señora que se llamaba Virginia y don Maco, se llamaba Marcos y le decían Maco. Tenían una gran finca y ahí fue donde yo comencé a

trabajar en fincas ahí, trabajé en lecherías, en muchas cosas yo trabajé, sí. Siempre atento a todo" (Jesús, 2003: 3)

Muchos de estos trabajos se dieron durante o posterior al abandono de la educación formal, durante la etapa de la infancia o de la adolescencia, como una estrategia de la familia en que se mantuviera realizando alguna labor, en la mayoría de los casos, remunerada.

Es en el espacio laboral donde se van aprendiendo los modos de vida, las costumbres y donde se obtiene experiencia para enfrentar situaciones diversas a lo largo de la vida, tal y como lo expone María y Rosa:

"En la tienda La Gloria, era ahí demostradora de belleza de… pero mire cuando no sabe uno las costumbres, no sabía yo como era el pago de eso, y era la primera vez que yo iba a trabajar, pero como ellos me vieron tan decidida no me dieron ningún entrenamiento ni nada, me voy yo para la Gloria a trabajar que había que vender productos, que cada producto que uno vendía le traía a uno como un aguinaldo, una cosa así y entonces este, yo era muy buena y diay vendía para todas, vendía de otra marca McFactor, todo, era la que vendía para todo, y no sabía como era el sueldo entonces. Y eso, todas ellas hacían su, su, su cosa eran las que ganaban y yo siempre me moría de hambre…" (María, 2003: 32)

"Yo recuerdo oh cuando estaba trabajando, yo pone todo mi corazón y mi mente en el trabajo, no hablaba a nadie y todo así…" (Rosa, 2003: 59)

"Yo gusta trabajar sola, aprender primero if yo no sabo una cosa, yo pido al jefe but yo no gusta sentar con la trabajadoras conmigo, comer y hablar, no, no" (Rosa, 2003: 65)

Actualmente, sólo María y Carlos se encuentran laborando de manera informal; Carlos realiza labores de costura en su casa de habitación y vende sus productos entre la familia y las personas del Hospital; María se dedica a realizar masajes a dos personas que la han apoyado a lo largo de su vida y recibe una remuneración económica por ésta labor.

El hecho de haber trabajado en diversas partes, les ha permitido tener un mayor conocimiento de las implicaciones de realizar un trabajo remunerado, les ha facilitado relacionarse con compañeros (as) y autoridades (jefes)

"… entonces una de las cosas buenas que hizo el patrón fue darle la plata a mi papá para que lo cancelara, después mi papá le preguntó como cuatro o cinco veces que cuánto era lo que le debía y el patrón siempre se quedaba callado, no volvió a preguntarle y el patrón no volvió a decirle nada más, así que prácticamente el patrón le regaló esa plata verdad…" (Carlos, 2003: 1)

"…y eso fue lo que hice después de salir de la escuela, trabajar, trabajar en la fábrica en lo pesado que eso siempre se me facilitó, alzar pesado y hacer galletas y hacer eh… todo tipo de cremas…" (Carlos, 2004: 9)

No obstante una de las metas identificadas en la población es la oportunidad de poder ubicarse laboralmente, talvez a mediano plazo, así lo expresan tanto familiares como sujetos y el mismo equipo del programa Hospital Diurno:

"***Sí Roy está bien contento aquí, lo único que él quiere a veces o de vez en cuando él me dice yo quiero trabajar, es que no se, como que yo veo que él al mismo tiempo como que él quiere superarse, él quiere independizarse porque dice yo quiero trabajar, él lo que quiere es ganarse un salario" (Teresita, 2003: 71)***

"Lo que pasa es que Rosa es una persona con otras fortalezas que uno podría aprovechar no sólo en el taller sino también en otro lugar, nosotros en algún momento hemos pensado en ubicarla laboralmente porque es una persona con mucha capacidad lo que pasa… bueno vamos a trabajar en eso este año (…) lo que es el Consejo se había pensado ubicarla a ella en un supermercado pero estamos esperando porque yo siento que Rosa ya llego al límite de estar aquí en el Hospital y que podría ser una persona para ubicarla en otro lugar" (Danubia, 2003: 77)

Lo rescatable de ambas afirmaciones es la presencia de experiencia laboral previa en ambos sujetos durante las etapas de la adolescencia y edad adulta temprana, que les dieron algunas herramientas para desempeñarse en un trabajo; actualmente ambos poseen el interés y la disposición para hacerlo y cuentan con familiares o ayuda institucional que los motivan y apoyan para poder alcanzar una meta más, en este camino de superación de adversidades.

5.2 FACTORES PROTECTORES INTERNOS

5.2.1 Espiritualidad: "el ser humano parece ser un animal religioso. (…) es un hecho indiscutible que las creencias religiosas canalizan y guían, de una forma muy significativa, el comportamiento cotidiano de los individuos" (Fernández y García, 2000: 24). Dentro del enfoque de la resiliencia se destaca este factor como una dimensión vital del desarrollo.

En todos los sujetos entrevistados desde la infancia se identifica la creencia en un ser superior:

"Sí, asistía a la Iglesia Católica (…) hice la primera comunión también (…) iba al catecismo los días entre semana… no me acuerdo bien los días. En uno le decían el omni cristi, en Nicaragua, o algo así se llamaba y habían un montón de monjas y ellas nos enseñaban a aprender el… cómo es que se llama el librito ese? Bueno un librito que trae cosas para prepararnos para la primera comunión" (Roy, 2003: 30)

"Cuando era un muchacho me gustaban los cantos, las alabanzas y todo eso, las alabanzas y ver qué habla el sacerdote para compararlo con la Biblia, si porque yo era así, me hablaban de algo y yo lo comparaba con la Biblia" (Roy, 2003: 34)

"Yo, hice la primera comunión, me confirmaron a los cinco días de haber hecho la primera comunión, y nada más…" (Carlos, 2003: 14)

Una vez que inicia la enfermedad mental, aproximadamente en la edad adulta temprana, este factor cobra mayor importancia; ya que como señalan Fernández y García "un punto de apoyo espiritual parece ser necesario para todos los hombres sanos y, especialmente, los enfermos". (2000: 31)

"Comencé a ir a la Iglesia sí, porque después me agarró una quiebra huesos, estaba en la cama y no podía moverme porque me dolía todo el cuerpo, tenía calentura pero muy fuerte, entonces yo no sé, como que una voz me decía a mí por dentro no vas a la Iglesia, entonces un día yo fui a la Iglesia a ver qué pasaba ahí, a los 25 años fui a la Iglesia y sí

acepté al Señor y él me cambio. Sí porque yo sé que fue él porque uno, uno no cambia" (Roy, 2003: 82)

Dentro de la espiritualidad, existen diversidad de creencias religiosas; posterior a la aparición de la enfermedad se evidencia en los sujetos la búsqueda de la más adecuada para encontrar una esperanza o un significado a lo que les está ocurriendo. De lo anterior se desprende que "Las religiones, además de dar sentido a la vida, ayudan al ser humano a otorgar un significado positivo al dolor y al sufrimiento" (Fernández y García, 2000: 35).

"Mi iglesia directa es Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, esa es la directa pero cuando yo voy, digamos hay un bus que pasa por la casa que lleva a Rosa de Sarón, pero yo no asisto a la iglesia no por confusión, más bien por saber más de lo que me van a hablar un día en cualquier momento que otra persona que si yo no estoy enterada de las cosas me lava el cerebro verdad, entonces hay que saber los daños y los males y toda esa cosa, entonces por ejemplo ahí donde yo voy hay hermandad pero no hay humildad, o tal vez si hay humildad no sé una cosa así verdad, por ejemplo cuando yo necesité de la iglesia la gente no me ayudó, y entonces yo pedí a Dios, entonces yo fui a Rosa de Sarón, me sentía muy bien pero me enfermaba de los nervios, cuando yo empecé otra vez a visitar Jesucristo de los Santos de los Últimos Días este, me volví a sentir mejor, y o sea lo que ahí se enseña es muy sagrado, entonces digo yo, yo recibo a Dios siempre que yo voy…" (María, 2003: 64)

"…después empecé con una falta, pero falta una necesidad de estar yendo a la iglesia católica, a escuchar misa a desahogarme con el santísimo verdad mentalmente, y yo sin la misa no podría estar porque siento que me hace falta algo como dentro de uno, algo, algo, como, como estar en un lugar muy caluroso y que llegue una brisa fresca…" (Carlos, 2003: 14)

Actualmente todos los sujetos cuentan con una creencia religiosa que, de una u otra manera los contiene en su enfermedad y les provee esperanzas a futuro. Algunos aspectos positivos planteados por Casas y Campos (2002) que se pueden reforzar son:

- "No evita los problemas, sino que es un recurso para hacerles frente con total entendimiento.
- Le permite ordenar las prioridades y redescubrir la fortaleza esencial del espíritu.
- La espiritualidad se suma a los recursos internos de una persona.

"Ahora yo estar hablando con Jesús, pidiendo él para no vuelva enferma, sí" (Rosa, 2003: 105)

"Sí, yo canto en la iglesia y yo pido a Dios para mi mamá llamarme…" (Rosa, 2003: 118)

"Ah sólo confío en Dios porque El es el que ahora me lleva a mí, me pone las pruebas, El es el que me da todo" (Roy, 2003: 91)

"Sí y el Señor también me sacó, porque yo se que El fue el que me sacó de los vicios, el guaro y la enfermedad, todo eso" (Roy, 2003: 56)

Como afirman Casas y Campos "Con un enfoque espiritual se puede percibir el sufrimiento inevitable, como una oportunidad para demostrar la capacidad del ser humano para ir más allá del dolor y el sufrimiento, haciendo uso de su desafiante poder del espíritu humano" (2002: 82)

"Bueno primero me ha hecho tener más fe en Dios, me ha acercado, no digamos demasiado pero sí me ha acercado bastante a Dios, y ha cambiado como era antes, no ahora es totalmente diferente, y así yo digo que un poquito más adelante, si Dios quiere que tenga vida, entonces hago esas, esas ideas, trabajo y todo eso, entonces ir aumentando y componiéndome poco a poco, irme moldeando para hacer mejor las cosas el día de mañana" (Roy, 2003: 121)

Paralelamente se presenta la búsqueda de consuelo de los familiares para la comprensión de la enfermedad mental. Al respecto recuerda la hermana de Roy:

"… yo le pedí a Dios: Señor yo no quiero ver más a mi hermano así, yo no quiero, incluso yo le pedí a Dios, si es tu voluntad llevártelo, llevátelo pero yo no lo quiero ver más sufrir, yo no quiero estar sufriendo, porque todos nos sentíamos mal, no sabíamos para dónde coger…" (Teresita, 2003: 68)

5.2.2 Relaciones de pareja: en todos los entrevistados se identifica que a partir de la adolescencia, surgen las primeras atracciones por el sexo opuesto pasando por períodos

cortos de noviazgo que de una u otra manera llenaron las necesidades afectivas de este período y aún son recordadas con cariño.

"El escribe una carta de verme y sube la carta un amigo de él, y yo estar en mi clase y amigo venir y venga conmigo y darme la papel entonces dice oh me gusta usted, pregunta tu quiere ser mi novia y yo dice ah… el amigo de él espérame cuando el clase termine y yo ir a ver si me gusta y… uh qué guapo" (Rosa, 2003: 34)

"Ah se llamaba Melba Henrieth, viera qué inteligente así como usted y tenía diesi… cuando tenía, 15 años y ya iba a salir del colegio, iba a estudiar para abogacía, seguro ya es, quién sabe" (Roy, 2003: 48)

"Hasta lloraba ella, es que yo me iba a venir para Costa Rica, yo me despedí de ella, después me mandaba cartas" (Roy, 2003: 48)

"No, recuerdo de que es muy lindo el amor y andar así compartiendo, que alguien lo apoye a uno porque siempre uno necesita de una mujer para que lo apoye a uno" (Roy, 2003: 56)

"…algo muy especial eh… era bellísima, tenía un pelo muy bello, una cara muy bella, era así como rellenita, gordita, era muy bella, muy bella ella, muy bella, imagínese lo que sería verla ahora ahí sentada chiquitita de ocho, nueve años si estaba chiquitilla…" (Carlos, 2003: 8)

"…es que la idea mía era casarme con una, con la hija del patrón verdad, pero más adelante verdad, pero yo tuve una relación con ella de patrón a, de hija de patrón a empleado…" (Carlos, 2003: 23)

Únicamente en el caso de las mujeres fueron quienes lograron formalizar su relación sentimental mediante el matrimonio en la edad adulta temprana. Se podría afirmar que "… en nuestra cultura la mayoría de personas se casan porque se enamoran, desean compartir su vida, para tener hijos y porque piensan que su vida se enriquecerá con nuevos ingredientes como pueden ser la satisfacción sexual, el sentimiento de pertenecer a alguien o de sentirse necesario" (Belart y Ferrer, 1999: 55).

Para el caso de María recuerda:

"A mi novio lo conocí desde los 13 años, en el cole y luego quedé embarazada y nos casamos" (María, 2003: 56)

"Nosotros estábamos enamorados, y yo estar embarazada, entonces se firma el papel de casados para tener un familia juntos" (Rosa, 2003: 56)

Al abordar esta etapa de su vida Rosa se refiere a él como un hombre celoso, machista, irresponsable, alcohólico, fármaco dependiente, agresor físico, psicológico y sexual; de una u otra manera atribuye los inicios de su enfermedad mental a él. Lo único que logra rescatar de su matrimonio fue la llegada de sus dos hijos:

"Lo más lindo… el chiquitos, sí eso está buscando yo para no se terminar la escuela, un chiquito, ser mamá, y todo (…) regaló muy bonitos hijos y él díceme también, yo te amo usted por darme dos bonitos hijos"" (Rosa, 2003: 47)

Se identifica la existencia de los hijos como el principal factor que motiva a Rosa a venir a Costa Rica en búsqueda de ayuda para su problema de fármaco dependencia, alcoholismo y enfermedad mental:

"Yo dice, mami yo no quiero fumar drogas más, yo vas con Costa Rica y yo busco la plata y cuando yo tener 109 dólares yo fui para mi pasaporte, a mean, un campo para mi montarme en un avión y yo dice mami ya te vas, y ella dice ay mi chiquita, otra ves, y ella llora y estar triste para yo estar fumando droga, por eso ella no quiere hablar conmigo y yo dice mami por favor yo quiero ver mis chiquitos (…) y ella lleva al aeropuerto y ellos lloran" (Rosa, 2003: 69)

Actualmente los hijos continúan siendo factor que motiva a María y Rosa para mantenerse libre de droga y compensada mentalmente con la esperanza de algún día reencontrarse con ellos.

"Bueno, ahorita mi meta es, son mis hijos, ahorita los dos me tienen muy preocupada sobre todo el pequeño que no sé que está haciendo, él necesita ahora un apoyo familiar, y siempre encuentra rechazos, y cosas así, pero yo quisiera que vean en una persona de que seguridad lo que ellos estén haciendo no les estorbe ni les haga daño, sino que les ayude a pensar. " (María, 2003: 50)

"Yo quiere mi hija y mi hijo, se faltan mucho, estar pequeños cuando yo dejarlos, estar grande ahora, yo desea vivir con ellos, son parte de mí y es muy malo para quedarme aquí sola, yo quiere la op… opi… oportunidad para vivir con ellos un poquito más" (Rosa, 2003: 111)

Actualmente la única sujeta que se encuentra formando parte de una relación sentimental es Rosa. Su pareja, también usuario del programa Hospital Diurno, presenta antecedentes de alcoholismo y fármaco dependencia, al igual que ella es diagnosticado con esquizofrenia paranoide. La enfermera jefe identifica a Leo (la pareja) como una persona significativa en la vida de la sujeta:

"Yo creo que ahorita es Leo, creo que si porque incluso ella me decía que es con la persona que se ha sentido mejor después de muchos años de andar buscando, incluso su relación es muy satisfactoria y me refiero a la relación sexual, verdad que es muy satisfactoria y eso le ha permitido ya estar creo que un año con él, o tal ves más" (Danubia, 2003: 79)

En el aspecto sexual, Rosa refuerza lo expresado por la enfermera:

"Yo gusta hacer el amor con él y él gusta comer y yo gusta verlo comer, but él no le gusta así te digo come Rosa y yo dice no quiero, en los restaurantes así en San José yo viendo nada más si comía y yo dice qué hombre come mucho y ser muy flaco, y se díceme ay Rosa tu muy caliente mira qué flaco yo estar haciendo mucho el amor con usted (risas)" (Rosa, 2003: 97)

"Yo estar caliente, más caliente de cuando joven, cuando joven no quiere ahora sí" (Rosa, 2003: 36)

"Oh cuando yo no quiero está bien. But yo ahora cuando tengo años es mejor, yo ahora mayor yo quiere hacer el amor, es que Leo es la primera persona que darme orgasmo" (Rosa, 2003: 55)

"Con Leo él te hace el amor para yo te gusto, con mi esposo hace el amor para él gusto, y ese era el problema" (Rosa, 2003: 56)

Aparte de la satisfacción sexual, Leo cubre otras necesidades de afecto de su compañera ya que es la única persona del programa Hospital Diurno con que Rosa se relaciona con mayor facilidad:

"Leo se darme besitos…" (Rosa, 2003: 99)
"Leo se chinea yo…" (Rosa, 2003: 111)
"Aquí yo sólo hablar con Leo nada más" (Rosa, 2003: 112)
"El quererme mucho, en serio" (Rosa, 2003: 113)

Dicha relación cuenta con el conocimiento y aprobación del equipo del programa Hospital Diurno, la cuidadora del albergue y la madre de Leo. Tal como se desprende de afirmaciones tales como:

"La mamá díceme cuide, ah en noviembre, no agosto, ay como estar usted en baile, diga Leo bailar con usted y yo dice él no quiere, y ella ay por favor enséñalo" (Rosa, 2003: 97)

"El viene los fines de semana y se gana unos 5000 colones sábado y 5000 colones domingo, entonces yo les dije guarden el dinero y les doy la oportunidad de que vayan a un cuartito a tener su relación porque la idea no era quitarles eso, ellos incluso ahorita así se manejan…" (Danubia, 2003: 75)

"Cuando nosotros estar en esa casa ahora en Alajuela, en Alajuela se dice cómo está Leo y yo dice bien, está portando bien, ella (cuidadora) (dice cuando él quiere venir pídeme permiso y yo se doy permiso" (Rosa, 2003: 113)

Existe la posibilidad de que Rosa pueda unirse una vez más de manera formal con su pareja, no obstante aun mantiene sus dudas al respecto.

"El dice con la pagarle el trabajo de la… parqueo, ahora dice ay yo quiero usted vivir conmigo, que pereza yo llegar para mi cuarto solo" (Rosa, 2003: 96)

5.2.3 Valores: "Los valores morales son los que orientan nuestra conducta, con base en ellos decidimos cómo actuar ante las diferentes situaciones que nos plantea la vida. Tienen

que ver principalmente con los efectos que tiene lo que hacemos en las otras personas, en la sociedad o en nuestro medio ambiente en general" (LA NACIÓN, 2004: 5).

Dentro de la teoría de la resiliencia se presenta el factor interno de la moralidad que se traduce en el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a una conciencia moral, a la capacidad para comprometerse con los valores y discriminar entre lo bueno y lo malo. Aquí el sujeto desempeña un rol activo, no pasivo.

En la población sujeta de estudio se logró identificar la presencia de valores a lo largo de las diferentes etapas de la vida que les han permitido relacionarse adecuadamente con las diferentes personas y tener un buen funcionamiento en la vida en sociedad.

En el aprendizaje de los valores la mayoría de los (as) sujetos (as) recuerda sus inicios dentro del sistema familiar en donde personas que asumían un rol parental fueron quienes se los trasmitieron.

"Eh bueno, ah sí, mi mamá nos enseñaba a orar antes de acostarnos y levantarse si… nos daba muchos consejos, para aprender que era lo bueno y lo malo" (Roy, 2003: 31)

"Me enseñó a ser educado, servicial, a ayudar al necesitado cuando nosotros tengamos y otros no tengan, a compartir, a veces llegaban los familiares a la casa y no tenían dónde vivir entonces los metíamos ahí mientras se buscaban otro lado" (Roy, 2003: 32)

"Sí claro siempre cuando me recogía del kinder ella me llevaba a los trabajos donde ella iba y yo le ayudaba a lavar los platos" (Roy, 2003: 24)

Para la etapa de la adolescencia se desprenden de ciertas expresiones, valores relacionados con los inicios de relaciones con personas del sexo opuesto y que aún se mantienen vigentes.

"Cuando yo estar con un novio yo no estar con otro hombre…" (Rosa, 2003: 58)

Ah no, por eso me ponía a pensar yo dejar un hijo y después me voy para allá (Costa Rica), no yo perdí un montón de oportunidades (risas) pero ya dije que mejor no, o sea estaba bien dicho que mejor no me acostaba con ellas" (Roy, 2003: 49)

"Diay aprender a no confiar en nadie, en las mujeres, primero hay que examinarlas como son, conocerlas más porque irse así a lo profundo es muy peligroso, mantener una familia si sale embarazada y si no sale embarazada puede pegarse una enfermedad, algo así, entonces mejor cuidarse, aprendí a cuidarme más" (Roy, 2003: 77)

Para inicios de la edad adulta temprana los sujetos (as) recuerdan aprendizajes como:

"Ah muchas cosas aprendí en el trabajo, la disciplina que se maneja, el estudio que es muy importante verdad, el estudio porque ahora sin estudio cuesta conseguir un trabajo… entonces sí, el estudio y la disciplina que le dejaban a uno las tareas que uno cumplía" (Roy, 2003: 54)

"Cuando yo estaba con drogas, con crack, oh no, yo nunca robé a nadie" (Rosa, 2003: 59)

Actualmente se mantiene la presencia de valores como "la capacidad para reconocer los propios valores y fortalezas, lo que permite aprender de las experiencias dolorosas y comunicarlas sin angustia ni vergüenza. Capacidad para valorar y decidir cuáles comportamientos se deben asumir." (Puerta, 2002: 29). Esto se percibe en las expresiones de las y los investigados tales como:

"Cuando mi papá manda plata, yo compro… ah comida para todos en la casa, pizza, pollo frito" (Rosa, 2003: 95)

"Yo nunca se vas con… ah, discriminar el enfermo, para yo dice, yo gusta, ellos estar enfermo but cuando se hace una cosa yo hablar con ellos (…) no dice yo no quiero para tu ser enfermo, así se siente con todas las personas aquí, yo hablar" (Rosa, 2003: 114)

"Respetar a los demás, digamos si yo imito a alguien y está poniendo apodos entonces le voy a caer mal, voy a ser igual a esa persona, tengo que respetarlos sin decirle apodos, ni nada" (Roy, 2003: 110)

"Respetuoso, a mi me gusta respetar a los demás, sea grande, sea pequeño, sea mediano, sí me gusta respetar a todo el mundo, pero a veces no lo respetan a uno pero diay" (Roy, 2003: 113)

"Diay, ayudar a los que necesitan de mi ayuda, digámoslo así, o piden un favor entonces yo se lo hago a los que me piden ayuda, entonces yo voy y lo hago, cualquier trabajo cualquier mandado así" (Roy, 2003: 113)

"Ella dice no se siente Rosa, yo te amo usted, tu es mi amigo, amigos ser así y yo dice gracias para yo no tener amigos, solo ella. Y yo cuando tengo plata yo se doy ella (…) y ella dice usted no tener pensión, no, no" " (Rosa, 2003: 114)

De las anteriores afirmaciones se desprenden valores como la solidaridad o compartir lo que se tiene con los compañeros (as), la importancia de no discriminar a las personas, el respeto por las mismas, el trato igualitario independientemente de la edad, sexo o condición; la colaboración; y la amistad.

5.2.4 Insight (aceptación) de la enfermedad: uno de los elementos más destacados en las historias de vida es el hecho de que las y los entrevistados reconocen y entienden su enfermedad lo que les permite aceptarse a sí mismos; esto posibilita su desarrollo, crecimiento y cambio. Al respecto Rosa recuerda su período de adolescencia en los Estados Unidos donde se enteró en el Hospital que era portadora de una enfermedad:

"Y ellos dicen mí, ah usted es esquizofrenia paranoide, paranoica, y se darme pastillas y yo siente como que te ponen una la… chaqueta, yo siente así con pastillas y yo dice ay no yo no estar enferma, yo no necesar eso, las pastillas es muy malo para mí y yo dice por favor calme las pastillas, no, no y echarme en la calle como tres meses…" (Rosa, 2003:40)

También recuerda la reacción de la familia ante este diagnóstico:

"El doctor o seguro social se dice esta enfermedad que yo tengo es necesario tomar tus pastillas, viene a cada rato y todo así but no se pensar en tu familia mucho para un montón de esa enfermedad, tu familia se deja a ustedes sola. Si para yo estaba diciendo por qué mi mamá no venir y por qué mi hermana no hablar conmigo y ellos no quiere hablar conmigo" (Rosa, 2003: 68)

La aceptación de la enfermedad involucra reconocerse como portador de una esquizofrenia y entender que quizá en la familia sólo él o ella la presenta, de ésta forma Carlos comenta que:

"… yo soy el único que padezco de la cabeza, el único que padezco de la cabeza, el único, único, que padezco. Los otros a veces se alteran, son a veces machistas pero no pasan de eso, y yo creo que al único que se le ha diagnosticado una esquizofrenia maníaco – depresiva es a mí nada más," (Carlos, 2003: 1)

El hecho de reconocerse con una enfermedad mental les permite aceptar que, aunque en su vida desean y sueñan, al igual que todos los seres humanos tienen limitaciones en algunos aspectos:

"Autoaceptación quiere decir que la persona se acepta a sí misma plenamente y sin condiciones tanto si se comporta como si no se comporta inteligente, correcta o competentemente, y tanto si los demás le conceden como si no le conceden su aprobación, su respeto y su amor" (E,. Ellos citado por Bonet, S.F.: 46)

"…porque si algo me he esforzado yo, siempre le he puesto amor y me he esforzado y no he podido aprender todo porque no he podido, porque son 30 años de estar tomando un tranquilizante, desde los 15 hasta los 45 de retener, yo no puedo retener, yo no puedo retener algo…" (Carlos, 2003:11)

Por autoaceptación entendemos: a) el reconocimiento responsable, ecuánime y sereno de aquellos rasgos físicos y psíquicos que nos limitan y empobrecen, así como de aquellas conductas inapropiadas y/o erróneas de las que somos autores; b) la conciencia de nuestra dignidad innata como personas que, por muchos errores o maldades que perpetremos, nunca dejaremos de ser nada más y nada menos que seres humanos falibles." (Bonet, S.F.: 46)

La autoestima juega un papel importante en el reconocimiento de la enfermedad, concebida ésta como "la apreciación que el niño va haciendo de sí mismo, que con los años tiende a mantenerse en forma más o menos constante y que debería integrar la

autopercepción realista que incluye los aspectos potentes y más débiles de sí mismo," (Molina et al, 2000: 3)

El apoyo brindado por las instituciones y los profesionales, así como por la familia y personas significativas, permea la aceptación de la enfermedad y le permite al sujeto (a) reconocer cuáles características o síntomas los hacen sentirse enfermos y/ o sanos:

"…ahora tengo tres años de no oír voces, tres años y tres meses de no oír voces verdad, de no tener relaciones imaginarias con personas, con personas no imaginarias sino con personas allegadas a uno de frente, de la orilla, de cualquier lado…" (Carlos, 2003: 12)

La constancia en la medicación hace que la enfermedad mental se mantenga controlada y de esta manera se eviten los períodos de hospitalización. En todos los casos los entrevistados (as) manejan su propio tratamiento y se encuentran concientes que, en gran medida, esto es lo que los mantiene compensados, a pesar de los efectos secundarios:

"Oh las pastillas es un salvada, yo nunca voy dejar mis pastillas para nada, esas pastillas aquí en Costa Rica es bueno, yo haber todo tomado las pastillas y es mejor, en los Estados Unidos qué locos se sienten y terrible…" (Rosa, 2003: 105)

"Nombre yo, yo traté así a ver cuál era mi comportamiento de dejarlas, yo estuve sin tomármelas un mes y qué va, tuve que venir a emergencias (risas) porque si no me las tomaba viera que feo todo el cuerpo y la lengua" (Roy, 2003: 89)

"Es que lo que me manda el doctor yo me lo tomo sin pensarlo dos veces" (Carlos, 2003: 17)

De acuerdo con la O.P.S. (1997: 26) uno de los factores protectores es la introspección desde el "yo" que consiste en "el arte de preguntarse a sí mismo y darse una autorespuesta honesta, para poner de este modo a funcionar la autoestima del sujeto"; para el caso de las y los entrevistados, el reconocerse enfermos y definir hasta dónde llegan sus capacidades les ha permitido avanzar y aceptar que aunque poseen una enfermedad mental ésta no es obstáculo para continuar su vida y para proponer metas y edificar sueños.

La introspección como un elemento de la resiliencia está vinculado con la teoría de las múltiples inteligencias, una de ellas se conoce como la "Inteligencia Intrapersonal" concebida como "… el conocerse a sí mismo. Una persona que posee un alto grado de inteligencia Intrapersonal conoce sus fortalezas y sus debilidades, sus deseos y sus miedos, y puede actuar sobre la base de ese conocimiento en formas que le permitan adaptarse a las circunstancias" (Goleman, 2000: 99). En el caso de las y los investigados el reconocerse a sí mismo, representa un proceso importante pero difícil en algunas situaciones, ya que según comenta Gardner citado por Goleman, "A menudo esta inteligencia es invisible, se reduce a conocerte muy, muy bien y usar ese autoconocimiento en forma productiva" (2000: 100)

5.2.5 Rasgos de la personalidad: Los seres humanos poseemos diversas características que nos hacen semejantes y diferentes unos con otros. Cada uno (a) refleja lo que es, lo que sabe, lo que quiere y lo que piensa de diferentes formas; las fortalezas y habilidades que cada uno posee le permiten enfrentar la vida con variadas visiones de mundo.

Cuando hablamos de factores protectores personales que nutren los procesos de resiliencia en el ser humano, estamos hablando de aspectos tales como: la capacidad para averiguar el significado, sentido y coherencia de la vida, autoestima, concepción positiva de uno mismo, el sentido del humor, responsabilidad, compromiso, entre otros.

Uno de esos factores es la resolución de problemas entendida como "… la habilidad de pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente y la posibilidad de intentar soluciones alternativas para problemas tanto cognitivos como sociales" (OPS - OMS, 1998: 38); este factor se observa en las diferentes etapas de la vida y permite que el ser humano posea capacidades para la resolución de conflictos. De ésta forma se observa en las y los investigados ésta factor cuando comentan que:

"… hace poco un compañero aquí en el hospital me dice, es que voy a preguntar qué efectos secundarios da el medicamento entonces le digo yo para que va a preguntar con tanta marihuana y tanto licor y vas a preguntar por los medicamentos verdad, entonces

él se paró y me metió un manazo, y yo me paré y era hora de irse y me fui para la casa, otro día el compañero me dijo que no había podido dormir, que si me disculpaba verdad…" (Carlos, 2003: 3)

Así mismo, María ha enfrentado diversas situaciones problemáticas y ha utilizado sus habilidades y redes de apoyo para manejar los conflictos, tal y como ella lo expresa:

"…tengo un problema con un muchachito de acá que era compañero aquí de piñatería, él íbamos con el con todas las cuestiones pero él ya me estaba besando y todo pero yo no tenía nada con él me dice, no se que me estaba diciendo afuera pero le digo quién le ha dado permiso a usted de decir que yo soy su novia le digo yo, si yo no soy nada (…) cuando hubo clases de baile trató de imponérseme él y entonces no me gustó, (…) y le pedí a Dios que hoy viniera para hablar con él delante de Danubia para que él tenga un respeto que yo no le estoy diciendo…" (María, 2003: 46)

Por otra parte, la autonomía refleja un sentido de independencia y responsabilidad, cualidades que le permiten a las y los sujetos llevar las "riendas" de su vida, definir qué quieren, hacia dónde van y cómo lograrán cumplir sus sueños y metas comprometiéndose consigo mismo. La autoestima "…destaca la importancia de tener un locus de control interno y el sentido de poder personal" (OPS - OMS, 1998: 38), así mismo se identifican en éste factor la autodisciplina y control de impulsos; la representación de éste factor en uno de los sujetos se observa en el seguimiento y compromiso tanto con la medicación como con la rehabilitación social a través de los talleres en el Hospital Diurno, y se perfila como una cualidad sobresaliente en Carlos, no sólo desde la óptica de la familia:

"…ya después con el tiempo él vio, yo quiero seguir, yo quiero vivir solo, yo quiero que ustedes me enseñen a cocinar, yo quiero que ustedes me enseñen a planchar, que me enseñen a lavar ropa que yo la verdad no puedo seguir así que todo me lo hagan." (Rocío, 2003: 30)

Este sentido de responsabilidad se observa no sólo en las labores cotidianas, sino en la constancia en la medicación:

"…él se va un fin de semana para mi casa y él llega y pone en el cuarto donde él duerme, en mi casa pone la cajita con las pastillas y la hora, y

"…el sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos elementos del propio ambiente" (OPS – OMS, 1998: 38)

mi esposo lo vacila, hay cuñado para que todo eso, qué se le va a olvidar si usted sabe que se la tiene que tomar a las ocho, no se me olvida pero nadie sabe." (Rocío, 2003: 30)

Las cualidades se observan también desde la óptica de las y los profesionales del Hospital Diurno y la familia quiénes expresan que:

"…Carlos tiene bueno, la responsabilidad, es una persona muy disciplinada eh… continua su tratamiento al pie de la letra, su control también, con buena contención familiar, considero yo verdad, este, bueno, él se va a retirar y él es tan minucioso que si cinco minutos más, cinco minutos pide permiso verdad…" (Danubia, 2003: 1)

"Rosa siempre ha sido una persona muy funcional, en donde se le pueden dar muchas responsabilidades, ella asume responsabilidades bastante adecuada, es una persona muy tranquila que asume muy bien el tratamiento (…) es una persona muy disciplinada, es una persona honrada, responsable, como fortalezas… ah bueno cuidada en su aspecto personal" (Danubia, 2003: 74, 76)

"Roy en lugar de darle yo ánimo, él me da a mí, entonces digo yo que es una gran regalo, digo yo, que francamente él ha hecho maravillas en nuestra familia porque él es un gran regalo que Dios nos ha dado…" (Teresita, 2003: 73)

La independencia definida como "… la capacidad de establecer límites entre sí mismo o sí misma y los ambientes adversos, para mantener la distancia tanto emocional como física" (Bosch, 2002: 34) se evidencia en el actuar de Carlos y le posibilita hacerse cargo de los problemas y ejercer control sobre ellos; proponiéndose tareas cada vez más exigentes; o sea retándose a sí mismo en la consecución de objetivos y metas.

Estas son algunas características temperamentales que favorecen un manejo efectivo de las situaciones; a ellas se les pueden sumar otras tales como: flexibilidad, orientación para un acercamiento efectivo a personas o acontecimientos, control de impulsos y de reacciones, capacidad de comunicación interpersonal, una buena capacidad de comunicación verbal.

Otro factor protector son las experiencias de auto eficacia, control interno de ubicación, confianza en sí mismo y un auto concepto positivo; tal y como se evidencia en el discurso de Carlos, donde se reconoce así mismo como una persona con valores:

"Soy honrado en el taller, honrado en el… en la casa, honrado en el bus, honrado en la calle, (…) pero me han criado, me enseñaron a ser honrado…" (Carlos, 2003: 4)

Así mismo, el sujeto es capaz de reconocer sus esfuerzos y la satisfacción que los mismos le producen al conseguir lo que quiere:

"…pero había otra cosa que era muy joven, era muy joven, estaba jovencito y todo el esfuerzo que hacía yo sentía que valía la pena porque, me costaba mucho hacer las cosas." (Carlos, 2003: 7)

La confianza que el ser humano tenga en sí mismo y en los demás se constituye en una herramienta para lograr los objetivos planteados y continuar luchando a pesar de las adversidades encontradas en el camino:

"…pero lo que yo veo y lo que no, a pesar de las dificultades del trabajo y esto y el otro, yo encontré mucha comprensión en todo el mundo, en todo el mundo, como que a mí me acompaña algo especial, algo especial porque yo veo que las personas se me acercaban y nada más a darme consejos o a conversar conmigo, pero nunca con malas intenciones…" (Carlos, 2003: 7)

El sentido del humor se perfila como uno de los factores protectores presentes en algunas personas; supone algo más que pasársela bien, "…la base del sentido del humor es el sufrimiento. La gracia suele implicar el reconocimiento de lo imperfecto, del sufrir que acabamos integrando en la vida de forma positiva, con una sonrisa." (BICE, 1998: 26)

"Es que lo más agradable que yo tuve que era cualquiera de las distracciones fue cuando nació mi hermanita. Porque era muy linda, era una muñeca, le digo yo a mi mamá por molestarla mira Doris, tuviste una muñeca (risas) le decía yo a mi mamá, así se llamaba, le digo mira Doris tuviste una muñeca, le digo yo, mira así vulgarmente se tiene un tamal así como el tuyo (risas)." (María, 2003: 9)

"Si esa foto es parte de cuando estaba allá en Nicaragua, mirá aquí sólo se me ve la marimba (risas)" (Roy, 2003: 28)

De acuerdo con el BICE, la auténtica gracia "…puede ser algo más sutil que un simple mecanismo de escape: escapar es apartarse de una realidad desagradable, pero lo que hace la gracia es incorporar esa realidad a la vida y convertirla en algo más soportable y más positivo." (PANIAMOR, 1998: 26). Es de esta forma, como María enfrenta las situaciones que vive con su madre desde niña, y los límites que sus padres le definen debido a su comportamiento creativo e hiperactivo:

> "Esto significa tener la habilidad para lograr alivio al reírse de las propias desventuras y encontrar maneras alternativas de mirar las cosas buscando el lado cómico" (OPS - OMS, 1998: 37)

"…entonces me subo yo al árbol de jocotes y mi mamá, bajate de ahí porque te vas a caer, mira que si te quebrás esas patas yo te las termino de quebrar le decían a uno (risas) y por no hacer caso y voy y me subo…" (María, 2003: 10)

"Y quien ejerza la difícil virtud de reírse de sí mismo ganará en libertad interior y fuerza" (BICE, 1998: 28). A lo largo de las historias de vida, se observó que la capacidad que tienen las y los entrevistado de reírse y de extraer lo positivo de todas las vivencias (ya sean buenas o malas) les ha permitido aprender y mejorar; así como sobrellevar aquellas situaciones que les causan estrés y que pueden convertirse en factores de riesgo para su salud mental.

Este factor inicia como una simple risa o sonrisa y con el transcurrir de los años y la experiencia se forma un sutil sentido del humor. Algunos exponentes del sentido del humor son lo siguientes: "…ternura por lo imperfecto, aceptación madura de los fracasos, traslado conceptual, paradoja, confianza incluso cuando las cosas salen mal…" (BICE, 1998: 28)

"…ese vestido así si está raspado y todo se lo pone así porque sólo ese tiene, vea que es para la noche, ya he hablado mucho, y era terca, me subo al árbol y se desgaja la rama (risas) vengo de rama en rama, hay y es que me partió acá el árbol, bueno que pasó, no quería hablarle verdad a mami…" (María, 2003: 10)

"Un día agarré una muchacha y… se puede contar? No una chiquilla estaba yo en una guardería, yo allá por la Corte, ahora es una universidad eso, entonces estaba una chiquilla, una muchacha pequeña, nos íbamos detrás de un cajón y nos dábamos besos; y dice cómo se besa?, me dice la carajilla, y yo le digo bueno páseme la escupa suya y… (risas)" (Roy, 2003: 55)

Es necesario reconocer que las y los profesionales identifican fortalezas en las y los investigados, que los caracterizan y que los hacen diferentes unos de otros, de ésta forma Danubia comenta la fortaleza de María al ingresar a un taller donde siempre han estado hombres, como es el Taller de Carpintería, y como la usuaria a pesar de ello ha logrado cumplir con las tareas como cualquier otro:

"… este a mí me llamó poderosamente la atención que ella dijo yo quiero estar en carpintería y ver las cosas que ella logró en carpintería verdad, este yo creo que es la primera mujer en este psiquiátrico que pasa por, porque llega a carpintería y hace los trabajos que ella hizo verdad…" (Danubia, 2003: 3)

Así mismo, una de las habilidades identificadas por el personal de Hospital Diurno hacia Jesús, es la facilidad que tiene el investigado para escribir:

"El tiene facilidades en eso, él era cuando se murió don Fernando Centeno Güell, vieras que lástima yo no sé que se hizo, él escribió que un montón de cosas, entre otras cosas que me acuerdo que me quedó muy grabado (…) decía que había sido como una estrella en, que había iluminado a todos los pacientes acá en, porque fue un señor especialísimo… (Claudio, 2003: 7)

Finalmente, es necesario agregar que en algunos casos el Liderazgo se constituye en una característica sobresaliente en la resiliencia de las y los usuarios, y está ligada al apoyo y adjudicación de responsabilidades que brindadas por las y los profesionales de Hospital Diurno; por ejemplo, Danubia comenta que aunque Carlos le ha sido difícil aprender algunas tareas, por sus limitaciones:

"… con empeño, para aprender y ahora digamos en algún momento nos hace ponerlo de ejemplo a él…" (Danubia, 2003: 1)

El hecho de abrirles el espacio como líderes o dirigentes y como ejemplo para otros compañeros de Pabellones, talleres o de "las casitas" o albergues, les permite empoderarse y considerarse capaces de realizar cualquier tarea que se les asigne; así mismo, les abre la posibilidad de apoyar a otros compañeros y demostrarles que quién se lo propone puede conseguir lo que quiere; esto se refleja en la actitud tomada por Jesús cuando se le da el liderazgo en los Hogares Transitorios o "casitas".

"… tuvimos que trabajar mucho con él, en su situación, asumirlo que él era el líder, darle ese poder de líder, y que un líder tenía que dar el ejemplo…" (Danubia, 2003: 5)

"… y él asumió el liderazgo en la casita porque, bueno él era el líder y él decía bueno tranquila yo me encargo muchachas, yo cierro las puertas, y esa era la función que él tenía verdad, cuando estaba ahí en la casita y este yo, nosotros le dejábamos tareas al grupo que estaba en alfabetización y él lo asumía como si fuera un papá, ayudarles con las tareas, cuando dejábamos texto, el texto no era hecho por los pacientes sino que era hecho por él, incluso esa facilidad que él tenía para escribir llamaba absolutamente la atención …" (Danubia, 2003: 7)

Por su parte, Rosa recuerda:

"Molestándome, no molestándome ponga yo la jefe. Rosa yo puedo hacer eso, Rosa… Danubia dice y don Claudio tu quiere hacer y guarda la café y cuando tu quieres pide a Rosa, con Rosa yo manda papel higiénico y todo para todos, sí así es." (Rosa, 2003: 91)

En la sesión final (sesión de grupo) las y los sujetos evidenciaron su capacidad de reconocer las fortalezas y/o cualidades del compañero (a), las mismas se aprecian en frases como:

"Rosa es una persona respetuosa, seria e interesada en el taller" (Roy, 2003: 3)

"Roy es muy trabajador, muy honrado, muy respetuoso y buena gente… y es muy simpático" (Jesús, 2003: 3)

"Carlos es muy trabajador, muy amistoso, audaz y es muy bonito" (Rosa, 2003: 4)

"María es atractiva, tiene paciencia y le gusta vivir sola" (Carlos, 2003: 4)

"Jesús es una persona de fuerza de voluntad, tiene iniciativa, es reservado, respetuoso y es una persona muy especial" (María, 2003: 4)

5.2.6 Metas a futuro: Quizá el paso más grande en la búsqueda de procesos resilientes es la capacidad que tenga el ser humano para soñar y para plantearse metas y objetivos que direcciones su vivir.

En las historias de vida, se evidencia que las y los investigados poseen metas u objetivos para ser cumplidos a corto, mediano y largo plazo; Los mismos inician como un sueño, de ésta forma Demartini plantea cuatro puntos clave para llevar a cabo los sueños:

- Nuestros sueños representan nuestros valores fundamentales. Son el patio donde juega la mente, donde cada deseo amoroso es posible.
- Los sueños inspiradores son la fuerza que impulsa todos los grandes actos y obras.
- Un sueño es una vid mágica por la que se puede subir a un nuevo plano de conciencia, donde se pueden poner en práctica las palabras, realizar los actos, imaginar los planos, diseñar los monumentos y explorar la imaginación en toda su extensión.
- Todo lo que podemos concebir lo podemos conseguir. (1997: 67)

"…he aprendido algo verdad, me han llegado, ya voy llegando de un punto a otro y no me quiero, no quiero enfermar y yo entiendo que tengo que avanzar más acá, más acá si me dejan verdad, hasta que llegue aquí verdad, yo avancé en dos años y tres meses, estaba en un taller aquí y aquí, entonces avancé verdad, entonces me falta avanzar hasta aquí, después avanzar hasta allá, avanzar hasta allá ve…" (Carlos, 2003: 15)

Las y los sujetos plantean sueños y/o metas viables; algunos relacionados con el ámbito laboral/ educativo en los talleres de Hospital Diurno, tal como se evidencia a continuación:

"Hacer arreglos, ahí en el taller o que me lleve un compañero me lleve yo el pantalón o la camisa y hacerlo en la casa con la máquina, ese es mi sueño verdad, mi sueño antes

era aprender a manejar la máquina que me costó una barbaridad, me costó como un mes y medio, dos meses…" (Carlos, 2003: 55)

"Diay capaz de lograr alguna meta, por ejemplo, un ejemplo en carpintería yo sigo poniendo atención y valoro las cosas que hay que hacer entonces puedo llegar a superarme más o lograr un buen trabajo" (Roy, 2003: 111)

Otros, de tipo personal:

"Desearía ¿desearía es que se escribe? es lo que le pido a Dios, desearía (escribe) discernimiento, no ser orgulloso, "no ser orgulloso", no ser orgulloso y ¿qué pongo en la tercera? bueno, tener una hija, pero que salga sin mi enfermedad verdad…" (Carlos, 2003: 61)

"So yo quiere trabajar… but con buenas compañeras" (Rosa, 2003: 108)

"Ah no, estaba pensando en enero, yo metí una solicitud allá en un taller allá por el Museo de los Niños, una calle por ahí pero no me han llamado, y en enero voy a ver si voy a hablar a una fábrica ahí por la casa que hay una fábrica de perfumes y cosas, entonces voy a ver si hablo ahí, si meto la solicitud" (Roy, 2003: 106)

"Ah bueno yo no me apuro con el matrimonio pero si acaso aparece entonces… pero hay primero que tener un trabajo fijo y no tener vicios de nada" (Roy, 2003: 116)

Estos deseos se pueden plasmar en el proyecto de vida que cada uno de los y las investigados (as) elabore; el proyecto de vida "…supone la capacidad de admitir errores y aceptar críticas comprendiendo que poseemos virtudes, capacidades, cualidades, defectos, pero que tenemos la capacidad de realizar acciones en beneficio propio y el de los demás.

El Proyecto de Vida debe estar basado en el conocimiento y la información sobre los propios intereses, aptitudes, habilidades, a esto se le debe considerar las posibilidades que el medio brinda, las expectativas familiares y las oportunidades que brinda la sociedad." (Arce, 2000: 17)

También se plantean sueños y metas de carácter familiar:

"Yo quiere más apoyo de mi mamá y de mi familia, yo tengo por teléfono el nombre, yo me gusta ellos llamar y hablar conmigo, yo todo el tiempo llamar a mi tía y ella nunca llamarme…" (Rosa, 2003: 115)

La posibilidad de obtener o conseguir un sueño está ligada a la capacidad, esfuerzo y dedicación que cada uno desarrolle; el reconocerse capaz de permitirá al sujeto conseguir lo que busca:

"Digo yo si a mí me gusta algo yo lo consigo hasta sentirme satisfecha de lo que yo estoy viendo el valor que yo estoy viendo para aprender y lo aprendo…" (María, 2003: 14)

"No pero si yo me lo propongo bien otra vez puedo aprender a manejar carro" (Roy, 2003: 54)

"Cajera eso me gusta, yo aprender rápido, yo gusta trabajar así (…) una oficina también, secretaria but yo no se usar la computadora" (Rosa, 2003: 109)

"Tener un empleo fijo, un trabajo fijo para ya ahí tener metas más grandes, más adelante sí" (Roy, 2003: 115)

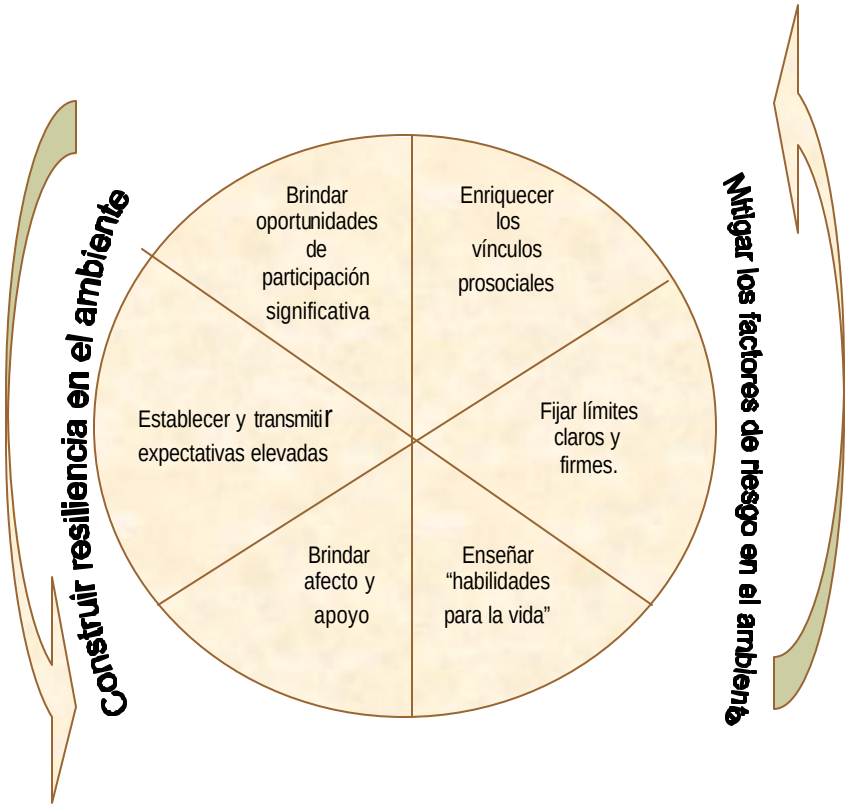
"Yo me quería meter al INA pero en una carrera que yo me iba a meter pedían bachillerato y yo no tengo el bachillerato, entonces tendría que sacar el bachillerato en la noche y después meterme al INA, o meterme al INA en algunos cursos pequeños" (Roy, 2003: 117)

Los deseos están ligados con el sentido de propósito y futuro tal y como lo plantea la OPS – OMS; "Dentro de esta categoría entran varias cualidades repetidamente identificadas en la literatura como factores protectores: expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de los mismos (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor y sentido de la anticipación y de la coherencia" (1998: 39)

Este factor protector es uno de los más poderosos predictores de resultados positivos en cuanto a resiliencia. El hecho de reconocer que existe un futuro mejor resulta más atractivo y plantea la posibilidad de alcanzar metas a mediano y largo plazo.

5.3 SÍNTESIS DE LOS FACTORES PROTECTORES INTERNOS Y EXTERNOS

Para realizar la síntesis de los factores protectores antes mencionados, se retoma la Rueda de la Resiliencia, previamente expuesta en el Marco Teórico.



5.3.1 Enriquecer los vínculos prosociales

- La mitad de los sujetos mantienen un vínculo con sus familiares

- Una de las sujetas mantiene una relación de pareja estable y con expectativas a futuro.
- Todas y todos mantienen interacción con otros usuarios en los talleres de terapia ocupacional.
- Se tienen vínculos significativos con: terapistas, cuidadoras, miembros del equipo interdisciplinario y personal del CNREE.
- Algunos participan de actividades recreativas en su tiempo libre
- Asistencia a instituciones de carácter religioso.
- Personal en salud comprometido con la rehabilitación, el trabajo interdisciplinario y la interacción y comunicación constante.
- Dos de las familias tienen vínculo positivo y compromiso con el programa Hospital Diurno.
- El ambiente del programa Hospital Diurno se percibe como acogedor, de confianza, con personas con sensibilidad social.

5.3.2 Fijar límites claros y firmes

- Los usuarios tienen claras las conductas esperadas en el taller, el comedor, el albergue, en su momento en "las casitas", y sienten que son adecuadas.
- Cuando se tiene un problema, los usuarios cuentan con el recurso del equipo interdisciplinario del programa.
- Todos los sujetos comprenden el compromiso que se requiere con el programa Hospital Diurno.
- Respeto al horario de llegada, asistir al comedor, regresar a los talleres, pedir permiso a los terapistas, horario de regreso a casa, prohibición de utilizar un vocabulario inadecuado, respeto por los compañeros y el personal, resolución de conflictos.
- Se acatan las reglas en el albergue.
- Reconocen la necesidad de tomar a diario la medicación, asistir a citas de control tanto físicas como psiquiátricas.

- La enfermera jefe se constituye en figura de autoridad en el programa Hospital Diurno.
- Los miembros del equipo interdisciplinario tienen claro qué se espera de ellos dentro del programa (incluso formalmente).

5.3.3 Habilidades para la vida

- El formar parte del programa Hospital Diurno brinda entrenamiento en habilidades para la convivencia tanto con compañeros como con el personal de salud
- Los usuarios presentan estrategias de resolución de conflictos, respeto por las diferencias y capacidad para tomar decisiones
- Los sujetos a la vez que aprenden un oficio en los talleres de terapia se relacionan con diferentes personas y practican habilidades de comunicación
- El personal trasmite la cooperación, respeto a las diferencias, no discriminación

5.3.4 Brindar afecto y apoyo

- Los sujetos se sienten apreciados y “chineados” en el programa
- Los dos sujetos reubicados mediante el CNREE, se sienten afortunados y agradecidos por la oportunidad de estar en un albergue
- Percepción de cariño por parte de la cuidadora
- Todos reconocen que cuando han actuado (o actúan) de manera correcta, tanto Hospital Diurno como la cuidadora y los familiares brindan reconocimiento y premios
- Dos sujetos sienten el apoyo de la familia y reconocen que les han ayudado en el proceso de rehabilitación
- La enfermera jefe se siente agradecida por las muestras de afecto que le hacen los sujetos y los cambios observados en ellos (as)
- Tanto los familiares como los sujetos y hasta el propio personal reconocen que el clima del programa es agradable

5.3.5 Expectativas elevadas

- Todos los usuarios creen en su capacidad de llegar más lejos (trabajo, matrimonio, aprender más en los talleres, reencontrarse con su familia)
- Ni los usuarios ni el personal estigmatiza la enfermedad, no son encasillados en la esquizofrenia, sino son considerados personas con deberes y derechos
- El equipo interdisciplinario, el CNREE y la familia creen en la capacidad de ellos y ellas para superarse y alcanzar un mayor desarrollo, brindando así una mejora en la calidad de vida
- Existe la coordinación interinstitucional entre el CNREE y el programa Hospital Diurno para hacer valer derechos de esta población y alcanzar mayor igualdad de oportunidades; los mismos son recompensados por las muestras de agradecimiento de los sujetos
- La actitud "se puede" prevalece en el programa Hospital Diurno, en los albergues y en las dos familias con las que se trabajó

5.3.6 Oportunidades de participación significativa

- Tanto a las dos familias como a los sujetos se les otorga la cuota de responsabilidad para con el proceso de rehabilitación de aquí que ellos mismos pueden ser quienes tomen sus decisiones y en la medida de lo posible, resuelvan sus problemáticas

CAPITULO VI

LA CONSTRUCCION DE LA RESILIENCIA EN PERSONAS

DIAGNOSTICADAS CON ESQUIZOFRENIA

> *"Durante la década de 1980 en este país, el Modelo del Daño se trasladó en gran escala de la cultura profesional a nuestra cultura popular… ¿Cómo podemos eludir el pesimismo de lo que predice el Modelo del Daño?... Tenemos que escuchar menos acerca de nuestra susceptibilidad al daño y más sobre nuestra capacidad de sobreponernos a las experiencias de adversidad" (Steven y Sylbil Wolin en Henderson y Milstein, 2003: 19)*

El Trabajo Social desde sus inicios ha tendido una presencia importante en el ámbito de la salud y es aquí donde se ubica una proporción considerable de profesionales no sólo en instituciones conocidas como de salud sino también en aquellas que contribuyan al bienestar de la población.

El sector salud en Corta Rica ha venido presentando cambios con un nuevo enfoque biosicosocial – espiritual más acorde con la realidad dinámica y en constante transformación, promoviendo un mayor involucramiento de diferentes actores sociales en la construcción de la salud integral.

Nuestra profesión por ser social e históricamente determinada debe estar en apertura para conocer y aplicar nuevos enfoques teórico-metodológicos más acordes a las necesidades de la población y a las diferentes situaciones sociales en que tradicionalmente se ha venido interviniendo.

Consideramos que la primera característica que debe poseer un o una Trabajadora Social para intervenir bajo este enfoque es creer en el ser humano, específicamente en la población portadora de una enfermedad mental que, efectivamente, poseen una discapacidad pero no son discapacitados (as). Históricamente han sido objeto de prejuicios,

estereotipos y estigmas que los han puesto en situación de desventaja social, no obstante, investigaciones como la presente, nos llevan a confirmar una vez más que, al igual que la mayoría de seres humanos, presentan habilidades, potencialidades y capacidad para aprender.

De igual manera debe contar con la base teórica y el compromiso personal y profesional para llevar a la práctica el enfoque de la resiliencia. Por lo general venimos con una formación académica basada en el enfoque de riesgo en donde nos damos a la tarea de identificar aquellos factores potencialmente dañinos en un individuo o en una población para intervenir sobre ellos.

El o la Trabajadora Social que tome la decisión de incorporar en su quehacer un enfoque de resiliencia se enfrenta a un reto, un desafío, un reencuadre de lo tradicionalmente abordado. Se debe partir de la creencia en el ser humano (la persona portadora de una esquizofrenia) como un individuo con capacidades, con un "escudo protector" la mayoría de los casos aún no identificado, así como factores protectores individuales y del entorno que eventualmente pueden interactuar para superar y aprender de las situaciones adversas que ha enfrentado o va a enfrentar.

Casas y Campos (1999) plantean una propuesta interesante entre los encuentros y desencuentros del Trabajo Social y el enfoque de resiliencia que las suscritas validamos una vez finalizado nuestro proceso de investigación teórico y práctico y que la profesional debe tener presente:

- Tanto el Trabajo Social como la Resiliencia parten del individuo como sujeto de intervención, desde los inicios de nuestra profesión el ser humano ha sido nuestra prioridad y ahora ante un contexto nacional de reestructuración de la salud, debemos trabajar en romper el ciclo de desventaja que ha tenido la persona portadora de una enfermedad mental

- El foco de intervención deberá partir de que la persona fue diagnosticada con una enfermedad pero a la vez cuenta con potencialidades por lo que se debe identificar recursos, fortalezas, habilidades, posibilidades personales y del entorno, y aplicarlas para alcanzar el desarrollo, lograr metas y superar dificultades.

- El rol que el o la profesional debe asumir es el de facilitador (a) o promotor (a) del cambio, adoptando una posición de compañía y apoyo en el esfuerzo de salir adelante basado en las fortalezas y oportunidades que ellos (as) mismos (as) poseen y la realidad les ofrece. Con los familiares o redes informales de apoyo la profesional deberá promover la comprensión y aceptación de la enfermedad mental y del usuario (a) sin juzgarlo (a), condenarlo (a) o minusvalizarlo (a), por el contrario estar atentos a sus necesidades, expectativas, posibilidades, fortalezas y limitaciones que todos los seres humanos poseemos.

- El papel que jugará la persona diagnosticada como esquizofrénica será de protagonista, de aquí la importancia de concebirla como sujeta activa de su transformación y superación de situaciones adversas en la vida.

- Ligado al punto anterior se debe replantear una de las interrogantes más empleadas en la intervención cotidiana "¿Qué problemas presenta este paciente?", por la de "¿Cómo ha utilizado esta persona sus recursos para manejar de manera adecuada su enfermedad mental?". De aquí la importancia y recomendación que se desprende de este trabajo de continuar en el área de la investigación ya que en la resiliencia "no todo está escrito", y para el caso específico de esta población, este estudio se constituye en pionero al respecto.

Retomando una vez más la "Rueda de la Resiliencia" (Henderson y Milstein, 2003), las investigadoras plantean acciones para la construcción de un enfoque de resiliencia en procesos de rehabilitación social con personas diagnosticadas como

esquizofrénicas, dirigidas tanto a mitigar los factores de riesgo como a la construcción de la misma, propiamente en el ambiente.

6.1 PROPUESTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE RESILIENCIA DESDE EL TRABAJO SOCIAL

6.1.1 Enriquecer los vínculos prosociales

6.1.1.1 Promover el acercamiento e involucramiento del sistema familiar en el proceso, otorgándole un rol de sujeto activo con responsabilidades y deberes en el mismo.

6.1.1.2 Desarrollar y dirigir grupos socioeducativos o "escuelas para padres" orientados a la formación en el enfoque de la resiliencia.

6.1.1.3 Organizar y ejecutar campañas de capacitación dirigidas hacia grupos organizados de la comunidad en las temáticas de salud mental y factores que la promuevan.

6.1.1.4 Proveer un espacio de interacción y catarsis para familiares, cuidadores y personas significativas vinculados con la población investigada.

6.1.1.5 Habilitar espacios para la recreación en áreas como deportes, baile, arte, entre otros, partiendo de las habilidades e intereses de cada usuario (a), en pro de un auto cuidado y promoción de la salud mental.

6.1.1.6 Como profesionales, mantener contacto y coordinación con instituciones relacionadas con la población y con el tema para movilizar recursos para su rehabilitación e inserción en el ambiente.

6.1.1.7 Diagnosticar los recursos (materiales y humanos) de la comunidad (líderes comunales, grupos organizados, asociaciones, comités, organizaciones, instituciones públicas y privadas) que se constituyen en factores protectores del ambiente con el objetivo de conformar redes de apoyo comunal.

6.1.1.8 Capacitar a las y los profesionales de los equipos interdisciplinarios en cuanto al enfoque de la resiliencia, aplicado a la prevención y promoción de la salud mental.

6.1.1.9 Constituir y/o participar en equipos y comisiones interdisciplinarias e interinstitucionales para movilizar recursos existentes en el ambiente en pro de la salud mental.

6.1.2 Fijar límites claros y firmes

6.2.1 Partir de las capacidades y/o recursos de cada individuo para determinar las expectativas que se tienen del proceso de rehabilitación.

6.2.2 Con respecto a su enfermedad, explicar ciertas reglas o procedimientos para todos (as), como por ejemplo tomar la medicación diariamente, asistir a las citas de control, no ingerir alcohol o drogas, informar al equipo interdisciplinario cuando aparece algún síntoma pre mórbido, las mismas no fueron planteadas de forma arbitraria, sino que se constituyen en elemento fundamental para la estabilización de la o el usuario.

6.2.3 En la medida de lo posible, hacerlos partícipes de la construcción de reglas o normas en determinado medio de rehabilitación.

6.2.4 Diferenciación clara de roles dentro del proceso de rehabilitación: la Trabajadora Social asume el rol de facilitadora mientras la persona diagnosticada con la enfermedad es la protagonista del mismo

6.2.5 Definir y poner en práctica las competencias de cada actor social vinculado a la persona diagnosticada como esquizofrénica: comunidad, establecimientos de salud en sus tres niveles de atención), sistema familiar, persona significativa y el usuario (a).

6.2.6 Capacitar al profesional, sistema familiar, persona significativa y cuidadores (as) en el establecimiento y manejo de límites en la relación cotidiana con la persona diagnosticada con una esquizofrenia.

6.1.3 Enseñar habilidades para la vida

6.3.1 El o la Trabajadora Social debe estar consciente de que parte de la rehabilitación psicosocial con esta población, es el entrenamiento en habilidades sociales que, por las características de la enfermedad, se han visto deterioradas.

6.3.2 El o la profesional en Trabajo Social debe estar capacitada para brindar al usuario (a), en la intervención individual, las herramientas necesarias para llevar a la práctica éstas habilidades.

6.3.3 Se podrían ejecutar grupos socioeducativos bajo un enfoque constructivista empleando metodología participativa; en los cuales se desarrollen temáticas como la comunicación, el manejo del conflicto, el stress, la cooperación, el respeto a las diferencias; partiendo del conocimiento y de su experiencia previa en la interacción con otras personas portadoras o no de la misma enfermedad.

6.3.4 Parte del aprendizaje se da por modelaje de conductas, de aquí que la Trabajadora Social debe aplicar en su quehacer cotidiano interacciones funcionales que permitan aprehender tanto al usuario como a su vínculo significativo las habilidades sociales.

6.1.4 Brindar afecto y apoyo

6.4.1 La Trabajadora Social debe partir del principio de individualidad que se traduce en el hecho de considerar a cada persona como un sujeto único y especial.

6.4.2 Partir de acciones concretas como identificar a cada usuario por su nombre, para posteriormente darse a la tarea de identificar capacidades, habilidades, fortalezas, vínculos significativos y, eventualmente, situaciones adversas a intervenir.

6.4.3 Se debe trabajar para que la persona tenga sentido de pertenencia en el proceso de rehabilitación.

6.4.4 Promover la cooperación entre las diferentes personas y celebrar los éxitos.

6.4.5 Trabajar el tema de la autoestima mediante el reconocimiento de fortalezas y áreas fuertes que contribuyan en su recuperación y reinserción social.

6.4.6 Promover en el sistema familiar y en la persona significativa la identificación de aspectos como:

6.4.6.1 ¿Qué trasgos personales posee el usuario (a) que lo ayudan a ser resiliente?

6.4.6.2 ¿Cómo se ha incrementado la resiliencia en el correr del tiempo?

6.4.6.3 ¿Cuándo se sobrepuso a la adversidad?

6.4.6.4 ¿Quién y qué lo ayudó en éste proceso?

6.4.6.5 ¿Qué puntos fuertes, encuentra usted en el usuario (a) que se reafirmaron durante la adversidad?

6.4.6.6 ¿Cuáles de los siete puntos de la Mandala de la Resiliencia, planteada por Wolin y Wolin puede detectar en el usuario (a)?

6.1.5 Establecer y trasmitir expectativas elevadas

6.5.1 El o la Trabajadora Social que piense intervenir bajo este nuevo enfoque requiere un cambio de actitud, dejar de lado la "etiqueta psiquiátrica", y asumir una postura positiva, creer en las capacidades de esta población.

6.5.2 Asumir una actitud de "sí se puede".

6.5.3 Una vez identificados los recursos internos y externos de cada usuario, se deben plantear planes de rehabilitación y/o trabajo individual o por subgrupos, de acuerdo a lo que puede dar cada sujeto en un momento determinado.

6.5.4 Trabajar con el reforzamiento positivo de conductas y validación de metas o planes a futuro, haciendo hincapié en la confianza en sí mismo (a) y en las personas que le rodean.

6.5.5 No se debe olvidar el hecho de valorar y "aplaudir" el esfuerzo que realice cada persona.

6.1.6 Brindar oportunidades de participación significativa

6.6.1 Partir de la concepción de cada persona como sujeto (a) de derechos con la capacidad de tomar decisiones.

6.6.2 Todas las personas poseen una historia de vida en torno a su padecimiento y lo han afrontado de distintas maneras, de aquí que el o la Trabajadora Social debe partir de que todos los aportes se consideran importantes y cada uno de los usuarios (as) poseen factores protectores que se pueden incluir y utilizar en el proceso de rehabilitación psicosocial.

6.6.3 Partir del constructivismo como un enfoque para trabajar de manera conjunta (entre los usuarios) en la identificación de fortalezas, capacidades, habilidades, recursos propios y externos.

6.6.4 Ubicar y fortalecer espacios de participación comunal que involucren deporte, recreación, arte, educación informal, entre otros, para promover estilos de vida saludables.

6.6.5 Fomentar procesos de participación donde las y los usuarios se constituyan en agentes multiplicadores de su experiencia con la enfermedad; ante otras personas con el mismo diagnóstico y con su sistema familiar.

6.6.6 El Trabajo Social como disciplina que parte de la equidad, está en el deber de crear conciencia y brindar la información necesaria para que las comunidades habiliten los espacios existentes de participación para las personas diagnosticadas con esquizofrenia.

6.6.7 Delegar tareas a familiares o personas significativas con el objetivo de insertarlas o hacerlas partícipes del proceso de construcción de la salud.

6.2 APLICACIÓN DE LA RUEDA DE LA RESILIENCIA DESDE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Como parte de la investigación desarrollada y en procura de ofrecer a la profesión de Trabajo Social una posibilidad de integrar en su quehacer el enfoque de resiliencia, se plantea a continuación una propuesta acerca de la intervención que como Trabajadoras y Trabajadores Sociales podemos llevar a cabo de acuerdo a los Modelos de Intervención.

Se parte de la nueva concepción de Modelos de Intervención en Trabajo Social elaborada por María Lorena Molina Molina y María Cristina Romero Saint Bonnet. Es así, como se definen los modelos asistencial, socioeducativo y terapéutico.

6.1.1 Modelo Asistencial.

La profesión de Trabajo Social tiene sus orígenes en la acción voluntaria e inmediata frente a los problemas de la indigencia, principalmente orientadas por el cristianismo. Es así como surgen diversos grupos mediados por instituciones eclesiásticas, comunidades religiosas y organizaciones de laicos con un enfoque caritativo.

De acuerdo con Molina y Romero se debe reforzar la diferencia existente entre el asistencialismo y la asistencia social. El primero se refiere a la "provisión de servicios" que se creía era la mejor forma de solucionar los problemas sociales. "Si bien el asistencialismo es una de las actividades sociales que históricamente han desarrollado las clases dominantes para paliar la miseria que generan las relaciones de explotación, basadas en la apropiación del plusvalor que genera la fuerza de trabajo y que es apropiado por el capitalista y por el Estado como mecanismo redistributivo, la labor asistencial, surge no solo por la iniciativa de los sectores dominantes, sino, sobre todo, por la presión ejercida por los sectores populares." (2001: 70)

Por su parte, "… si la actividad asistencial es asumida como derecho inalienable del pueblo explotado e interpretada desde la perspectiva de la igualdad, la justicia social, o sea como derecho humano, y a la vez se comprende que es solo una acción inmediata ante la urgencia de satisfacer (aunque de manera insuficiente) una necesidad, no puede hablarse de asistencialismo, sino de asistencia social" (Molina y Romero, 2001: 70)

Este último concepto, correspondiente a la asistencia social nos amplía la posibilidad de integrar la resiliencia como parte del quehacer profesional en éste modelo. Partiendo de la concepción de que lo que se "da" al usuario (a) es un derecho, se está reconociendo a la persona con quien se interviene, en nuestro caso personas con una esquizofrenia, como un (a) sujeto (a) de derechos el cual requiere satisfacer una situación de urgencia.

Por tanto, el o la profesional que interviene con personas diagnosticadas como esquizofrénicas, puede desarrollar desde la asistencia social espacios donde se brinde o satisfaga una necesidad material y/o económica hacia el (la) sujeto (a) (a través de instituciones u organizaciones del Estado) con el objetivo de paliar la necesidad sentida en ese momento por el sujeto con quien se interviene.

Así mismo, en la atención directa a las y los usuarios (entrevista inicial, intervención en crisis, entre otros) el o la Trabajadora Social se constituye en mediador y se da mayor relevancia a la acción educativa; en éste aspecto el o la profesional puede iniciar un proceso de reconocimiento de los factores protectores internos y ambientales que posee la persona y fomentar así las capacidades del ser humano llevándolo a procesos organizados de acción que le permitan satisfacer sus necesidades de forma integral y por ende procurar una mejor calidad de vida.

Para identificar y fortalecer las habilidades desde el modelo de la asistencia social el o la profesional deben:

1. Enfrentar y superar la actitud desconfiada y defensiva del sujeto para lograr "la entrada en la situación"
2. Asumir la "investigación primaria" identificando las carencias y problemas percibidos por el sujeto.
3. Realizar el "diagnóstico inicial" a partir de la evaluación de los datos de las privaciones y sus consecuencias.
4. En el tratamiento se debe informar ampliamente sobre los recursos y oportunidades de los servicios sociales existentes, con ello el trabajador social desempeña un rol conocido en América del Norte como "broker" (corredor, bolsista). Al interpretar y compartir el mundo de los servicios sociales gradualmente ayuda a comprender y responder.

FUENTE: Molina y Romero, 2001: 76

En la asistencia social, el usuario es un actor participante; partiendo de éste concepto el sujeto se vuelve creador y constructor de sus propias posibilidades, y es deber del o la profesional brindar las herramientas necesarias (aunque sea en una sola intervención rápida y concisa) que le permitan al sujeto reconocer sus necesidades y en conjunto con las y los profesionales definir el camino a seguir.

Como profesionales debemos mantener contacto y coordinación con instituciones relacionadas con la población y con el tema para movilizar recursos para la rehabilitación e inserción en el ambiente de la persona diagnosticada como esquizofrénica y quiénes conviven con ella.

Un aspecto planteado en la propuesta anterior (Rueda de la Resiliencia) que puede ser retomado desde la asistencia social; es el correspondiente a "Proveer un espacio de interacción y catarsis para familiares, cuidadores y personas significativas vinculados con la población investigada", esto implica que el modelo asistencial permitirá brindar ayuda tanto al individuo como a los grupos o colectividades significativas que le rodean.

Así mismo, el diagnosticar los recursos (materiales y humanos) de la comunidad (líderes comunales, grupos organizados, asociaciones, comités, organizaciones, instituciones públicas y privadas como albergues, cuidadores, hogares diurnos) que se constituyen en factores protectores del ambiente con el objetivo de conformar redes de apoyo comunal, facilitará la intervención desde el modelo de la asistencia social, pues permitirá dar una respuesta rápida al usuario (a).

Con respecto a su enfermedad, explicar ciertas reglas o procedimientos para todos (as), como por ejemplo tomar la medicación diariamente, asistir a las citas de control, no ingerir alcohol o drogas, informar al equipo interdisciplinario cuando aparece algún síntoma pre mórbido, las mismas no fueron planteadas de forma arbitraria, sino que se constituyen en elemento fundamental para la estabilización de la o el usuario. En la medida de lo posible, hacerlos partícipes de la construcción de reglas o normas en determinado medio de rehabilitación.

El o la profesional deben explicar al usuario (a) en que etapa del proceso de rehabilitación se encuentra, así como trabajar con la familia éste aspecto.

6.1.2 Modelo Socioeducativo Promocional

De acuerdo con Molina y Romero este modelo tiene "… en común la necesaria construcción de redes, alianzas de solidaridad en las que los participantes son actores constructores del conocimiento de su realidad, con base en problemas significativos a partir de los cuales se plantean las estrategias de acción viables para contribuir a transformar una sociedad que excluye gran parte de sus integrantes. En este modelo, los sujetos son los grupos, organizaciones de base y redes sociales vinculados o no a instituciones públicas. (2001: 91)

El modelo socioeducativo promocional pretende informar y formar con base en problemas significativos para los actores involucrados, definiendo alternativas y su

ejecución. Se lleva a cabo a través de la "Concienciación, capacitación, movilización de recursos individuales, grupales e institucionales con la participación de los sujetos" (Molina y Romero, 2001: 92), su finalidad es la participación en la toma de decisiones, en procura de una mejor calidad de vida para los actores involucrados.

"El trabajador social (…) propicia niveles de participación social activa y consecuentes con la magnitud y calidad de lo problematizado, con las potencialidades de los actores y con la posibilidad de movilización de recursos." (Molina y Romero, 2001: 93).

Para lograr la participación de los grupos (ciudadanos, organizaciones públicas y privadas, entre otros) requiere "… desarrollar procesos de capacitación constructores de concienciación, de desarrollo de habilidades en la toma de decisiones y sobre mecanismos para la movilización de recursos comunales, institucionales y de la cooperación internacional." (Molina y Romero, 2001: 93-94)

Desde éste modelo, el enfoque de resiliencia se puede desarrollar iniciando por la definición en conjunto de necesidades o problemas de la población sujeta de estudio. Luego, desarrollar y dirigir grupos socioeducativos o "escuelas para padres" orientados a la formación en el enfoque de la resiliencia.

Se podrían ejecutar grupos socioeducativos bajo un enfoque constructivista empleando metodología participativa; en los cuales se desarrollen temáticas como la comunicación, el manejo del conflicto, el stress, la cooperación, el respeto a las diferencias; partiendo del conocimiento y de su experiencia previa en la interacción con otras personas portadoras o no de la misma enfermedad.

Partir del constructivismo como un enfoque para trabajar de manera conjunta (entre los usuarios) en la identificación de fortalezas, capacidades, habilidades, recursos propios y externos. Ubicar y fortalecer espacios de participación comunal que involucren deporte, recreación, arte, educación informal, entre otros, para promover estilos de vida saludables.

En el modelo socioeducativo promocional la participación de las y los sujetos es clave, por lo tanto las y los profesionales en Trabajo Social pueden fomentar procesos de participación donde las y los usuarios se constituyan en agentes multiplicadores de su experiencia con la enfermedad; ante otras personas con el mismo diagnóstico y con su sistema familiar.

El Trabajo Social como disciplina que parte de la equidad, está en el deber de crear conciencia y brindar la información necesaria para que las comunidades habiliten los espacios existentes de participación para las personas diagnosticadas con esquizofrenia. Delegar tareas a familiares o personas significativas con el objetivo de insertarlas o hacerlas partícipes del proceso de construcción de la salud.

Para el caso de la presente investigación, desde el modelo socioeducativo promocional el o la profesional puede definir y poner en práctica las competencias de cada actor social vinculado a la persona diagnosticada como esquizofrénica: comunidad, establecimientos de salud en sus tres niveles de atención, sistema familiar, persona significativa y el usuario (a) así como capacitar al profesional, sistema familiar, persona significativa y cuidadores (as) en el establecimiento y manejo de límites en la relación cotidiana con la persona diagnosticada con una esquizofrenia.

Es importante rescatar, que éste modelo implica organizar, coordinar y ejecutar procesos interdisciplinarios, con el objetivo de fortalecer y mejorar la intervención que en los diferentes sujetos (individuales, familiares, colectivos) se lleve a cabo.

6.1.3 Modelo Terapéutico

Este modelo sirve de referencia para la práctica individualizada y/o con pequeños grupos y familias. “Se nutre de los conceptos y las teorías de la psicología clínica, de la psicología social y de la psicopatología.” (Molina y Romero, 2001: 167)

La identificación de problemas y/o necesidades de las y los sujetos serán los que definan la concepción terapéutica que el o la profesional desarrollará en la intervención. De acuerdo con las autoras, la identificación de un marco referencial "…refuerza la capacidad del trabajador social para dialogar en el equipo interdisciplinario" (Molina y Romero, 2001: 168) La incorporación de diversas disciplinas en este modelo, al igual que en modelo socioeducativo se constituye en elemento fundamental para lograr el desarrollo y puesta en práctica de procesos de acción integrales en busca del bienestar de las y los usuarios.

Para el caso de la presente investigación, y basándonos en lo propuesto a partir de la Rueda de la Resiliencia, se puede ubicar el enfoque de resiliencia desde actividades como promover el acercamiento e involucramiento del sistema familiar en el proceso, otorgándole un rol de sujeto activo con responsabilidades y deberes en el mismo.

Así mismo, se pueden ubicar en este modelo acciones como el partir del principio de individualidad que se traduce en el hecho de considerar a cada persona como un sujeto único y especial. Se debe trabajar para que la persona tenga sentido de pertenencia en el proceso de rehabilitación. Trabajar el tema de la autoestima mediante el reconocimiento de fortalezas y áreas fuertes que contribuyan en su recuperación y reinserción social.

Una actividad fundamental en el modelo terapéutico es incorporar a la familia y brindarle las herramientas necesarias para que desde ellos y ellas como sistema puedan reconocer, validar y potenciar algunos aspectos como los que se plantean a continuación:

- ¿Qué rasgos personales posee el usuario (a) que lo ayudan a ser resiliente?
- ¿Cómo se ha incrementado la resiliencia en el correr del tiempo?
- ¿Cuándo se sobrepuso a la adversidad?
- ¿Quién y qué lo ayudó en éste proceso?
- ¿Qué puntos fuertes, encuentra usted en el usuario (a) que se reafirmaron durante la adversidad?

Es importante reforzar el hecho de que las acciones del o la profesional desde los diversos modelos de trabajo social deben estar permeados por aspectos tales como: cuando se piense intervenir bajo este nuevo enfoque (el de resiliencia) se requiere de un cambio de actitud, dejar de lado la "etiqueta psiquiátrica", y asumir una postura positiva, creer en las capacidades de esta población.

Una vez identificados los recursos internos y externos de cada usuario, se deben plantear planes de rehabilitación y/o trabajo individual o por subgrupos, de acuerdo a lo que puede dar cada sujeto en un momento determinado.

Trabajar con el reforzamiento positivo de conductas y validación de metas o planes a futuro, haciendo hincapié en la confianza en sí mismo (a) y en las personas que le rodean. No se debe olvidar el hecho de valorar y "aplaudir" el esfuerzo que realice cada persona.

6.1.4 Modelo Gerencial

De acuerdo con Muñoz citada por Molina y Morera (1999) la gerencia social la plantea como "… elemento potenciador de recursos propios y como innovador de propuestas alternativas (…) que ubican sus estrategias en las potencialidades y posibilidades del ámbito social" (42)

La gerencia social se apoya en la participación con poder de negociación, de ésta forma "… permite la interpretación de las necesidades más acordes con la exigencia del cambio social y mayor asertividad en las acciones" (Molina y Morera, 1999: 42)

Muñoz citada por Molina y Morera a su vez, refuerza lo antes dicho cuando menciona que "… la gerencia social no sólo busca la modernización institucional, sino fundamentalmente, una propuesta de modernidad, donde el desarrollo no sólo sea crecimiento económico, sino también calidad de vida, posibilidad de expresión espiritual y

social a través de programas institucionales. Una propuesta de modernidad en la medida en que los diferentes actores sociales construyen en forma consciente, deliberada y voluntaria, la cooperación y la subsidiaridad" (1999: 43)

Desde la investigación llevada a cabo con las personas diagnosticadas con esquizofrenia; la gerencia social debe ser aplicada desde los niveles de toma de decisiones más elevados; esto es desde las jefaturas no sólo de Trabajo Social sino de la integración de estrategias de atención e intervención de diversas disciplinas.

Las construcción, planificación, implementación y evaluación de programas y proyectos dirigidos a estas poblaciones desde un enfoque de resiliencia debe incluir la participación activa de las y los actores (profesionales, investigados, comunidad, entre otros) en la toma de decisiones.

Desde un trabajo interdisciplinario e interinstitucional se debe iniciar por la capacitación de las y los profesionales en el enfoque de resiliencia, poniendo mayor énfasis en las intervenciones desde la identificación y promoción de las fortalezas y minimizando el enfoque de riesgo.

Luego de capacitar a las y los profesionales, es necesario trasladar éste aprendizaje a las políticas y lineamientos básicos que dirigen a las instituciones públicas y privadas, para que desde sus posiciones jerárquicas más elevadas se implementen propuestas de intervención desde éste enfoque que incluyan a las y los actores individuales, grupales y comunales.

CONCLUSIONES

Esta investigación nació a partir de la inquietud acerca de la realidad nacional e internacional en el tema de la salud mental en donde la esquizofrenia ocupa el primer lugar en cuanto a incidencia en Corta Rica pero aún existen vacíos en cuanto al funcionamiento y dinámica de las personas que viven con ella.

Esta enfermedad tradicionalmente ha sido abordada bajo un enfoque biologista, que enfatiza en los factores de riesgo, no obstante en los últimos años se ha llevado a cabo una reestructuración del sector salud lo cual ha planteado un nuevo enfoque biopsicosocial – espiritual que concibe al ser humano como un sujeto integral inserto en una realidad dinámica en el cual interactúan diferentes actores sociales; por lo que el eje fundamental de la atención en salud deben ser la prevención y promoción de la misma.

En este contexto surgen nuevos enfoques más acordes con esta nueva concepción de la realidad, uno de los más novedosos y alternativos es la Resiliencia, la cual hace énfasis en las capacidades y recursos del ser humano para afrontar y/o superar las adversidades que se le presentan en su vida.

Tanto la esquizofrenia como enfermedad mental y la resiliencia como nuevo enfoque para el abordaje de diferentes situaciones sociales han sido objeto de varias investigaciones en el ámbito nacional e internacional.

Para el caso de la esquizofrenia en nuestro país, el énfasis se ha dado en estudiar los factores de riesgo, por lo general desde disciplinas como medicina, enfermería y psicología. En el enfoque de resiliencia, por el contrario, se han estudiado los factores protectores y cómo éstos han permitido la superación y/o comprensión de situaciones difíciles, principalmente en población infantil y adolescente.

A partir de lo anterior surgió la necesidad de desarrollar la presente investigación que se espera constituir en un trabajo pionero ya que se aborda la enfermedad bajo el enfoque de la resiliencia, poniendo énfasis en los factores protectores en personas adultas, población que hasta hace pocos años se había tenido un poco al margen de ser sujeta de investigación.

En el ámbito nacional e internacional existen normas y leyes que protegen a las personas con discapacidad; incluidas las personas con enfermedad mental, lo anterior se podría traducir en una concepción de éstos como sujetos (as) de derechos. Actualmente, la ley que ha tenido mayor acogida y que se ha implementado en las diversas esferas del ámbito nacional es la Ley #7600 de "Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad".

Es importante rescatar que, a pesar de que quienes la conocen y hacen valer son principalmente el personal de salud que trabaja con la población, familiares y cuidadores, y en casos muy reducidos las y los mismos usuarios; se percibe en el contexto nacional una mayor apertura para "quitarse la venda de los ojos" e incluir otras poblaciones tradicionalmente estigmatizadas y excluidas de la participación.

El método fenomenológico complementó lo anterior al partir de lo que significa para cada sujeto (a) ser portador (a) de una esquizofrenia; cada participante "se abrió" en su intimidad para brindar aportes de la manera cómo han afrontado las diferentes situaciones adversas que han tenido en su vida, incluyendo el hecho de ser diagnosticado con una enfermedad mental y lo que esto implica en la sociedad.

En cuanto a los objetivos planteados en la investigación se concluye que:

Del total de la población investigada 3 son hombres y dos mujeres; el 40% de la población cuenta con primaria completa; sólo una de ellas logró terminar la secundaria y la otra mujer investigada accesó a la educación superior (Universidad de Costa Rica) aunque no la concluyó. El acceso a la enseñanza estuvo presente en las diversas etapas de la vida;

el sistema educativo permitió que las y los investigados obtuvieran conocimientos básicos y herramientas para afrontar la vida.

El aspecto espiritual se encuentra presente en el total de las y los investigados; dos de ellos participan en la Iglesia católica, dos en la evangélica y una de las usuarias participa en diversas iglesias.

El grado de independencia se observa en los 5 sujetos (as) de investigación, uno de ellos convive con la familia; aunque es responsable de sí mismo; dos de los investigados (as) se encuentran residiendo en un albergue del CNREE; y los otros dos investigados (a) residen solos en su casa de habitación y se hacen responsables de todas las labores del hogar, incluido el manejo del recurso monetario.

El apoyo de la familia se observó sólo en dos de los investigados; la familia se constituyó en un apoyo fundamental para la rehabilitación psicosocial y resiliencia de los usuarios. El sistema familiar se encuentra comprometido y responsabilizado ante la rehabilitación de los mismos.

El acceso al sistema laboral le permitió a todos los investigados (as) adquirir destrezas y habilidades para desarrollar tareas remuneradas; actualmente la población total se encuentra activa en los talleres de Hospital Diurno; y dos de ellos se encuentran realizando labores informales que le son remuneradas; lo cual les permite satisfacer necesidades más allá de las básicas.

Las historias de vida realizadas con la población investigada permitieron identificar los factores protectores personales y ambientales presentes en las diversas etapas del ciclo vital. El total de la población se encuentra incorporado y participando del Programa Hospital Diurno; lo cual se constituyó en el principal factor protector que le ha permitido a las y los investigados afrontar positivamente su enfermedad.

El apoyo de las y los profesionales y el personal en general del Programa Hospital Diurno es otro de los factores identificados en las historias de vida; el hecho de reconocer que existen personas que los aprecian, y apoyan a pesar de las crisis que puedan enfrentar; les permite afrontar mejor las mismas y comprender que; aunque no están exentos de retroceder en el proceso de rehabilitación siempre contarán con el equipo de profesionales que les brindarán ayuda más allá del aspecto profesional. Las y los investigados reconocen en las y los profesionales de Hospital Diurno a personas que han sido significativas en su recuperación a lo largo del período de hospitalización y egreso.

La posibilidad de contar con el apoyo del CNREE va más allá de la rectoría que ésta institución ejerce en cuanto a poblaciones con discapacidad; pues dos de los investigados (as) se encuentran residiendo en albergues del CNREE y esto les ha permitido insertarse en un ambiente familiar, en donde no sólo cuentan con la infraestructura y la satisfacción de necesidades básicas; sino que se encuentran interactuando con otros compañeros de residencia y cuentan con el apoyo de las cuidadoras; quiénes se han constituido en un recurso vital para la rehabilitación de las y los usuarios.

Las y los sujetos de investigación reconocen sus capacidades y habilidades como seres humanos, así mismo logran identificar las limitaciones que poseen debido a su enfermedad (insight de la enfermedad) , y partiendo de esto se plantean metas, deseos y expectativas reales de lo que quieren lograr en el futuro, lo cual se constituye en una guía o "norte" para el diario vivir de las y los usuarios; así mismo esto significa la posibilidad de mejorar día a día y así adquirir las herramientas, habilidades y destrezas para sobreponerse a las situaciones adversas que se deban afrontar.

Se identificaron rasgos de la personalidad tales como: resolución de problemas, habilidades, identificación de redes de apoyo, autonomía, independencia, autoeficacia, confianza en sí mismo y en los demás y sentido del humor; éstos son algunos de los factores protectores internos que poseen las y los investigados, y que no sólo fueron reconocidos por ellos (as) mismos (as) a lo largo de las historia de vida, sino que fueron

identificados y validados por las investigadoras, así como por las familias y profesionales participantes en el proceso.

Finalmente, y debido a la inexistencia de metodologías y propuestas para la intervención de Trabajo Social con personas diagnosticadas con esquizofrenia desde la teoría de la resiliencia, las investigadoras elaboraron la propuesta de construcción de resiliencia que se constituye en pionera en el campo de nuestra profesión.

RECOMENDACIONES

- Que los resultados de la investigación sean discutidos con el equipo interdisciplinario del programa Hospital Diurno y Estructuras Residenciales de manera que se cuente con un enfoque diferente de percibir, comprender y abordar la enfermedad mental con usuarios (as) crónicos.

- A partir de lo anterior, proponer al equipo la incorporación del tema de la resiliencia para el Proyecto de Taller Educativo para Padres, de manera que familiares y/o personas significativas cuenten con un enfoque diferente para percibir al usuario (a) basado en potencialidades, habilidades y fortalezas.

- Proponer a la Escuela de Trabajo Social incluir el tema de la resiliencia dentro de la formación académica de las estudiantes ya que plantea un abordaje acorde con los principios de la profesión y aplicable a diferentes problemáticas sociales tradicionalmente abordadas por Trabajo Social pero basadas en el enfoque de riesgo. La resiliencia plantea una intervención dirigida a un modelo/enfoque de desafío mucho más funcional para una realidad social en constante transformación y dinamismo.

- Promover y apoyar las investigaciones con personas portadoras de enfermedad mental ya que, durante la elaboración de la propuesta y diseño de investigación, se logró determinar la carencia de estudios recientes sobre esta población tradicionalmente discriminada y estigmatizada.

- Dentro de un contexto nacional con una entidad rectora en materia de discapacidad (CNREE), con leyes que regulan (Ley 7600) y un enfoque de salud diferente basado en la prevención, sería recomendable realizar campañas de capacitación para el

personal de salud del primer nivel de atención en cuanto al tema de las enfermedades mentales pero bajo un enfoque de resiliencia, de manera que estos puedan convertirse en agentes multiplicadores y el conocimiento pueda "bajar" al ámbito comunal y así promover mayor responsabilidad, sensibilización y contención de familiares y vecinos.

- Trabajar en proyección de nuestra profesión desde y hacia las comunidades para la prevención y promoción de la salud mental. Así mismo, la comunidad juega un papel importante en el seguimiento y / o acompañamiento de los casos de personas con enfermedades mentales; la comunidad es uno de los factores protectores externos más importantes y menos utilizados en nuestra sociedad.

- Para construir y promover procesos de vida resilientes en las personas diagnosticadas con enfermedad mental, es necesario trabajar desde la construcción de un proyecto de vida, el cual involucre no sólo aspectos personales, educativos y laborales, sino que involucre y active las redes de apoyo familiar y comunal, la inclusión de instituciones y organismos públicos y privados, nacionales e internacionales, permitirá ampliar las posibilidades de esta población en cuanto a construcción y alcances de sus metas a corto, mediano y largo plazo.

- Fortalecer a la familia desde un modelo de intervención socioeducativo para mejorar el apoyo y acompañamiento ante las crisis de las y los enfermos mentales, así como la posibilidad de convertirse o proyectarse como el elemento fundamental en el desarrollo de la resiliencia de esta población.

- Para los y las colegas que se encuentran interviniendo en el modelo gerencial, se debe capacitar al cliente interno de diversas disciplinas intrahospitalarias en cuanto al tema de la resiliencia utilizando el recurso humano disponible, las organizaciones e instituciones nacionales e internacionales y la tecnología de punta como el Internet y las video conferencias.

BIBLIOGRAFÍA

ALEMAN, C Y VEGA, S. (1994). Esquizofrenia y familia: dinámica familiar de dos pacientes diagnosticados como esquizofrénicos en la Clínica Integrada de Tibás. Universidad de Costa Rica. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.

ALPIZAR, N y VILLALGRA, A (2003) Inteligencia Emocional y Resiliencia: un reto para la intervención del Trabajo Social en la Región Central del Occidente, con padres y madres de niñas y niños abusados (as) sexualmente. Universidad de Costa Rica. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social.

ALVARADO, M (2000) Inteligencia Emocional y Resiliencia: recursos efectivos para los estudiantes universitarios con discapacidad visual. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, San José

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOTIATION (1995) DSM - IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: MASSON SA

ARAYA, E et al (1999) Los factores protectores que favorecen las resiliencia en adolescentes hijos de padres divorciados o separados del cantón de Turrialba. . Memoria del seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación con énfasis en Orientación. Universidad de Costa Rica, San José

ARAYA J. C. Y CUBILLO, F. (2000). Reducción de la agresividad negativa en niños y niñas que cursan el tercer grado en una Escuela de Atención Prioritaria mediante técnicas de resiliencia. Universidad de Costa Rica. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.

ARCE , J. (2000). Cuadernos de Juventud. Autoestima y Proyecto de Vida en los y las jóvenes. Costa Rica: Editorial Izcandé.

BADILLA, E. (1999). Para comprender el concepto de resiliencia. En: Revista Costarricense de Trabajo Social. (Mayo, No. 9)

BADILLA, E y SANCHO, M (1997) Las experiencias de resiliencia como eje para un Trabajo Social alternativo. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, San José

BARRANTES, R. (1999). Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo. Costa Rica: EUNED.

BELART, A y FERRER, M (1999) El ciclo de la vida. Una visión sistémica de la familia. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, SA

BENAVIDES, Z ET AL. (1979). Factores psicosociales que inciden en la esquizofrenia y su importancia para el Trabajo Social Psiquiátrico en Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social.

BERRYMAN, J. (1994). Psicología del desarrollo. México: Editorial El Manual Moderno S. A.

BERTHEAU, A et al (2003) Programa Hospital Diurno y Estructuras Residenciales. Costa Rica: Documento del HNP

BICE (1998). Como crecer superando los percances. Seminario: Resiliencia en nios, adolescentes y comunidades. Costa Rica: Fundación PANIAMOR

BOGARIN, C Y VARGAS, S. (1997). Características del paciente esquizofrénico costarricense según la prueba de personalidad Mini Mult 82. Universidad de Costa Rica. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.

BONET, J. V. (S.F.) Sé amigo de ti mismo. Manual de Autoestima. Editorial Sal Terrae.

BOSCH, M. (2002). La resiliencia, un concepto / herramienta válida para la ética feminista. En: Caminos. Revista Cubana de pensamiento socio teológico. (Nº 26)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL et al (1997) Derechos Humanos de las personas con enfermedad mental en el sistema de salud de Costa Rica. San José.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (2000) Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental. San José, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (1997) Políticas, lineamientos, y técnicas para trabajadores sociales de la CCSS. San José, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia Médica

CAMPOS, I et al (1997) Áreas críticas en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sección de Investigación, Escuela de Trabajo Social

CAMPOS, I y CASAS, G (2002) La espiritualidad, una dimensión impostergable en la intervención terapéutica. En: Revista Costarricense de Trabajo Social. Diciembre, Número 14, Pags 78-83

CANTERO, M (2001) Mentes en Punto de Quiebra. En: La Nación. 7 de abril, Pag 6.

CASAS, G. (1999). Una perspectiva sistémica de la familia. Costa Rica.

CASAS, G. (1994). Epistemología sistémica versus epistemología psicodinámica. En: Revista del Colegio de Trabadores Sociales. Costa Rica

CASAS, G. (S.F.) La familia como sistema relacional. Costa Rica.

CASAS, G. Y CAMPOS, I. (1999). El enfoque de la resiliencia en el Trabajo Social. En : Revista Costarricense de Trabajo Social. (Mayo, No. 9)

CASTELLANO, G. (1998). Importancia de los factores protectores en el desarrollo psico – social. Cantabria: Centro de salud La Vega.

CENTRO NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA MUJER Y LA FAMILIA (1990) Recreación en Familia. San José, Costa Rica

CHINCHILLA, A. (2000). Guía Terapéutica de las esquizofrenias. España: MASSON.

CHINCHILLA, G et al (1997) La Resiliencia en personas mayores: una visión de orientación gerontológica. Memoria del seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación con énfasis en Orientación. Universidad de Costa Rica, San José

CONSEJO NACIONAL DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL (2002) Compendio de normas internacionales y nacionales vigentes en materia de discapacidad. San José, Costa Rica

DE FELIPPIS, I et al (2000) Manual Teórico - Práctico de Investigación Social, apuntes preliminares Buenos Aires: Editorial ESPACIO

DE LA HOZ, M. A. et al. (1997) La familia como recurso en rehabilitación social. En: Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. España: Ediciones Pirámide.

DEMARTINI, J. F. (1997). Dar Gracias a la vida. España: Ediciones Urano S.A.

DELGADO, J.M. y GUTIÉRREZ, J (1999) Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Editorial Síntesis

DOWLING, E. y OSBORNE, E. (1996). Familia y escuela. Una aproximación conjunta y sistémica a los problemas infantiles. España: Editorial Paidós.

FERNANDEZ, L y GARCIA, J (2000) La religión como recurso para la promoción de la salud. En: Avances en psicología clínica latinoamericana, promoción y prevención en psicología de la salud. Bogotá, Colombia. Volumen 18, Pags 23-56

FRIEDRICH, L. (1994). La resiliencia en el niño. En: La Infancia en el Mundo. (Volumen 5, No. 3)

GARITA, J. E. (2001). La construcción de las masculinidades. Un reto para la salud de los adolescentes. Costa Rica: C. C. S. S.

GOLEMAN, D. ET AL. (2000). El espíritu creativo. La revolución de la creatividad y cómo aplicarla a todas las actividades humanas. Argentina: Ediciones B Argentina S.A.

GONZÁLEZ, K (2001) El proceso de resignificación de la experiencia en casos de violencia conyugal contra la mujer: un estudio desde el modelo de la resiliencia. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, San José

HANDERSON, N y MILSTEIN, M (2003) Resiliencia en la escuela. Buenos Aires: Editorial Paidós. 1 era edición

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO (2000) Nuestros Servicios. San José, Costa Rica

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO (2001) Anuario Estadístico del año 2000. San José, Departamento de Registros Médicos.

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO (2002) Anuario Estadístico del año 2001. San José, Departamento de Registros Médicos.

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO (2003) Anuario Estadístico del año 2002. San José, Departamento de Registros Médicos.

HUERTAS, M. (2000). "Déficit Cognitivo y su tratamiento". Guía Terapéutica de las esquizofrenias. España: MASSON.

ILADIBA (2001). La vida como un ciclo. www.iladiba.com

JARA, R et al (1980) Perspectivas en la rehabilitación y posibilidades de empleo del paciente esquizofrénico. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, San José

KENNEDY, W. Y MITZELIOTIS, C. (2000). "Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos". Enfermería Psiquiátrica. México: McGraw – Hill.

KRAUSKOPF, D. (1995). El fomento de la resiliencia durante la adolescencia. Asociación para el Estudio de la Adolescencia. Presentado al Foro Mundial por el Bienestar de la Infancia. Costa Rica.

LA NACION (2004) El libro de los valores. San José: Casa Editorial el Tiempo

LARA et al (2000). Resiliencia: la esencia humana de la transformación frente a la adversidad.

LÓPEZ, S. (1998). La resiliencia, algo a promover. Argentina: ES ASI, Asistencia Sicológica Integral y Grupo Interconect.

MARTIN, B. (1985). Psicología anormal. Enfoques científicos y clínicos. México: Interamericana.

MARTINEZ, I. (1994). Estudio clínico de las condiciones neuropsicológicas en una muestra de pacientes esquizofrénicos paranoides. Universidad de Panamá. Trabajo de Graduación para optar por el título de Licenciada en Psicología.

MOLINA, L. Y MORERA, N. (1999). Gerencia de Servicios Sociales. Argentina: Editorial Lumen – Humanitas.

MOLINA. E. ET AL. (2000). Resiliencia: la esencia humana en la transformación frente a la adversidad.

MOLINA, M. L. y ROMERO, M. C. (2001). Modelos de Intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en Trabajo Social. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

NATHAN, P. y HARRIS, S. (1989). Psicopatología y sociedad. México: Trillas.

OPS - OMS (1998). Manual de resiliencia en la niñez y la adolescencia. Seminario: Resiliencia en niños, adolescentes y comunidades. Costa Rica: Fundación PANIAMOR

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE. (1997). Estado del arte en resiliencia. O.P.S

PANIAMOR. (1998). Las bases del paradigma de La Resiliencia. Costa Rica: PANIAMOR.

PAPALIA, D. y WENDKOS, S. (1997). Desarrollo Humano. Con aportes para Iberoamérica. Colombia: McGraw – Hill Interamericana, S. A.

PUERTA, M. (2002). Resiliencia: la estimulación del niño para enfrentar desafíos. Argentina: Grupo Editorial Lumen.

RAMOS, Y (SA). Esquizofrenia refractaria al tratamiento. Universidad de Costa Rica. Posgrado en Psiquiatría.

RODRIGUEZ, A (1997) Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. España: Ediciones Pirámide

RODRIGUEZ, M (1996) Reseña histórica: Hospital Nacional Psiquiátrico Pbro. Manuel Antonio Chapuí y Torres. San José, Costa Rica

SAIZ, J. (1999). Esquizofrenia: enfermedad del cerebro y reto social. España: MASSON.

SCOTT, M. (1998). Esquizofrenia: diseño de capacitación a personal de enfermería del Pabellón 5 de Hombres del Hospital Nacional Psiquiátrico. Universidad de Costa Rica. Proyecto de Graduación para optar por el posgrado en Psicología Clínica.

SOLER, P.A. Y GASCÓN, J. (1999). RTM – II Recomendaciones Terapéuticas en los trastornos mentales. Comité de Consenso de Cataluña en Terapéutica de los Trastornos Mentales. España: MASSON.

VALVERDE, L (1976) Reinterpretación del papel del Trabajador Social en la actividad hospitalaria: percepción de actividades adicionales a realizar con familiares de pacientes esquizofrénicos. Universidad de Costa Rica. Tesis de Graduación para optar por el grado de Licenciado en Trabajo Social.

ZAMBRANO, M. (1998). "Aspectos históricos y conceptuales de la esquizofrenia". Psiquiatría Biológica. Aportes Argentinos. Argentina: Cangrejal Editores.

ENTREVISTAS

BARBOZA, J (2003) Historia de vida. Costa Rica, Hospital Nacional Psiquiátrico

FERNÁNDEZ, B (2003) Historia de vida. Costa Rica, Hospital Nacional Psiquiátrico

GUEVARA, D (2003) (2003) Entrevista a profunididad. Costa Rica, Hospital Nacional Psiquiátrico

PECÚ, A (2003) Historia de vida. Costa Rica, Hospital Nacional Psiquiátrico

RUIZ, N (2003) Historia de vida. Costa Rica, Hospital Nacional Psiquiátrico

RUIZ, M (2003) Entrevista a profundidad. Costa Rica, Hospital Nacional Psiquiátrico

VALERÍN, C (2003) Entrevista a profundidad. Costa Rica, Hospital Nacional Psiquiátrico

VEGA, U (2003) Historia de vida. Costa Rica, Hospital Nacional Psiquiátrico

VEGA, E (2003) Entrevista a profundidad. Costa Rica, Hospital Nacional Psiquiátrico.