



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
GRAO EN SOCIOLOXÍA
TRABALLO DE FIN DE GRADO
CURSO 2015/2016
FACULDADE DE SOCIOLOXÍA
FEBREIRO 2016

A influencia do diagnóstico da enfermidade mental na vida social do individuo

La influencia del diagnóstico de la enfermedad
mental en la vida social del individuo
The influence of the diagnosis of mental illness in
individuals' social life

Autora: Antía Figueiras González
Titora: Raquel Martínez Buján

“Fue por ellos, por parte de ellos, todo lo que sé me lo enseñaron ellos.”
(A Coruña, Psicóloga de A Creba, 2015)

A todos/todas os que colaboratedes
e fixstedes posible este traballo:
Gracias.

Resumo: Este traballo de fin de grao, ten por obxectivo analizar cómo os procesos de saúde-enfermidade afectan na integración do individuo na sociedade. O colectivo de estudo son as persoas que sofren unha enfermidade mental e están acudindo a asociación “ A Creba”. Preténdese, mediante técnicas cualitativas da observación participante e entrevistas semiestruturadas, averiguar o rol que desempeñan a rede familiar, a rede de amizade, a asociación e o estado á hora de integrar na sociedade a este colectivo.

Palabras clave: enfermidade mental, integración, familia, asociación, sociedade, amizade.

Resumen: Este trabajo de fin de grado tiene por objetivo analizar cómo los procesos de salud-enfermedad afectan en la integración del individuo en la sociedad. El colectivo de estudio son las personas que sufren una enfermedad mental y están acudiendo a la asociación “A Creba”. Se pretende, mediante las técnicas cualitativas de la observación participante y entrevistas semiestruturadas, averiguar el rol que desempeña la red familiar, la red de amistad, la asociación y el estado a la hora de integrar en la sociedad a este colectivo.

Palabras clave: enfermedad mental, integración, familia, asociación, sociedad, amistad.

Abstract: The purpose of this final project work is to analyze how the health-disease processes affect the individual's integration into society. The group of study are those suffering from mental illness and are turning to “A Creba” association. It is intended by the qualitative techniques of participant observation and semi-structured interviews to find out the role played by the family network, the network of friends, the association and the state in integrating into society this group.

Keywords: mental illness, integration, family, association, society, friendship.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN E XUSTIFICACIÓN	1
2.OBXECTIVOS E HIPÓTESES	3
2.1Obxectivo xeral	3
2.2 Obxectivos específicos.....	3
2.2 Hipóteses	4
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1O análise da enfermidade mental na socioloxía clásica	5
3.2Recoñecemento da enfermidade mental na lexislación nacional e autonómica.....	13
3.3 Os manicomios: orixen, críticas, control social.....	17
3.4Os resultados dalgúns estudos actuais sobre a enfermidade mental.....	21
4. METODOLOXÍA	24
5.ANÁLISE DE RESULTADOS	29
5.1 Autopercepción do estado da enfermidade e benestar subxectivo.....	29
5.2 O impacto do centro A Creba no ciclo vital.....	32
5.3Características da rede familiar	34
5.4 Análise da entrevista á Psicóloga.....	38
6. OBSERVACIÓN	42
6.1 Primeira semana.....	45
6.1.1 Cestos.....	45
6.1.2 Taller de Pintura.....	45
6.1.3 Deportes.....	46
6.2 Segunda semana.....	46
6.2.1 Taller de Encadrado.....	47
6.2.2 Actividade de Pintura.....	48
6.2.3 Deportes.....	48
6.3 Terceira semana.....	48
6.3.1 Informática.....	48
6.3.2 Taller de Costura.....	49
6.3.3 Bailoterapia.....	49
6.3.4 Deportes.....	50
6.4 Cuarta semana.....	50
6.4.1 Actividade: Formación arredor da saúde mental.....	50
6.4.2 Taller de costura.....	51
6.4.3 Taller de embolsado.....	51
6.4.4 Deportes.....	51
7. CONCLUSIÓN	52
8.FORTALEZAS E DEBILIDADES DO TFG	55
9. BIBLIOGRAFÍA	56
10. ANEXOS	58

1. INTRODUCCIÓN E XUSTIFICACIÓN

Durante décadas, falar de “loucura” dende unha perspectiva médica da enfermidade mental, parecía un tabú na maioría da sociedade. A seiscentos anos de distancia do primeiro referente simbólico sobre a historia da loucura en España, e cando o conflito entre Igrexa, Estado e Sociedade parece estar esvaído podemos adentrarnos a falar da perspectiva sociolóxica da enfermidade mental.

Dende a socioloxía da medicina son, o comportamento do enfermo e o concepto de enfermidade, os termos que cobran un relevante interese, pois implican un análise de factores claramente sociolóxicos, isto é, supón o análise das expectativas e a conduta das persoas cunha enfermidade mental en relación ás normas asignadas ás persoas consideradas enfermas pola sociedade en xeral. (Cockerham, 2010)

Este traballo de Fin de Grao céntrase pois, no análise da enfermidade mental. En concreto, a súa finalidade consiste en explorar as repercusións sociais e familiares das persoas, unha vez que estas son diagnosticadas. É dicir, o foco sitúase no entorno familiar e tamén no círculo social de vida deste colectivo. Neste sentido, trátase de indagar en qué medida estas persoas ven alteradas as súas relacións de parella, as relacións cos parentes máis próximos e co seu círculo de relacións sociais. En definitiva, trátase de responder a cuestión de cómo os procesos de saúde-enfermidade poden modificar a nosa integración no entorno alterando a nosa capacidade de adaptación social.

Aínda que o termo enfermidade mental (EM, en adiante) engloba moi diferentes estados de saúde e moi diversos tipos de patoloxías, ó longo das seguintes páxinas utilízase a definición adoptada pola “Federación de Asociacións de Familiares e persoas con Enfermidade mental de Galicia” da cal falaremos nos seguintes apartados do traballo.

Deste xeito, o obxecto de estudo desta investigación non se centra nunha patoloxía concreta, senón que apunta a un colectivo amplo, ó que se lle diagnosticou algún tipo de enfermidade mental. Para concretar mellor o análise referirémonos a persoas que sofren trastornos mentais considerados “graves ou maiores” como son a esquizofrenia, trastornos psicóticos, depresión maior con características biolóxicas, trastornos bipolares, trastornos graves de personalidade e de conduta alimentaria (Aretio, 2009).

O descoñecemento que existe na sociedade sobre a enfermidade mental, así como a insuficiencia de recursos públicos destinados a cubrir e rehabilitar ás persoas que a padecen, tamén aparece reflectido nas estatísticas sobre a saúde. A complicación de atopar datos referentes á enfermidade mental así como as dificultades de definir qué se entende como tal, tamén invaden os datos cuantitativos. Na actualidade, temos

como base de datos que recollen algunha desta información a “Enquisa Nacional de Saúde¹”.

Moi poucos son os estudos que se realizan a nivel Galego para documentar e indagar sobre a situación das persoas con enfermidade mental dentro da sociedade. A literatura dispoñible céntrase no conflito a nivel nacional ou estatal, por iso se considera de relevante importancia a realización de dito análise.

Debido pois as limitacións das fontes de datos secundarios e as dificultades de limitar unha mostra representativa estatisticamente, esta investigación é de corte eminentemente cualitativo. As técnicas utilizadas serán as entrevistas en profundidade semiestruturadas e a observación participante. Este traballo cobra un cariz antropolóxico en canto a que se focaliza no funcionamento dunha asociación destinada a persoas e familiares con enfermidade mental, “A Creba”, situada na vila de Noia (A Coruña).

¹ Para máis información consúltese anexo 1

2. OBXECTIVOS E HIPÓTESES

2.1 OBXECTIVO XERAL

O obxectivo xeral do noso traballo consiste en averiguar en qué medida as persoas con enfermidade mental ven alteradas as súas relacións de parella, as relacións cos parentes máis próximos e co círculo de relacións sociais, e dicir, trátase de responder a cuestión de cómo os procesos de saúde-enfermidade poden modificar a nosa integración no entorno alterando a nosa capacidade de adaptación social.

2.2 OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

Os obxectivos específicos desta investigación quedarían concluídos nos seguintes:

- 1. Analizar as repercusións da enfermidade na formación da familia así como nas diferentes fases clave da vida.**
- 2. Explorar a influencia da enfermidade na traxectoria laboral e educativa.** Preténdese averiguar si o diagnóstico da enfermidade influíu nos individuos á hora de atopar traballo, ou se pola contra influeu na perda do mesmo. Para isto temos que coñecer os niveles de estudo da mostra. Con todo, conseguiremos saber en parte, o grao de normalización da vida coa enfermidade mental.
- 3. Averiguar os diferentes papeis do entorno social durante o proceso da enfermidade.** Para dar resposta a este obxectivo, indagaremos a posición da mostra, no grupo familiar para coñecer a forza da rede primaria (entendendo ésta como familia e amigos) en relación o apoio que brinda, no proceso de integración do individuo con enfermidade mental na sociedade.
- 4. Estudar o rol das asociacións dirixidas a este colectivo no proceso de integración.** Este obxectivo busca averiguar, de qué maneira as institucións sociais, colaboran na integración destes colectivos na sociedade. Indagando así, que tipo de actividades ou programas se desenvolven e cales son as finalidades dos mesmos.
- 5. Descrición sociodemográfica das persoas con enfermidade mental en Galicia según sexo, idade e clase social.** Con este obxectivo, búscase determinar a posible influencia das características sociais e demográficas, na capacidade de integración do individuo. Estes aspectos son básicos para un mellor coñecemento da prevalencia da enfermidade e da súa incidencia en Galicia.

2.3 HIPÓTESES

Partimos nesta investigación das seguintes hipóteses:

1. **As persoas con enfermidade mental teñen máis dificultades á hora de establecer unha vida familiar independente e unha vida social máis rica.** Estas limitacións no establecemento dun entorno social activo, son fundamentais para definir o seu grao de benestar subxectivo a súa capacidade de integración social.
2. **As persoas con enfermidade mental presentan diferentes graos de satisfacción con respecto a súa traxectoria vital.** O establecemento dunha diagnosis, así como a entrada en centros psiquiátricos son os fenómenos máis relevantes a partir dos cales se modifica a súa satisfacción coa vida nas diferentes fases do ciclo vital.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 O análise da enfermidade mental na Socioloxía clásica.

Este traballo de investigación, tal e como se menciona na introdución e na metodoloxía, está dirixido á análise das relacións sociais e familiares das persoas con enfermidade mental e as consecuencias do seu diagnóstico na consolidación destas redes de relación no entorno inmediato. Neste senso, o obxecto de estudo escollido, son persoas que padecen unha enfermidade mental no seu estado grave, como pode ser a esquizofrenia, os trastornos de personalidade ou a depresión maior. É dicir, esta investigación céntrase en persoas que padecen enfermidades mentais graves ou crónicas.

Unha das principais dificultades cando se aborda este obxecto de estudo, é precisamente definir qué é unha enfermidade mental. A Organización Mundial da Saúde (OMS) define a saúde mental como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*², pero dende a comunidade académica concórdase que a enfermidade mental non ten unha única definición dada a alta variabilidade e diversidade de trastornos que engloba o concepto. Recoñecer os tipos de trastornos mentais existentes e as causas do seu desenvolvemento, non resulta sinxelo, non soamente pola capacidade das propias infraestruturas médicas e sanitarias, senón tamén polas dificultades da poboación en admitir ou identificar estes problemas de saúde.

En termos xerais, destaca o consenso científico en confirmar a dimensión social da enfermidade mental. Deste xeito, FEAFES (Federación de asociacións de familiares e persoas con enfermidade mental) define a enfermidade mental como *“una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo”*³. Pola súa parte a American Psychiatric, considera a enfermidade mental como

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o

² Consulta realizada (22/10/2015) http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

³ Información sacada en xaneiro de 2016 da páxina web: www.feafesgalicia.org/ES/content/salud-mental

culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto se deban a de una disfunción del individuo. (American Psychiatric Association, 2013, p.5).

É así como, as definicións máis recentes de enfermidade mental, escapan ás consideracións clásicas de autores como Marx, Durkheim ou Merton. Dende ó ámbito da Socioloxía, os grandes autores clásicos da disciplina, aínda que non tiveron como obxectivo realizar un análise da enfermidade mental e a su relación coa estrutura social, si serven como marco analítico de referencia para entender, por unha parte, cómo eran considerados os procesos de enfermidade e as súas repercusións sociais, e por outra, intentaron configurar novos elementos teóricos que permitiran comprender as implicacións da integración desta minoría social. Dende estas aproximacións pioneiras facíase referencia a alienación, desviación ou anomia que representaban aqueles compoñentes sociais que perxudicaban a integración dos individuos e que podían provocar situacións de exclusión social. Desta maneira, a perspectiva marxista e do conflito centrouse en explorar os ámbitos de desigualdade das sociedades industriais e a capacidade do capitalismo en xerar elementos de alienación entre o proletariado. Defende que a infraestrutra sanitaria está posta en relación as necesidades da produción económica e que os traballadores desposuídos da súa creatividade e sendo utilizados como meras mercancías de produción xeraban descontentos sociais. Revisións posteriores desta teoría entenden que a política social, os programas de benestar e os servizos sociais en materia de saúde, serven ós intereses do capital porque axudan a incrementar a eficiencia económica e a asegurar a reprodución das relacións sociais do capital. Estes programas, por tanto, axudan a formar unha obra de man saudable e cualificada o que aforrará custos de produción de capital (Garcés, 2000).

As correntes funcionalistas e as estrutural-funcionalistas, na súa preocupación por manter o orden e a estabilidade social, son as perspectivas que reflicten unha preocupación máis relevante en mostrar as vantaxes e inconvenientes dos procesos de enfermidade para a estabilidade das sociedades. Os autores máis representativos neste sentido son Émile Durkheim, Robert K. Merton e Talcott Parsons.

A obra de Durkheim que visualiza a relación da saúde e a enfermidade e os compoñentes sociais que axudan a definir ambas situacións é “El suicidio”. A preocupación do autor dende a creación de “Las reglas del método sociológico” era precisamente configurar a Socioloxía como una ciencia, con un método científico propio, alfastado do marco analítico e empírico das ciencias naturais e de outras disciplinas como a Psicoloxía, de gran forza no seu momento. Por elo, defende que a

Socioloxía analiza “feitos sociais”. Tomou como base para a súa análise o suicidio, e a súa intención era demostrar que este feito tan íntimo e privado ten desencadenantes sociais. Estudado como un feito social, identificou unha tipoloxía de causas do suicio a partir da integración dos individuos na sociedade e da interiorización das súas normas. Durkheim define o suicidio como: “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la propia víctima” (Durkheim, 2012, p.12). Pero máis alá desta definición comprende, que o suicidio implica causas externas que non están en nós. Por eso amplía a anterior definición afirmando que o suicidio é “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado”. (Durkheim, 2012, p.14). Durkheim (2012) defendía existencia de seis tipos de suicidio, tres elementais e outros tres de tipo mixto. Os elementais son: o suicidio egoísta (ten como carácter fundamental a apatía), o suicidio altruísta (ten como característica fundamental a enerxía apaixonada ou voluntaria) e o suicidio anómico (o carácter principal é a irritación ou o cansazo). Os tipos mixtos son: o suicidio ego-anómico (mezcla entre a axitación e apatía da acción e do ensoño) o suicidio anómico-altruísta (con efervescencia exasperada), e por último, o suicidio ego-altruísta (melancolía atemperada por unha certa firmeza moral). Defende que os diferentes tipos de suicidios afectaban na integración do individuo da seguinte maneira:

Suicidio egoísta: No suicidio egoísta o individuo desviase do que o rodea centrándose a consciencia do mesmo en repregarse a si mesma, é dicir; o individuo convértese no seu propio e único obxecto e a súa meta principal consiste en observarse e analizarse a si mesmo, facendo que se ille da sociedade na que vive. Este illamento débese a que os lazos que unían a este individuo con outros seres, afloxaron ou romperon, sendo culpable a sociedade por non ser capaz de ter unha unión forte deses lazos.

Suicidio altruísta: No suicidio altruísta o individuo é consciente do que está a realizar, imponse como única tarefa satisfacer as súas necesidades persoais, simplificándoas, para asegurar a súa satisfacción, a sabendas de que non pode esperar nada doutros individuos nin pedir nada, está disposto pois, no caso de que a sociedade lle impida alcanzar o fin único, desfacerse dunha existencia que non ten razón de ser. Unha vez chegados a este punto o individuo medita tristemente sobre o seu estado e toma unha decisión: o suicidio.

A diferenza fundamental entre suicidio egoísta e altruísta, é que o egoísta caracterízase pola existencia dunha depresión xeral que se manifesta nunha languidez melancólica ou nunha diferenza epicúrea. En cambio, o altruísta, débese a un sentimento violento que non ocorre sen certo despregue de enerxía.

Suicidio anómico: No suicidio anómico o individuo entra nun estado de cólera derivado do trastorno de todas as súas costumes. Este cambio produce nel un estado de sobreexcitación aguda, que tende a aliviarse a través de actos destrutivos. Predomina pois, un desgusto coa existencia unido a irritación.

Suicidio ego-anómico: O individuo está desligado da sociedade que non exerce sobre el o suficiente control como para impoñer regras. Os seus desexos non se agravan habitualmente debido á paixón que languidece no seu interior ó atoparse completamente volcado en si mesmo e non encontrar atracción do mundo exterior. O individuo non é un completo egoísta nin sente pura axitación polo tanto desempeña o papel de ambos personaxes.

Suicidio anómico-altruista: A mesma crise do suicida basta para trastornar a existencia dun individuo, romper o equilibrio entre el e o seu entorno e ó mesmo tempo, excitar as súas disposición altruístas ata un estado que lle incite ó suicidio.

Suicidio ego-altruista: As persoas ou grupos que sufriron a influencia dese estado xeral de egoísmo, aspiran a outros obxectivos, pero cando perciben que pasar duns praceres egoístas a outros non é a forma de escapar e que os goces fuxitivos non poden calmar a inquietude, buscan un obxectivo duradeiro que lles depare certa constancia e de sentido as súas vidas. Como non existe nada real que lles preocupe, non poden satisfacerse máis que construíndo unha realidade ideal que podería desempeñar ese papel. Crean entón nas súas mentes, un ser imaxinario que serve, e ó que se entregan dun modo exclusivo cando máis insatisfeitos están cos demais ou con eles mesmos.

É así como, no 2012 os estudos de Durkheim demostran, que dentro das consciencias individuais inflúen os feitos sociais. Defenden ó mesmo tempo, que non todos os suicidas eran “loucos” pois para poder considerar a un individuo de delirio (definidos como monomanías pola patoloxía mental) era preciso que esa loucura perseguira un único obxectivo. Consideraba que ditas monomanías eran inexistentes, posto que se non se percibían outras lesións das facultades do individuo, era porque se encouzara mal a súa observación.

En canto a posición da enfermidade e da saúde, este autor considera que as ciencias poderían estar en situación de aclarar ás prácticas de saúde seguindo o seu propio método se encontraban un criterio dentro dos feitos sociais, e en concreto, dentro da saúde que fora inherente ós mesmos. Este criterio permitiría a ciencia distinguir entón entre saúde e enfermidade nas diversas ordes dos fenómenos sociais. É consciente á vez, de que a ciencia non está en dita posición e que o único que é capaz de abarcar naquela época son indicadores xerais sobre a mesma. Define a saúde como “el estado de un organismo donde las posibilidades de supervivencia están al máximo” e a enfermidade como o contrario “consistiría en todo lo que tiene por efecto disminuir dichas posibilidades.”(Durkheim, 2005, p.179).

“Tanto para las sociedades como para los individuos, la salud es buena y deseable, la enfermedad, por el contrario, es algo malo que debe ser evitado” (Durkheim, 2005, p.176).

No concepto de anomia revélase a preocupación de Durkheim derivada do debilitamento da moralidade común. Os individuos enfrentábanse a anomia cando a moral non lles constriñía o suficiente, é dicir, cando carecían dun concepto claro do que era unha conduta apropiada e aceptable e do que non o era. Durkheim

consideraba a anomia como unha patoloxía. No suicidio vemos un claro exemplo da importancia que este autor presenta neste concepto, pois é para el unha, das principais causas do suicidio. O suicidio anómico prodúcese debido ó debilitamento da moralidade colectiva e a unha regulación externa do individuo para conter as súas paixóns (Ritzer, 2001).

As teorías estrutural-funcionalistas desenrolaron algún destes aspectos nos que profundizara E. Durkheim. En concreto, Talcott Parsons foi o precursor do funcionalismo estrutural, quen definiu catro imperativos funcionais necesarios en todo sistema: (A) adaptación, (G) capacidade para alcanzar metas, (I) integración e (L) latencia, ou mantemento de patróns (AGIL). Para sobrevivir, un sistema debe de realizar estas catro funcións (Ritzer, 2001). Polo tanto enténdese que si o sistema non era capaz de adaptar, integrar ou manter patróns sociais dunha minoría como o son as persoas con enfermidade mental, estas, quedaban excluídas da sociedade. Este autor consideraba que tanto o enfermo como o médico desenrolan unha serie de roles dentro das estruturas das sociedades.

En 2010 no libro “Sociología de la Medicina” Cockerham desenrola amplamente as aportacións de T. Parsons ós procesos de saúde e enfermidade. O autor defende que a Socioloxía da Medicina consideraba a enfermidade como unha forma de conduta desviada, perspectiva que sería formulada inicialmente por Talcott Parsons no ano 1951. Dende esta perspectiva, Parsons definía o concepto de sick rol (rol do enfermo ou rol do paciente), e dicir, analizaba as condutas características adoptadas polo enfermo en función das exixencias da situación. Consideraba que estar enfermo era un trastorno na condición “normal” do ser humano, tanto biolóxica como socialmente, polo que unha vez máis se introduce a dimensión social para definir a saúde. A visión social da enfermidade como unha conduta desviada, ten a súa base na definición sociolóxica de desviación: “Todos los actores o condutas que perturbasen las normas de un sistema social determinado” (Cockerham, 2010, p.179). Pero defendía ó mesmo tempo que non todas as condutas desviadas conducían a consecuencias indeseables para a sociedade, posto que exemplos como a música, arte, teatro... poden producir recompensas positivas. Afirmo así tamén que, mentres os sociólogos rexeitan os modelos biolóxicos sobre a desviación, dende o funcionalismo moderno dáselle máis importancia ós procesos sociais, sistemas, equilibrio e as relacións entre as persoas, que presenten unha versión moderna dunha teoría homeostática da desviación.

Deste xeito, dende a teoría funcionalista, a enfermidade é disfuncional porque ameaza a estabilidade do sistema social. A profesión médica existe dentro da sociedade para compensar os aspectos disfuncionais da mesma, mediante a curación e a prevención desta e o subministro de tecnoloxías adecuadas, para axudar as persoas discapacitadas a valerse por si mesmas e manter os sistemas sociais. Este enfoque analítico consiste na base da teoría de Parsons sobre o sickrole (Cockerham, 2010).

No 1982 no libro “El Sistema Social” Parsons pretendía explicar un complexo modelo funcional da sociedade. Neste modelo, os sistemas sociais relacionábanse con sistemas de personalidade e cultura como fundamento do orden social. Explica que o rol de enfermo é un rol que non se asume por gusto, a pesar de que dentro da sociedade os individuos quixeran utilizar ese rol posto que estar enfermo implicaba non poder realizar as tarefas normais. Insiste en que a enfermidade é disfuncional porque representa un modo de resposta á presión social que permite a evasión de responsabilidades sociais. Desta maneira, a práctica médica convértese nun mecanismo a través do cal, un sistema social busca controlar as enfermidades das persoas “desviadas” e a súa volta a un estado de funcionamento o máis normal posible. Os aspectos concretos do concepto sickrole de Parsons poden resumirse en catro áreas: “Al enfermo se le exige de desempeñar los roles sociales normales”, “El enfermo no es responsable de su condición”, “El enfermo debe intentar curarse” e “el enfermo debe buscar ayuda de un profesional y colaborar con él” (Cockerham, 2010, p.182). Unha gran aportación do sickrole de Parsons é, a súa descrición dunha serie de expectativas que definen as normas e os valores “correctos” en torno a estar enfermo na cultura occidental, tanto para o individuo como para aqueles que entran en contacto con el. O rol do médico-paciente implica que cada participante na situación social, coñeza as súas expectativas (e as dos demais) respecto o comportamento e a secuencia probable dos actos sociais. No concepto de Parsons está implícita a idea de que, a medicina é unha institución para o control social da conduta desviada.

O gran discípulo da teoría de T. Parsons foi Robert K. Merton. Este autor desenvolveu importantes enunciados do funcionalismo estrutural en Socioloxía. Criticaba a Parsons no que el consideraba os tres postulados básicos do análise funcional. A primeira crítica diríxese cara a unidade funcional da sociedade, pois comprende que esta idea se mantíña en sociedades pequenas e primitivas pero non nas grandes sociedades complexas. A segunda crítica consistía na defensa de que non todas as estruturas, costumes, ideas ou crenzas... cumprían funcións positivas dentro da sociedade. E por último temos a crítica á indispensabilidade que sostén que todos os aspectos estandarizados da sociedade non só cumpren funcións positivas, senón que representan tamén partes indispensables para o funcionamento do todo. Defende que á análise estrutural funcional debía partir do estudo de grupos, organizacións, sociedades e culturas, afirmando que todo o obxecto susceptible da análise estrutural funcional debía representar unha cousa estandarizada (Ritzer, 2001).

Merton afonda na definición de “función”, considerándoa unha palabra “oscura” dentro do ámbito da Socioloxía, pois diferentes disciplinas así como o linguaxe popular se apropiaron de dita palabra, facendo que o seu significado dentro de Socioloxía perdese consistencia. Divide cinco acepcións comunmente atribuídas a dita palabra: O uso popular (que a definía como unha reunión pública ou festividade), un segundo uso que fai que a palabra “función” equivalla á de ocupación; un terceiro uso que se

encontra no entremezclado entre a linguaxe popular e a ciencia política (actividades asignadas a aquelas persoas que ocupen unha posición social), un cuarto significado atribuído ó mundo das ciencias matemáticas (consideran función a unha variable en relación con outra ou máis variables, respecto das cales, pode ser expresada ou de cuxo valor depende o da primeira), e por último a aceptación, fundamental para a análise funcional, que é a definición sociolóxica que considera función ós procesos vitais ou orgánicos considerados no respecto en que contribúen o sostemento do organismo (Merton, 1992).

Merton defendía que a verificación empírica dos supostos teóricos era crucial para a análise funcional. Isto levouno a desenrolar o seu paradigma da análise funcional como guía para a integración da teoría e a investigación. Consideraba que existía tanto por parte da Psicoloxía como da Socioloxía unha tendencia a atribuír o funcionamento defectuoso das estruturas sociais a fallos do control social sobre os impulsos biolóxicos do home. O seu obxectivo na estrutura social era “Descubrir cómo algunas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad para que sigan una conducta incorformista y no una conducta conformista”. (Merton, 1992, p.209) Consideraba que a función das ciencias sociais era localizar os grupos peculiarmente sometidos a esa presión para poder encontrar proporcións altas de condutas diverxentes en ditos grupos. O papel do sociólogo é entón para Merton, buscar variacións nos índices da conduta diverxente, e non na súa incidencia (Merton, 1992).

Merton considera que as funcións son as consecuencias observadas que favorecen a adaptación ou axuste dun sistema dado, e as disfuncións como as consecuencias observadas que minoran a adaptación ou axuste do sistema. Dentro das funcións (considerando a definición sociolóxica do termo) fai unha distinción: funcións manifestas e funcións latentes. As funcións manifestas defíneas como as consecuencias obxectivas que contribúen o axuste ou adaptación do sistema e que son buscadas e recoñecidas polos participantes no sistema. Pola contra as funcións latentes son as non buscadas nin recoñecidas (Merton, 1992).

Para definir o concepto sociolóxico de anomia, defende que os individuos envólvense en dous tipos de estruturas sociais: a estrutura cultural e a estrutura social, e que aínda que ambas estruturas estean interrelacionadas, a súa análise pode ser individual. Define a estrutura cultural como “el cuerpo organizado de valores normativos que gobiernan la conducta, que es común a los individuos de determinada sociedad o grupo” (Merton, 1992, p.41). Por estrutura social entende “el cuerpo organizado de relaciones sociales que mantienen entre sí diversamente los individuos de la sociedad o grupo” (Merton, 1992, p.241). A anomia sería para él “la quiebra de la estructura cultural, que tiene lugar en particular cuando hay una disyunción aguda entre las normas y los objetivos culturales y las capacidades socialmente estructuradas de los individuos del grupo para obrar de acuerdo con aquéllos”(Merton, 1992, p.241).

Defende que os valores culturais poden axudar a producir unha conduta que se contrapõe cos mandatos dos valores mesmos. A estrutura cultural extrema os valores culturais, facendo posible e fácil a acción de acordo con eses valores para aqueles individuos que teñen certa posición dentro da sociedade, facéndoo difícil ou incluso imposible para os demais. O papel da estrutura social é actuar como unha barreira ou como unha porta aberta para a acción ditada polos mandatos culturais. Cando ambas estruturas están mal unificadas, esixindo a primeira unha conduta e unhas actitudes que a segunda lle impide, prodúcese unha tendencia o quebrantamento das normas, dirixida cara a falta das mesmas. Esta tendencia supón un dos procesos favorables ó estado social da anomia (Merton, 1992).

Merton diferencia dous tipos de anomia: a anomia simple, a cal denomina como “el estado de confusión en un grupo o sociedade sometida al antagonismo entre sistemas de valores, que da por resuelto cierto grado de inquietud y la sensación de separación del grupo”, e a anomia aguda que é o “deterioro y en último extremo la desintegración, de los sistemas de valores, que da por resultado angustias pronunciadas” (Merton, 1992, p.242). Defende que a “desviación” tomaba catro direccións fundamentais dependendo, por un lado a necesidade de expresar o estrañamento ou de manter unha conformidade compulsiva cun tipo normativo e coa adhesión ó cambio, e polo outro o modo de acción: activa ou pasiva. As catro direccións quedarían divididas nas de agresividade ou retraemento no lado do estrañamento, e as de actuación compulsiva e aceptación compulsiva no lado da conformidade compulsiva. (Merton, 1992)

Outro dos autores a ter en conta cando falamos de enfermidade mental é a Foucault pois este autor no seu libro “Enfermedad mental y personalidad” publicado en España no ano 1991, pretende mostrarnos as dimensións psicolóxicas da enfermidade mental e as condicións das mesmas. Defende neste libro que as enfermidades suprimen as funcións complexas, inestables e voluntarias das persoas, exaltando as funcións simples estables e autonómicas. Sinala que tras a detección dunha enfermidade prodúcese a caída da enerxía psicolóxica e fai imposible as condutas complexas adquiridas no curso da evolución social, deixando o descuberto os comportamentos sociais primitivos e as relacións presociais. Incide que dependendo da gravidade de cada enfermidade, esta anula unha ou outra conduta que a sociedade na súa evolución fixo posible, substituíndoas polas formas primitivas do comportamento: o diálogo pasa a ser unha especie de monólogo; ó perder o diálogo, tomase a palabra de forma esquemática, o mundo que vai dende o delirio ata a alucinación parece destacar unha patoloxía da crenza como conduta interhumán: o criterio social xa non ten importancia para o suxeito. Defende que hai que levar ó análises das enfermidades mentais moito máis lexis para poder completar as dimensións evolutiva, virtual e estrutural de cada enfermidade mental (Foucault, 1991).

En definitiva, a enfermidade mental analizada dende unha perspectiva sociolóxica, permite valorar as implicacións do apoio social e de integración social no ámbito da saúde e fuxir das concepcións restritivas que unicamente teñen en conta aspectos relacionados co apoio formal ou con problemas de carácter psicolóxico. Neste sentido, a obra de E. Durkheim e o desenrolo posterior do concepto de anomia, permite incorporar este concepto ó grado de integración do individuo ,en canto remite unha separación do mesmo con respecto ó entorno das normas no que se desenrola. O termo alineación tamén fai referencia á relación do individuo coa sociedade e o mesmo pasa co concepto de desviación, que remite a un alonxamento das normas e do universo simbólico que representan. Neste sentido, estudar o efecto do diagnóstico da enfermidade mental sobre o entorno que rodea a quen a padece, supón incorporar esta dimensión social ó concepto de saúde.

3.2 RECOÑECIMENTO DA ENFERMIDADE MENTAL NA LEXISLACIÓN NACIONAL E AUTONÓMICA

A aparición de sistemas médicos xestionados polos Estados comeza en Europa no século XIX, en principio con sistemas de beneficencia ou caridade para evolucionar en sistemas biomédicos. En Alemaña do Canciller Ottovon Bismark aparece no ano 1883 a “Lei do Seguro de Enfermidade”, sen embargo será a raíz dunha lei en Estados Unidos “Social Security Act” datada no ano 1935 onde se popularice a expresión “Seguridade Social”. Será William Beveridge quen no ano 1942 amplíe o concepto para falar das prestacións de saúde e a constitución do Servizo Nacional de Saúde no 1948. Non será entón, ata mediados do século XX, cando se xeneralice a creación de sistemas sociais para xestionar a enfermidade da poboación (Torres, 2012).

En España o punto de partida é o século XIX no ano 1883, cunha Comisión estatal para aplicar reformas sociais. Esta Comisión estivo encargada do estudo de cuestións que interesasen á mellora do benestar da clase obreira. Ó largo do século XX, cos diferentes avances históricos de España, van aparecendo diferentes tipos de seguros. Serán nos anos setenta onde, para integrar todos os sistemas de seguros laborais, aparezan as leis que instauraban o Sistema de Seguridade Social Universal. No 1963 a lei de base da Seguridade social e no 1966 a lei xeral da seguridade social (Torres, 2012).

No ano 1978 a Constitución española recoñecerá o dereito ó cidadán da saúde, e cambia a vella organización centralista do Estado, ó institucionalizar as Comunidades Autónomas no territorio nacional. En 1982 iníciase un proceso de reformas na Sanidade que van afectar á Atención Primaria e á Atención Ambulatoria (mediante a orde de xerarquización) que viña a resolver un vello problema de dualidade existente nos casos dos neuropsiquiatras a formación do postgrado e a reforma do código civil na materia de tutela, ademais do propio Proxecto de Lei de Sanidade aprobado nestes anos. Precisamente a entrevista en profundidade realizada á profesional en psicoloxía

do centro de A Creba, móstranos as deficiencias no campo formativo nesos anos. Ela licenciouse a principios dos anos oitenta e o seu discurso expresa a dificultade de acadar niveis máis profundos de psicoloxía unha vez que se rematan os estudos universitarios:

“Vamos a ver, yo empecé en el setenta y pico y nueve, ya no me acuerdo muy bien, setenta y ocho, setenta y nueve en la Facultad de Psicología. Se llamaba de aquellas, la Facultad de Psicología, de Filosofía y Ciencias de la Educación y había dos ramas: la rama de Psicología y la rama de Pedagogía. Yo seguí por la rama de Psicología. Era la salida que elegías ya y bueno acabé en el ochenta y dos ochenta y tres. Sí, estudié en Santiago, después de eso había muy pocos sitios en dónde se diera ya la Psicología pues a nivel por ejemplo a nivel social, a nivel clínico. Había en Madrid creo que era “clínica”, fui a Madrid, para hacer clínica pero bueno por circunstancias personal estuve que volver y de aquella aún no estaba ya bien estructurado, no te daban un título de clínica. Estaba todo por montar, de hecho, cuando yo hice esto no estaba montado el Colegio de psicólogos. Sobre tercero de carrera o algo así, fue cuando se montó. De aquella, Psicología no tenía mucha salida. De hecho yo estaba matriculada en otras cosas. Estaba matriculada en Enfermería, estaba matriculada en Artes y Oficios, y Psicología. Entonces ya era un poco así hasta que me decidí por Psicología y me quedé. [...] A ver de cuando yo acabé no había, realmente había muy pocas facultades que te podían formar en cuestiones más clínicas o sociales, yo me acuerdo que hablaba mucha gente que se había metido en empresarial para puestos de trabajo, de aquella no había mucho, más que nada yo me metí en este campo de salud mental y de enfermos crónicos porque me gustaba. Nunca había trabajado en ello y en realidad cuando más me informé fue cuando empecé a trabajar, al empezar a trabajar fue como una formación continua al estar todos los días con ellos, pues cada día tenía que aprender algo, porque creo que me lo enseñaban ellos, en realidad yo que sé... estudié... casi que estudié para este tipo de enfermedades con ellos, ellos me dieron muchas pautas, ellos me enseñaron muchísimas cosas y a partir de ahí con lo que yo iba aprendiendo, pues entonces yo me iba formando pero uff yo diría cincuenta años cincuenta eh, sino fue por ellos, por parte de ellos más, si me enseñaron casi todo lo que sé me lo enseñaron ellos”. (A Coruña, Psicóloga de A Creba, 2015).

Todas estas reformas servirán de referencia para elaborar as medidas a tomar en torno a Saúde Mental e para crear a formación universitaria especializada en estes ámbitos. Entre os anos 1983-1984, dende o Ministerio de Sanidade e Consumo, créase unha Orden Ministerial o 27 de xullo de 1983 que formaliza a Comisión Ministerial para a Reforma Psiquiátrica. En abril de 1985 publícase o Informe elaborado por dita Comisión (Documento Xeral e Recomendacións para a Reforma Psiquiátrica e a Atención a Saúde Mental). Este informe tiña tres eixes: O primeiro propoñía un novo modelo de atención á saúde mental orientado cara comunidade, o segundo eixe constituía as recomendacións para a reforma, e o terceiro, o compromiso explícito de vincular o desenrolo das mesmas ó proceso global de reforma sanitaria. Neste punto concreto a transformación dos hospitais psiquiátricos era un elemento esencial (Sanidad, 2007). A escala social, a sociedade española aínda non estaba preparada para asumir a enfermidade mental como un trastorno máis da saúde. A profesional de

A Creba en psicoloxía continúa dándonos información relevante ó respecto. Explica como a única saída profesional unha vez que rematou os estudos universitarios era a creación de terapias privadas alonxadas do ámbito sociosanitario público:

“A ver, yo cuando acabé la carrera, al cabo de un año muy prontito yo era un poco atrevida pues montamos una privada una compañera y yo. Eee no iba mal pero no iba bien tampoco, la gente no estaba muy acostumbrada, teníamos sobre todo niños, adultos.. muy pocos; y se nos propuso entrar en un gabinete que había pero con médicos como un gabinete médico, entonces allí debí de trabajar como dos años o tres”.(A Coruña, Psicóloga de A Creba, 2015).

Os primeiros Convenios de Cooperación Institucional en materia de saúde mental coas Comunidades autónomas, que non tiñan aínda as transferencias sanitarias, comeza no ano 1986. Un ano despois, creárase unha Comisión permanente para o seguimento das reformas no ámbito do Consello Interterritorial. No 1988 o Ministerio de Sanidade e Consumo promove a elaboración dun Informe sobre a Problemática Xurídico-Asistencial do Enfermo Mental, que estableceu por primeira vez criterios no ámbito de actuación da xustiza española nesta materia. No 1989 por último, ten lugar a extensión por decreto da asistencia sanitaria a persoas sen recursos económicos. (Sanidad, 2007)

Centrándonos no ámbito autonómico aprobábase no ano 1991 a Lei Galega de Medidas Básicas para a Inserción Social. Esta lei pretende cubrir as necesidades básicas dende o ámbito da saúde daquelas persoas en risco de pobreza ou a aqueles sectores excluídos dos sistemas habituais de protección social. O plan desta lei abordaba o problema por medio de tres tipos básicos de medidas: A renda de integración social, as axudas para as situacións de emerxencia social e os programas de desenvolvemento integral comunitario. A renda de integración social de Galicia combinaba unha prestación económica, que buscaba garantir uns mínimos de subsistencia persoal, e un proxecto de traballo social axeitado ás circunstancias do beneficiario. Coa segunda medida, as axudas para as situacións de emerxencia social, preténdese paliar as contingencias puntuais concretas de carácter extraordinario nas que se vexan inmersas persoas afectadas por unha situación de necesidade. Coa terceira medida na loita contra a marxinación social configúranse os programas de desenvolvemento integral comunitario, a través dos cales se pretende poñer en práctica unha política integrada e multisectorial de loita contra a pobreza e de prevención da marxinación, coordinando a actuación das diversas instancias das administracións públicas.

Dous anos despois, o catorce de abril do ano 1993, aprobábase a Lei de Servicios Sociais que ten por obxectivo a ordenación e a estrutura dun sistema integrado de Servicios Sociais como Servicio Público da comunidade Autónoma de Galicia, así como a regulación da súa promoción.

A atención á saúde mental en Galicia comeza a regularse co Decreto 389/1994, do 15 de decembro que ten por obxectivo establecer as directrices xerais de actuación na saúde mental e na asistencia psiquiátrica, a regulación dos dispositivos dirixidos á

promoción e protección da saúde mental, a prevención das enfermidades psíquicas e a asistencia, rehabilitación e integración dos enfermos mentais (SIAP,2009).

O Sistema Público de Saúde Galego estrutúrase en torno a 7 grandes áreas de saúde das cales existe un complexo Hospitalario. Os recursos na saúde Mental, independentemente da súa localización, tanto en dependencias pertencentes a atención primaria, como a atención especializada, están xestionadas no ámbito da atención especializada e polo tanto dependen a nivel funcional destes complexos. Aquí intégranse constituíndo unha rede, todos os dispositivos de saúde mental tanto propios como dos hospitais comarcais xunto cos conectados coas organizacións sen ánimo de lucro que ofrecen servizos principalmente de apoio a rehabilitación. A esta rede incorporáronse recentemente todos os dispositivos de atención as drogodependencias (SIAP,2009). Preguntamos a psicóloga do centro cales son aquelas melloras a nivel institucional que se poderían levar a cabo para a mellora da calidade de vida dos usuarios, nela atopamos unha crítica cara a situación actual do País en temas de subvencións.

“Para mejorar... entre trabajadores y lo que es la institución.. hay no sé, puede realizar muchos cambios. Los que hay son los adecuados y todos aquellos que podríamos decir que podían aportar a lo que hay, pues es muy difícil; pues porque no hay subvenciones, no hay nada que apoyo a estos centros, las subvenciones se recortan cada año, hay una precariedad a nivel ya de asociación y de trabajadores. Se procura dar tiempo, trabajo, todo pero hay muchas cargas y después sobre todo el dinero...(…) Mi continuidad en mi puesto de trabajo a nivel económico de la asociación... es nula, cero, continuar con mi trabajo...yo es lo que me gusta, yo si llevo dieciocho años en esto es porque porque realmente me gusta, ¿Qué siga con esto? Hombre realmente no sé lo que viene a continuación, pero a mí me gustaría, me gustaría terminar y hay muchas cosas que quedan por hacer, y hay muchas cosas que me gustaría obtener mayor resultado y me gustaría estar aquí para verlos”.(…) “A parte de lo económico...Uff.. necesidades hay de muchos tipos, hay muchas necesidades a parte de lo económico pero yo creo que la base... es un poco esa no? Porque vamos a ver... es demasiado trabajo acumulado en una serie de gente, yo siempre dije que aquí hay que hacer una serie de cosas que son desde limpiar, a ir a un grupo, a ayudar en circunstancias pues especiales, claro cada uno más o menos tiene su área. Pues nosé...atención directa con el usuario pues la hago yo, otro tiene pues la representación en una serie de trabajos, talleres y demás, y casi un poco digamos el tiempo que tenemos. Hay muchos servicios, los pisos protegidos, se hace ayuda a domicilio, se hacen escuelas familias, entonces hay muchos servicios y bueno pues si hay que pagar cada servicio... digo ya a los trabajadores, a los usuarios...pues los usuarios... por el dinero que le dan como discapacidad sería imposible totalmente. Pero los trabajadores estamos muy contentos, porque si no te gusta esto con las circunstancias que están pasando, pues...Y a lo mejor alguien puede decir es que a tu edad pues ya no te dan otro trabajo, pues no sé... pero en realidad lo que me gusta es esto. Yo puedo hacer cualquier tipo de trabajo está claro pero yo si puedo conservar esto pues me gustaría estar aquí”(A Coruña, Psicóloga de A Creba, 2015).

A Lei de Ordenación Sanitaria de Galicia do ano 2003 tiña como obxectivo a ordenación sanitaria da Comunidade Autónoma de Galicia, a través da delimitación xeral das actuacións que permitan facer efectivo no seu ámbito territorial o dereito dos cidadáns a protección da saúde concordantes coa constitución española, no marco das competencias que lle atribúe o Estatuto de Autonomía. No ano 2008 aprobouse a Lei de Saúde de Galicia⁴. O obxectivo de dita lei era a regulación xeral de todas as accións que permitan facer efectivo, dentro do ámbito territorial da Comunidade Autónoma de Galicia, o dereito a protección da saúde no marco de competencias que se atribúe ó Estatuto de autonomía. Isto levábase a cabo mediante a ordenación do Sistema de Saúde de Galicia, que comprendía os sectores sanitarios público e privados, a regulación do Sistema Público de Saúde de Galicia e os dereitos e deberes sanitarios da cidadanía galega, así como os instrumentos que garantirán o seu cumprimento.

3.3 OS MANICOMIOS: ORIXE, CRÍTICAS, CONTROL SOCIAL

Simultaneamente a M. Foucault autores como E. Goffman (1961) ou Th. Szasz (1961), entre outros, criticaron á psiquiatría marcando aspectos coercitivos, segregativos e marxadores do asilo para loucos (Huertas, 2001). Nos anos setenta, unha serie de importantes estudos ampliaron a perspectiva histórica de todo este proceso, modulando os obxectivos. Castel (1977), Dörner (1969) ou Scull (1979) ofreceron unha historia social da psiquiatría que se centran nas contradicións do tratamento moral e na dinámica e funcionamento do manicomio (Huertas, 2001).

A obra “Historia de la locura en España” de Enrique González Duro (1995) serve de base para coñecer a evolución histórica deste proceso de institucionalización da enfermidade mental. Para este autor a loucura constitúe unha forma de interacción social impregnada pola cultura do medio na que aparece, afectando ó entorno social e xerando diversas e á vez contraditorias actitudes sociais. Comprende que a subxectividade da loucura soe ser ó longo dos anos negada ou socialmente inadvertida.

O primeiro referente simbolicamente importante para unha historia da loucura en España debe situarse na Idade Media, a comezos do século XV, concretamente o 24 de febreiro de 1409, cando o fraile Gilabert Jofré, exhortou ós fieis da catedral de Valencia, para que se fundase un hospital ou unha casa que acollera os loucos que vagaban polas rúas da cidade, aparece aquí a idea de recluír os dementes nunha institución específica.

Ó longo dos séculos XII e XIII aparece por parte das autoridades municipais unha preocupación crecente polo funcionamento das institucións hospitalarias. Ditas institucións estaban destinadas á atención especializada das persoas en situación de pobreza, enfermos ou debilitados e entre eles os loucos ou endemoniados. A loucura aparecía inmersa na pobreza e soía implicar soidade, rexeitamento social, sensación de

⁴Consulta realizada (28/15/2015)

www.xunta.es/dog/Publicados/2008/20080724/Anuncio3172A_es.html

impotencia e perda da estima ou perda do xuízo. Estas institucións cumprían pois dous fins. Por un lado o fin caritativo e polo outro a necesidade de manter dentro da sociedade un orden social.

Nos séculos XI, XII e incluso no XIII, os leprosos eran marcados, rexeitados e recluídos, considerados unha lacra social da que era necesario defenderse. Co paso dos anos a lepra irá desaparecendo deixando de ser unha ameaza social. No imaxinario colectivo serán de forma paulatina os loucos, os que vaian ocupando este lugar. Pouco a pouco a conciencia colectiva vai modificando a conceptualización da loucura, ata convertela nun estado mental diferenciado e dispar, nunha enfermidade susceptible de definir e de tratar mediante a hospitalización nun lugar específico. Será pois, no ano 1410, onde entren en funcionamento o Hospital de Santa María, pasando a ser o primeiro manicomio do mundo cristiano-occidental.

No século XVII darase unha vista atrás e fundarase por iniciativas populares novos hospitais baseados na tradición da caridade cristián. Neste mesmo século nace unha nova mentalidade derivada do crecemento demográfico e económico das décadas anteriores: a burguesía. A minoría selecta da sociedade ilustrada desexaba eliminar da circulación social a cantos foran insanos, vagos, ociosos criminais ou loucos, considerando estes como un estorbo ou ameaza para o bo funcionamento da sociedade racionalmente organizada, progresiva e eficaz.

A pobreza da poboación española foise acentuando no século XVIII, inquietando cada vez máis ós poderes públicos, que por centralización imposta pola dinastía borbónica, dispoñían dos mellores medios de control social. No ano 1780 a Orde Real facía referencia á construción e disposición dos hospicios, o número deles dependía do continxente poboacional de pobres e do número de fábricas que se pensara establecer na zona. Existían en 1789 cento dous hospicios repartidos por todo o territorio nacional. No último terzo do século XVIII, tras os cambios administrativos e políticos, o ingreso dos presuntos dementes debía facerse a instancia dos alcaldes do barrio ou outras autoridades civís.

A comezos do século XIX as perspectivas destas institucións eran bastante incertas, pois estaban en decadencia, fundamentalmente ocasionadas polo impago dos intereses que o Estado lles adeudaba, pola obrigada desamortización dos bens. Nesta mesma década a concepción da loucura facíase difusa pois representábase como algo inmediatamente concreto e preciso, como unha existencia puntual dunha enfermidade rara e allea que debía ser estudada cientificamente pola medicina. A Lei de Beneficencia, promulgada en febreiro de 1822, pretendía afrontar cunha nova óptica ó problema dos pobres e mendigos, previndo máis que reprimindo. Como establecementos benéfico-públicos definíanse as casas de maternidade, as casas de socorro, de convalecentes e de enaxenados, ademais de hospitais e de asistencia médica domiciliaria, arroupado todo por un soporte constitucional.

As primeiras estatísticas en España publicáronse no ano 1848, dando un total de 7.277 dementes existentes na península e nas illas. Decretábase no ano 1852 a regulación xeral para o exercicio da Lei de Beneficencia. No ano 1860 foron tratados ou acollidos nos dezaioito establecementos psiquiátricos de toda España un total de 3.129 dementes. Unha orde circular da Rexencia de Serrano en xullo de 1870 obrigaba ás deputacións a sufragar os gastos ocasionados polo internamento dos dementes, en tanto que o estado non puidese facerse cargo deles.

Erving Goffman no seu libro “Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales” (2009) recolle unha explicación sobre os diferentes internados existentes e en concreto o papel que xoga un enfermo mental dentro da institución unha vez é internado nela. O autor comeza dito libro por acuñar a palabra “institucións sociais”, dividindo ditas institucións en cinco grandes grupos: institucións fundadas para coidar das persoas que parecen ser a vez incapaces ou inofensivas (fogares para cegos, anciáns, orfos, e indixentes); institucións fundadas para coidar daquelas persoas que son incapaces de coidarse a si mesmas, que constitúen unha ameaza involuntaria para a comunidade (hospitais para enfermos infecciosos, hospitais psiquiátricos e os leprosos); institucións organizadas para protexer a comunidade contra quen constitúe intencionalmente un perigo para ela (cárcere, presidios, campos de traballo ou concentración); institucións destinadas para o cumprimento dunha tarefa de carácter laboral, e que solo se xustifican polos fundamentos instrumentais (barcos, escolas de internos, campos de traballo, diversos tipos de colonias e mansións señoriais dende o punto de vista dos que viven nas dependencias do servizo); e institucións concebidas como refuxios do mundo (abadías, mosteiros, conventos ou claustros).

Goffman consideraba a característica central das institucións totais como a ruptura das barreiras que separan do ordinario os tres ámbitos da vida: o primeiro ámbito da vida refírese a todos os aspectos da mesma que se desenrolan no mesmo lugar e baixo a mesma autoridade única; o segundo ámbito son as diferentes etapas da actividade diaria do membro que se leva a cabo na compañía inmediata doutros membros, estando estas etapas estritamente programadas, de modo que unha conduza á outra; e por último o ámbito que consiste en que toda actividade está imposta dende arriba, e dicir, mediante un sistema de normas formais explícitas e un corpo de funcionarios.

El defende que a comunicación dentro dos internados é reducida á aquela estritamente necesaria entre os internos e o persoal paramédico. A conversación entre un grupo e outro restrínxese, así como tamén o paso de dita información. Dentro destas institucións e en concreto dentro dos hospitais psiquiátricos prodúcese unha incompatibilidade entre estas estruturas e as estruturas básicas do traballo remunerado na nosa sociedade, así como a familia.

No momento do internamento prodúcese unha ruptura neta co pasado que debe realizarse en un período de tempo relativamente corto, pois as costumes, horarios,

actividades realizadas antes de entrar no centro por rutina pasarán a desaparecer e a ser substituídas por outras.

Dentro de todo internamento prodúcense agresións elementais en contra do “eu”, existindo varias formas de desfiguración e contaminación onde o significado simbólico dos feitos, que ocorren en presenza do interno, refuta a súa autoconcepción anterior. Prodúcese aquí unha ruptura da relación habitual entre o individuo actor e os seus actos. A primeira ruptura a considerar é o que Goffman denomina “looping”: estímulo que orixina unha reacción defensiva por parte do interno. O individuo comproba que a súa resposta defensiva falla ante a nova situación: non pode defenderse na forma de costume, poñendo certa distancia entre a situación mortificante e o “eu”. Cando os individuos con enfermidade mental ingresan nunha institución, prodúcese unha perda das comodidades materiais significativas para o individuo, perdas que poden acarrear certo abandono da autodeterminación.

Goffman defende que existen por parte das institucións pero en número limitado, tendencias de solidariedade. Refírese a número limitado posto que a veces ós internos toman un papel de desconfianza cara os outros membros de dita asociación, tanto por medo como por desconfianza, co que se crea unha situación que algúns estudosos como ben explicamos en apartados anteriores denomina “anomia”.

Goffman designa unha serie de etapas dentro da carreira moral dos individuos polos que estes poden pasar unha vez son ingresados en internados. Por un lado temos a liña de “regresión situacional”, o interno retira a súa atención de todo canto non sexan os feitos referidos o seu corpo, producíndose unha abstención drástica de toda participación activa na vida de relación, coñecido nos centro psiquiátricos co termo de “regresión”. Unha segunda posibilidade é a “liña intransixente” onde o interno se enfronta coa institución nun desafío e se nega a cooperar co persoal, producíndose unha intransixencia constante e unha elevada moral individual. A terceira etapa que podemos encontrar dentro do mundo institucional é a “colonización”, o pequeno espécime do mundo exterior representado para o establecemento significa para o interno a totalidade do mundo: constrúe pois unha vida agradable e estable, co máximo de satisfacción que pode conseguir dentro da institución. Unha cuarta e última forma que consiste na adaptación ó ambiente é a “conversión”, o interno parece asumir plenamente a visión que o persoal ten de si mesmo, e empeñase en desempeñar o rol do perfecto pupilo.

3.4 OS RESULTADOS DALGÚNS ESTUDIOS ACTUAIS SOBRE A ENFERMIDADE MENTAL.

Segundo o “Informe sobre a estratexia en Saúde Mental do Sistema Nacional de Saúde de España” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), os trastornos mentais no seu conxunto constitúen a causa máis frecuente de carga de enfermidade, (entendendo esta como o conxunto de estimacións de morbilidade e mortalidade nas poboacións, permitindo cuantificar de forma comparativa a perda do estado de saúde debido ás distintas patoloxías, lesións ou factores de risco, según as variables de persoa tempo e lugar) en Europa, por diante de enfermidades cardiovasculares e de cancro. Estímase que nunha de cada catro familias existe a lo menos unha persoa con algún tipo de trastorno mental (Ministerio de Sanidad e Consumo,2007).

Neste mesmo documento estímase que o impacto dos trastornos mentais na calidade de vida é superior o das enfermidades crónicas. A depresión unipolar figura hoxe en día como a terceira causa de carga de enfermidade, explicando o 6% do total. En España, quitando os trastornos causados polo uso indebido de sustancias, pódese afirmar que un 9% da poboación padece ó menos un trastorno mental na actualidade, e que máis dun 15% o padecerá o longo da súa vida. A diferenza de EE.UU e de moitos países europeos que dispoñen de datos sobre prevalenza a nivel estatal, en España os datos epidemiolóxicos son incompletos e teñen unha utilidade moi limitada para valorar a prevalenza e o impacto dos trastornos mentais na poboación xeral. Foron escasos os estudos realizados sobre a epidemioloxía psiquiátrica, e os que se levaron a cabo centráronse en áreas xeográficas pequenas, con mostras relativamente pequenas e non representativas da poboación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Según palabras do Ministerio de Sanidade (2007) un dos estudos máis recentes sobre a epidemioloxía dos trastornos psiquiátricos na poboación xeral de España é a participación no “European Study of the Epidemiology of Mental Disorders” (ESEMED). Este estudo, realizado nunha mostra representativa da poboación xeral maior de 18 anos de seis países europeos (Alemaña, Bélxica, España, Francia Holanda e Italia) incluíu a mostra española de 5.473 persoas. A avaliación dos participantes fíxose utilizando a versión da Composite International Diagnostic Interview desenrolada para a iniciativa Enquisas da Saúde Mental da OMS. Según os resultados deste estudo, un 20% dos participantes españois presentou algún trastorno mental nalgún momento da súa vida, un 8,4% un trastorno nos últimos 12 meses, sendo máis afectados as mulleres que os varóns. O comparar España con outros países observase que a prevalenza dos trastornos afectivos aumenta coa idade, sendo o 25% nos maiores de 65 anos e do 22,3% entre os 45 e 65.

No mesmo estudo, observamos que o 43,1% da poboación española en situación de viuvez e o 29,6% da divorciada padecen trastornos mentais, sendo menor os que viven en parella(16,8%). En canto a situación laboral, os trastornos mentais afectan ó 20,2% da poboación adulta desempregada e ó 15,6% da poboación xubilada en

España. Os grupos cun nivel de ingresos económicos baixo e en paro mostran consistencia en todos estes estudos para ser considerados factores de risco dentro dalgún dos trastornos como o depresivo maior. Vivir en zonas urbanas é tamén un factor de risco para padecer un trastorno mental ó longo da vida. O 8,63% da poboación que reside en medio urbano tivo algún problema de saúde mental no último ano, fronte o 7,5% na poboación rural.

Un dos estudos que nos mostra datos significativos sobre a prevalenza en Galicia é o titulado “Género y salud mental en un mundo cambiante” escrito por Montero et al. (2004), onde nos din que a prevalenza para a globalidade dos trastornos mentais está entre o 18,7 e o 36,1%, sendo dentro da provincia galega e tras datos extraídos por Mateos et al, a través do “Cuestionario Xeral da Saúde” no ano 1989 onde podemos ver que Galicia posúe unha prevalenza psiquiátrica do 20,8% en homes e dun 33,6% en mulleres.

En canto a situación en Galicia atopámonos con un estudio levado a cabo por Mateose Rodriguez (1989) sobre a epidemioloxía psiquiátrica na comunidade galega onde extraemos os seguintes datos relevantes para a nosa investigación. Esta investigación levada a cabo por Mateos e Rodríguez consiste no análise dunha serie de cuestionarios entregados a persoas maiores de 16 anos, co fin de dar resposta a unha serie de hipóteses. Atopámonos nos resultados de dita investigación cunha porcentaxe de mulleres con algún tipo de enfermidade mental dun 33,6% superior o dos varóns. Este predominio mantense constante en todas as idades acentuándose a partir das idades medias de vida. Detectouse neste estudio un predominio da patoloxía no estrato urbano cun 33,6% en comparación cun 23% no intermedio ou 24,7% en rural. Ó que estado civil se refire non se atopan diferenzas significativas entre os solteiros e os casados, non habendo indicios dalgún patrón diferente ó respecto para homes e mulleres. En cambio os viuvos e os separados presentan unha maior patoloxía, fenómeno que aparece en ambos sexos e que se aprecia aínda máis claramente si temos en conta a idade. Si nos centramos na profesión dos suxeitos pódese apreciar dous grupos extremos, por un lado os xubilados cun 41% de probables casos, e por outra banda os profesionais máis cualificados, empresarios, comerciais e cadros superiores cun 10,2%. Ó igual profesión, as taxas son superiores nas mulleres, exceptuando para as categorías de parados e estudantes que presentan as cifras similares para ambos sexos. Igualmente no total da mostra destacan como profesión do cabeza de familia as categorías de parado, labores do fogar. Pasando a educación observamos que non se detecta unha tendencia definitiva. As persoas de idade máis avanzada, como cabería sospeitar, teñen un nivel cultural máis baixo. En canto a clase social podemos ver que aparece unha clara asociación, de modo que a maior taxa de patoloxía afecta os suxeitos das clases sociais inferiores que se manifesta en ambos sexos.

Por todo isto considero relevante investigar sobre a enfermidade mental; e máis importante aínda; investigar dende dentro da enfermidade mental para poder chegar a sociedade unha realidade cada día máis numerosa e máis descoñecida, pois son poucos os estudos sobre a enfermidade mental a nivel galego, así tamén aqueles onde sexan as propias persoas cos trastornos as que dean as respostas as preguntas que quedan por resolver.

4. METODOLOXÍA

A metodoloxía desta investigación é eminentemente cualitativa. Recordemos que o propósito principal deste estudo consiste en responder a cómo os procesos de saúde-enfermidade poden modificar a nosa integración no entorno relacional e son capaces de alterar a capacidade de adaptación social. Considerase imprescindible, dado este obxecto de estudo a incorporación dunha metodoloxía cualitativa que, neste caso, se baseou nas técnicas da Observación Participante e nas Entrevistas Biográficas Semi-estruturadas. Esta metodoloxía cualitativa foi a adecuada porque permitiu profundizar nos datos, contextualizar o ambiente do ciclo da vida nos datos; examinar a forma na que os individuos perciben e experimentan o proceso de saúde-enfermidade en relación co fenómeno da enfermidade mental que os rodea, profundizando nos seus puntos de vista, interpretacións e significados; e ademais este enfoque é capaz de poñer en interacción os relatos das súas traxectorias de enfermidade e saúde con respecto ós cambios no ciclo vital dos protagonistas e ós significados que atribúen a cada unha das fases que identifican. (Hernández, 2010; Petroff, 2013)

Para a realización de ambas técnicas contouse coa colaboración do Centro de Rehabilitación Psicosocial, situado na vila de Noia (A Coruña), chamado “A Creba”. A pesar de ser unha asociación privada sen ánimo de lucro, recibe para determinadas actividades subvencións estatais coa finalidade de levar adiante diversos proxectos de inserción social de persoas con enfermidade mental. Este Centro estimouse relevante para o proxecto, pois son os centros privados os que traballan día a día con persoas diagnosticadas con algún tipo de enfermidade mental e os que atenden as súas necesidades sociais. Tódolos usuarios do centro foron diagnosticados con algunha enfermidade mental grave e estiveron ingresados no Hospital Psiquiátrico de Conxo en Santiago de Compostela nalgún momento das súas vidas. Deste xeito, o perfil de persoas da mostra seleccionada é moi específico posto que todos os entrevistados que participaron nesta investigación son pacientes deste centro de intervención.

Mediante a técnica da Observación Participante o obxectivo centrouse en averiguar cales son os comportamentos das persoas con enfermidade mental e revisar a distancia social e cultural respecto a sociedade (Guasch, 2002). Para conseguir dita finalidade incorporeime a asociación “A Creba” como colaboradora durante un mes (tempo acordado coa Directora do Centro). Debido ó curto período de tempo a miña experiencia non pode considerarse como unha etnografía, pero foi suficiente para participar na convivencia dos pacientes e coñecer no seu escenario o desenrolo da súa vida diaria.

Outro dos métodos utilizados foron as entrevistas semiestruturadas, neste caso enfocadas desde una perspectiva biográfica, a aquelas persoas que padecen unha enfermidade mental diagnosticada e que asisten a terapias dentro do centro da Creba. Este tipo de entrevistas foron desenvoltas a partir dunha guía da temática a seguir polo entrevistador coa posibilidade de introducir preguntas adicionais para a

obtención da maior información ou para precisar nos conceptos (Hernández, R., Fernández, C. & Baptista P. 2014). Preténdese pois a través deste tipo de entrevistas non concretar respostas pechadas e dar así voz ó colectivo de forma individual. Ademais o feito de ter un enfoque biográfico significa que o relato é construído en primeira persoa e que a técnica intenta rescatar as experiencias vitais do individuo. A perspectiva biográfica dálle a palabra ó individuo para que exprese os significados dos acontecementos individuais, pero que en tanto que son parte do social, permita indagar no contexto e nas normas sociais máis amplas. (Gaskell, 2000). En este sentido, o obxectivo principal polo que se guiou o traballo de campo é o de entender o curso dos acontecementos que narran as súas experiencias vitais. É dicir, qué significado dan as súas experiencias, qué accións consideran que as desencadean e en qué contexto biográfico da súa traxectoria de saúde se ubican. As entrevistas en profundidade con enfoque biográfico realizáronse a persoas que sofren algún tipo de enfermidade mental e asisten a terapias dentro de A Creba (*responde ós obxectivos secundarios da investigación*). Debido ó contacto co persoal do centro e pola experiencia no trato do colectivo obxecto de estudo tamén se incluíu unha entrevista en profundidade semi-estruturada á Psicóloga do Centro A Creba (*responde ó obxectivo de “Estudar o rol das asociacións dirixidas a este colectivo no proceso de integración”*).

A mostra incorporou entrevistas a oito persoas que padecen algún tipo de enfermidade mental grave. O criterio de selección dos entrevistados baseouse no acordo das normas do centro, que impoñían que foran os propios usuarios os que decidiran de forma voluntaria presentarse a ditas entrevistas. Outro dos acordos pactados coa asociación foi que tódolos nomes existentes neste traballo son pseudónimos, protexendo así as identidades dos individuos; para a observación participante e coa finalidade de contrastar as actividades observadas no centro, utilizaranse imaxes cedidas polo propio centro, que se poden atopar na páxina web do mesmo. Accedeuse pois ós entrevistados a través dos contactos facilitados polo Centro A Creba. A extensión das entrevistas varían entre media hora e unha hora e todas elas foron gravadas e transcritas. Nalgunhas ocasións fíxose máis dun contacto persoal para a realización da entrevista e a información recabada foi completada coa miña observación participante na participación nas actividades do mencionado Centro.

Como se pode apreciar no cadro tipolóxico dos entrevistados, a mostra está dividida de maneira equitativa según sexo, constituída por catro homes e catro mulleres con idade entre os 43 e 59 anos. Cinco dos entrevistados están solteiros (E2, E4, E5, E7, E8), dous divorciados (E1, E8) e unha (E3) casada.

Tabla x.- Casillero Tipolóxico das persoas entrevistadas.

	SEXO	IDADE	TRABALLO	NIVEL DE ESTUDOS	ENFERMIDADE
E 1	Muller	51	Dependente economicamente	Ciclo medio de perruquería	Dobre personalidade
E 2	Home	51	Dependente economicamente	Primarios	Esquizofrenia
E 3	Muller	59	Dependente economicamente	Primarios	Depresión Crónica
E 4	Home	45	Dependente economicamente	2º Dereito 1º Socioloxía	Trastorno de Personalidade
E 5	Muller	45	Dependente economicamente	Primarios	Esquizofrenia
E 6	Home	48	Dependente economicamente	2º Bacharelato	Esquizofrenia paranoide
E 7	Muller	51	Dependente economicamente	Primarios	Esquizofrenia
E 8	Home	43	Dependente economicamente	Primarios	Esquizofrenia paranoide

Fonte: Elaboración propia

En canto ó nivel educativo, observamos que soamente a metade dos usuarios fixeron os estudos primarios obrigatorios (E3,E5,E7,E8) na outra metade dos entrevistados vense estudos como... un ano de secundaria (E2), BUP e perruquería (E1), e dous anos no grado de dereito e un, no de socioloxía (E4).

Respecto a ocupación compre destacar que todos os entrevistados son dependentes economicamente e soamente un deles (E2) colabora nunha panadería de recadeiro sen obter ningún tipo de beneficio económico. A pesar de que ningún dos entrevistados se encontre en situación activa no momento da entrevista, antes do diagnóstico de ditas enfermidades, tanto homes como mulleres tiveron unha vida laboral activa.

En concreto, os temas dos que se recolleu información son os que se inclúen nos guións que presento a continuación.

Guión entrevista en profundidade semi-estruturada e con enfoque biográfico

TEMAS	SUBTEMAS	OBJETIVOS
Historial persoal do entrevistado	Sexo Idade Estado Civil Estudos Ocupación Traxectoria laboral Traxectoria educativa	Coñecer as características sociais e demográficas para determinar a súa posible influencia na capacidade de integración do individuo. Determinar a posición social da persoa entrevistada.
Diagnóstico da enfermidade e relación coa institución sanitaria e os seus profesionais	Visitas médicas Discapacidades recoñecidas Enfermidades Síndrome metabólico Idade de debut Terapias realizadas Tratamentos realizados e abandonados Número de hospitalizacións	Explorar as características de cómo se procedeu ao diagnóstico da enfermidade. É relevante analizar cal é a relación do entrevistado co entorno sanitario e os profesionais do mesmo. Esta relación pode ser fonte de conflito no entorno social inmediato en caso de romper terapias, tratamentos o faltar ás citas médicas.
Autopercepción da saúde e benestar subxectivo	Autopercepción Benestar subxectivo: gusto polo que se fai, disfrute do cotián, agrado pola vida, anulación sentimentos, desconfianza, distancia emocional.	Observar a autodefinición social de enfermo/san e os compoñentes de benestar subxectivo.
Proceso de asimilación da enfermidade	Emocións asociadas ó diagnóstico Anos que leva coa enfermidade Cambios na vida familiar e social Implicacións persoais Conflitos e alianzas nas relacións persoais	Comprender os aspectos emocionais que acompañan ó diagnóstico. Asimilación do cambio de vida.
Características da rede familiar.	Composición do fogar de orixe Proceso de formación e composición do fogar individual Cambios nos apoios familiares durante o proceso da enfermidade	Averiguar a posición do entrevistado no grupo familiar e determinar a capacidade da familia para apoiar.
Vida social e familiar e fortaleza da rede	Relacións de amizade Vida social Contactos no traballo Formas de intercambio do tempo de ocio Pasatempos Influencia da enfermidade á hora de atopar traballo Expectativas cara o futuro Medios de Comunicación	Analizar a forza da rede para estudar o seu apoio no proceso Descubrir o grado de normalización da vida coa enfermidade. Vida social e familiar e fortaleza da rede
Relación de parella e cos fillos	Formación da parella actual Parellas anteriores Número de Fillos Relacións coa parella Relacións cos fillos	Indagar sobre a relación do suxeito coa parella e cos fillos e os seus cambios dende o diagnóstico. Relación de parella e cos fillos

Guión entrevista en profundidade semi-estruturada dirixida á Psicóloga do Centro

TEMAS	SUBTEMAS	OBJETIVOS
Historial persoal do entrevistado	Sexo Idade Estado Civil Estudios Traxectoria educativa Ocupación Traxectoria laboral	Coñecer as características sociais e demográficas do entrevistado
Traxectoria laboral na institución	Anos que leva como profesional Anos que leva en A Creba Funcións que desempeña Apoios doutros profesionais na institución Satisfacción co seu nivel formativo co que esixe o seu traballo	Analizar a adecuación da súa formación co traballo a realizar e a satisfacción coas tarefas encomendadas
Actividades da institución en relación ó grado de discapacidade dos usuarios	Actividades que se levan a cabo na institución. Adecuación das mesmas co grado de discapacidade dos usuarios. Necesidade de incorporar outras actividades ou de modificar as existentes. Percepción cambios de saúde a través de estas actividades.	Explorar as diferentes actividades que se realizan no centro e a súa adecuación cos niveles de discapacidade.
Perspectivas de futuro e satisfacción xeral	Cambios a realizar na institución. Conformidade coa estrutura organizativa e xerárquica. Perspectivas de continuidade no posto. Percepción de necesidades en recursos humanos.	Indagar ás necesidades en recursos da mesma e a conformidade coa estrutura xerárquica.

5. Análise de Resultados

Para a realización do análise dos resultados obtidos nesta investigación, primeiro explícase a análise de discurso das entrevistas semiestruturadas, pasando en segundo plano ó análise da observación. En concreto, no análise das entrevistas realizadas ós usuarios de A Creba indágase no historial persoal dos mesmos coa finalidade de dar resposta ós obxectivos: *“Explorar a influencia da enfermidade na traxectoria laboral e educativa”* e *“Descripción sociodemográfica das persoas con enfermidade mental en Galicia según sexo, idade e clase social”*. Compre recordar que a mostra deste traballo de fin de grado non é representativa pola adaptación da mesma a duración e limitacións de dita investigación. Para dar resposta ós obxectivos *“Analizar as repercusións da enfermidade na formación da familia así como nas diferentes fases da vida”* e *“Averiguar os diferentes papeis do entorno social durante o proceso de formación”*, explórase a autopercepción da saúde e benestar subxectivo dos entrevistados así como o diagnóstico e o proceso de asimilación da enfermidade. Considerarase tamén na vida social e familiar, así como nas características da rede familiar e na fortaleza da mesma. Indagarase sobre a composición tanto do fogar de orixe como no fogar individual así como nas relacións de parella e cos fillos daqueles entrevistados que posúan. Por outra banda para *“Estudar o rol das asociacións dirixidas a este colectivo no proceso de integración”* centrareime na entrevista realizada a Psicóloga do Centro, onde afondaremos na traxectoria laboral da mesma, nas actividades que dita institución realiza en dependencia do grado de discapacidade dos usuarios e nas perspectivas de futuro e satisfacción xeral da entrevistada en relación co Centro. O análises de ditos obxectivos secundarios permite dar resposta o obxectivo principal do noso traballo *“Como os procesos de saúde enfermidade poden modificar a nosa integración no entorno alterando a nosa capacidade de adaptación social”*.

5.1 Autopercepción do estado da enfermidade e benestar subxectivo

Cando se analizou o diagnóstico da enfermidade e a relación que ditos entrevistados teñen coa institución sanitaria e os seus profesionais observouse que o tipo de enfermidade mental con unha frecuencia máis alta nos diagnósticos dos entrevistados é a esquizofrenia (E2,E5,E6,E7,E8) estando a idade de debut de todos os entrevistados na etapa comprendida entre os 23 anos e os 36.

Cando se pregunta polo número de visitas médicas vese que todos acoden ó psiquiatra paulatinamente. A persoa que acode máis a miúdo é o caso E6, cada 15 días, e o que menos é o E2 que acode cada 5-6 meses. En canto as respostas sobre os tipos de discapacidades recoñecidas tras a detección da enfermidade destaca a inconsciencia dalgún dos entrevistados sobre a súa enfermidade ou as súas consecuencias. Este é o

caso de Sara (E3), quen non reconece unha enfermidade mental e menciona distrofia muscular como o problema de saúde que percibe en si mesma. Tras varias conversacións coa directora do centro revélame que a usuaria número E3 padece unha ‘depresión crónica’, polo cal, dita usuaria non é consciente da súa propia enfermidade ou non é capaz de revelar a súa diagnose cada fala do seu estado de saúde.

“[Qué tipo de enfermidade tes?] Distrofia muscular.”(Noia, E3, 2015)

Deste maneira, o concepto de saúde-enfermidade cobra un sentido social, no feito de que é o seu entorno ou a estrutura social quen os califican como pertencentes ó colectivo de persoas con enfermidade mental. É dicir, o discurso entre estes pacientes circula de maneira máis normalizada sobre a súa traxectoria persoal en termos de saúde que é o que lles ofrece o contexto. Nestes casos, non só se trata de si se ten ou non unha enfermidade mental senón de cómo esta é construída socialmente e cómo é definida na patoloxía en termos sanitarios. Aínda así, e a pesar destes casos, a maioría dos entrevistados son conscientes da súa enfermidade e reconecen que estiveron internos nun hospital psiquiátrico como consecuencia deste estado, (cabe recordar como se plantexou nas páxinas anteriores que todos os entrevistados estiveron ingresados no Hospital Psiquiátrico de Conxo previamente a súa incursión na Creba).

Neste sentido, tamén se indagou durante o traballo de campo no concepto de benestar subxectivo, operacionalizada como o disfrute do cotián, o agrado pola vida, a capacidade de gustar do que se fai. A partir destes conceptos pódese establecer unha autodefinición ou avaliación vital e das características que son necesarias para o alcance do benestar persoal.

Destaca nas narrativas a importancia que os entrevistados ofrecen a asociación A Creba e é habitual que declaren que o seu benestar subxectivo aumentou dende a súa entrada no Centro. Neste sentido, todas as persoas afirman “estar ben” dentro da Asociación e incluso utilizan conceptos emocionais como o de “sentirse felices”, “integrados” ou “cómodos”...

“Yo por ejemplo, yo estoy aquí en A Creba y yo estoy feliz de la vida(...)pero te digo que desde que vengo a La Creba mi vida cambió. [¿Pero para mellor?] Sí, para mejor, yo me siento aquí muy contenta. Creo que debería de haber más sitios así” (A Coruña, E1, 2015).

“Eu teño un trastorno da personalidade, ciclotimia que se chama, ciclotimia, e que son cambios de humor díganos no? Podes estar 2 ou 3 horas ben e despois dache un baixón de ánimo bastante grande, e podes dache no mesmo día ou en día si, día non, depende do estado de ánimo que che colla. [E: E podes pasarte temporadas sempre arriba ou sempre abaixo?][E4: Non, temporadas no, é por días ou horas, non é por temporadas, é por días ou por horas. [E: E que tal estás aquí?]

E4: *Moi ben, encóntrome moi ben, moi integrado, moi cómodo, satisfeito de haber vido, moi ben.*”(A Coruña, E4, 2015).

“Ahora vaime ben, pero non teño... non é como antes, non é seguido como antes, vai e ben, pero teño máis momentos bos que malos (...) Eu non sei explicar eu encóntrome a gusto como estou, eu organicei a miña vida pois axudáronme, organicei a miña vida, e mais tuven axuda e estou contenta con ela non me planteo outra.”(A Coruña, E8, 2015).

As emocións asociadas o diagnóstico son complexas de analizar. Por unha parte, parece que existe unha elevada carga de asimilación entre aquelas persoas que mostran consciencia da súa enfermidade. Entre os entrevistados que non recoñecen ter unha enfermidade mental coinciden en manter emocións de angustia, rexeitamento ou shock.

O caso máis complexo de emocións relacionadas co diagnóstico é o caso E1, entrevistada diagnosticada con dobre personalidade. Esta relata a historia de como un home para o que traballaba intenta seducila e levala a cama, a raíz deste desencontro é cando ela recoñece comeza a súa enfermidade. Tras a incompreensión da familia e a falta de amizades, comeza a andar como liberación da ansiedade, rompendo o pé nun destes paseos. A raíz da ruptura acode o médico, o cal según ela intenta seducila tamén, é aquí pois onde se produce a primeira crise e lle dan o diagnóstico. A E1 permítenos apreciar outro exemplo de como algunha das persoas con enfermidade mental non asumen ou son conscientes das súas enfermidades, buscando algunha saída ante a situación.

“[E: Como te sentías cando che deron o diagnóstico cando che dixeron tes esta enfermidade] E2: Me sentía mal, nada que ver con lo que estoy sintiendo ahora, antes estaba peor.”(A Coruña, E2, 2015)

“Cando mo dixeron foi un shock porque non podes traballar máis e unha afeitada a traballar día e noite, cos nenos e todo non durmía, non durmía nunca...”(A Coruña, E3, 2015)

“Foi unha inconsciencia pola miña parte porque non fun consciente en ningún momento da enfermidade, realmente hasta que levaba un par de anos en Conxo non fun consciente da miña enfermidade.” (A Coruña, E4, 2015)

5.2 O impacto do Centro A Creba no ciclo vital.

Para analizar a influencia da vida na Creba e na traxectoria da saúde-enfermidade dos entrevistados así como para avaliar as repercusións das terapias no seu ciclo vital confeccionáronse un Gráficos de Satisfacción. Estes permiten ós entrevistados valorar o seu grado de satisfacción con respecto as súas vidas persoais e descubren cronoloxicamente as etapas vitais que tiveron que superar e cómo influíu o diagnóstico da súa enfermidade. A construción destes gráficos foi imprescindible para o análises dos resultados pois que, en ocasións, os entrevistados non eran capaces de recordar a viva voz das etapas vitais máis relevantes das súas vidas e necesitaban máis tempo para rememorar determinados acontecementos. A pesar da adopción desta técnica para esta disciplina, soe utilizarse especialmente no ámbito da psicoloxía (dentro da socioloxía habitualmente aplicase de forma cuantitativa).

Estes gráficos complementan a técnica da entrevista semi-estruturada de enfoque biográfico. A representación gráfica dos acontecementos vitais realizárona os entrevistados o comezo da entrevista, pero non se utilizou de maneira illada, senón que o gráfico e as súas referencias foron guiando todo o proceso de narración, o que permitiu os entrevistados facer modificacións sobre o mesmo a medida que se ía construindo o discurso. A combinación dos gráficos coas entrevistas en profundidade permitiron identificar o patrón da traxectoria vital e determinar o vínculo da satisfacción coas súas vidas en cada etapa e o impacto que nela supuxo tanto o diagnóstico da enfermidade mental como o seu ingreso na Creba.

Despois do exposto anteriormente pódese comprobar a través das seguintes táboas onde se mostra o nivel de satisfacción dos entrevistados en relación cas diferentes etapas da vida, como a entrada na asociación de A Creba supón un aumento na puntuación da satisfacción coa mesma, corroborando isto o apreciado nas entrevista. Pódese dicir entón que a entrada de persoas con algún tipo de enfermidade mental en asociacións dirixidas a este colectivo conleva un beneficio no benestar persoal de ditas persoas.

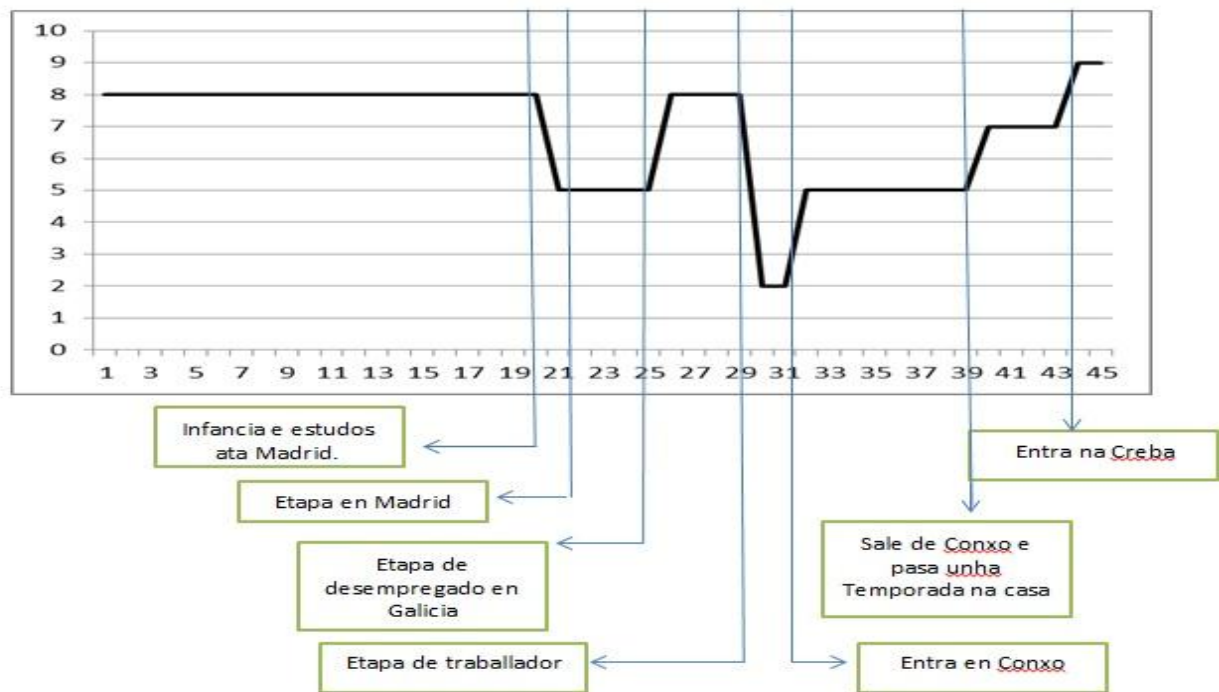
A representación gráfica consistiu en que cada entrevistado fose capaz de identificar etapas nas súas vidas a partir da súa idade e dos acontecementos máis relevantes que modificaron a súa traxectoria vital. Ó mesmo tempo solicítase os entrevistados que puntuén do 1 ó 10 a súa satisfacción persoal en cada unha delas. Como pode observarse nos gráficos que se presentan a continuación o diagnóstico da enfermidade inaugura unha nova etapa no seu ciclo vital, a cal é valorada en termos moi negativos e que reporta moi pouca satisfacción⁵. A entrada en A Creba supuxo unha valoración de 10 con respecto a súa satisfacción con esa traxectoria das súas vidas e ofrece un impulso na traxectoria vital vivida ata o momento. Desta maneira, a influencia do Centro é altamente positiva e determina unha nova forma de encarar a súa traxectoria vital. A continuación adxunto algúns dos gráficos de satisfacción máis

⁵ Consúltense máis gráficos en Anexo II

representativos recadados durante o traballo de campo. O primeiro que se representa é o caso de Senén. Senén é un home de 45 anos, que decide tras unha xuventude de cambios en institucións educativas ir a Madrid estudar Socioloxía, será aquí onde comece a súa adición as drogas e empece a traballar para conseguir diñeiro. Dita adición co paso dos anos será a desencadeante da enfermidade mental. Tras varias actividades contra a lei, cumprirá condena de dous anos nunha prisión Galega e terminará dita condena de sete anos no Hospital Psiquiátrico de Conxo. Vemos pois que esta entrada en Conxo supón para el a etapa de menor satisfacción coa vida. Sendo a raíz da entrada na Creba onde se alcancen os niveis máis altos de dito benestar.

TABLA: Satisfacción coa vida

PERFIL: Home, 45 años, Trastorno de personalidade



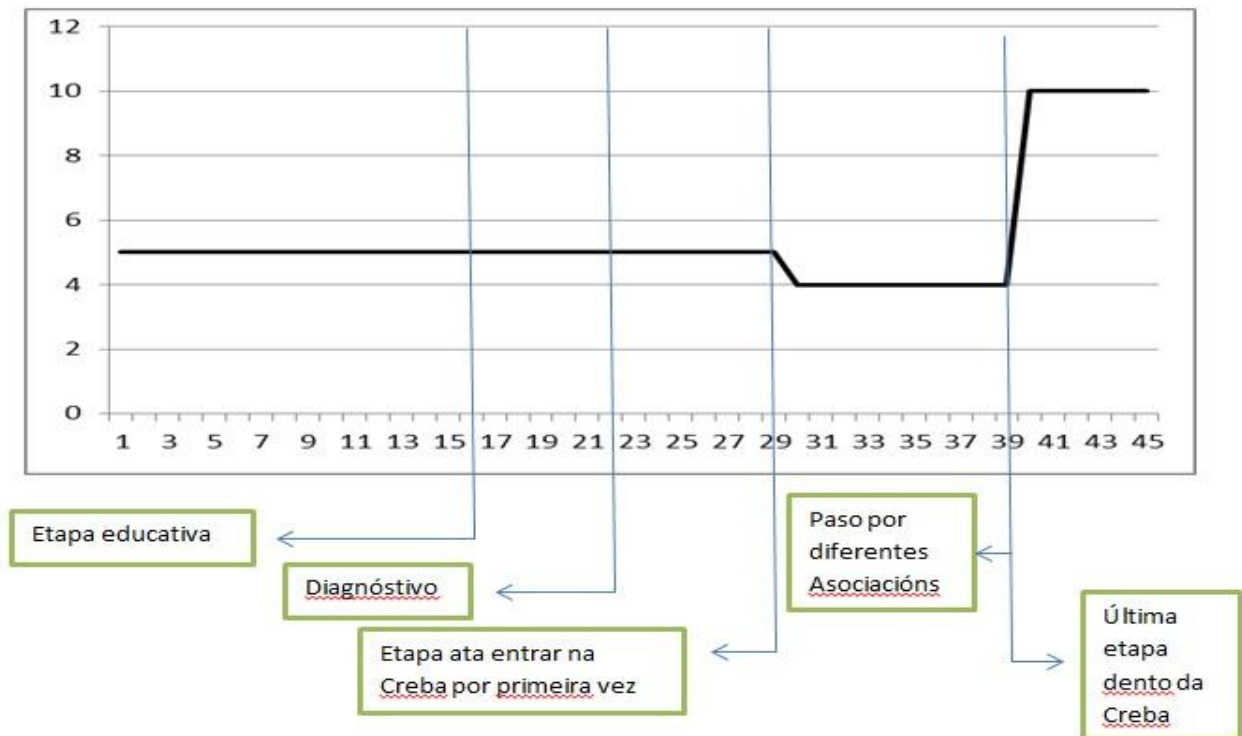
Fonte: Elaboración propia

Na seguinte táboa podemos ver o nivel de Satisfacción da vida con Rosana, unha muller de 45 anos, cuxa infancia transcorre nun pobo da provincia de A Coruña. Rosana leva unha vida normal, estuda a educación primaria no seu pobo natal, e máis tarde intentará facer corte e costura nunha escola pública do pobo veciño. A idade de dezaseis anos diagnóstícanlle esquizofrenia. A súa vida ó lado dos seus pais e irmáns transcorre con normalidade ata a morte de seu pai, onde ela sofre unha crise aguda da enfermidade. O paso por diversas asociacións incluída A Creba e ó non encontrar sosego en ningunha delas fai que o seu nivel de satisfacción coa vida obteña os números máis baixos ó longo de toda a vida. Tras a entrada no Hospital Psiquiátrico de

Conxo e a nova incorporación A Creba o seu nivel de satisfacción coa vida aumenta chegando ós niveles máximos da mesma; un 10.

TABLA: Satisfacción coa vida

PERFIL: Muller, 45 años, Esquizofrenia



Fonte: Elaboración propia

5.3 Características da rede familiar.

Co fin de averiguar as características da rede familiar pasarase a analizar os cambios sociais e familiares percibidos a raíz do diagnóstico, indagando así a posición do entrevistado no seo familiar e a capacidade da familia para apoialo. Con relación a isto preténdese entender o proceso de formación do fogar individual, e o proceso de deixar atrás o fogar de orixe. En relación o fogar de orixe da mostra, vese que todos proceden dun tipo de familia nuclear, composto por pais e fillos. Tres dos nosos entrevistados múdanse ó longo da súa infancia; tres cambian de país (E1, E2, E6) e outro cambia do rural o urbano (E4). O resto de entrevistados mantense durante toda a infancia no mesmo lugar. Da totalidade da mostra soamente tres persoas (E1, E3, E6) formaron unha familia propia. Prodúcese a raíz do diagnóstico en dous casos dos anteriores mostrados (E1 e E6) un cambio nos lazos familiares pois ámbalas dúas familias acaban en ruptura matrimonial.

“Yo cogí la enfermedad a los cuarenta años y mi marido me pidió la separación porque tenía la enfermedad. Si fuera al revés yo no lo hubiese dejado.”(A Coruña, E1, 2015).

“Todos me apoiaron.”(A Coruña, E2, 2015).

“Eu era unha persoa que me dedicaba moitísimo deporte (...) facía actividades, moitísimo, tiña moitísimo amigos, agora practicamente non teño ningún [E: E na familia?]E4: Na familia estou moi integrado.”(A Coruña, E4, 2015).

“Tuven moito apoio por miña nai. [E: E ¿Os amigos, as amizades?]E5: Si, si, tiña amizades. [E: ¿Consideras que perdestes amizades ou que no?]E5: Perdinas.”(A Coruña, E5, 2015).

“Yo lo que hacía era ocultárselo a ellos, a mi hijo, yo oía voces pero me callaba para el pensara que yo estaba bien. [E: ¿E as túas amizades como so tomaron?] E6: Mis amizades en la Creba bien. [E: E ¿En qué momento acaba a relación?] E6: Si es mi exmuller, lo decidió ella el divorcio aínda que yo también, fue cosa de dos. [E: ¿Con qué anos vos divorciastedes?] E6:Fue hace muchos años.[E: ¿E hoxe en día como está a vosa relación?] E6: Pues no nos llevamos muy bien pero hablamos de vez en cuando, por el hijo sobre todo. (...) ella se pone a gritar por todo y discutimos porque ella me echa la culpa a mí de habernos venido de Venezuela, pero yo en Venezuela ya estaba mal. Pero la culpa no es de nadie, es así...(...) [E: ¿Tes algún irmán?] E6: Si, somos seis. Tres hermanas y tres hermanos. [E: E ¿Están en Galicia todos?] E6: No cuatro están aquí, uno en Italia y el otro en Suiza. [E: ¿A relación con eles é boa?] E6: Si, más o menos buena.”(A Coruña, E6, 2015).

“[E: (...)]Desde que sabes que tes a enfermidade mellorou a situación?”E7:...Si pódese decir que a xente, sobre todo a xente maior, que dime que tal estás preocupase mais por min, a xente mallor, ai filliño, cóllenme da man....”(A Coruña, E7, 2015).

“[E consideras que a raíz da túa enfermidade cambio algo na túa vida?]Si cambiou, porque cambiou na forma de pensar e de ver o mundo... [¿A túa familia apoiouche, tuvistes axuda familiar? Sí, sempre, sempre.”(A Coruña, E8, 2015).

Parece evidente entón, ó falar da fortaleza das redes de relacións averiguar a relación de amizade de cada un dos entrevistados e os cambios producidos a raíz da enfermidade. A maioría de entrevistados recoñece perder amizades e afianzar as de dentro de A Creba. O caso E3 considera que a súa relación de amizade se afianzou tras a enfermidade, posto que recibe do seu vínculo máis achegado o apoio preciso. Outros dous casos (E7, E1) consideran que antes de entrar na Creba non tiña amizades, polo que a perda destes non é relevante.

“Yo no tenía amigas no las podía tener porque claro era salir de una casa y meterme en otra, una casa, otra casa, desde mi casa a otra casa, yo no tenía amizades. (...) Si estaba cómoda tenía muchos amigos, muchas amigas y yo cuando vine para aquí lloré muchísimo porque los dejé allá, a mis amigos y a mis amigas [E: ¿E hoxe en día tes relación con alguén de alá?] E1: No, la perdí, porque claro, después no había teléfono no había eso y la perdí...”(A Coruña, E1, 2015).

“(...) Ah no al contrario me relaciono más con la gente ahora estoy más sociable más... (...) Si más abierto porque como es? Es un tema sociable yo soy un ser muy tímido pero hice muchos amigos en Noia.(...)[E: E hoxe en día conservas relación de amistad de Argentina?] E2:(...) nos escribíamos por carta pero dejamos de escribirnos(...) [E: Que significa a creba para ti agora mesmo?] E2: Mucho, es porque aquí... mucho, porque aquí hice muchos amigos.”(A Coruña, E2, 2015).

“[E: Vale e consideras que a raíz da túa enfermidade pasaran cousas que puideran pois cambiar cousas cos teus amigos ou na túa relación de parexa]? E3:Noo todos me apoiaron.”(A Coruña, E3, 2015).

“Amigos agora practicamente non teño ningún.Os amigos que teño andan a súa vida casaron están fora, pero en realidade non tuven moitas amistades (...)Eu amigos, e que amigos non tuven. (...)Cos de aquí ben.”(A Coruña, E7, 2015).

Con respecto á influencia que a enfermidade reflicte a hora de atopar traballo, vemos que a maioría de entrevistados afirma non ter conciencia sobre a influencia desta, posto que non intentaron atopar traballo. O caso E6 deixa claro a súa imposibilidade á hora de traballar debido as voces que oe na súa cabeza derivadas da esquizofrenia paranoide, e o caso E3 debido a distrofia muscular.

Afondando na vida social e nos hobbies de cada un dos entrevistados observase unha gran variedade de actividades, dende o deporte, a lectura pasando polas inquietudes políticas.

Cabe centrarse nas expectativas de futuro dos entrevistados, onde se comproba que a maioría deles a excepción do caso E3, ten expectativas relacionadas co mantemento do seu patrón de vida, seguir facendo o que ata o momento da entrevista ou adquirir algún hobby que lle permita continuar coa súa rutina de vida, introducindo ditos hobbies nas horas mortas do día.

“[E: E qué expectativas tes cara o futuro?][E1: Mira yo curarme, curarme, salir de aquí, volver a trabajar, hacer una vida normal como una persona, como antes, ser como antes. Como era yo antes. Yo era una persona muy alegre o sea nosé pero yo además yo quería por ejemplo mi piso, porque yo no estoy cómoda en casa de mis padres, quiero mi independencia.” (A Coruña, E1, 2015).

“A mi me digo... que voy a la psicóloga, no? (...)me decía la psicóloga... tu (nome do entrevistado) no pienses en el futuro, vive el presente.”(A Coruña, E2, 2015).

“A min gustaríame volver a Suiza e o meu marido tamén e máis a Argentina, que teño alá uns tíos e primos.”(A Coruña, E3, 2015).

“[E: E non te pranteastes nunca volver a estudar e terminar o que empezastes] E5: Socioloxía? (...) O mellor si. (...) Eu o mellor pola UNED faríao.”(A Coruña, E5, 2015).

“Pois vir aquí a Creba e estar facendo o que estou facendo, porque é unha cousa que me gusta.”(A Coruña, E4, 2015).

“[E: ¿Qué expectativas tes cara o futuro?] E6: Pues mira el psiquiatra me dijo que en cuanto cumpla los sesenta me manda a la residencia, pero yo no quiero ir porque ahora tengo una novia en el psiquiátrico.”(A Coruña, E7, 2015).

“[E: Tes algún plan de futuro? Justaríache estudar?] E7: Non son capaz de estudar non me concentro non son capas.”(A Coruña, E8, 2015).

Para concluir o análise das entrevistas ós usuarios cobra transcendencia a relación destes coa parella actual e especialmente cos fillos. Soamente tres dos entrevistados tiveron descendentes E1, E3, E6 sendo a relación con estes mala, boa e regular respectivamente

“Cuando fue de lo de la separación yo le dije a mi marido mira esto es entre tú y yo no metas a las niñas (...) y resulta que el abogado ese le dijo a las niñas que dijeran que yo andaba con cuchillos por la casa mira tú eh!! Mira yo te lo juro por la virgen del Carmen y por mis hijas que yo eso no lo hice (...) Entonces ¿qué hicieron? me hicieron una orden de alejamiento. (...) Ellos a mí por ejemplo no me quieren, porque... porque su padre no es su padre, para ella es como un amigo, y ¿qué pasa?¿Ahora en el piso que se hacen? Botellones, fiestas, de todo... ¿entiendes? Entonces ellas están de maravilla como me van a querer a mí, si ellas saben que si yo voy para allí... voy a poner orden.”(A Coruña, E1, 2015).

“[E: ¿Cál é o teu estado civil?]E3: Casada, e teño dous nenos. [E: Cántame entón, ¿Cómo foi a formación da parexa?, ¿Cómo conocestes o teu marido?]Conocino nunha festa con trece anos e foi o único mozo que tuven hasta que me casei con el.[E: ¿A qué anos tuvestes os fillos?]E3: Con vinte e e outro con vinte e seis.”(A Coruña, E3, 2015).

“Si tuven máis de unha parexa (...) Todas empezaron da forma máis normal que pode haber por atracción física ou atracción... bueno a verdad e que todas empezaron por atracción física realmente, empezaron pola atracción, eee digamos de pareceres de inquietudes, porque a unha delas conocina... a (nome da moza) concretamente, a (nome da chica) era unha chica de (nome de pobo). Conocina na biblioteca de (nome do pobo) lendo, tiñamos inquietudes culturais iguais e empezamos a conocernos polas inquietudes culturais e de ahí surgeu o amor. [E: E cando se terminaron as relacións?]E4: Todas polo mesmo problema: pola droga, menos a primeira que foi un noviazgo da xuventude que xa se acabou por acabarse. (...) Si, e con todas as miñas exparellas me levo moi ben. [E: E cres que a enfermidade che afectou a hora de atopar parexa?]E4: No, agora no. No agora é porque me sinto moi cómodo así. E: Fillos non tuvestes nunca non? E4: No polo momento no.”(A Coruña, E4, 2015).

“[E: E ¿Con qué anos te casastes?] Veinte y cuatro años. [E: ¿Sigues con ela actualmente?] No, pero tengo un niño con ella que tiene ahora treinta y tres años.[¿E tes boa relación co teu fillo?] Si yo me llevo bien. [E: E ¿En qué momento acaba a relación?] Si es mi exmuller, lo decidió ella el divorcio aínda que yo también,

fue cosa de dos (...) Pues no nos llevamos muy bien pero hablamos de vez en cuando, por el hijo sobre todo. Aller llamé y estaban ocupados y después llamaron, también se pone a gritar por todo y discutimos porque ella me echa la culpa a mí de habernos venido de Venezuela, pero yo en Venezuela ya estaba mal. Pero la culpa no es de nadie, es así...”(A Coruña, E6, 2015).

“Estou solteira [E: E tuvistes algún mozo anteriormente?] E8:Tuvan un, un moso que me durou oito anos e agora non nos vemos pero eu aínda o recordo (...) Pois os vinte e oito.(...) :Presentáronmo, un irmán de miña cuñada. [E: E tes fillos?] E8: No.”(A Coruña, E8, 2015).

5.4 Análises da entrevista á Psicóloga

Neste apartado analizarase a entrevista realizada a psicóloga da Creba para averiguar a adecuación da súa formación co traballo a realizar, a satisfacción coas tarefas encomendadas, explorar as diferentes actividades que se realizan no centro e a adecuación das mesmas ó nivel de discapacidades dos membros. Pretendese saber así tamén a conformidade da entrevistada coa organización xerárquica do centro, e a necesidade de recursos dentro do mesmo.

A entrevistada (muller, 57 anos, solteira) como se menciona en apartados anteriores, comezou os seus estudos no ano 1979 na facultade de psicoloxía de Santiago de Compostela na rama de psicoloxía, continuando ditos estudos en Madrid coa intención de realizar Clínica, estudos que non terminará. Na pregunta sobre a satisfacción co nivel formativo da entrevistada vemos que recoñece, no momento de estar estudando, a inexistencia de facultades que formaran profesionais en cuestión clínicas ou sociais.

“[E: E a satisfacción co teu nivel formativo consideras que é o adecuado co que esixe o teu traballo ou consideras que deberías de haberte formado en outro campo ou haber especializado máis?] A ver de cuando yo acabé no había, realmente había muy pocas facultades que te podían formar en cuestiones más clínica, social. (...)en realidad cuando más me informé fue cuando empecé a trabajar, al empezar a trabajar fue como una formación continua (...) casi todo lo que sé me lo enseñaron ellos.”(A Coruña, psicóloga de A Creba, 2015).

As súas andanzas no mundo laboral comezan ó terminar a carreira, pois monta unha clínica privada xunto cunha compañeira. Unha vez pechada a clínica, pasa a formar parte dun programa de educación familiar como psicóloga dentro dun concello. Anos máis tarde entrará na creba, onde levará ata o momento da entrevista dezanove anos como profesional.

“Después de ahí vine a la creba, primero con un objeto definido que era montar una mini Creba en Muros, un taller en Muros, para coger la zona de allí, porque no teníamos coches, ni teníamos furgona ni teníamos nada. Y me fui a Muros y cogí toda esa zona (...) y estuvimos allí como...bueno hasta que conseguimos las primeras furgonetas, dos años o así. A partir de ahí, ya se recogía a los usuarios y podían venir aquí a Noia a la Creba. Total, yo creo que llevo pues sobre dieciocho años, diecinueve años.”(A Coruña, psicóloga de A Creba, 2015).

Cando preguntamos polas funcións que dita entrevistada desempeña na Creba a súa resposta é de psicóloga clínica, pero o longo da entrevista descubriuse como a necesidade de recursos e de persoal leva a que tódolos profesionais da asociación teñan que desempeñar tarefas non encomendadas ó seu posto de traballo.

“Haber las funciones que desempeño en general son las de psicóloga clínica, ahora pues psicóloga sanitaria. (...) vamos a ver, es demasiado trabajo acumulado en una serie de gente, yo siempre dije que aquí hay que hacer una serie de cosas que son desde limpiar, a ir a un grupo, a ayudar en circunstancias pues especiales, claro cada uno más o menos tiene su área...”(A Coruña, psicóloga de A Creba, 2015).

Observouse, tras as palabras da psicóloga, como os apoios dentro da institución son favorables e que todos os membros están coordinados e traballan en grupo. Ademais, reconece que as actividades levadas a cabo dentro desta institución son variadas e están adecuadas ó grado de discapacidade dos usuarios.

“[E: E consideras que tes apoios de outros profesionais dentro da institución?]E9: Si por supuesto. Es que esto es como un grupo, si no te coordinas ni trabajas con todo el mundo, e todo esto es un desastre, no puedes en realidad trabajar sin coordinación.”(A Coruña, psicóloga de A Creba, 2015).

“[E: Vale. Qué actividades se levan a cabo dentro de esta institución?]E9: Puesmuchísimas, desde talleres, hayunos grupos ya programados, psicoeducación, hay a nivel cognitivo, hai autoestima, hai diferentes psicomotricidad, hai muchos tipos de grupos...”(A Coruña, psicóloga de A Creba, 2015).

“ [E: Vale, crees que estas actividades son adecuadas o grado de discapacidade dos usuarios?]E9: Hombre yo creo que sí, aquí se actúa, a ver aquí el fin es recuperar cualidades, esto es un centro de rehabilitación, es un centro de rehabilitación psicosocial, por lo tanto lo que se pretende es a partir de la enfermedad este tipo de usuarios tienen como que volver a comenzar, las cosas las tienen muy caóticas muy destruturalizadas, no se centran realmente en las cosas. Entonces tienes que volver a enseñarle todo lo que hacía antes de tener esta enfermedad, no enseñarles, sino volver a rehabilitarlo en esas actividades que hacían antes, entonces es posible volverlas hacer con el parón que tuvieron con estas crisis, al principio de estas crisis.”(A Coruña, psicóloga de A Creba, 2015).

Para a psicóloga, a enfermidade máis complexa en relación a rehabilitación da mesma é o trastorno de personalidade, pero á vez afirma que a través das actividades levadas a cabo no centro se pode percibir un cambio de saúde nos usuarios.

*“[E: E dentro de todas as enfermidades mentales, cál consideras que é a máis difícil á hora da súa rehabilitación?]***E9:***O trastorno de personalidad, yo prefiero cien esquizofrénicos y eso que es realmente la mayor discapacidad, o el mayor tipo de enfermedad mental que hay a un trastorno de personalidad, es dificilísimo, y el trastorno de personalidad antisocial bueno... y luego trabajo... te da mucho también la patología dual.”*(A Coruña, psicóloga de A Creba, 2015).

“ [E: Hay a precepción de cambios de salud a través das actividades?] Muchísimo, es una cuestión muy curiosa, la gente que viene aquí dice: !Pero si esto es una maravilla!. Yo siempre digo: fue una pena de principio no grabar realmente como estaba la gente a como está hoy en día (...) El tiempo en este tipo de enfermedades es muy importante(...) primero porque existen recaídas, luego hay que volver a empezar y todas estas historias.. pero bueno la satisfacción es enorme, ver a gente que no salía de casa en años y ahora que hace una vida totalmente normalizada y que controla y previene su enfermedad.”(A Coruña, psicóloga de A Creba, 2015).

Atendendo a todo o exposto anteriormente, cabe concluír cá satisfacción de dita entrevistada cara o seu posto de traballo as expectativas a nivel económico no mesmo, a estrutura xerárquica do centro e a necesidade por parte da asociación de algún tipo de recurso.

*“[E: Estás conforme coa estrutura organizativa e jerárquica do centro?]***E9:** *Si, si siempre lo estuve y siempre funcionó así, yo creo que a partir de...hay como una coordinación, todo el mundo se plantea las cosas, cada uno da su opinión y la decisión por supuesto se toma entre técnicos, la directora más o menos es la que da las pautas que deben tener o los trabajos... pero yo creo que eso ya viene implícito, osea tu más o menos ya sabes para lo que tienes que estar o no estar, tiene que haber un organigrama... y totalmente de acuerdo.”*(A Coruña, psicóloga de A Creba, 2015).

*“[E: Qué perspectivas tes de continuidad co teu posto de traballo?]***E9:** *A nivel económico de la asociación... nula, cero, continuar con mi trabajo...yo es lo que me gusta, yo si llevo dieciocho años en esto es porque porque realmente me gusta, ¿Qué siga con esto? Hombre realmente no sé lo que viene a continuación, pero a mi me gustaría, me gustaría terminar y hay muchas cosas que quedan por hacer, y hay muchas cosas que me gustaría obtener mayor resultado y me gustaría estar aquí para verlos, ahora me imagino que todo cambia no?”*(A Coruña, psicóloga de A Creba, 2015).

“[E: ¿Consideras que hay algún cambio que se debería realizar dentro da institución para mellorar?] E9: Para mejorar... entre trabajadores y lo que es la institución, ahí nose puede realizar muchos cambios, los que hay son los adecuados y todos aquellos podríamos decir que podían aportar a lo que hay pues es muy difícil, pues porque no hay subvenciones, no hay nada que apoye estos centro. Las subvenciones se recortan cada año, hay una precariedad a nivel ya de asociación y de trabajadores, se procura dar tiempo, trabajo, todo pero hay muchas cargas.”(A Coruña, psicóloga de A Creba, 2015).

“[E: E aparte do económico, pensas que hai outra tipo de necesidades en recursos?] E9: Uf...necesidades hay de muchos tipos. Hay muchas necesidades a parte de lo económico pero yo creo que la base es un poco esa no porque vamos a ver es demasiado trabajo acumulado en una serie de gente, yo siempre dije que aquí hay que hacer una serie de cosas que son desde limpiar, a ir a un grupo, a ayudar en circunstancias pues especiales (...) temos muchos servicios, los pisos protegidos, se hace ayuda a domicilio, se hay escuela familias, entonces hay muchos servicios y bueno pues si hay que pagar cada servicio... digo ya a los trabajadores, a los usuarios pues los usuarios por el dinero que le dan como discapacidad sería imposible totalmente, pero los trabajadores estamos muy contentos porque si no te gusta esto con las circunstancias que están pasando, pues...y a lo mejor alguien puede decires que a tu edad pues ya no te dan otro trabajo pues nose... pero en realidad lo que me gusta es esto. Yo puedo hacer cualquier tipo de trabajo está claro pero yo si puedo conservar esto pues me gustaría estar aquí.”(A Coruña, psicóloga de A Creba, 2015).

6. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

A asociación elixida para realizar a observación participante foi A Creba. Esta entidade encóntrase situada no Polígono Industrial de Augalevada, na Vila de Noia, en A Coruña (Ver anexo III). A Creba é unha asociación que se dedica a orientar e apoiar de maneira profesional ás familias e as persoas con enfermidade mental, e posibilita recursos ós que os membros da mesma non podían acceder individualmente⁶. Entre os obxectivos desempeñados por dita asociación podemos destacar: Promover aquelas intervencións na área de saúde mental non cubertas polas institucións existentes, co fin de mellorar a calidade de vida dos usuarios e familiares; informar, educar e concienciar sobre as enfermidades psíquicas ou fomentar a igualdade dos sexos, posibilitando a incorporación na vida económica, cultural e laboral dos propios afectados e dos seus familiares. Despois de contactar co centro A Creba permitíume achegarme as persoas con enfermidade mental, dunha forma directa e sen barreiras, onde eu de forma persoal me atopara co fenómeno a estudar de primeira man, é dicir, interaccionando cos meus informantes no seu escenario e explorando cómo os procesos de saúde-enfermidade poden modificar a integración no entorno e de qué maneira alteran a capacidade de adaptación social.

Achegarme os usuarios do centro resultoume doado, posto que é unha asociación que colabora con diversos programas de axuda o estudantado. Despois dunha conversación coa directora e coa psicóloga do centro, puiden asistir ós diversos talleres, así como a diversas actividades terapéuticas. Acordamos que a miña estancia no centro sería dun mes e que o finalizar dita estadía, podería realizar entrevistas ós usuarios que estiveran dispostos a participar. Deste xeito, estiven involucrada directamente coa asociación nun mes e participando cos usuarios na súa vida na asociación. En concreto, estiven presente cos pacientes nas seguintes actividades:

⁶Para máis información consultar www.acreba.org

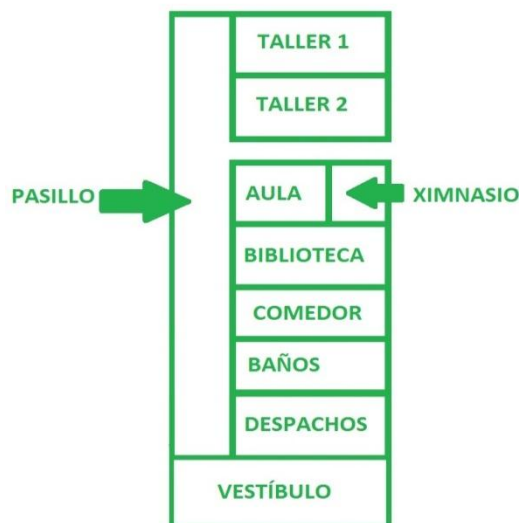
Tabla 1.- Esquema temporal da miña actividade no centro A Creba

	Luns	Martes	Mércores	Xoves
Primeira semana (06/04 - 09/04)	Taller de Cestos	Taller de cestos	Taller de Pintura	Deportes
Segunda semana (13/04-16/04)	X	Taller de encadrado	Actividade da pintura	Deportes
Terceira semana (20/04-23/04)	Informática	Taller de costura	Bailoterapia	Deportes
Cuarta semana (27/04-30/04)	Actividade: Formación arredor da saúde mental	Taller de costura	Taller de embolsado	Deportes

Fonte: Elaboración propia.

Antes de comezar formar parte de A Creba como observadora participante, unha das profesionais do centro explicoume como está dividido o mesmo e qué tipo de actividades se desenvolven en cada un dos talleres ou aulas. A súa división sería a que corresponde ó gráfico 1.

Gráfico 1.- Distribución espacial do centro A Creba



Fonte: Elaboración propia

O primeiro espazo que nos atopamos tras a chegada A Creba é o vestíbulo. Este espazo está habilitado para fumadores, pois son os usuarios do centro quen o utilizan en días de choiva. Posúe unha cristalera con vistas ao patio e sofás e uns cinceiros. O seguinte espazo que encontramos son os despachos, lugar dedicado a papeleo administrativo por parte da directora do centro. Será onde teña o meu primeiro contacto con A Creba. Os baños están divididos en dous apartados, por un lado o de mulleres e por outro o de homes, ambos adaptados para persoas con mobilidade reducida, e adecuados para unha completa hixiene física. Máis alá dos baños temos a biblioteca, que se utiliza á vez como lugar de reunión dos profesionais do centro, esta biblioteca posúe dous ordenadores con acceso a internet, unha televisión e unha ampla gama de libros sobre diferentes temáticas. O seguinte apartado está destinado a unha aula onde se realizan diversas actividades como a formación arredor da saúde mental, servizos especializados de terapia ocupacional, rehabilitación cognitiva, habilidades sociais e autoestima. No espazo destinado para ximnasio realízanse diferentes actividades físicas para a mellora da saúde dos usuarios. Cando o tempo o permite, as actividades realízanse ao aire libre no xardín que rodea todo o establecemento.

Os dous espazos máis importantes do centro son os talleres onde os usuarios do centro, confeccionan os obxectos para a súa posterior venda. Estes talleres están divididos en tres mesas de traballo. No primeiro están o taller de cestos, enmarcado e pintado e lixado, e no segundo taller realizábanse actividades como costura, decoración téxtil, ou empaquetado de bolsas. Ó longo da mañá realízase un descanso de media hora para todos os usuarios do centro. Nestes descansos os membros teñen a posibilidade de ir ó comedor ou ir ó vestíbulo, espazo habilitado para os fumadores do centro, que o meu asombro son a maioría dos usuarios. O descanso do pitillo é unha das formas máis socializadoras do centro, pois é aquí onde os usuarios se liberan e contan máis historias.

Dentro de A Creba para aqueles usuarios máis necesitados ou sen familia existen pisos tutelados para que poidan vivir controlados a súa vez por psicólogos para axudalos a levar unha vida normal unidos a enfermidade mental. Neste comedor polo tanto unha vez terminada a xornada laboral, que é as dúas e media, os usuarios do piso xunto con aqueles que así o desexen comen neste comedor cunha dieta equilibrada e variada. O resto dos usuarios irán nas furgonetas que teñen o centro para a súa casa, situada nas aforas da vila. Nos descansos a dirección do centro destina para todos os usuarios diversa comida como froita ou bocadillos gratuítos para todos os membros, tanto usuarios como traballadores do mesmo ou voluntarios, posibilita así tamén diversas comidas como galletas café, zumos, colacao... a custo ínfimo para que todos teñan a posibilidade de mercalos.

6.1 PRIMEIRA SEMANA

A primeira semana no centro foi unha semana de adaptación tanto para min como para os propios usuarios, a miña situación era incómoda, pois notaba que para eles, era unha intrusa. Rosalía, unha das traballadoras do centro presentoume en cada un dos talleres, explicándolle os usuarios o porqué da miña presenza e a finalidade pola que estaba alí.

6.1.1 Cestos

O primeiro taller no que me involucrei foi no “Taller 1”, na mesa de Cestos, onde dez usuarios tras as explicacións dun monitor se dedican a facer cestos (ver anexo IV). Notei tras a miña primeira impresión, a pasividade da maioría deles ante as miñas preguntas incómodas para romper o xeo. A primeira persoa que me falou foi Sara, unha das que participou nas entrevistas o final da miña estadía. Sara, unha muller de 59 anos, ama de casa, labrega e dona dunha librería, será unha das claves para a miña adaptación dentro da asociación, posto que grazas a confianza e achegamento que atopei nela, permitíume irme achegando pouco a pouco ó resto de usuarios. Senén, será o seguinte en abrirse ante min contándome historias sobre a súa estancia tanto fóra da Creba, como dentro. Pouco a pouco e a medida que fun facendo cestos, empecei a comprender un pouco o que ata aquela era algo descoñecido para min, o que é unha enfermidade mental. A través das súas andanzas, atopeime con unha verdade oculta, todos os usuarios do taller de cestos tiveron unha crise aguda da enfermidade en algún dos momentos da súa vida, clasificándoa como a súa peor etapa, sendo a raíz disto a entrada na Creba de todos.

6.1.2 Taller de pintura

Nesta semana entro a formar parte da mesa de pintado e lixado. Nesta mesa dúas usuarias dedicábanse a lixar figuriñas de madeira ou a pintar. Compre dicir que a maioría das actividades realizadas pola Creba son de encargos feitas a dito establecemento. No caso de non habelas facíanse artigos para a súa venda posterior na tenda que a Creba posúe situada no lugar de Noia. Nesta tenda conseguíase obter a través do traballo dos usuarios algún beneficio extra para a mellora do centro. Unha das pezas que se creaban no momento da miña observación participante eran as casas para os paxaros, onde estas usuarias utilizaban a súa creatividade para decorar de diferentes formas e cores as casiñas para paxaros. (ver anexo V). Unha das usuarias desta mesa Sofía, acudía unicamente tres días a semana ó centro, posto que a súa familia reside na cidade de A Coruña. A pesar de non realizar todas as actividades ofertadas polo centro era unha das usuarias máis integradas. Ela contoume as súas relacións de amor con outros usuarios e observei tras unhas palabras conmovedoras e reais o sentimento encontrados coa súa relación actual: Dani. Eles coñecéronse tras a

chegada de Dani ó centro, e a súa relación viuse truncada por Diego, outro dos usuarios, á vez, exparella de Sofía. Pero tras anos de discutas e malos entendidos, Diego aceptou a relación de amor entre a súa exparella e o seu mellor amigo Dani, e foi entón onde encontrou o seu según ela “amor verdadeiro”.

6.1.3 Deportes

Tódolos xoves de cada semana, os usuarios do centro da Creba, achéganse o polideportivo de Noia para realizar diversas actividades deportivas, como son o baloncesto, fútbol, bádminton, entre outros. Para aquelas persoas non queiran realizar dita actividade ou polas súas características físicas non lle sexa doado, algúns dos profesionais do centro acompañaos a dar un paseo por Noia, posto que os xoves no centro da vila hai un mercado onde a Creba posúe un posto. O primeiro xoves do mes, decidín que comezaría participando con eles nos deportes, posto que a vila xa a coñecía e a maioría de usuarios quedaba xogando. Decidín xogar o fútbol con eles a pesar das advertencias dos monitores sobre os desencontros entre os equipos que se presentan ata o final do partido. Estes equipos dividíanse en dous grupos, como xa era habitual esta xuntanza, os equipos estaban definidos: un monitor e un voluntario de cada equipo elixía o resto de xogadores. Como eu era unha intrusa para eles nesta nova actividade, decidiron poñerme a xogar co equipo verde. Nunha das entradas a portería, abalanzáronse sobre min dous xogadores do equipo contrario con tan mala sorte que tiven unha lesión: esguice de ligamentos cruzados da perna esquerda. A miña sorpresa prodúcese cando ó verme lesionada todos os usuarios, sen a excepción de ningún viñeron onda min, axudáronme a levantarme e amosaron unha gran preocupación. Agora eu posuía o rol de enferma. Tras esta actividade leváronme o centro médico máis cercan, onde me dan o diagnóstico. Debido a lesión tiven que permanecer un día sen poder ir a realizar a observación participante acordada. A miña sorpresa prodúcese cando chego (en muletas) o martes da segunda semana o centro e varios dos usuarios me están esperando na porta para para axudarme a chegar os talleres sen lesión algunha. Neste momento prodúcese unha das complicacións da miña observación, estou pasando a formar parte do colectivo, e manter as distancias para levar a cabo unha correcta observación participante empeza a facerse complicado.

6.2 SEGUNDA SEMANA

O martes da segunda semana coñezo no descanso a unha muller chamada María que me contou a súa vivencia coa enfermidade. Nela atopeime a unha muller aproximadamente de 50 anos, nai separada e muller coqueta, onde tras un divorcio complexo meteuse nunha depresión profunda, depresión que desencadeará unha dobre personalidade. O seu marido abandonou tanto a ela como o seu fillo. O Estado quitoulle a ambos a tutela do rapaz, que pasaría a mans dunha irmán dela. Confésame

que actualmente pasa pola peor etapa da súa vida, soamente pode ver o seu fillo un fin de semana ó mes. O seu fillo vive nun pobo veciño o dela pero por orden xudicial non pode acudir máis veces a velo. Sen embargo apreciei nela unha nai loitadora e interesada pola vida do seu fillo, que sabe absolutamente todo sobre el, pois era o rapaz adolescente, quen chamaba de acotío a súa nai e contáballe todo acerca da súa vida. Puiden observar tras as palabras de María que o seu fillo, o contrario que ela, aceptou e coñeceu a enfermidade de súa nai e axudouna en todo o posible para que ela puidera ter unha vida satisfactoria e coas mínimas preocupacións sobre el.

6.2.1 Taller de encadrado

Despois de botar uns días de descanso debido a lesión, pasei a mesa de encadrado, situada no primeiro taller. A miña labor aquí só foi de observadora, posto que non estaba recuperada e a miña experiencia coa madeira era nula. Nesta mesa os usuarios traballaban durante toda a mañá para enmarcar os cadros. Eran eles mesmos os que medían, cortaban, pintaban, e remataban os cadros (ver anexo VI). Rubén, un dos usuarios da mesa contoume a súa experiencia. Rubén é un home de 51 anos, sempre alegre e cun sorriso inconfundible tanto dentro como fora do centro, é unha persoa moi sociable, amigable e sempre preocupado polos demais. O seu labor xunto con outros usuarios do centro era o de encadrar, eles medían con precisión cada detalle e cada milímetro da madeira, para que o seu traballo fora o máis perfecto posible. Na semana que estiven nesta mesa, eran arredor de de 4 ou 5 persoas para realizar a tarefa, sempre as mesmas, cos cales logo fixen relación posto que Rubén era o usuario máis aberto de todo o centro e un dos seus compañeiros, Hugo, quixo estudar socioloxía polo que se apaixonou rapidamente polo traballo que estaba a realizar alí. Un dos detalles que máis me chamou a atención a medida que foi pasando a semana é que Rubén nos días máis complexos da enfermidade cambiaba totalmente de humor, pasaba de ser alegre e amigable a distante e frío, nos días de “baixón” que así denominou el, non se relacionaba con ninguén, centrábase unicamente no traballo a desenrolar. Pola contra Hugo mantiña sempre a mesma actitude pasiva sempre cunhas boas formas e palabras. Hugo, ten 45 anos, a súa enfermidade comezou tras unha época de drogadicción en Madrid estudando socioloxía. En todos os temas de conversación que tivemos atopeime cunha persoa moi culta, a vez que tímida, estudada e sempre con ganas de obter máis coñecementos sobre tódolos aspectos da vida. De todos os talleres nos que estiven o de enmarcado é aquel onde os usuarios máis centrados están no traballo, sen distraccións, quitando as miñas preguntas a todas horas sobre cada un dos pasos para realizar a enmarcación dun cadro. Dentro deste taller para a tranquilidade e relaxación de todos os usuarios tiñamos unha música proporcionada pola radio, con cancións de todos os estilos musicais e épocas en voz tenue.

6.2.2 Actividade de pintura

A actividade de pintura, é unha actividade levada a cabo pola psicóloga do centro. En dita actividade os usuarios teñen que plasmar os seus sentimentos ou preocupacións sobre un debuxo, o final desta actividade coméntanse entre todos os participantes os debuxos dos demais coa finalidade de dar respostas a ditas preocupacións ou intentar cambiar sentimentos no caso de que estes sexan indesexables.

Nunha das miñas charlas coa psicóloga, móstrame como foron modificando os debuxos daqueles usuarios máis afectados pola enfermidade, dándome a posibilidade de comprobar os cambios producidos nos usuarios ó longo de dita estadía. Nos debuxos de dous dos usuarios do centro vin que os seus primeiros debuxos á hora da súa incorporación ó centro trataban temas como preocupacións pola súa situación dentro ou fora do centro, preocupación polas doenzas sufridas por ditas enfermidades, ou preocupación polo seu grupo primario. Tras anos de diversas terapias no momento da miña observación as preocupacións en concreto destes dous usuarios eran como abordar o tempo morto fora da Creba e a situación política do país. Dentro destes debuxos o contrario que nos primeiros, os cores foron cambiando paulatinamente de escuro a claro, mostrando a súa satisfacción actual coa vida dentro da Creba.

6.2.3 Deportes

Na seguinte semana e aínda non recuperada da lesión, quedei no polideportivo como observadora para ver como se relacionaban entre eles a hora de ser un só equipo. Este día, as actividades eran libres, os profesionais do centro dábanlle os obxectos necesarios para a realización das actividades, pero eran os propios usuarios os que decidían como e a qué deporte xogar. Entre eles fixeron un acordo onde metade do campo sería para os que quixeran xogar o baloncesto e a outra metade o fútbol, entre eles neste caso non se produce ningún tipo de competitividade, ó contrario, entre os propios usuarios axúdanse para poder mellorar a táctica de xogo para seguintes competicións contra outras asociacións.

6.3 TERCEIRA SEMANA

6.3.1 Informática

A actividade de informática ten como obxectivo acercar as persoas con enfermidade mental a unha nova era da tecnoloxía. Un profesor do IES Campo de San Alberto acércase unha vez a semana para dar clases de informática os usuarios do centro. Dentro desta clase observo diferentes coñecementos deles sobre a tecnoloxía. Hai quen posúe teléfonos móbiles coas máis novas aplicacións do mercado, mentres que outros usuarios non saben o que un teléfono móbil. Ó pasar dos anos e das prácticas de informática case todos os usuarios saben encender un ordenador e buscar

información nas diferentes páxinas webs que utiliza o centro como referentes (como poden ser a páxina web do mesmo centro ou a páxina de FEAFES). Dentro desta actividade os usuarios aprenden a navegar polas web e poder pasar as súas horas de ocio fora do centro oíndo música, vendo películas ou buscando a información que consideren relevante. O que puiden averiguar e que as personas cos móbiles da máis ultima tecnoloxía coinciden coas persoas que mellor se defenden fronte o ordenador, e a vez, o rango de idade máis baixo dentro da asociación.

6.3.2 Taller de costura

No taller número 2 empezo polas mesas de costura, por un lado os usuarios que cosen a man que se encargan de facer a decoración para os cestos e os detalles máis pequenos como os ollos dun boneco, e as que cosen a máquina que se encargan de facer os bonecos máis grandes (ver anexo VII). Neste taller é onde máis usuarios hai traballando, todos me dixeron que o comezar esta actividade non lles gustaba, pero co paso do tempo e despois de facer diferentes tipos de costuras, e de encargos colléronlle gusto o labor da costura. Cabe destacar que neste taller son máis mulleres que homes en contraposición a cestos ou enmarcado onde hai máis homes que mulleres. Neste taller aprenderei tras as explicacións dos usuarios cómo decorar o meu cesto cos detalles máis pequenos.

6.3.3 Bailoterapia

A bailoterapia consiste nunha actividade, onde os membros da Creban poden bailar e exercitar os músculos seguindo os pasos dunha profesora de baile. Todos os usuarios a pesar da súa patosidade, poñen interese en dita actividade, e parecen disfrutar bailando no medio de sorrisos. Mentres estaba observando os usuarios bailar acercouse a min Saúl. Saúl é un home de 38 anos drogadicto e con múltiples condenas por roubo, venta de drogas, e malos tratos. El aparte de ter unha enfermidade diagnosticada como esquizofrenia, é un home mentireiro compulsivo, este aspecto da súa personalidade lévame a non saber diferenciar cales das historias contadas por el son verdadeiras e cales non. Despois de falar con diversos membros do centro, coñecín que unha das condenas impostas polo xulgado foi rehabilitación na Creba unido a labores da comunidade. Saúl vivía con súa nai, muller de avanzada idade e con seu irmán, drogodependente tamén. Esta nai tras a imposibilidade de atender adecuadamente a ambos fillos, e coa axuda da xustiza conseguiu que o seu fillo entrara na Creba nun dos pisos tutelados, e que foran os traballadores do centro os que o axudaran a abandonar a drogadicción e tomara a medicación adecuadamente. Nel observo unha persoa abandonada fisicamente, posibilitado por parte do centro todas as medidas para non estalo. Contoume todas as súas experiencias coa droga, e puiden ver como a súa adicción non estaba superada. Semanas despois da miña finalización como observadora dentro da asociación atopeino na súa vila natal, e contoume que o

expulsaran da asociación por incumprir as normas que o centro lle impuxera. Dentro do centro xa puideren ver tamén como tivo diversos castigos por incumprimento das normas.

Saúl sen sabelo axudoume a atopar unha vivencia en común da maioría de usuarios do centro, todos en algún momento da súa estadía como membros da Creba necesitaron abandonalo por unha tempada, dende días ata meses e incluso en algún caso máis dun ano. Eles explicáronme que mediar con calquera tipo de enfermidade mental significa mediar a súa vez coa depresión, posto que moitas veces a influencia da negatividade é tal, que necesitan evadirse da súa rutina para comprender dende fora que a asociación é o lugar máis idóneo para a súa integración na sociedade.

6.3.4 Deportes

A pesar de aínda non estar nas condicións idóneas para ir dar o paseo cos usuarios que non realizaban deporte decidín ir con eles, posto que ver como se involucraban e como actuaban no medio da sociedade, era un punto clave da miña investigación. Empezamos o noso recorrido dende un punto do mercado ó outro, onde varias das usuarias se decantan por mercar roupa e zapatos, pedindo consellos de moda ó resto de usuarias e inclusive a min. Noto entre elas unha comodidade plena durante todo o paseo. A cada paso que dábamos, algunha persoa nos falaba, pois o tratarse dunha vila, todos son coñecidos. Rubén é o que máis se para posto que traballa de axudante os finde semanas nun supermercado famoso na zona polas empanadas e pizzas que vende, polo que todo o pobo coñece a Rubén, a parte da súa risa que como dixen anteriormente é inconfundible. No medio do paseo a miña lesión acentúase polo que decido dar por finalizada a observación.

6.4 CUARTA SEMANA

6.4.1 Actividade: Formación arredor da saúde mental

A actividade “Formación arredor da saúde mental” levada a cabo por unha profesional da asociación divídese en dúas partes. A actividade comeza coa charla de dita profesional sobre as diversas enfermidades que posúen cada un dos pacientes, explicando diferentes pautas para convivir con dita enfermidade, e para concienciar os usuarios do centro sobre as mesmas. Despois de dita charla, os usuarios preguntan as dúbidas sobre calquera cuestión relacionada coa saúde mental, e poñen en común experiencias vividas coa mesma. Nun destes relatos Sonia, muller de 47 anos, con esquizofrenia cóntanos a súa experiencia coa enfermidade. A súa enfermidade surxeu a raíz do embarazo, onde ela mesma di que estaba angustiada e nerviosa e non era capaz de contraer o sono. Un día xa nacido o rapaz Sonia empezou a oír voces que procedían da habitación do neno. A súa sorpresa prodúcese cando nesa habitación non hai nadie. Segue oíndo voces pero tras as negativas do seu marido dicíndolle “eso son

cousas do embarazo muller”, pensou que eran os veciños que lle estaban a gastar unha broma. Prodúcese o cumio da enfermidade, cando un día esas voces que Sonia oían eran súa irmán e súa nai, mortas dende había anos. Ámbalas dúas insistían en que matara o rapaz. Tras o medo de Sonia a poder chegarlle a facer algo ó rapaz decidiu chamar a garda civil, e é neste momento cando se produce o seu primeiro ingreso.

6.4.2 Taller de Costura

Nesta semana retomo o taller de costura posto que o meu cesto aínda está sen terminar e falta engadirlle ó mesmo a decoración feita por min a semana anterior. O día pasa sen máis, é un día tranquilo pois varios dos usuarios están enfermos e non acudiron o centro. Fíxome neste día como un dos homes deste taller fala cun dos profesionais, posto que tivo que acudir ó hospital psiquiátrico para unha visita rutinaria, a miña sorpresa foi que a profesional fala con el para preguntarlle como fora o viaxe, el entre burlas cariñosas, métese coa profesional por considerar esta que non é capaz de afrontar un viaxe a Santiago de Compostela.

6.4.3 Taller de embolsado

No taller de embolsado, os usuarios dedícanse a facer as bolsas a partir de papel reciclado e pegamento, onde irán entregados os pedidos ó exterior. Este traballo é bastante rutinario, por iso de vez en cando os profesionais do taller 1 encárganlle tarefas como lixar pezas, ou en algúns caso ata pintalas. Nesta mesa encóntrome con algunha das persoas máis afectadas pola enfermidade. Un dos casos é Alberto, Alberto home de 62 anos con esquizofrenia paranoide, ten que tomar unha elevada medicación o que fai que estea sempre durmindo e non atenda as tarefas encomendadas polos profesionais. Neste grupo, onde a maioría deles teñen un humor agradable, encóntrome cun traballo en equipo, onde uns axudan a outros, e encárganse de que a tarefa de Alberto sexa terminada a tempo. Moitas veces en medio de risos, uns tapan a outros ante os profesionais, se algún dos mesmos fixo algo mal.

6.4.4 Deportes

O último día como observadora pasámolo no polideportivo posto que o tempo non permite que saiamos ó mercado. A actividade que se realiza hoxe é fútbol, como sempre dous voluntarios e dous profesionais elixen os equipos. Tras as protestas de algúns dos usuarios por realizar sempre a mesma actividade, divídese o campo. Neste día todos os usuarios da Creba e todos os profesionais sen a excepción de un xogan a algún deporte. O día finaliza e volvemos a Creba onde os nosos cociñeiros nos teñen preparado unha rica comida.

7. CONCLUSIONES

As conclusións obtidas neste estudo pretenden, a raíz do análises e da observación participante, dar resposta ós obxectivos e hipóteses do mesmo. Recordemos pois que o obxectivo principal do noso estudo consistía en averiguar en qué medida as persoas con enfermidade mental ven alteradas as súas relacións de parella, as relacións cos parentes máis próximos e co círculo de relacións sociais, e dicir, tratemos pois de responder cómo modifican a integración no noso entorno e como altera a nosa capacidade de adaptación social os procesos de saúde e enfermidade.

Trala análise dos resultados observase unha dobre vertente en relación as redes familiares, pois como consecuencia de ter unha enfermidade mental e a raíz do diagnóstico da mesma; prodúcense uns cambios nos lazos familiares do individuo en dous sentidos: aumenta a fortaleza da rede ou pola contra prodúcese un desvinculamento coa mesma.

Apreciase no apartado anterior que aquelas persoas que tras o diagnóstico amplían ou fortalecen os lazos familiares posuían unha familia extensa, rica en actividades sociais, situada no medio rural, o que permite que o grupo de fortaleza e protección se estenda ó vecindario do individuo.

En canto os individuos que se desvinculan da súa familia observase que é pola falta da mesma como no caso E2 onde os parentes máis próximos falecen, ou que a enfermidade foi tan intensa que supuxo a ruptura da relación tanto cos matrimonios dos usuarios como cos fillos. Tanto nas entrevistas como na observación participante percíbese que o vínculo cos fillos non se rompe de todo, pois dalgunha maneira está presente, pero si se produce nesa relación unha situación de afastamento.

Lévanos isto a concluír un dos obxectivos secundarios de dita investigación *“analizar as repercusións da enfermidade na formación da familia así como nas diferentes fases clave da vida”*. Contémplase que tras o diagnóstico da enfermidade ningún dos entrevistados, nin ningún dos individuos que forman parte da observación formou tras a enfermidade mental unha familia individual; e aqueles que a tiñan a excepción dunha (E3) terminan por desfacerse. Dende a asociación estudada préstase un servizo de pisos tutelados para os usuarios da mesma. Algún dos entrevistados que están dentro deste programa consideran estes pisos e os seus compañeiros como a súa propia familia.

Para dar resposta o noso segundo obxectivo secundario *“explorar a influencia da enfermidade na traxectoria laboral e educativa”* indagase por un lado a vida laboral dos usuarios da Creba no momento da realización das entrevistas e polo outro a vida laboral antes do diagnóstico da enfermidade e da entrada a Creba. Isto permítenos pois concluír exceptuando un caso que posúe un traballo non remunerado, que ningún dos usuarios da Creba ten no momento da entrevista independencia económica a través dun traballo remunerado. A pesar disto, antes do diagnóstico toda a mostra afirma haber traballado algunha vez durante a súa vida.

O terceiro obxectivo consiste en *“averiguar os diferentes papeis do entorno social durante o proceso da enfermidade”*. Xa se veu pois o papel que desempeña a familia neste proceso, pasemos a concluír o papel que xogan as amizades. Intuímos tras as palabras dos entrevistados que a amizade xoga un papel secundario no proceso de integración do individuo posto que a maioría recoñece non ter ese vínculo nin despois do diagnóstico da enfermidade, nin na gran maioría, antes. Soamente se recoñecen amizades na infancia que se perden ó longo dos anos. Percíbese que a raíz da entrada na Creba os lazos de amizade con outros membros da mesma aumentan.

En relación o obxectivo *“estudar o rol das asociacións dirixidas a este colectivo no proceso de integración”*, observase tanto tralas palabras dos usuarios como trala voz da psicóloga do centro como a asociación é unha parte fundamental á hora da integración das persoas con enfermidade mental na sociedade. A asociación permite os usuarios e as familias dos mesmos coñecer a realidade social na que se atopa este colectivo, posibilitándolle as ferramentas necesarias para unha completa integración na sociedade. Pódese ver na observación participante e tras as palabras da psicóloga algunha das actividades que dende o centro se realizan para a inserción social dos usuarios. Estas actividades van dende charlas formativas para a posta en común de dificultades ou dúbidas relacionadas coa socialización, ata actividades desenvolvidas no seo da sociedade como pode ser paseos polo centro da vila natal da maioría dos membros, ou a colocación dun posto no mercado da vila, onde os usuarios os xoves de cada semana acoden a dito posto para entaboar relación cos veciños e intentar vender os obxectos feitos nos talleres da asociación.

O último obxectivo secundario desta investigación consiste en facer unha breve descrición sociodemográfica das persoas con enfermidade mental en Galicia según sexo, idade e clase social, coa finalidade de determinar se ditas variables teñen algunha influencia á hora da integración do individuo. Non atopamos pois nin na variable sexo nin na clase social algún tipo de indicio que aclare se algunha destas variables afectan na integración do individuo. Si pola contra podemos observar que a variable idade afecta en dita integración a nivel tecnolóxico. Os usuarios da Creba que máis utilizan os novos medios de comunicación presentes en todas as esferas da sociedade corresponden a aqueles usuarios con menor idade. Pódese concluír, que a idade si afecta na integración da persoa, posto que facilita unha maior achega á era tecnolóxica.

A continuación verificaremos as hipóteses iniciais de dita investigación. A primeira hipóteses do traballo defendía que as persoas con enfermidade mental teñen máis dificultades á hora de establecer unha vida familiar independente e unha vida social máis rica, en relación a aquelas persoas que non a experimentan. Puidemos dicir entón que esta hipóteses foi corroborada posto que a enfermidade si inflúe á hora de establecer a vida familiar pois a maioría de persoas con enfermidade mental entrevistadas e observadas non foron capaces de formar unha familia independente e

a súa vida social, a pesar de ter actividades e hobbies que a enriquezan, depende moito da vida social dentro da asociación.

A segunda hipótese desta investigación defendía que as persoas con enfermidade mental presentan diferentes graos de satisfacción con respecto a súa traxectoria vital. Observamos a raíz das táblas de satisfacción coa vida dos entrevistados a existencia de diferentes graos ó longo da vida, no conxunto das táboas observase que as puntuacións máis elevadas corresponden a etapa da infancia da mostra ou a etapa correspondente a entrada en A Creba. Pola contra os niveles máis baixos de satisfacción coa vida atopámoslos no ciclo vital onde se producen as crisis máis importantes derivadas da enfermidade mental.

Como conclusión final deste traballo cabe mencionar que queda un gran proceso dende as asociacións dirixidas o noso colectivo de estudo e dende a propia sociedade coa finalidade de dar coñecemento sobre a situación da persoa con algún tipo de trastorno mental e axudar a integración destas no seo da sociedade. Parece necesario por parte do Estado a creación de novas políticas dirixidas a este colectivo, e así tamén políticas de concienciación social para dar cabida na sociedade a un dos moitos colectivos en risco de exclusión social.

8. FORTALEZA E DEBILIDADES

Unha vez concluído o traballo, pasemos a repasar as tomas de decisión adoptadas ó longo do mesmo. Comecemos pois falando das dificultades ligadas a revisión teórica sobre o tema a tratar : “a enfermidade mental”.

Tras unha primeira revisión teórica localizamos diversos estudos sobre o tema en cuestión, pero todos, de corte médico ou psicolóxico, sen atopar entre eles ningún traballo enfocado dende o ámbito sociolóxico. Tras varias revisións profundas da teoría existente sobre o tema atopamos unha investigación sociolóxica galega sobre a enfermidade mental, pero dita investigación de corte cuantitativo; temos polo tanto aquí unha das fortalezas deste traballo, unha investigación sobre a integración social das persoas co enfermidade mental dende un punto de vista cualitativo, onde sexan as propias persoas coa enfermidade as que contan as súas experiencias.

Unha vez visto que os estudos no ámbito Galego e a nivel sociolóxico dende unha perspectiva cualitativa son escasos, indagamos os estudos a nivel español. Atopamos aquí que os autores se centran a relatar a historia da enfermidade mental, sen centrarse nos procesos polo que pasan os individuos con dita enfermidade e como afecta isto na súa integración na sociedade. A nivel internacional existen estudos sobre este tema de corte cualitativo, pero é aquí a dificultade central desta investigación: o idioma.

En canto a parte metodolóxica, cabe destacar a dificultade de dilucidar á mostra, pois ó ser voluntaria dentro da asociación, e coa finalidade da realización das técnicas de investigación, acordouse co centro unha serie de pautas, entre as cales aparece que os propios usuarios decidirían de forma voluntaria a realización das entrevistas. Ó ser un colectivo descoñecido para min, e o tratarse de persoas diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental as entrevistas supuxeron un gran desafío, en parte, porque tocaron temas moi persoais da vida dos individuos, temas que en algún dos casos estaban moi recentes ou que non foron superados, e porque a miña breve andanza no mundo das entrevistas supuxo un hándicap á hora de redirixir as entrevistas cara o tema central das mesmas.

Cabe destacar a complicación da observación participante, pois vivir co colectivo durante un mes, mantendo sempre a posición de observadora sen involucrarte a nivel persoal cos observados non é un traballo doado.

Ó ser as técnicas utilizadas á observación participante e as entrevistas semiestruturadas, o análise das mesmas supón un agrandamento do traballo, superando as 15.000 palabras recomendadas.

Podemos concluír pois mencionando algunha das fortalezas deste traballo como poden ser o acercamento ós lectores a novos coñecementos sobre o tema, a posibilidade mediante esta investigación de ampliar o marco teórico sociolóxico sobre a enfermidade mental ou a posibilidade que permite a observación participante de coñecer o obxecto de estudo dende dentro do mesmo.

9. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, vol.23, pp. 289-300. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110289A/7486>

Cockerham, W. (2010) *Sociología de la Medicina*. (8ª edición). Madrid: PrenticeHall.

Durkheim, É. (2012) *El suicidio*. (2ª edición). Madrid: Akal.

Durkheim, É. (2005) *Las reglas del método sociológico*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Foucault, M. (1991) *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós Studio.

Gaskell, G. (2000) *Individual and group interviewing en M. Bauer (ed.) Qualitative researching with tex, image and sound*. London, Sage Publications,

Goffman, E. (2007) *Internados, Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. (2ª edición). Madrid: Amorrortu.

González, E. (1994) *Historia de la locura en España, Tomo I, Tomo II y Tomo III, siglos XIII al XVII*. Madrid: Temas de Hoy.

Guash, O. (2002) *Observación participante*. (2ª edición). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación*. (5ª edición) Perú: Mc GrawHill.

Huertas, R. (2001). Historia e la psiquiatría, ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones Historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia*, vol 1 (nº 1). Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16354/16200>

Instituto de Información Sanitaria (2009). *Atención a la salud mental*. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf

Mateos, R. & Rodríguez, A. (1989) *Estudio de Epidemiología Psiquiátrica en la Comunidad Gallega*. Xunta de Galicia.

Merton, R. (1992) *Teoría y estructura sociales*. (3ª edición). México: Fondo de cultura económica.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

Montero, I., Aparicio, D., Gomez, M., Moreno, B., Reneses, B., Usall, J...Vázquez, J.L. (2004) Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*. Vol 18 (nº S1). Recuperado de: <http://www.gacetasanitaria.org/es/genero-salud-mental-un-mundo/articulo/13062523/>

Parsons, T. (1988). *El sistema social*. (2ª edición). Madrid: Alianza Universidad.

Petroff, A. (2013) *Las trayectorias laborales de los inmigrantes rumanos cualificados en Barcelona*. [Tesis doctoral inédita] Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de ciencias políticas y sociología, España. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/117189>

Poder legislativo de España (1991, 3 de octubre). Ley de medidas básicas para la inserción social. *En Boletín oficial do Parlamento de Galicia Nº178*. Disponible en: www.parlamentodegalicia.es/sitios/web/BibliotecaLeisdeGalicia/Lei9_1991.pdf

Poder legislativo de España (1993, 16 de marzo). Ley de servicios sociais. *En Boletín oficial do Parlamento de Galicia. Nº381*. Disponible en: www.parlamentodegalicia.es/sitios/web/BibliotecaLeisdeGalicia/Lei4_1993.pdf

Poder legislativo de España (1994, 15 de decembro). Decreto polo que se regula a saúde mental en Galicia. *En Diario Oficial de Galicia. Nº1*, p.6.

Poder legislativo de España (1994, 9 de decembro). Ley de ordenación sanitaria de Galicia. *En Diario Oficial de Galicia. Nº 246*. Disponible en: www.xunta.es/dog/Publicados/2003/20031219/Anuncio22C5A_es.html

Poder legislativo de España (2008, 10 de xullo). Ley de salud de Galicia. *En Diario Oficial de Galicia. Nº143*. Disponible en: www.xuntadegalicia.es/dog/Publicados/2008/20080724/Anuncio3172A_es.html

Ritzer, G.(2001). *Teoría sociológica clásica*.(3ª edición). Madrid:Mc Graw-Hill.

Torres, M. (2012) *Complejidad Social y Locura en Galicia: Medicina, Psiquiatría, Familiares, Personas Diagnosticadas de Enfermedad mental Grave: el sentido de los sin sentidos*. Madrid: Editorial Académica Española.

ANEXO I

Táboa 1. Relación de persoas con problemas ou enfermidades crónicas según sexo. Números absolutos e incidencia entre as persoas de máis de 15 anos.

	Homes		Mulleres		Total	
	Nº Absoluto	Incidencia	Nº Absoluto	Incidencia	Nº Absoluto	Incidencia
Total de persoas de 15 e máis anos	22609,8	0	23331,9	0	45941,8	0
Depresión crónica	659,8	29,18	1847	79,16	2506,8	54,56
Ansiedad crónica	811	35,87	2149,9	92,14	2960,9	64,45
Otras enfermidades esmentales	324,1	14,33	311,7	13,36	635,8	13,84

Fonte: Elaboración propia a raíz dos datos obtidos do INE da Enquisa Nacional de Saúde.

Táboa 2. Relación de personas con problemas o enfermidades crónicas según edad. Números absolutos e incidencia entre las personas de más de 15 años.

Edades	Población total	Crónica Depresión		Crónica Ansiedad		Otras	Enfermedades mentais
		Nº Absoluto	Incidencia	Nº Absoluto	Incidencia		
Total de persoas de 15 e +	45941,8	2506,8	0	2960,9	0	635,8	0
15-24	4437	35,9	14,32	95,5	35,25	24,2	38,38
25-34	6834,5	158,4	63,19	266,7	90,07	46,2	72,66
35-44	7755,4	355,8	141,93	568,8	192,10	85,5	134,48
45-54	6693,7	440,9	175,88	601,3	203,08	70,9	111,51
55-64	5137,9	559,3	223,11	584,7	197,47	67,5	106,17
65-74	3951,2	477,5	190,48	438	147,93	81,3	127,87
75-84	2940	362,2	144,49	314,7	106,29	139,1	218,78
De 85 e+	977,4	116,8	46,59	91,4	30,87	120,9	190,15

Fonte: Elaboración propia a raíz dos datos obtidos do INE da Enquisa Nacional de Saúde.

Tabla 3.- Relación de personas con problemas o enfermedades crónicas según sexo y estudios

Números absolutos e incidencia entre las personas de más de 15 años.

	Total de persoas	Depresión	% Depresión	Ansiedade	% Ansiedade	Otras enfermidades mentais	% otras enfermidades mentais
Total	38726,9	2506,8	6,47	2960,9	7,65	635,8	1,64
No sabe leer o escribir o estudios primarios incompletos	4449,4	629,5	14,15	566	12,72	249,3	5,60
Estudios primarios completos	4294,6	485,7	11,31	470,8	10,96	137	3,19
Estudios secundarios 1ª etapa	12940,9	856,6	6,62	1046,7	8,09	164	1,27
Estudios secundarios 2ª etapa	8500,3	348,3	4,10	500,3	5,89	44,7	0,53
Enseñanzas profesionais de grado superior ou equivalentes	2403	51,6	2,15	116,1	4,83	6,1	0,25
Universitario s	6138,7	135,1	2,20	261	4,25	34,8	0,57

Fonte: Elaboración propia a raíz dos datos obtidos do INE da Enquisa Nacional de Saúde.

ANEXO II

TABLA: Satisfacción coa vida

PERFIL: Muller, 51 años, dobre personalidade

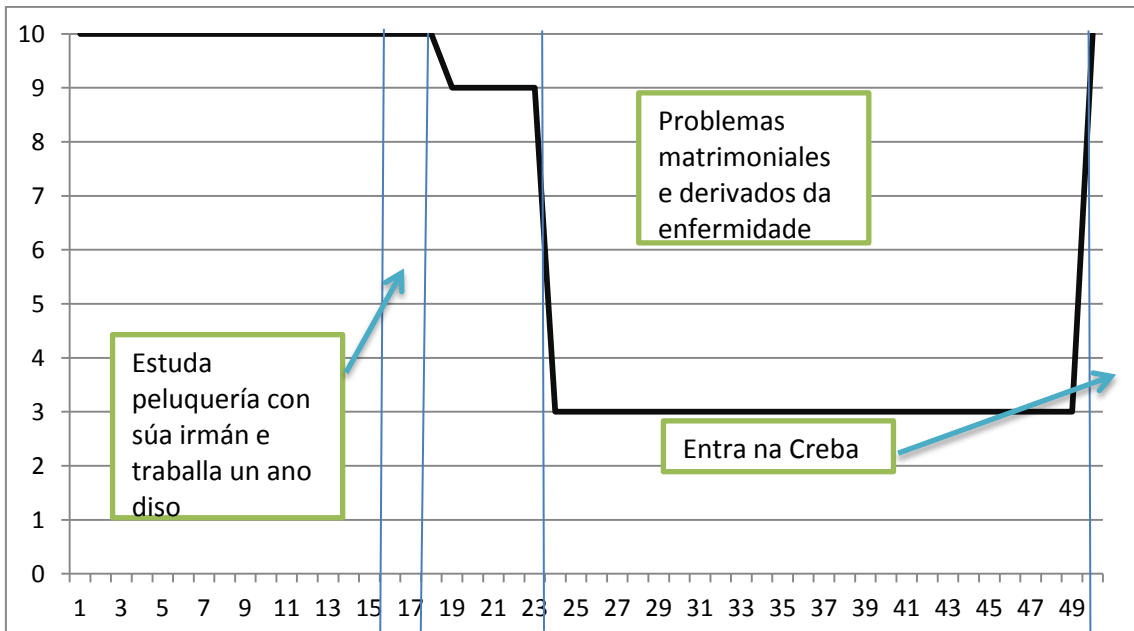


TABLA: Satisfacción coa vida

PERFIL: Muller, 59 años, Depresión crónica

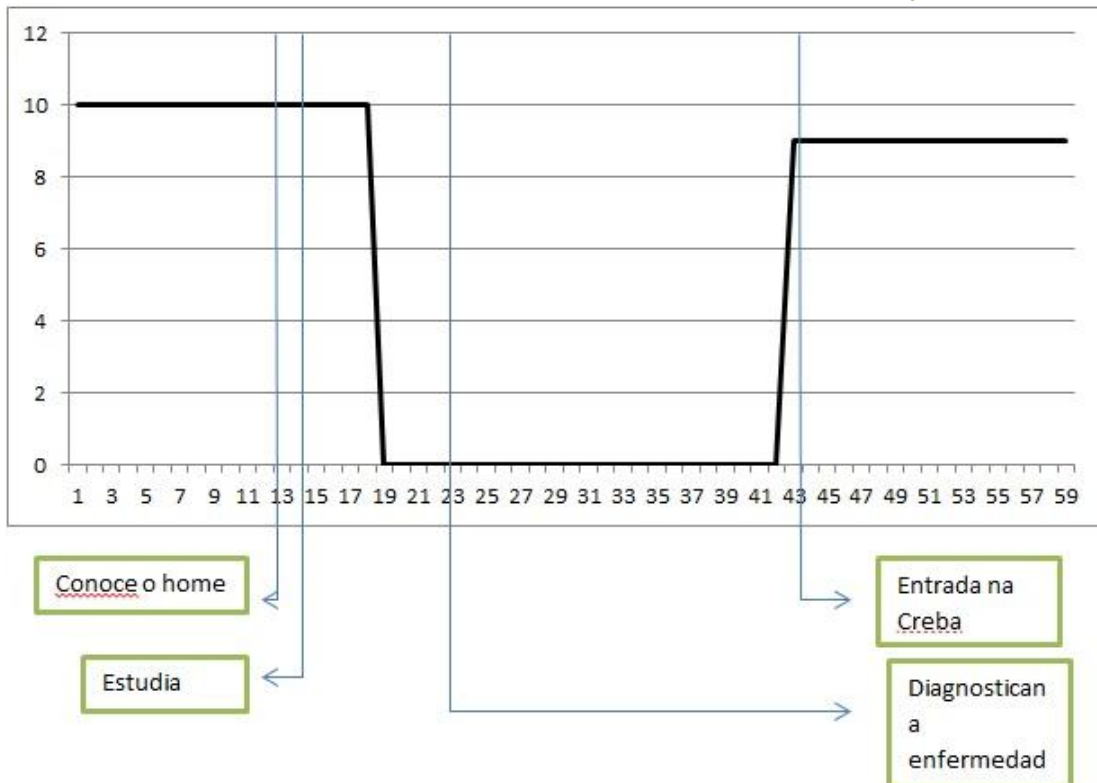
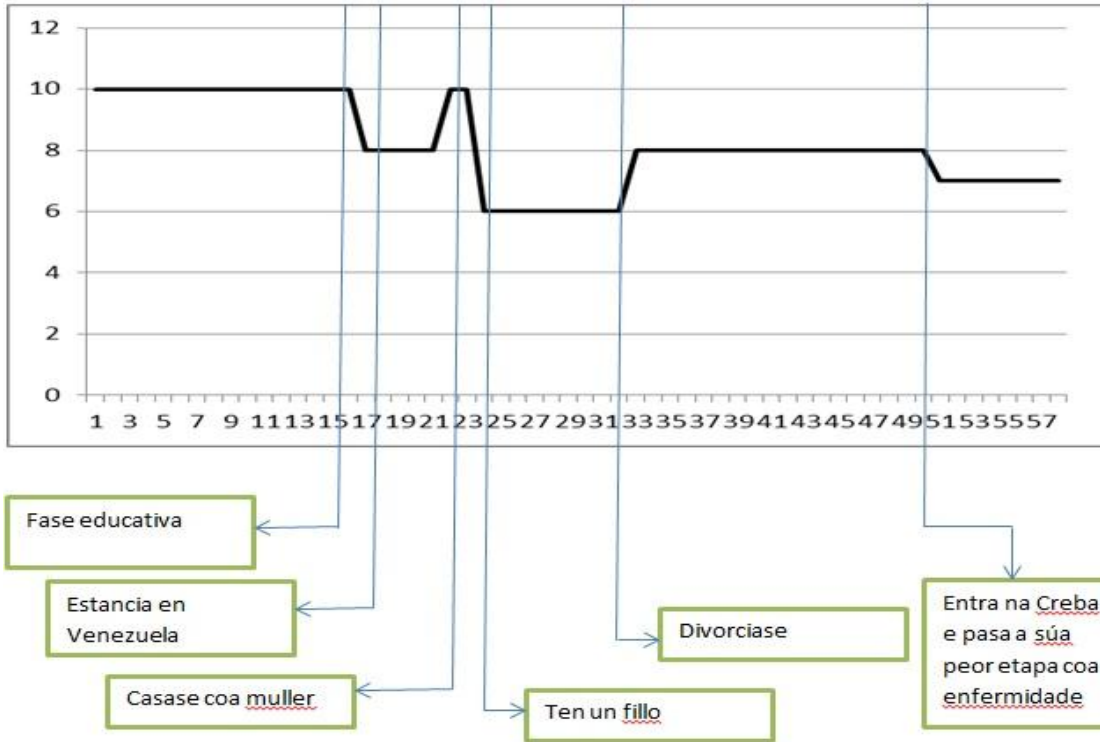


TABLA: Satisfacción coa vida

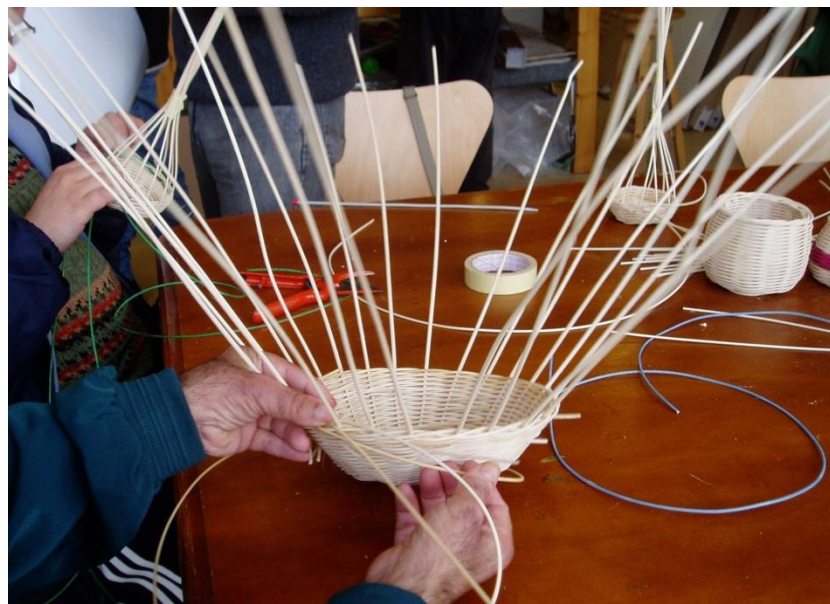
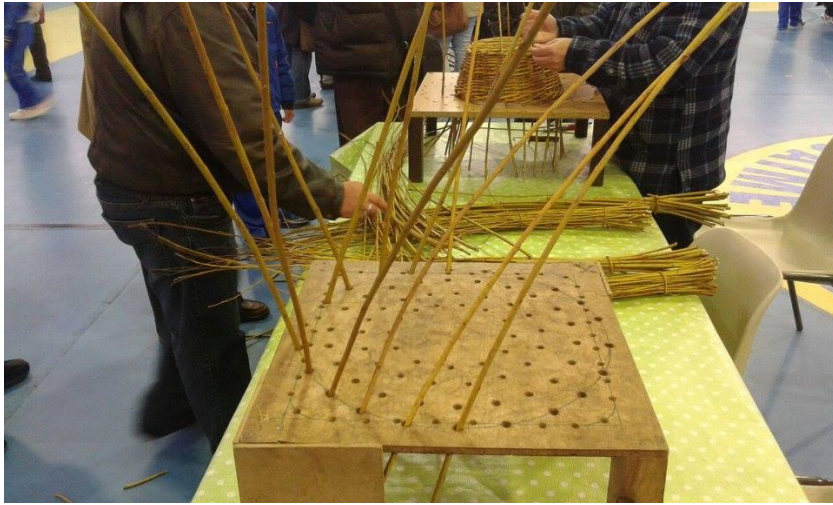
PERFIL: Home, 48 años, esquizofrenia paranoide



ANEXO III



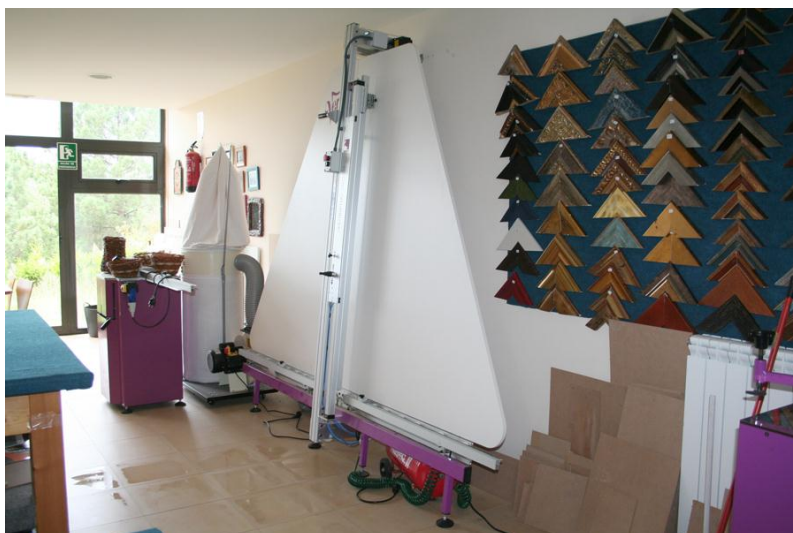
ANEXO IV



ANEXO V



ANEXO VI



ANEXO VII

