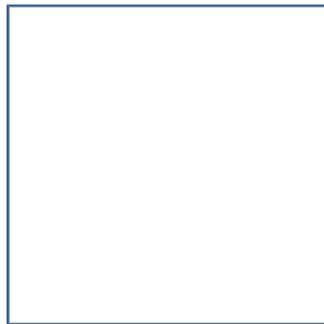

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales

“Programa Cuidar Cuidando como dispositivo alternativo de resocialización en adolescentes”

Autor: Choi Julieta.

Tutora: María Mucci.



Índice

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	3
2.1 Objetivo General.....	3
2.2 Objetivos Específicos.....	3
3. Marco Teórico.....	3
3.1 Modelo Médico Hegemónico y Psiquiatría.....	4
3.2 Salud Mental.....	5
3.3 Dispositivos Alternativos.....	9
3.4 Multidisciplina, Interdisciplina, Transdisciplina.....	12
3.5 Salud Mental en Adolescentes.....	15
3.6 Terciaria: Rehabilitación, Reinserción social, Resocialización.....	17
3.7 Habilidades Sociales en Adolescentes.....	20
4. Metodología.....	22
4.1 Tipo de estudio.....	22
4.2 Participantes.....	22
4.3 Instrumento.....	23
4.4 Procedimiento.....	23
5. Desarrollo.....	24
5.1 Dispositivo alternativo de resocialización en adolescentes.....	24
5.2 Las actividades de los adolescentes.....	27
5.3 Trabajo Interdisciplinario.....	30
5.4 Vínculos de los adolescentes.....	37
6. Conclusiones.....	42
7. Referencias Bibliográficas.....	43

1. Introducción

El lugar del enfermo como objeto de estudio, el abuso del electro-shock, los psicofármacos, el carácter autoritario y burocrático médico-paciente dieron comienzo a una era post manicomial, una alternativa para exteriorizar la asistencia del paciente. La posibilidad de ser curado en instituciones de tiempos parciales o en la familia, permitió mantener las relaciones humanas, además de reducir la impenetrabilidad y control de la asistencia psiquiátrica (Morales, 1999).

No es posible ocuparse de los síntomas patológicos sin tener en cuenta las respuestas individuales a la enfermedad y las variaciones sociales externas entre los pacientes. En el presente trabajo, se presenta la reforma global histórica de la salud desde el Modelo Médico Hegemónico para desarrollar el origen y las características de los diversos programas alternativos técnicos y prácticos relacionados con la enfermedad mental y la salud.

Cuidar Cuidando es un programa que se realiza en el Zoo de Buenos Aires y trabaja en conjunto con el Hospital Psiquiátrico Infanto Juvenil “Carolina Tobar García”. Consiste en un espacio desestructurado en donde los niños y los adolescentes establecen lazos sociales mediante el juego y el aprendizaje de una tarea. La residencia se basa en acompañar a los adolescentes en sus tareas de cuidar a los animales, alimentarlos, limpiar sus jaulas, entre otros. Durante las actividades, es importante observar las conexiones que establecen los jóvenes con los animales, compañeros, acompañantes y cuidadores. También, se concurre a las reuniones de equipo interdisciplinario en las cuales participan maestros, médicos clínicos, acompañantes para compartir y debatir acerca de las dificultades o la evolución terapéutica de cada adolescente.

La idea del Programa Cuidar Cuidando, es correr a los adolescentes del lugar de pacientes para formular diversas alternativas que buscan la rehabilitación y su resocialización dejando a un lado la patología o la dificultad que presentan.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General:

Describir cómo el programa Cuidar Cuidando actúa como dispositivo alternativo de resocialización en los adolescentes.

2.2 Objetivos específicos:

1. Describir las tareas realizadas por los aprendices adolescentes en el programa Cuidar Cuidando.
2. Describir el trabajo interdisciplinario que llevan adelante los profesionales para lograr la resocialización del adolescente.
3. Describir los vínculos sociales que establecen los adolescentes con los cuidadores, acompañantes y sus pares durante sus actividades en el programa.

3. Marco Teórico

En la historia de la locura, los locos son excluidos junto con el resto de las figuras de la sinrazón por causar una amenaza a los pilares fundamentales de la racionalidad moderna, el sistema económico, el capitalismo y la religión. *La nave de los locos*, representa simbólicamente la posición del saber en la antigüedad. Cuando el conocimiento médico-psiquiátrico no lograba objetivar a los locos en el mundo de lo representado, estos se volvían en una amenaza y eran expulsados y mandados a peregrinar lejos del muro de lo pensante (Foucault, 1990).

A partir de lo expuesto, Foucault (1990), devela la estrecha relación que existe entre la inclusión y la exclusión, es decir, cómo la razón ha sometido a la sin razón bajo el dominio de su lenguaje, la ha integrado en sus conceptualizaciones, la ha hecho pensable y expresable sólo por los cauces en que aquella ha elegido que ésta se exprese

y todo para que en el mismo gesto pueda quedar objetivada para marcar las distancias respecto a ella y así, en definitiva, excluirla.

3.1 Modelo Médico Hegemónico y Psiquiatría

El modelo médico se impone en el contexto del capitalismo para brindar respuestas más eficaces a problemáticas como la desnutrición, tuberculosis, enfermedades contagiosas, etc. que padecían las distintas clases sociales. Al concretar resultados satisfactorios con rapidez a través de las intervenciones médicas, la medicina denominada científica fue reconocida como el medio más seguro para la atención de determinadas enfermedades y desviaciones (Menéndez, 1985).

Funda su estructura reduciendo al individuo a su dimensión física y elimina todo constructo social y cultural para explicar la causa y solución del problema. La especificidad de la enfermedad omite los demás componentes temporales, históricos, sociales, ideológicos y vivenciales que pueden afectar a la salud global del individuo y de su entorno. Además de la función curativa y preventiva, el saber médico psicológico tradicional proporciona y legitima como científico un código de objetivación de las diferencias y de clasificación de los individuos. Implícitamente normatiza y controla para lograr el pragmatismo, la individualidad y la participación subordinada y sostener su jerarquía y su posición dominante (Menéndez, 1988).

La posición dominante del modelo médico es representada por tomar la libertad del sujeto excusando la seguridad social. El asilo permite sostener un saber para organizar a los pacientes, el encierro forzoso, celdas acolchadas, vigilancia constante forma la ideología de la institución manicomial, el saber psiquiátrico y medicinal (Galende, 1983). Si bien, la institucionalización y la práctica alienista incorporan conocimientos y tratamientos psiquiátricos considerados morales e íntegros, Foucault (2005), afirma que en definitiva estos establecimientos fundamentan sus discursos y reglas de prácticas bajo nuevas reformulaciones producidas desde su verdad.

El lugar de la verdad sostenida por la ciencia aparta lo irracional, los encierra bajo su poder al no poder comprender a la locura, al igual que el paradigma psiquiátrico positivista pone del lado del profesional toda razón y poder en la relación asistencial excluyendo al loco de la vida social. Es por ello, que se empieza a reflexionar sobre nuevas prácticas que cuestionen la posición del saber y brinden facultades a la familia, pares, comunidad para tomar conciencia de la situación. Luego de la Segunda Guerra Mundial empieza a reformularse el abordaje de la salud mental, a consecuencia del aumento de las personas debilitadas mentalmente por las secuelas, acompañados de la creciente preocupación sobre la falta del aspecto humano e íntegro al momento de plantear la locura. Además se multiplican diversos movimientos humanistas que defienden los derechos del hombre y alientan la reforma de la Salud Pública (Galende, 1983).

Fue necesario construir un nuevo ambiente disciplinario, un conjunto de saberes y técnicas que operen fuera del manicomio con la activa participación del paciente y de la comunidad. Inicialmente, la Reforma Psiquiátrica fue emprendida por Inglaterra, Francia, Italia y Estados Unidos, externalizando a los enfermos internados en hospitales psiquiátricos y ofreciéndoles asistencia e intervención de los equipos multidisciplinarios de la comunidad. Las metas de estos nuevos dispositivos de salud, iban más allá del tratamiento de la enfermedad, se abría camino hacia una nueva disciplina denominada *salud mental* (Gonzales, 2000).

3.1 Salud Mental

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), sin salud mental no hay salud. Para comprender esta implicancia es necesario saber a qué se refiere con la Salud. Resulta difícil definir a la Salud bajo una perspectiva única, la Organización Panamericana de la Salud (2001), la define como proceso, entendida como aquella dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, que les permite propender por la transformación de condiciones y calidad de vida a favor de sí mismos y de su comunidad. Por su lado, la OMS (2001), la definió como el estado perfecto de bienestar físico, mental y social, por esta razón, la salud mental es un componente que está relacionado con salud. Es decir, el individuo y la comunidad requieren de la salud mental para lograr un buen funcionamiento y alcanzar su bienestar.

También existen definiciones de salud bajo diferentes enfoques teóricos, la integración y la articulación de las diferentes propuestas otorgan una gran riqueza práctica y teórica a los profesionales. Distintas especialidades pueden definir con precisión lo sano y lo patológico de algún órgano o del estado biológico de la persona teniendo en cuenta la edad y la etapa de la misma. Pero cuando se refiere a la salud desde los términos psíquicos se convierte en algo delicado para definir globalmente, al aglomerar al conjunto de factores biológicos, sociales, antropológicos y la subjetividad humana. Esta aglomeración se refiere al Modelo Biopsicosocial propuesto por Engel, que plantea la realidad de manera distinta al paradigma del reduccionismo, consiste en un sistema complejo holístico que resulta de la interrelación del cuerpo, la vida psíquica y el ambiente psicosocial del paciente (Juárez, 2011).

Para lograr el bienestar de los pacientes con enfermedades mentales, es necesario entender que no deben quedar reducidos al espacio médico convencional únicamente con psicofármacos, ya que están determinadas por múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. La Organización Mundial de la Salud define a la Salud Mental como:

“Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001, p. 14).

Frente a las múltiples definiciones de Salud Mental existen tres criterios que se repiten constantemente. Un primer criterio es el *biomédico*, que afirma que cualquier actividad psíquica es causada por el órgano del cerebro y concibe a la normalidad como la ausencia de enfermedad. Otro criterio es el *cognitivo-comportamental*, que entiende a los trastornos mentales como hábitos alterados o formas distorsionadas de pensamiento. Por último, el criterio *socioeconómico* provocó un cambio trascendental y epistemológico, ya que se elimina la noción de salud mental general igual para todos y desaparece la dominación subordinada entre los pueblos. Define la salud mental desde la relación del individuo con el otro, con las estructuras socioeconómicas y su ambiente físico cultura. (Guinsberg, 2004).

Entender a la salud mental desde la concepción socioeconómica, permite construir estrategias y programas de carácter multisectorial que integre las intervenciones del contexto social y el modo de vida de las comunidades. Tener en cuenta el carácter social de la medicina no implica desestimar el componente biológico sino se busca fundar la teoría y la práctica de la medicina bajo un enfoque integral socio biológico. La atención de la salud no es meramente la atención médica ya que abarca a todas las necesidades sociales en materia de la salud y crea servicios de atención para generar relaciones estables y confiables entre los trabajadores de la salud, las instituciones y la población (Guinsberg, 2004; Sacasa, 2001).

La institucionalización tiende a no advertir el componente social de los pacientes con enfermedades mentales dejándolos bajo el dominio del saber médico. Las consecuencias del aislamiento social y la atención institucional en manicomios apartados, dio origen al movimiento de desinstitucionalización, la cual es un proceso complejo que conduce al establecimiento de una red sólida de alternativas comunitarias (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Los países occidentales fueron los pioneros en implementar alternativas con la colaboración de la comunidad, programas de resocialización y reintegración de los enfermos internados mediante el trabajo de equipos interdisciplinarios para asistir a los problemas psicosociales (González, 2000). En Inglaterra se funda la primera comunidad terapéutica para cumplir algunos principios, entre ellos, lograr una relación igualitaria entre el paciente y sus cuidadores, suprimir al máximo el poder médico y buscar la integración permanente acompañando al paciente a confrontar la realidad social y política. El paradigma psiquiátrico entra en crisis con los nuevos dispositivos de salud mental, que priorizan la atención a los sujetos con desviaciones comportamentales, desadaptación social y con vulnerabilidad a la enfermedad. Rápidamente las políticas inglesas de salud, provocaron grandes cambios en Estados Unidos. Con la sanción de ley de Kennedy se estableció un Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria, la cual integraba al sistema otros profesionales no médicos para asumir responsabilidades en la asistencia de los pacientes. Con el objetivo de destruir el poder médico, en Italia, los movimientos anti-psiquiátricos y anti-institucionales cerraron los hospitales psiquiátricos y crearon servicios de salud mental en los hospitales generales (Galende, 1983).

En Argentina, en el año 1991 se sanciona la Ley 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental, también conocida como Ley de Desmanicomalización en la provincia de Río Negro para prohibir la habilitación y funcionamiento de manicomios y neuropsiquiátricos. La ley propone equipos terapéuticos para contener las crisis y lograr la reinserción social mediante visitas domiciliarias, espacios transitorios comunitarios o reuniones grupales en los hospitales, a lo cual se implementaron en el Bolsón, General Roca, Viedma estructuras intermedias llamadas Hogares de Tránsito, Hostales, Casas de Medio Camino y Emprendimientos Productivos (Cohen y Natella, 1994).

En el campo de la salud mental es necesario contar con espacios preventivos para evitar o anticipar los problemas personales y sociales que puede acontecer en un futuro. Caplan (1966), propone un modelo preventivo con tres tipos de esfuerzos. La *prevención primaria* evita la aparición del problema o reduce su incidencia, con la intervención de agentes de salud que trabajan en la comunidad. Para una adaptación apropiada y evitar la perturbación mental, los programas preventivos deben brindar tres aportes básicos, los físicos para lograr un crecimiento y un desarrollo óptimo, los psicosociales que satisfacen las necesidades interpersonales y los socioculturales para formalizar la personalidad e internalizar los valores y las costumbres sociales. Caplan, sostiene que las crisis son circunstancias en las que los recursos, defensas, habilidades sociales que el individuo hasta ese momento utilizaba dejan de ser efectivos para mantener el equilibrio y satisfacción de sus necesidades internas y externas. También son experiencias vitales de las personas que pueden proporcionar oportunidades de mayor crecimiento psicológico y desarrollar la personalidad. La *prevención secundaria* se basa en el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado de los diversos trastornos de salud mediante intervenciones eficaces, como los equipos de salud mental, hospital de día, unidades de psiquiatría y unidades de convalecencia psiquiátrica. La *prevención terciaria* pretende que las secuelas de la enfermedad sean las menos posibles, intenta evitar la cronificación del problema y busca la rehabilitación o reinserción social de la persona.

A pesar de la reforma psiquiátrica y las concepciones de la salud mental, la gran mayoría de la población mundial no podía satisfacer las necesidades de la salud o estaban disconformes con los servicios recibidos. Frente a esta realidad los miembros de

la OMS propusieron nuevos sistemas y estrategias bajo el objetivo de la Atención Primaria de la Salud, que consiste en una asistencia básica destinada a toda la población, con recursos viables, métodos evaluados científicamente y aceptados socialmente, por lo cual requiere de la participación activa de los individuos y familias de la comunidad, y a su vez, una identificación de la problemática basada en valores e intereses de la población en cuestión. Las acciones de la salud en Atención Primaria no pueden prestarse por profesionales de la misma disciplina, necesita un equipo multisectorial y multidisciplinario para enfatizar la promoción de la salud y prevenir los riesgos de enfermar valorando todos los factores posibles (Morales, 1999).

3.2 Dispositivos Alternativos

Según La Organización Panamericana de la Salud (2001), es importante aplicar nuevas formulaciones políticas y planes de salud mental para traspasar los obstáculos relacionados a la exclusión de las personas con discapacidades mentales a los servicios de salud, sistemas educativos, laborales, etc., y asegurar sus derechos humanos. Para lograr estos planes se requiere de asociaciones eficaces, participación social, vínculo entre los diversos sistemas de atención, recursos financieros y una coordinación multisectorial que contribuya al desarrollo integral del paciente.

Foucault (1977), define al *dispositivo* como una red que se esquematiza por un conjunto múltiple de elementos que incluye a los discursos, instituciones, decisiones reglamentarias, arquitectura, leyes, proposiciones filosóficas y morales, enunciados científicos y medidas administrativas. En los dispositivos se pautan, cuales son los comportamientos, las miradas y los pensamientos que orientan a una supuesta imagen aceptable. Es incuestionable que los componentes nombrados sufren en su entramado, constantes cambios de posición y función, conduciéndolos a una relación de saber y poder.

En otras palabras, Deleuze (1989), interpreta al dispositivo como un conjunto multilíneal bajo regímenes que determina lo visible y lo invisible de la realidad, lo enunciable y lo no enunciable, regula los estilos relacionales y delimita el lugar del individuo como sujeto y objeto de conocimiento.

Como alternativa al modelo médico tradicional basado en la internación en hospitales psiquiátricos, se presentan los principios de la atención comunitaria aplicados al campo de la salud mental, que defiende la consideración de los pacientes en sus contextos habituales, a la vez implica trabajo en equipo interdisciplinario y participación activa de ciudadanos (Gabay y Fernández, 2009).

La necesidad de transformar una atención equilibrada, humanizada y actualizada provocó una gran ola de movimientos alternativos. El programa comunitario terapéutico tiene como finalidad el tratamiento y la rehabilitación para que el paciente logre una adaptación activa y productiva de su comunidad. Las comunidades terapéuticas operan de manera interdisciplinaria reuniendo diferentes actividades como dibujo, deportes, psicoterapia grupal con distintos enfoques terapéuticos, psicodiagnósticos, etc. para brindar habilidades de re-aprendizaje social y así lograr la socialización e incorporación del paciente en su medio (Materazzi, 2004).

El movimiento de la desmanicomialización se produjo en los EEUU, transportando a las personas internadas en hospitales psiquiátricos hacia la comunidad. Esta desinstitucionalización partía sobre tres pilares, la primera posicionaba al cuidado comunitario como la alternativa más terapéutica, también afirmaba que la comunidad deseaba participar activamente en el cuidado, y por último, buscaba la posibilidad de reemplazar las funciones de los hospitales en los servicios comunitarios. Es cierto que existen deformaciones conceptuales del hospital asociándolo con el asilo o el manicomio pero es verdad, que el hospital cumple ciertas funciones que son irremplazables. Por lo tanto, es necesario pensarlo como un cuidado multifuncional que incluye varias instituciones bajo la misma administración (Gabay y Fernández, 2009).

La persona debe salir del lugar de paciente pasivo y vulnerable, determinándose como protagonista de su propio destino y construir libremente el camino para solucionar sus conflictos. Cáceres (2009), manifiesta que producir una integración social efectiva es posible mediante dispositivos comunitarios que presentan como factor indispensable el sostén social y terapéutico. Reafirma la importancia del trabajo intersectorial comprometiendo la participación de los pacientes, familiares, profesionales de hospitales y trabajadores de los espacios comunitarios.

Por su lado, Galende (2006), propone una práctica alternativa en Salud Mental que abandone el abordaje disciplinar del positivismo. Rechaza a las instituciones psiquiátricas que imponen una rutina diaria, que se apropian del tiempo y de los intereses de los pacientes, proponiéndoles un mundo propio lejos de la comunidad al cual pertenecen. Transforman al paciente en objeto de estudio eliminando todo el carácter subjetivo, para diagnosticar, clasificar y etiquetar bajo una codificación científica. La práctica alternativa propuesta por Galende, refiere a un cuerpo teórico práctico interdisciplinario que incluya e integre todas las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y culturales. Es decir, un equipo para abordar el objeto complejo por su subjetividad desde una visión bio-psico-social.

La Asociación Americana de Psiquiatría, presenta cinco tipos de instituciones en la comunidad (Gabay y Fernández, 2009).

- Geriátricos: Para los ancianos con trastornos mentales.
- Casas de Medio Camino para hospedar a los pacientes en proceso de rehabilitación,
- Hostales, residencias y familias sustitutas destinadas a pacientes más independientes
- Residencias satélites y Casas de Tres Cuartos de Camino para aquellos que requieren un menor seguimiento.
- La Reubicación familiar para los pacientes con familias dispuestas a recibirlos

Los movimientos de la desinstitucionalización y el cierre de los hospitales psiquiátricos en Estados Unidos, originó la preocupación sobre el después de los pacientes recuperados y el inicio de un nuevo trastorno. Para cubrir estas necesidades se desarrollaron recursos intermedios denominados seguimiento comunitario, que se traducen como vehículos de acompañamiento e intervención que facilitan la rehabilitación del paciente. Estos programas se extendieron por Europa poco después y adoptaron múltiples denominaciones de acuerdo al contexto y a la cultura al cual estaban destinados. Se pueden clasificar distintos modelos, el primero en surgir fue el modelo de *Agencia de Servicios* (bróker case management), que cumplía un profesional no clínico la función de planificar las derivaciones adecuadas de acuerdo a las

necesidades del paciente. La carencia de la formación clínica de los profesionales, omitía una relación terapéutica con el paciente, a lo que dio lugar a los *Servicios con Coordinadores Clínicos* (clinical case management) experimentados en psicoterapia y psicoeducación. Para asistir a necesidades más complejas el *Modelo Intensivo* (intensive case management), engloba las funciones de los dos modelos anteriores e incorpora mecanismos para evitar el abandono de programas y focaliza en su relación la resolución de problemas cotidianos. Más adelante, en los años 70 como alternativa a la internación psiquiátrica aparecen los modelos de *Tratamiento Asertivo Comunitario* (assertive community treatment), llevado por un equipo multidisciplinar que coordina y planifica los cuidados y las intervenciones en la comunidad. Frente a la gran demanda de atención a pacientes con dificultades en sus competencias y habilidades, se formó el *Modelo Enfocado en las Competencias* (strengthsmodel), destinado al paciente con enfermedad mental severa y crónica. Por último los *Modelos de Rehabilitación*, se centran en brindar servicios basados en las metas y objetivos propuestos por los mismos pacientes (Suárez, Ortiz y Fernández, 2004).

Por su parte, Francia estableció, diferentes centros con equipos multidisciplinarios coordinados por un psiquiatra en cada sector de la población. Cada sector posee *unidades de internación y centros de crisis* para los cuidados intensivos, los *hospitales de noche* que dan alojamiento, *departamentos terapéuticos* para la rehabilitación y reinserción social, *centros de post-cura* para la continuidad de los cuidados y los *centros de ubicación familiar* para ubicar a los pacientes en familias sustitutas. También en Suecia, se organizaron equipos comunitarios para la atención de la salud mental, compuestos por médicos psiquiatras, enfermeras, voluntarios y asistentes sociales en los hospitales generales. Mas tardíamente, en España se construyen las comunidades terapéuticas en Andalucía, que incorpora dimensiones de rehabilitación con programas y apoyos residenciales, favoreciendo la permanencia y participación activa en la vida social de cada paciente saciando sus necesidades básicas y complementando las atenciones sanitarias. Un espacio no institucional donde se desarrollan habilidades para la vida independiente utilizando procesos grupales para lograr la máxima autonomía del paciente (Gabay y Fernández, 2009).

3.3 Multidisciplina, Interdisciplina, Transdisciplina.

Los servicios y los recursos utilizados por los dispositivos alterativos están pensados y desarrollados para responder las necesidades de la comunidad. Para entender y estudiar cualquier fenómeno de la realidad, es importante la conjunción de diversas disciplinas. Menéndez (1998), denomina *multidisciplina* a todas las ramas del saber que intentan dar una resolución a un problema concreto. Los profesionales de cada disciplina por medio de la relación multidisciplinar, asisten la problemática desde sus conocimientos específicos. La concentración de disciplinas de Psiquiatría, Psicología, Sociología, Servicio Sociales, etc., reflejarían esta relación multidisciplinar en el campo de la Salud Mental.

Morín (1994), sostiene que se requiere de algo más que un encuentro casual agrupado por distintas disciplinas para la comprensión y la construcción común del problema. Propone el modelo de trabajo *interdisciplinario* que se desarrolla en la intersección de dichos saberes. Para entender la complejidad de manera completa y profunda de cualquier fenómeno, no alcanza con reunir los diferentes ángulos de miradas o juntar los discursos de cada saber. Para que se produzca el pensamiento complejo, se debe articular esa gran diversidad de opiniones y fundamentos y descubrir la unidad. Pesar de manera compleja e integrada, es tomar consciencia de la relatividad y del contexto. Permite a la comunidad científica elaborar teorías, diseñar prácticas y modelos de intervención más eficaces y ajustadas a la realidad. Siguiendo al autor, no es suficiente los esfuerzos interdisciplinares para la comprensión completa de un fenómeno aunque sí, previene los excesos de la especialización del saber.

Según Menéndez (1998), el campo de la Salud Mental se crea como una concepción interdisciplinaria que unifica los principios y las intervenciones clínicas con la planificación de los dispositivos de acuerdo a los medios y los recursos poseídos. El abordaje interdisciplinario es lo que permite la articulación, la planificación de las acciones y la elección del modelo que se aplicará, mediante una relación de apertura recíproca y comunicación entre las ciencias evitando las luchas y las imposiciones de una disciplina sobre la otra. Para lograr este intercambio horizontal el equipo asistencial debe organizar los diferentes niveles de análisis y programar las acciones y los servicios dentro de los dispositivos de atención a todo paciente.

Utrilla (1998), utiliza el término *pluridisciplinario* como equivalente a la *interdisciplina* y plantea que las instituciones que anhelan el trabajo pluridisciplinario pueden sufrir graves problemas si cada especialista no tienen claramente distribuido su trabajo y la institución elabora equipos inadecuados. El deseo de construir un grupo enriquecedor que intercambie conocimientos para hallar una solución puede transformarse en fenómenos de competencias, rivalidades y una batalla entre especialidades en donde el problema del paciente pasa a segundo plano. Por eso, es necesario que haya reglas en la interacción profesional, aceptar que no sabe todo y conocer sus competencias y del resto del equipo. Estas dificultades se ven reflejadas en las macroinstituciones como también en instituciones más pequeñas. En las primeras al estar construidas por múltiples grupos organizados jerárquicamente es inminente experimentar relaciones confusas cargadas de intensas presiones, amenazas implícitas, abuso de poder, dominaciones y descalificaciones. Mientras que las microinstituciones (hospitales de día, interconsulta, salud mental) que dependen de las grandes instituciones si bien se sostienen bajo estructuras jerárquicas organizadas con más claridad, persiste la confusión del poder.

Por lo tanto, es fundamental los momentos de encuentro, trabajo de puesta en común y mutuo aprendizaje y desarrollo de las diversas áreas que comprende el equipo para lograr los objetivos. Conviene incorporar las reuniones grupales, las discusiones y debates sobre los casos y las diferentes alternativas para eliminar la creencia de que el saber absoluto de una rama del conocimiento solucionara el problema (Stolkiner, 1999).

Algunos autores sostienen que considerar el quehacer en salud mental desde la relación interdisciplinar, quedaría acotado bajo un modelo operativo y un trabajo en equipo. El encuentro y cooperación entre disciplinas con sus propios esquemas y métodos de investigación no alcanzaría para abordar las problemáticas sociales. A partir de esta crítica, se propone la *transdisciplinariedad* como modelo integrador que entrelaza las múltiples dimensiones traspasando todas las barreras disciplinarias, es el complemento indispensable para la construcción de conocimientos y herramientas nuevas y a su vez, proyecto de investigación que no tiene fin (Figueroa, 2006).

Materazzi (2004), define a la *transdisciplina* al grupo interdisciplinario formado por profesionales de diversas áreas que transgreden su propia disciplina al quedar

fascinados por las aportaciones que surgen en la interacción con los otros profesionales. Es inevitable el entramado de poder e influencias en los equipos de salud mental, ya que se ven dentro de los protocolos establecidos por el servicio del sistema general de salud dificultando el trabajo integrado. Por las altas demandas los profesionales se ven obligados a disminuir los encuentros para poner en común las estrategias individualizadas de seguimiento y reconocer conjuntamente con los otros equipos de asistencia primaria, servicios sociales, etc. Da lugar a un trabajo más rígido con ausencia de reflexión multidimensional y compleja del trastorno mental limitando acceder al tratamiento efectivo. Frente a esta situación, afirma que un equipo de salud mental firme debe presentar una red comunitaria con dispositivos alternativos con profesionales comprometidos que organicen sus acciones globalmente logrando un desarrollo equilibrado de cada área.

Utilizar el factor comunitario posibilita ampliamente generar dispositivos alternativos. Estos focalizan en mejorar las estrategias de intervención para que las personas recuperen capacidades sociales y logren integrarse a su lugar de pertenencia. Los equipos interdisciplinarios actúan no solo como complemento sino cumplen una función de suplemento dando lugar a la vivencia de ciertas experiencias que benefician completamente al paciente. Las herramientas y las intervenciones de los programas alternativos acompañan el camino de la resocialización potenciando el vínculo con el mundo que lo rodea. La corriente alternativa busca principalmente la integración. Intenta encaminar las políticas y los recursos sociales y culturales, para conseguir la apertura de espacios que prioricen el protagonismo integrador y simbólicos de quienes padecen fragilidades subjetivas (Vasen, 2006).

3.4 Salud Mental en Adolescentes

Hoy en día, la red asistencial de la salud mental de niños y adolescentes presenta insuficiencias en cuanto al desarrollo de recursos y programas adecuados. Una de las grandes problemáticas es, que muchos equipos de asistencia clínica atienden paralelamente a niños y adultos. Cuando se ignoran las diferencias patológicas entre el adolescente y el adulto, se tiende a diseñar intervenciones y prácticas no convenientes para paciente. Es por esto, que la asistencia de la salud mental de los adolescentes necesita organizarse estrictamente bajo una visión interdisciplinaria con psiquiatras,

psicólogos, acompañantes especializados en la atención de niños y adolescentes (Hernández y Escudero, 2000).

Aproximadamente hay cerca de 1.200 millones de adolescentes en el mundo y el 20% de ellos sufren problemas mentales o comportamiento, la mayoría de dichos trastornos se expresan antes de los 14 años (UNICEF, 2011).

El adolescente se encuentra en una transición entre la niñez y la vida adulta transformando sus aspectos físicos, psíquicos, cognitivos y sociales. Los cambios que experimenta van acompañado de vínculos familiares y sociales que influyen completamente en la constitución de sus creencias, valores, actitudes y conducta. Frente a esta situación de vulnerabilidad, la red social y su interacción pueden generarles beneficios y alteraciones. Es importante tener en cuenta cómo el adolescente recibe el apoyo, conoce la expresión, sus tiempos, apertura y sus fortalezas y deficiencias para así, posteriormente analizar las maneras de asistir el desarrollo del mismo (Méndez y Barra, 2008).

Se presentan diversos enfoques que definen a la adolescencia. Por un lado, las teorías biológicas la explican desde los datos visibles y modificaciones morfológicas que experimenta el sujeto durante la edad de la pubertad. Otros analizan este fenómeno de manera más compleja incorporando los componentes psicológico y sociológico. El psicoanálisis se enfoca en la fase de latencia donde se da transformación de la personalidad, el Yo poseerá un mayor control sobre las exigencias sexuales y una adaptación a la realidad (Ajuriaguerra, 2004).

Aberasturi y Knobel (2004), consideran a la adolescencia como un periodo de vida, en donde el sujeto desarrolla su identidad basándose en las relaciones y las experiencias que su mundo social le brinda. Los autores presentan ciertas características esperables durante este proceso de transición, una de ellas es la búsqueda de sí mismo, es decir, aquella noción de un yo continuo reconocido por el otro. Por otro lado, los adolescentes presentan una fuerte tendencia grupal para refugiarse y compartir sus intelectualizaciones, fantasías y las oscilaciones propias que sufre su identidad. Esta búsqueda de la identidad les provoca distintos acontecimientos, entre ellas las crisis religiosas, la separación de sus padres, la aceptación de la posible muerte de ellos y de su yo corporal, las contradicciones en su conducta y las fluctuaciones del humor y del

estado de ánimo. También se caracteriza por la desubicación temporal y espacial, en donde los adolescentes de a poco van adquiriendo la capacidad discriminativa del pasado, presente y futuro. La evolución sexual manifestada en la adolescencia surge con la aceptación de la genitalidad, las actividades autoeróticas y la curiosidad sexual

El adolescente atraviesa una crisis normal inmersa en conflictos de desarrollo y búsqueda de sentimientos, identificaciones e ídolos para lograr la integración, es decir, definir su identidad. Todo desarrollo y evolución de la identidad está sostenida por un contexto social y cultural, por esta razón es totalmente variable la adaptación ya que depende de los recursos que posee el adolescente para afrontar los conflictos. Aquellas personas que disponen de una red de contención emocional, material, informacional y de compañía, adquieren autoestima y perciben mayor autoconfianza para afrontar situaciones estresantes. Es importante destacar que las transformaciones del adolescente van acompañadas de constantes cambios de su grupo social, por lo que es sumamente importante construir relaciones familiares que enseñen las habilidades sociales que faciliten la interacción con sus pares, ambas relaciones se potencian para contribuir al bienestar psicosocial y el afrontamiento de situaciones estresantes (Musitu, G. y Cava, M., 2003).

Mouján (1997), enumera una serie de conductas esperables en el periodo de la adolescencia que pueden fácilmente confundirse con cualquier proceso patológico. Son típicas las conductas basadas en la omnipotencia, como la altanería, rebeldía. También demuestran una actitud negativa y tienden a idealizar extremadamente. Por lo tanto, es fundamental ubicarse en la etapa para interpretar cada síntoma y así, posteriormente anunciarlo como un trastorno de la adolescencia. El psicoanálisis, menciona tres datos cruciales a explorar, las cuales son, la genética y las experiencias intrauterinas, las experiencias infantiles y la ruptura del equilibrio interno. Esta última, provoca las alteraciones de los impulsos generando ansiedad y nuevos mecanismos de defensa que intentan reequilibrar su interior con el exterior.

La gravedad de los trastornos, puede comprometer seriamente la evolución, el aprendizaje, el desarrollo personal y la inserción social y laboral del adolescente. Por lo tanto, las intervenciones preventivas y terapéuticas de los adolescentes, no deben quedar sesgadas omitiendo la comprensión de la dinámica evolutiva y abusando de la

medicación. Los trastornos mentales graves que se observan en la adolescencia son, autismo, psicosis de inicio en la primera infancia, esquizofrenia de inicio adolescente, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos afectivos graves, trastornos de la alimentación, trastornos paranoides y los trastornos de la personalidad. A diferencia de los trastornos mentales severos en el adulto, que implica un criterio de cronicidad, en la adolescencia los tratamientos pueden evitar en muchos casos, el avance de la enfermedad. La mayoría de estas descompensaciones se originan por las relaciones familiares alteradas y dificultades de integración social y laboral (Pascual, 2004).

Los adolescente institucionalizados presentan alteración emocional y reacciones desadaptativas. Existen una serie de factores psicológicos repetitivos provocados por las instituciones con atención despersonalizada. Entre ellas la desvalorización de sí mismo, temor a la responsabilidad y al compromiso, miedo de amar y ser amado por la privación de afecto y su falta de confianza. Por su fuerte sentimiento de abandono se siente resentido dificultándolo en aprender las habilidades sociales (Arenas, 2008).

3.5 Atención Terciaria: Rehabilitación, Reinserción social, Resocialización

La atención terciaria se relaciona con prácticas psicológicas integradas a instituciones de salud que se dedican a rehabilitar las secuelas de alguna enfermedad. Si bien es posible resolver estas problemáticas en los hospitales o instituciones ambulatorias, es importante que el tratamiento esté construido por un equipo interdisciplinario con especialistas de diversas áreas para asistir continuamente al paciente brindando nuevas oportunidades para desenvolverse de manera autónoma con el acompañamiento de la comunidad. Es muy importante que las personas con historia de internación replacen poco a poco el espacio estructurado de cura por un contexto de respaldo para desarrollar y potenciar sus intereses y habilidades. Proporcionarles un mundo de tareas y trabajo de manera libre y voluntaria con el fin de aumentar la motivación personal y su autonomía a medida que va instaurando las habilidades comunicativas y relacionales (Lieberman, 1993; Morales, 1999).

Berger y Luckmann (1995), sostienen que la socialización presenta dos momentos, la primera que se produce la internalización de una realidad aprendida como

inevitable, y la segunda, consiste en la internalización de submundos que son realidades parciales que contrastan con la realidad de la socialización primaria. La resocialización implica la sustitución de la socialización anterior recibida por el individuo, el pasado se interpreta con la realidad presente, proyectando los elementos del pasado que no estaban subjetivamente disponibles.

Si bien el niño nace sin tener conocimiento sobre los valores sociales, se incorpora en una familia que enmarca las actitudes generales y esperables de la sociedad. Cada miembro es el responsable de la primera conexión del niño con las actitudes y las costumbres de la familia, por lo cual, se encuentra inmerso en una variedad de ideologías que respaldan su adaptación en la estructura social y cultural (Secord, 1979).

Por otro lado, Galende (1996), entiende a la socialización como el proceso mediante el cual el individuo internaliza y hace propio los valores, normas, pautas culturales y tradicionales. Para lograr una resocialización es indispensable una tarea integrada por los tratamientos psiquiátricos y psicológicos para reubicar a la persona en el ámbito social al cual pertenece y si se tiene acceso a un empleo o la posibilidad de desempeñar alguna tarea influenciarán crucialmente a la evolución de la enfermedad.

Se demostró que las personas que presentan escasas capacidades para establecer y mantener relaciones sociales son propensos a la soledad, a vivenciar experiencias desagradables e incluso desarrollar enfermedades mentales. En efecto, una adecuada instrucción de las habilidades sociales proveerá una amplia comprensión y una asimilación asertiva de comportamiento para desenvolverse en su ambiente social. Incluso, las estrategias para las habilidades sociales mejora notablemente la relación familiar y laboral de los pacientes ya que ofrecen los recursos necesarios para afrontar cualquier acontecimiento vital (Lieberman, 1993).

Reconocer la influencia del componente psicosocial en el surgimiento y evolución de la enfermedad mental, permitió construir una base más sólida en los modelos de rehabilitación psicosocial con estrategias de entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducativas y apoyo social. Estas técnicas de tratamiento de la rehabilitación tienen el objetivo central de desarrollar el máximo nivel de capacidad mediante intervenciones basadas en actividades terapéuticas de estimulación,

motivación y refuerzos positivos potenciando los puntos más fuertes del paciente (Rodríguez, 1997).

Los individuos que comparten medios sociales, culturales, étnicos y características biológicas similares pueden mostrar variabilidad interindividual en cuanto a sus pautas de conducta social debida sus diferentes experiencias de instrucción. Los procesos de aprendizaje social se pueden llevar empleando diversos modelos para adquirir respuestas nuevas y modificar la conducta, el aprendizaje observacional como la imitación, el modelo instrumental que utiliza los refuerzos positivos y pautas de recompensas, los fenómenos de generalización y discriminación, modelos de castigo e inhibición. La eficacia de estos recursos para modificar la conducta de un individuo varía según la influencia social, los niños que logran desarrollar hábitos fuertes de dependencia tienden a mostrar una respuesta más acertada frente a los refuerzos, mientras que los niños con historias vulnerables son propensos a sufrir confusión con los refuerzos (Bandura, 1990).

Del mismo modo que el entrenamiento de las habilidades, es fundamental contar con técnicas que ayuden a reducir la ansiedad en los momentos problemáticos. Combinando las practicas fisiológicas como la relajación, la restauración cognitiva, y la desensibilización sistemática destinada a los cambios conductuales. Debe plantearse alternativas de respuestas, analizar las ventajas y desventajas y maximizar las respuestas positivas para salir con éxito en una situación estresante (Arenas, 2008).

Toda persona inserta en una sociedad toma el papel de actor en el escenario social con diferentes roles a desempeñar que están influenciadas por las exigencias situacionales, la personalidad individual y las habilidades del rol. Estos roles sirven para integrar todas las acciones de las personas, es decir, cada acción de la persona individual es integrada para comprender la acción grupal. Cuando se asocia al individuo y la sociedad directamente se combinan los sistemas sociales, la personalidad y la cultura (Secord, 1979).

Según Kelly (2002), es importante enseñar y potenciar las habilidades sociales de las personas con problemas interpersonales presentándoles las distintas alternativas de comportamiento frente a las variaciones situacionales. La construcción de la personalidad está atravesada tanto por las relaciones satisfactorias o frustrantes que

influyen de manera positiva o distorsionada a su propio yo. En el caso de los adolescentes con alteraciones psíquicas, conscientes de sus propias dificultades sociales a causa de sus limitaciones provoca una importante aparición de sentimientos de frustración e impotencia en la persona. Por lo tanto, es importante puntualizar las experiencias primarias negativas que incluyen la inadecuada crianza de los padres, falta de contacto y las inferioridades físicas como impulsoras de esta perturbación. A diferencia de las terapias que enseñan las nuevas competencias, las terapias utilizadas por estas teorías que enlazan la personalidad con las relaciones sociales se centran en construir e interpretar las experiencias primarias.

Junto a los dispositivos terapéuticos por fuera del tiempo y del espacio institucional el acompañamiento terapéutico cumple diversas funciones importantes, ayuda a construir las condiciones apropiadas del tratamiento, sostiene el dispositivo frente a las situaciones de crisis y a destrabar el trabajo terapéutico cuando se requiere. Es una herramienta eficaz y dinámica que limita los sufrimientos en exceso, contiene los desbordes, las angustias y las ansiedades desde el lugar de un semejante y opera en el vínculo a la manera de organizador psíquico que lo ayuda a regularse. En el proceso de rehabilitación e inserción social el acompañante terapéutico lo ayuda a salir del lugar que lo enferma y a enfrentarse a su cotidianeidad reforzando las potencialidades del individuo. El acompañamiento terapéutico es un efectivo medio de apertura al medio social, favorece la comunicación con el medio social, funcionando como un semejante con quien compartir actividades recreativas, laborales y sociales en general. Las técnicas terapéuticas utilizadas por los acompañantes terapéuticos se desarrollan en un marco de prevención, atención y resocialización, estimulando la autovaloración, fortaleciendo las actitudes sociales apropiadas y desarrollando componentes cognitivos, emocionales y comportamentales (Rossi, 2007).

3.6 Habilidades sociales en adolescentes

A pesar de la dificultad de acordar una única definición de las habilidades sociales, se puede resumir en un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollar en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Otros focalizan en la etapa evolutiva, definiéndola como comportamientos aprendidos, siendo decisivo el

entorno en que el niño o el adolescente están insertos. Desde la familia, escuela y la comunidad que en un sentido amplio brindan un marco en el cual se da el proceso de aprendizaje de dichas habilidades. Según el estilo de las habilidades será luego asertivo, inhibido o agresivo. El estilo asertivo permite establecer relaciones sociales significativas y una mejor adaptación social, el estilo inhibido se caracteriza por carecer de habilidades para defender derechos y expresar pensamientos e ideas, y por último, el estilo agresivo expresa sus emociones de manera inapropiada sin respetar los derechos del otro (Caballo, 2007; Kelly, 2002).

Las habilidades sociales en los adolescentes son relevantes ya que influye en otras áreas vitales como la escolar, la familia. Se aprenden a lo largo del ciclo vital para interaccionar con sus pares y también para asimilar los papeles y las normas sociales. La enseñanza de las habilidades sociales son procesos que protegen al individuo de las situaciones estresantes y esto, por consiguiente previene la aparición de los trastornos psicopatológicos. Para pesquisar las causas de las dificultades de la interacción social del adolescente, es necesario discriminar si en ningún momento desarrollo la habilidad, o puede ser que las tenga pero le imposibilita demostrar por la falta de motivación (Arenas, 2008).

Frente a un contexto que dificulta el desarrollo pleno y sano del individuo por el aumento de la densidad de la población, donde se valora más el estatus social que el estado interno y la calidad de las relaciones, la Organización Panamericana de la Salud (2001), focalizó esta preocupación en los niños y adolescentes desarrollando programas generadoras de herramientas prácticas para su defensa ante las adversidades que presenta este mundo variable y confuso. La Organización Panamericana de la Salud propone diez habilidades necesarias que proveen fortalezas y técnicas de afrontamiento además del desarrollo social y afectivo de los niños y adolescentes; éstas diez habilidades son, el autoconocimiento, la empatía, la comunicación asertiva, la buena interacción con los otros, la toma de decisiones, la solución de los problemas y conflictos, el pensamiento creativo, el crítico, el manejo de las emociones y los sentimientos y por último la habilidad para manejar las tensiones y el estrés.

En la etapa de la adolescencia se desarrollan los procesos de adquisición y mantenimiento de patrones de comportamiento saludable y aprenden a combinar de

manera adecuada las conductas sociales competentes para ubicarse dentro de un grupo de pertenencia. Es un factor esencial la interacción de pares que construye el modelo de referencia, en la cual el adolescente se expresa e intercambia opiniones a fin de tomar decisiones conjuntas. Cuando está afectada la habilidad social se observa en los jóvenes, dificultades emocionales, rechazo y aislamiento interpersonal que los impide hacer nuevos amigos. El grupo de pares conforman la red social más significativa durante la adolescencia por atracción e identificación se experimentan la compañía, comprensión, refugio y la afectividad. El adolescente necesita del apoyo social, ese sentimiento de ser valorado por los demás y la certeza de tener a alguien para compartir las alegrías y las penas, la pérdida de este soporte junto a la continuidad de las interacciones sociales negativas generan mayores dificultades en el bienestar psicológico (Musitu, G. y Cava, M., 2003).

El ámbito en donde adquieren mayor énfasis las habilidades sociales es en los grupos, donde priman las habilidades de liderazgo, popularidad, compañerismo y jovialidad. Se ha comprobado el aumento de las probabilidades de generar modificaciones negativas y desadaptación social, ya que influye significativamente en la madurez intelectual, el autoconcepto y estabilidad emocional. Numerosos estudios demostraron que los adolescentes con conductas de cooperación presentaban menos síntomas de ansiedad, hostilidad, obsesión y compulsión (Arenas, 2008).

Para lograr una red asistencial de salud mental infanto juvenil clara y suficiente, expone consideraciones generales para pensar sobre la terapia alternativa. Por un lado, el equipo ambulatorio, los intermedios y los de internamiento deben estar acompañados de la acción comunitaria y sumar otros dispositivos que atiendan a la infancia y la adolescencia.

En el trabajo conjunto y coordinado de los diferentes especialistas deberán crear circuitos claros que indiquen los estudios necesarios para arribar a un diagnóstico adecuado. Es indispensable seleccionar un representante de cada área en las reuniones periódicas para englobar las decisiones psicoterapéuticas, escolares del joven haciendo énfasis en los casos de riesgo psicosocial (Pascual, 2004).

Aquellos adolescentes que viven situaciones adversas, necesitan la influencia del ambiente e interactuar con ella, para lograr su adaptación en la sociedad y obtener una

mejor calidad de vida. Este proceso de adaptación positiva depende de los procesos sociales e intrapsíquicos, es decir, el adolescente necesita de la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad para desarrollarse plenamente. Entre los pilares de la resiliencia se identifica la capacidad de introspección que permite al adolescente preguntarse consigo mismo, conectarse con sus propias necesidades y emociones. Una vez que logra construir su autoestima reconociendo sus placeres y displaceres, estas se intercambian para modular su forma de comunicarse con el entorno. Por lo tanto es importante que el adolescente alcance una sólida autoestima para que construya buenas relaciones con los otros significativos (Melillo, Estamatti y Cuestas, 2001).

Casullo (2005), afirma la importancia de las competencias emocionales para lograr la adaptación social. Capacitar la inteligencia emocional conjuntamente con el amor permite al adolescente percibir, evaluar, expresar y regular las emociones propias que darán lugar a las buenas interacciones sociales. Debe estar a su vez, presente el amor que funda los sentimientos de pertenencia y apego para fundar los primeros pasos que establecen los vínculos cercanos y fuertes. Es fundamental contar con la habilidad de ponerse en el lugar del otro, comprender cuáles son sus necesidades para que nazca una fuerza propia que ayude y beneficie al otro.

Las personas internadas o con historias de internación deben reemplazar el espacio estructurado y alienado, por un contexto que respalde el desarrollo de sus habilidades y sus intereses. Para lograr la resocialización es necesario contar con un equipo interdisciplinario que proporcione tareas y trabajo de manera voluntaria con el fin de aumentar la motivación personal, la autonomía para que el individuo pueda desenvolverse fuera del hospital (Galende, 1996).

Las corrientes alternativas que atienden a los adolescentes, deben construir una red asistencial por especialistas de diferentes áreas y hacer énfasis en el riesgo psicosocial, más estrictamente al ser una etapa donde se desarrollan la mayor parte del aprendizaje social. El adolescente necesita del apoyo social para sentirse valorado y aumentar su bienestar psicológico (Musitu y Cava, 2003; Pascual, 2004).

4. Metodologías

4.1 Tipo de estudio: Descriptivo

4.2 Participantes

20 Adolescentes entre 14 a 18 años. Asisten los Miércoles y los Viernes de 9 a 11:30 hs a desempeñar tareas específicas demandadas por un cuidador del Zoo. Las actividades consisten en limpiar las jaulas de animales (rinoceronte, llamas, camellos, venados), y alimentarlas. Los jóvenes son derivados del Hospital de Centros de Salud, Hospitales de Día Y escuelas especiales para niños con trastornos graves (CENTES). Con respecto al grupo familiar, algunos viven con sus familiares pero muchos de ellos se encuentran internados en hospitales u hogares, por abandono o abuso.

16 Acompañantes que son estudiantes de diferentes universidades que realizan la práctica profesional y van rotando los días de concurrencia como así también de adolescente.

6 Cuidadores que se encuentran distribuidos por sectores y son trabajadores del zoológico que asignan las tareas a los adolescentes. Conocen con profundidad el desempeño de los chicos y establecen un vínculo de amistad y admiración.

6 Coordinadores, entre ellos, un psicólogo coordinador del equipo, un psiquiatra, dos psicólogas y dos terapistas ocupacionales que supervisan a los acompañantes y hacen el seguimiento clínico y contextual de los adolescentes.

4.3 Instrumento

Guía de observación: se realizó una observación participante en todos los espacios que surgieron algún tipo de intercambio social para obtener datos sobre cómo se desenvuelven los adolescentes en las actividades y con los otros. En guía de observación se registraba el nombre del adolescente, el área de trabajo, la actividad y el nombre del cuidador y se evaluaban las siguientes características: asistencia y puntualidad, comprensión de las consignas, conexión y compromiso con los animales, organización y manejo de las herramientas, consistencia y persistencia en la tarea, motivación, vínculo con el cuidador, vinculo con el acompañante y el intercambio y la participación entre pares. Las característica de la guía se evaluaba en una escala de tres

valores: 1: insuficiente, 2: regular, 3: suficiente y en cada una de ellas se anotaba una descripción de la observación.

Entrevistas: se realizaron tres entrevistas semi-estructuradas, una de ellas dirigida al psiquiatra del equipo, quien atendió preguntas relacionadas sobre las tareas que realizan los profesionales del programa y sus expectativas. La segunda entrevista se realizó a un cuidador para obtener información sobre las tareas que realizan los adolescentes y sobre la relación que tienen con él haciendo hincapié en las situaciones de fracaso y frustración de los adolescentes durante las actividades. Por último, la entrevista al acompañante se focalizó en obtener datos sobre la evolución de las capacidades sociales de los adolescentes.

4.4 Procedimiento

La observación se realizó durante el tiempo en la cual los adolescentes estuvieron trabajando, intercambiando con los otros y en el almuerzo. Todos los miércoles y viernes desde las 9 de la mañana hasta la una de la tarde. Se realizó tres entrevistas en total una vez finalizada la residencia en el parque. Una al psiquiatra, una al cuidador y otra al acompañante que duró aproximadamente 30 minutos cada una.

5. Desarrollo

Los datos fueron recolectados mediante el seguimiento y la observación de los adolescentes en contacto con los animales, interactuando con sus compañeros y desempeñando las tareas junto al cuidador. Los nombres de los jóvenes han sido modificados para preservar su anonimato.

5.1 Programa Cuidar Cuidando como dispositivo alternativo de resocialización en los adolescentes

El psiquiatra Cuidar Cuidando, presenta al programa como un dispositivo de resocialización con prácticas que favorecen la subjetividad del adolescente. El mismo, construye un marco que fortalezca los vínculos con pares, los adultos, la naturaleza y consigo mismo. A diferencia de los dispositivos que controlan y cosifican al paciente, busca la dimensión lúdica y de trabajo para lograr la integración del joven a su ambiente

cotidiano. La propuesta de llevar a los chicos a los espacios de realización social-cultural, es para aproximarlos a una participación más plena en lo social. Es decir, cuando se incorpora al joven al zoológico no se trata capacitar a los cuidadores a cuidar y a entretener a los jóvenes enfermos, sino generar un espacio para ellos en un ámbito social. Como sostiene Sacasa (2000), estimar el componente social para el tratamiento del paciente, no implica eliminar los saberes biológicos y médicos que son cruciales de asistencia. La articulación de estos dos componentes dará lugar a espacios integrales de atención con una equitativa colaboración de trabajadores de la salud, instituciones y la población.

Tal como en el caso del Programa Cuidar Cuidando surge a través de un convenio entre el Hospital Neuropsiquiátrico Carolina Tobar García y el Jardín Zoológico de la ciudad de Buenos Aires. A lo cual, coexisten diferentes modos de prácticas e intervenciones.

Este dispositivo particular, está diseñado para la integración social, que asocia el trabajo de los cuidadores del zoológico y el intercambio simbólico en una institución social de la ciudad. Estos dos componentes brindan las herramientas para que el joven pueda recuperarse como ciudadano. Estas características amoldarían al programa como una prevención terciaria de Caplan (1980), que se esfuerza para aumentar el bienestar del paciente reintegrándolo a la sociedad.

Lejos de las prácticas de las instituciones psiquiátrica manicomiales, que catalogaba al paciente según su patología excluyéndolo de su entorno social (Menéndez, 1988), el programa utiliza un espacio público de la ciudad para que se fomente la toma de consciencia y la participación de los recursos y las posibilidades de la comunidad.

Siguiendo a Foucault (1977), los dispositivos se visualizan como una red construida por diversos elementos que se plasman en el programa Cuidar Cuidando. Al conformarse como un equipo interdisciplinario, cuenta con los múltiples discursos y enunciados científicos y específicos de cada personal de atención, sea el psiquiatra, los maestros, los médicos clínicos, los familiares, etc. A su vez, el programa está en constante contacto con otras instituciones como las escuelas de recuperación, los hogares, las familias y los hospitales. Otros componentes nombrados por Foucault son las medidas administrativas, las decisiones reglamentarias y las leyes, las cuales se

relacionan con la estructura del programa Cuidar Cuidando. Para que el joven pueda ingresar al programa debe estar internado o atendido en algún hospital público. Es reglamentario cumplir con el bienestar y la seguridad de los adolescentes cuando desempeñan las tareas. Deben protegerlos frente a cualquier riesgo y las proposiciones filosóficas y morales se cumplen en concebir la singularidad de cada joven, como un joven más y no un paciente.

El psiquiatra del programa intenta que el concepto de la resocialización no se confunda con la domesticación, para eso es esencial que la experiencia transcurra en un espacio público donde los jóvenes no sean posicionados como pacientes.

El programa es un espacio que pretende la desmedicalización y recuperar la dimensión del vínculo por medio de la palabra, y lo creativo para abordar la problemática.

El psiquiatra del programa Cuidar Cuidando, define que el presente dispositivo alternativo se basa en dos objetivos fundamentales: la integración social y la recuperación de espacios no convencionales.

Muchas veces, la sobreprotección de los hospitales psiquiátricos ejerce una sobreprotección sobre los jóvenes y da sensación que pierden un tiempo valioso e irreparable. Según Méndez y Barra (2008), estos adolescentes vulnerables necesitan un fuerte apoyo social que ofrezca todas las posibilidades saludables y comunes para transitar la etapa de cambios y construcción de la personalidad.

La particularidad de este programa es sin duda que se realiza en un espacio de la infancia. El zoológico no es un lugar para la cura, por lo tanto, no hay pacientes. En él, los jóvenes son aprendices y trabajadores. Frente a esta curiosidad, el psiquiatra del programa recalca las numerosas experiencias de conexión entre el animal y el joven. El programa no pretende imponer este encuentro entre ambos, ni transformar al animal en una herramienta terapéutica. El psiquiatra del programa afirma, que el lazo que se establece entre el animal y el niño presenta otros patrones de vínculo. Esta conexión permite que el joven con dificultades ponga de sí en el animal. Aprender a cuidar, dejarse cuidar y permitirse descansar en una relación de mayor confianza en el otro, relaja y atenúa los sentimientos persecutorios y paranoides.

Cuando el joven se posiciona como cuidador, lo impulsa a hacerse cargo del cuidado y a descifrar las necesidades de los animales.

El zoológico, a diferencia de las instituciones a puerta cerradas que rehabilita al joven dentro de sus paredes con tareas adaptadas, es un lugar real, que funciona y participa toda la población sin la necesidad de desfigurar el espacio. El cuidador es el maestro que enseña y el joven debe cumplir la tarea. Por ejemplo, en un taller de musicoterapia, el joven puede esquivar las consignas alegando cansancio, capricho, o simplemente por tener un mal día, y esto no lo implicaría a un otro perjudicado. Pero en el zoológico es diferente, no hay excusas. Si el joven no prepara la dieta, no tiene ganas de baldear los recintos o quiere llamar la atención, el resultado lo afecta, porque el animal se quedara sin comer en un lugar sucio y por consecuencia perderá ese lugar de trabajo.

Entre el cuidador y el aprendiz se da un proceso de transmisión de saberes, un espacio de escucha, de recepción activa y curiosa. A partir de esta relación, el Programa pudo definir a la re-socialización como un proceso de transmisión de saberes y secretos de un oficio. Por medio del juego, el aprender y trabajar. Según el psiquiatra del programa re-socializar, no consiste meramente en dar de alta al paciente del hospital psiquiátrico y largarlo al mundo, sino prepararlo a enfrentarse a las problemáticas sociales y recuperar su lugar de ciudadano. El zoológico no busca ser el nuevo hogar ni la familia substituta del paciente como las Casa de Medio Camino las residencias que hospedan a pacientes en procesos de rehabilitación (Gabay y Fernández, 2009).

Esta práctica con animales en el zoológico junto a los cuidadores es un espacio comunitario que no debe ser encarcelada bajo la mirada y poder de la medicina. Por el contrario, como plantea la Organización Mundial de la Salud, estos movimientos deben proporcionar una atención básica destinada a todas las clases sociales, con intervenciones que participen el espacio y la población comunitaria (Morales, 1999).

5.2 Las actividades de los adolescentes en el programa cuidar cuidando

Durante la residencia, se pudo observar las diversas actividades que realizan los adolescentes. Los jóvenes ingresan por la puerta que utiliza el personal del zoológico y comienzan las actividades aproximadamente a las 9 de la mañana. Ni bien llegan, se

dirigen a la casita, que es el lugar común que tiene el programa en el zoológico para las reuniones grupales. Allí firman la planilla de asistencia, se ponen el uniforme verde que usan los cuidadores, se calzan las botas y toman los guantes para dirigirse a su lugar de trabajo.

Los adolescentes trabajan usualmente en un sector establecido con su cuidador correspondiente y otro compañero del programa. El Programa, según el *psiquiatra y psicoanalista* del equipo interdisciplinario, busca concretar una integración creativa, sin encasillar al proceso en actos automáticos o robóticos. Al contrario, a través del oficio, el Programa intenta despertar la singularidad y la curiosidad del joven. El mismo, en su deseo de convertirse en un experto sobre el oficio, naturalmente se encaminara a construir lazos con el cuidador y sus compañeros.

M de 16 años diagnosticado con depresión, empieza sus actividades con las cabras africanas junto a su cuidador Leandro. Ambos rastrillan las jaulas, dividen la zona por la mitad para agilizar la tarea y cada uno arma montoncitos de residuos y tierra. Estos son levantados conjuntamente, mientras uno lleva la carretilla, el otro junta los montoncitos ayudados por dos rastrillos.

Muchas veces M comparte la tarea con J, otro joven del programa que presenta serios problemas para establecer relación o conectarse con el otro. Al finalizar con las cabras africanas, se dirigen al sector de las llamas, que realizan las mismas tareas de rastrillaje y juntar la tierra y la basura. Cuando M y J trabajan juntos, el cuidador les da las pautas de trabajo para que trabajen sin su presencia. Una vez, finalizada la limpieza, alimenta a los animales con pasto y alimento balanceado.

Luego de un pequeño descanso, M y el cuidador L trabajan por un lado con los bisontes, mientras que J trabaja en el sector de los camellos y los dromedarios con E, otro cuidador. Antes de terminar con la jornada, si queda un poco de tiempo, los cuatro se reúnen en el establo a compartir unos mates y conversar.

En el sector de los rinocerontes trabajan tres adolescentes con el cuidador A. T de 16 años es uno de los más antiguos del programa que fue ingresado con un diagnóstico de psicosis infantil, P de 16 años internado dos veces por intento al suicidio y G de 19 años con problemas conductuales. A pesar de todos los diagnósticos, es muy difícil

percibir algún síntoma de esas problemáticas, más notablemente en estos tres jóvenes, ya que realizan las actividades de limpieza con mucha facilidad y rapidez a pesar del fuerte olor que emanan las heces de los rinocerontes. Muchas veces, algunos de ellos trabajan con los hipopótamos con las mismas tareas, de baldear el sitio y alimentar a los mismos.

F de 19 años, un joven que hasta hace poco estaba internado, es un apasionado de las aves. Trabaja en la pajarera con su cuidador desempeñando diversas tareas, tales como juntas las plumas, cambiarles el agua y cortar la dieta. F se maneja con mucha comodidad pero con mucho cuidado, ya que la pajarera es un espacio reducido y se debe cuidar para evitar el escape de las aves. Como expresa Morales (1999), aquellos pacientes con largas historias de internación necesitan rehabilitar las secuelas en un contexto que asista las potencialidades y los recursos del paciente. Lograr su adaptación brindándole un espacio, por medio de un quehacer fortalecerá las posibilidades de integración social.

Recientemente, F está compartiendo su tarea con un compañero nuevo que ingresó hace unas semanas, llamado R que de a poco se está adaptando.

Entre las chicas están Ri y S de 15 años que trabajaron juntas durante mucho tiempo rotando en varios sectores. Pero actualmente S está trabajando sola en nutrición. Este sector está conformado por un equipo con veterinario, que se especializa en la alimentación y salud de cada animal en particular. S, cuando ingresa a este edificio se pone la bata, el barbijo y la gorra para reducir los riesgos de contaminación. Bajo la supervisión de las cuidadoras, S pesa las frutas y las verduras y las coloca en cantidades medidas, en las bolsas destinadas a cada animal luego de seleccionar y evaluar el estado de los alimentos. Además de las frutas y las verduras, debe racionar los granos, cereales y el alimento balanceado teniendo en cuenta la especie del animal. Una vez finalizada esta actividad, S cumple con la limpieza y la higiene del lugar y del material de trabajo.

En el sector de los ciervos trabajan varios adolescentes. Los días Miércoles, comparten la actividad M y J de 15 años y A de 16. Mientras que los Viernes asiste R en lugar de A. Al igual que los otros sectores, empiezan rastrillando las tres jaulas de los ciervos y los alimentan con pasto. Trabajan de manera eficaz y veloz si es que no se

distraen conversando y haciendo chistes entre ellos. Al ser grandes las jaulas, se dividen en dos para agilizar la tarea con el cuidador Ma, muy querido por todo el programa, quien les da las consignas y los alienta constantemente. Luego del sector de los ciervos, se encargan de alimentar a los mandriles con la dieta correspondiente.

En este grupo, ya es habitual una vez finalizada toda la tarea, hacer un tiempo para tomar mates con galletitas y compartir un tiempo agradable entre todos.

También el zoológico, brinda otras actividades que no están en contacto con los animales pero son muy importantes para el mantenimiento del parque. Uno de ellos es la limpieza del parque en sí, recorren en los autitos acompañados por un empleado del zoológico recolectar las bolsas de cada sector y revisar el estado general del parque. También participan en el taller de restauración, en donde aprenden a arreglar partes descuidadas o arruinadas de las grandes edificaciones del parque. Por ejemplo, alrededor de las paredes del edificio del establo de las llamas está compuesta por estatuillas de monos que con el tiempo fueron perdiendo su forma. Los adolescentes aprenden en el taller a reconstruir para volverlos al estado esperado.

Otras actividades de mantenimiento son las tareas de electricidad y carpintería. Acompañados del personal del parque realizan diversas tareas, tales como, pintar las carretillas o postes del parque que van perdiendo color, arreglar y asegurar los alambrados, ayudar a arreglar los desagües o los problemas de cañería y también colaborar con instalaciones de luz fuera de servicio.

Una vez finalizada todas las tareas, los adolescentes se dirigen nuevamente a la casita para cambiarse e ir a los patios de comida a almorzar con sus compañeros.

Algunos de los jóvenes del programa que pasan las etapas de aprendizaje y cumplen con las condiciones laborales propuestas, pueden llegar a ser contratados por el mismo zoológico. Realizando las actividades nombradas y también pueden estar en contacto con el público, controlando sus entradas y participar como guías del parque. Como remarca Materazzi (2004), es indispensable que las comunidades terapéuticas combinen distintas actividades para que los pacientes puedan descubrir las habilidades de aprendizaje social. Los movimientos terapéuticos deben tener como finalidad

máxima que los pacientes logren incorporarse productivamente a su medio y puedan despertar los sentimientos de pertenencia.

5.3 Trabajo interdisciplinario

El programa Cuidar Cuidando se presenta como un dispositivo alternativo que brinda prácticas de resocialización para fortalecer y afianzar los vínculos sociales de los jóvenes con dificultades emocionales y conductuales. El programa está sostenido por un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de diferentes saberes. El *psiquiatría* del equipo se encarga principalmente en contactarse con las demás instituciones que acude el joven para obtener datos significativos, por ejemplo, observa las historias clínicas que están en el Hospital Tobar García para revisar los medicamentos prescritos por el psiquiatra particular del adolescente.

El *psiquiatra y psicoanalista* del Programa, al poseer conocimientos sobre la farmacología le permite evaluar los psicofármacos que ingieren los adolescentes y si advierte alguna anormalidad, se pone en contacto con el psiquiatra de la obra social que tiende al adolescente para cuestionarlo. Conocer la medicación de los jóvenes es importante ya que influyen no solo en las actividades que realizan en el zoológico, sino también pueden provocarles cambios a nivel emocional y social. En el caso de J de 15 años, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y catatónica, más allá de tener una contextura física grande, se notaba como repentinamente iba aumentando de peso. Si bien al principio se cuidaba con el azúcar del mate y sustituía la hamburguesa por el pebete, comenzó a perder la motivación en su cuidado y continuamente buscaba algo para comer. J vive en un hogar desde muy pequeña y se atiende con un psiquiatra del hospital. El equipo decidió convocar al psiquiatra que la había medicado con una dosis muy alta de Olanzapina. En dicha reunión se pudo percibir la mala relación que tenía el psiquiatra con el personal del hogar y esto corría del núcleo a Jy la perjudicaban directamente. A partir del entrecruzamiento de la versión del psiquiatra y del hogar, el equipo del Programa busco que el psiquiatra reconsiderara disminuir la dosis de la joven y actuó como intermediario para que ambas partes entiendan que la mutua colaboración dará mejores resultados en J.

Utrilla (1998), expone la dificultad que surge cuando cada especialista no tiene delimitado sus funciones en un equipo interdisciplinario, puesto que provoca una batalla

de poder y dominación. Los integrantes del equipo del Programa Cuidar Cuidando no están subordinados bajo un líder absoluto ni por el peso de alguna profesión y la distribución de sus funciones se define, en relación a la gravedad del joven y al contexto del problema.

Para evitar el riesgo de los fenómenos de rivalidad, el equipo cumple dos reuniones a la semana, los Lunes y Martes para dedicarse al análisis de los más chiquitos del programa. Asimismo, se acuerda los días Jueves para abrir un momento de puesta en común y debatir los sucesos más significativos de cada adolescente. Como manifiesta Stolkiner (1999), es indispensable en la interdisciplina el trabajo sostenido y constante. Requiere de una actitud de compromiso y cooperación mutua para intercambiar los saberes de cada miembro, en donde se respete y haya confianza en el discurso del otro para tomar las decisiones más acertadas.

El equipo del Programa Cuidar Cuidando tiene un *psicólogo coordinador*. Está contratado por el zoológico y cumple las funciones administrativas del programa. Si en las reuniones de equipo, surgen nuevas alternativas o actividades que requieren de una previa aprobación del personal del zoológico, el psicólogo coordinador, es quien actúa como intermediario para mediar y concretar las medidas que benefician a los adolescentes. Algunas de las cuestiones administrativas que se encarga el psicólogo coordinador, son de evaluar los perfiles de los jóvenes ingresantes, organizar encuentros entre los directivos del zoológico y del Programa, y asegurar que cualquier individuo que ingresa al zoológico este cubierto por el seguro del mismo. Por medio de una relación fluida y de confianza con todo el personal, logra intercambiar opiniones y sugerencias de los empleados del zoológico que acompañan a los adolescentes.

Según el psicólogo coordinador, además de presentar al programa como un trabajo interdisciplinar, abarca una dimensión intersectorial, ya que intentan abrir espacios y establecer redes con los diversos sectores de la sociedad, como la familia, la escuela, la comunidad y demás instituciones intermedias, para favorecer las estrategias de integración social.

Como se enunció anteriormente, es fundamental establecer desde un primer momento el contacto con la familia. Autores como Caballo y Kelly (2007; 2002), manifiestan una de las definiciones de la adolescencia, como la etapa evolutiva que

surgen los procesos de adquisición de comportamientos saludables fuertemente influenciados por el entorno en donde está inserto. El equipo Cuidar Cuidando, convoca a la familia para que se informe y acompañe a su hijo en este proceso, que le brinda las posibilidades de autovalerse. Entonces, el equipo trabaja con las familias para fortalecer las relaciones familiares, orientando a los padres, para que puedan reconocer a su hijo lejos de las estigmatizaciones sociales. Se programan de dos a tres veces al año, encuentros con las familias llamadas Grupos de Padres para tratar temas y cuestiones que interesen a los padres.

Como relata el psiquiatra, es necesario gestionar espacios donde los saberes se originen a partir de la singularidad de cada sujeto y en donde cada profesional reconozca que su disciplina sola, es insuficiente para abordar la problemática. Más específicamente, el espacio interdisciplinario se produce entre las instituciones establecidas, tal como la docencia, la psicopedagogía, la musicoterapia, la terapia ocupacional, el trabajo social o el acompañamiento terapéutico.

Entonces, el Programa se constituye como un espacio intermedio entre el adentro institucional del Hospital y un afuera, en este caso, el Zoológico de Buenos Aires. Esta dinámica es esencial para enfrentar las problemáticas personales, familiares, los desamparos sociales y la marginación cultural que decaen, obstruyendo las posibilidades para que se integren los adolescentes en un medio adecuado.

También, forman parte del programa dos *psicólogas*. Por medio de las entrevistas organizan la historia personal de cada adolescente y analizan, por un lado las mejorías para valorar las técnicas efectivas, como así también, las recaídas para pensar las causas de las mismas y reformular nuevas prácticas terapéuticas que no interfieran en su mejoría. Con los datos recolectados en los encuentros, las psicólogas asisten a la reunión general de los días jueves para esclarecer algún comportamiento o suceso significativo que haya ocurrido durante las actividades en el zoológico.

Las psicólogas del Programa, en su trabajo, tienen en cuenta la visión, opinión e información que aportan los demás profesionales que no forman parte del Programa. Por ejemplo, la psicóloga del programa para lograr una intervención más integral, se comunica frecuentemente con los psicólogos particulares, asistentes sociales y médicos de diversas especialidades que necesitan los jóvenes. Combina su trabajo terapéutico

con los tratamientos de otras disciplinas como, psiquiatras, neurólogos, fisioterapeutas, psicólogos, médicos clínicos, fonólogos, entre otros especialistas del campo de la salud. Tal como manifiesta Morín (1994), comprender la complejidad de cualquier fenómeno de la realidad, requiere construir una red que fusione los encuentros de las distintas disciplinas y descubrir la unidad.

El trabajo que realizan las psicólogas y el psiquiatra psicoanalista de entrevistar y mantener un contacto continuo con los padres o tutores de los jóvenes, es fundamental para obtener una visión más clara del estado y las posibilidades que tiene el adolescente. En el caso de T, un joven de 16 años que asiste al programa desde los 7 años, fue autor de varios hurtos producidos en el lapso de una semana. Difícil de tomarlo como un comportamiento del adolescente que rompe las reglas, alguna picardía o un hecho impulsivo, por lo que se conversó con la madre adoptiva y se pudo conocer la situación económica a la cual estaban atravesando. T trabajaba en una empresa de bebidas dos veces por semana para ayudar a su familia y sentía una opresión de contribuir económicamente. Frente a este panorama, el equipo tuvo varios encuentros con el joven para trabajar la angustia, la culpa y fortalecer el valor de la confianza con sus pares. Como decían Méndez y Barra (2008), es indispensable conocer el contexto familiar y social que moldea, contiene y los vincula entre sí. Una vez comprendidos los valores y las creencias de los adolescentes, se podrá intervenir en conformidad y aprovechando sus fortalezas.

Las *terapistas ocupacionales* son las encargadas de evaluar las actividades de los adolescentes y supervisar a los acompañantes. La evaluación consiste en primer lugar, conocer los gustos y las preferencias de los jóvenes, es decir, que ellos mismos puedan expresar que tareas prefieren desempeñar. Si bien las tareas están seccionadas por los animales y sus cuidadores, los jóvenes pueden ir probando diferentes tareas hasta hallar el más confortable. Se puede observar que la función de la terapeuta ocupacional se enfoca en colaborar con las necesidades de los adolescentes maximizando su bienestar

El programa brinda numerosos estímulos que nutren las ganas de los adolescente incluirse a un puesto de trabajo. Para desarrollar las habilidades y los hábitos necesarios para el desempeño de una tarea, las terapistas ocupacionales del programa realizan un análisis de cada puesto de trabajo y posteriormente una evaluación cognitiva,

sensorial, motriz, intra e intrapersonal y de las actividades de la vida diaria de los adolescentes. A partir de los resultados, se busca establecer el lugar de trabajo según las capacidades del joven y la complejidad de la tarea. Siguiendo a Juárez (2011), la salud psíquica depende del sistema complejo conformado por el cuerpo, mente y medio, por lo cual, es importante planificar las intervenciones según estos componentes y la singularidad de cada adolescente. Por ejemplo, D de 13 años empezó el programa limpiando los corrales de los ciervos y las ovejas. Desde el principio no se sintió a gusto, se mostró cansado a pesar de compartir la tarea con tres compañeros más, se aburría en todo momento y sufría de dolores en las piernas por su importante sobrepeso. Frente a esta situación, una vez que el equipo estudio todas las opciones de las tareas, las capacidades físicas y los recursos de D, el mismo, pudo adaptarse en la tarea de preparar la dieta de los antílopes.

Las terapistas ocupacionales intentan estimular la independencia de las acciones básicas cotidianas y otorgarle una rutina para desarrollar hábitos ocupacionales al adolescente con dificultad. Es fundamental para las terapistas ocupacionales en el momento de la evaluación, conocer la medicalización de cada adolescente ya que puede interferir en el rendimiento de la tarea. Le adjudican mucho valor cuando las tareas simples y cortas realizadas en el zoológico son reproducidas en el afuera. Como el caso de M, que ha sorprendido a su madre, cuando empezó a barrer la vereda, ayudar en las tareas de la casa y a darle de comer al gato, a partir de lo aprendido en el Zoo con el cuidador.

Una vez que el adolescente tiene un buen manejo y dominio de las herramientas, aplica gestos y actitudes profesionales y logra un trabajo continuo y perseverante, cumple las condiciones necesarias para desempeñar tareas específicas con la asignación de una beca. Las terapistas ocupacionales son las encargadas de realizar un análisis del rendimiento, que evalúa, la asistencia, puntualidad, cálida y conducta laboral de los adolescentes para otorgarles la beca. Además de las evaluaciones, llevan un seguimiento continuo de cada adolescente para reevaluar y producir cambios cuando es necesario. Como sostiene Galende (1996), la posibilidad de incorporarse activamente al medio social, desempeñando un oficio o una tarea, influye ampliamente a la evolución de la enfermedad.

Otra figura importante, son los *acompañantes terapéuticos* que establecen vínculos más cercanos que los demás profesionales del equipo con los adolescentes. Están en contacto continuo con los chicos, caminan juntos, comparten gustos y contienen las crisis. Es muy normal que cada acompañante tenga a su favorito, ya que se busca que cada adolescente pueda formar un vínculo de confianza y complicidad con el otro. Como expone Rossi, (2007), el acompañante terapéutico lo impulsa a salir del lugar de enfermo y lo alienta a lanzarse a la vida cotidiana trabajando con las potencialidades. Los acompañantes del Programa están con los jóvenes desde el momento que ingresan hasta la culminación de la tarea, por lo tanto, se construye una relación de amistad y compromiso mutuo. En las reuniones de equipo aportan la información más sustancial de cada adolescente en particular. Cualquier cambio o mejoría es percibida primeramente por el acompañante terapéutico, son los que conocen las versiones de los hechos, los gestos y las actitudes de cada uno de ellos. Por lo tanto, la opinión y participación de ellos es fundamental. Si durante el acompañamiento surgió un hecho complejo para abordar, el equipo profesional brinda las opciones de intervención más adecuada.

Se observa que el Programa persigue un tratamiento conjunto, que asiste al adolescente como un ser integral, no solo como un organismo aislado de su mente o su emocionalidad. Tiene en cuenta la vivencia y los acontecimientos cruciales que son normales en la etapa de transición a la vida adulta. En el modelo preventivo presentado por Caplan (1980), la prevención terciaria ofrece un conjunto de actividades que se aplica con el fin de recuperar la salud de las personas que sufrieron alguna enfermedad o tratar las discapacidades y reinserterlas socialmente. Como relata el psiquiatra del Programa CC, se busca articular las intervenciones que sanan las secuelas de las dificultades clínicas y psíquicas, con las prácticas que renuevan las habilidades sociales de los adolescentes.

El psiquiatra del programa Cuidar Cuidando afirma que la resocialización no consiste en domesticar a los sujetos, es decir, no crea una técnica estandarizada y fija que utiliza a los animales para inculcar ciertos rasgos o conductas en los jóvenes. No pretende imponer su participación en el Zoológico ni seleccionar la tarea o el animal, por el contrario, busca que el joven pueda adueñarse de su elección y ser protagonista de la experiencia. El Programa respeta las decisiones de cada adolescente, escucha sus

preferencias e intenta de manera equitativa cumplir con los deseos de cada uno, ya que interpreta la petición como algo significativo de la subjetividad de ellos. En el caso de Fabio, un joven de 19 años, trabajando en las pajareras, se convirtió en un experto sobre las aves. Se puede percibir su cariño sobre estos animales, ya que el mismo, se hace llamar como "el señor palomo". Según el psiquiatra, en la relación entre los jóvenes y los animales, tomando desde el psicoanálisis puede ocurrir los modos de identificación, un espejo, en donde el joven a través del animal puede demostrar de forma desinhibida sus necesidades.

5.4 Vínculos de los adolescentes con los cuidadores, acompañantes y pares del Programa Cuidar Cuidando

Para definir su identidad, el adolescente atraviesa una crisis inmersa de sentimientos, cambios, valores e identificaciones que surgen en los vínculos sociales (Musitu, G. y Cava, M., 2003). Como manifestó el psiquiatra durante la entrevista, en el programa se funda la relación, en el cuidado y el azar de lo imprevisto. Es decir, no en una dimensión disciplinable, sino una relación que privilegia el aprender y el transmitir, ese lazo que surge entre los jóvenes y los cuidadores del zoológico.

En la relación es posible definir la re-socialización, cuando se transmiten los secretos de la profesión (Vasen, 2006). Durante la residencia se pudo observar como los cuidadores enseñaban a utilizar las herramientas y daban algunos tips útiles. Desde las cosas más sencillas como manejar la carretilla, utilizar los dos rastrillos para levantar los residuos y hasta tareas un poco más complejas como transportar grandes cantidades de pastos en la carretilla sin perder el equilibrio. Siguiendo a Bandura (1990), para adquirir respuestas nuevas y cambiar la conducta, el aprendizaje observacional como la imitación son una fuente importante para desarrollar hábitos sociales acertados.

Liberman (1993), acentúa la adecuada enseñanza de las habilidades sociales para mantener y mejorar las relaciones laborales. Por medio de la entrevista con el cuidador, se comprendió que en su vínculo con su aprendiz le transmite no solo los saberes del desempeñar la tarea sino también de comportamiento. Cuando los jóvenes están despistados o por haraganes no efectúan correctamente la tarea, los cuidadores intervienen recordándole la importancia de la continuidad del trabajo y del compromiso que deben cumplir con los animales. Por ejemplo, H de 14 años un día se demostró

cansado, quejoso y hasta irritable en su trabajo del día porque le habían mandado a trabajar con un cuidador que no conocía. Por su actitud y sus repetidas quejas, el cuidador intervino diciéndole que para la próxima iban a buscar otra actividad más leve, ya que no veía una motivación ni implicación por parte de H. Al darse cuenta que podía perder su lugar, cambio de actitud y volvió a trabajar como de costumbre.

Siguiendo las palabras del cuidador, ellos son una figura muy significativa para los adolescentes, que pertenecen a un espacio totalmente diferente al de las instituciones acostumbradas por el joven. Es una relación que se nutre desde las necesidades mutuas de cada uno, al cuidador le conviene tener a un ayudante que colabore en su trabajo y el joven a su vez, experimenta en la transmisión una posición de novato que recibe las enseñanzas y no de paciente que necesita la medicación.

El acercamiento entre ambos depende de las dificultades que presentan los jóvenes. Por ejemplo, nos comenta el cuidador que Ja, en su inicio en el programa, no saluda a nadie, acostumbraba a caminar sólo lejos de sus compañeros y cuando trabajaba con el cuidador respondía únicamente con monosílabos. Actualmente, se percibe que de a poco está construyendo un vínculo con el cuidador, juntos luego de las actividades comparten conversaciones muy cortas, puede sostener la mirada cuando habla, si le surge alguna curiosidad pregunta al cuidador y avisa antes de irse al baño. Si bien, el vínculo de J y su cuidador, no se expresa como el de los otros adolescentes, es un gran avance teniendo en cuenta el estado en la cual ingreso.

Con el paso del tiempo en el Programa, se afirma que en esta transmisión de saberes, es inevitable que se establezca una conexión profunda. Ya con el tiempo, los cuidadores y los jóvenes comparten muchísimas anécdotas que da lugar a una mayor complicidad entre ambos. Es muy curioso a su vez, observar como en el transcurso del tiempo los adolescentes se van asemejando a los cuidadores con quien trabaja. Por ejemplo, si trabajan con un cuidador abierto, que conversa mucho, los jóvenes tienden a hablar mientras trabajan, se tiran bromas y hasta se los confunde como compañeros de trabajo. Si por el contrario, trabajan con un cuidador más estricto, los adolescentes tienden a concentrarse y ser más precisos en la tarea.

El psiquiatra expuso que con el tiempo, pudo comprender que este vínculo es beneficioso para ambas partes. Los adolescentes aprenden y se resignifican, y los cuidadores por su parte, agilizan sus tareas y recuperan tiempo.

La acompañante entrevistada comentó que en las adolescentes puede surgir un enamoramiento hacia el cuidador. Por ejemplo J, cada vez que pasa enfrente del cuidador que le gusta se pone nerviosa y colorada. El cuidador se convirtió en una motivación extra para venir al zoológico.

El adolescente desde que ingresa al zoológico hasta que se retira del lugar, está acompañado por su acompañante, por lo cual, establecen una relación continua y muy cercana. Los acompañantes se reúnen en la casita del Programa unos minutos antes de que lleguen los adolescentes. A medida que van llegando los jóvenes, los esperan a que se cambien y juntos van caminando hacia los sectores correspondientes, conversando sobre el fin de semana y la escuela.

Acompañando y observando a los adolescentes día a día, se ve como el acompañante ocupa un lugar de intermediario entre los jóvenes y los coordinadores del Programa. Ellos tienen a su preferido y sienten mucha confianza con ellos, son los primeros receptores de las problemáticas y las crisis que suceden en el Programa. Cuando los jóvenes están deprimidos o exaltados y se portan mal, los acompañantes son los que pueden sostenerlos y contenerlos.

El ser humano al ser un ser social, presenta como condición la capacidad de regular su comportamiento para adaptarse y vivir en armonía con el medio. Los procesos afectivos y motivacionales cumplen un papel fundamental para controlar los impulsos y orientar patrones aceptables de comunicación y percepción del otro (Sisto, Rueda y Urquijo, 2010). Durante las concurrencias al zoológico, se pudo observar que muchas veces la confianza entre ambos se distorsiona y lleva al adolescente a tratar al acompañante de manera agresiva y faltándole el respeto. En el caso de M, un joven autoritario, cuando no se hacen las cosas como él desea tiende a enojarse y a encapricharse con el acompañante, por ejemplo, sucede comúnmente cuando no puede trabajar con un cuidador en particular. A pesar de su conducta, luego de recapacitar siempre pide disculpas al acompañante. A través del vínculo, el acompañante logra enseñar los hábitos básicos de cómo debe pedir y hablar las cosas con los demás para

obtener lo que quiere. Como sostiene Rossi (2007), el acompañante terapéutico toma el lugar de semejante que favorece la comunicación del paciente con el medio social.

Observando periódicamente la relación de J y su acompañante se pudo percibir que construyeron un vínculo muy próximo. Ella espera todos los miércoles a su acompañante, le pide caramelos, chocolates y el celular para escuchar música. Si bien en un principio, la acompañante le llevaba las golosinas, decidió dejar de llevarle por el sobrepeso de J. Sustituyó las golosinas por otros intereses, como el maquillaje, cuidado del cabello y los hábitos de la comida sana. Ya se convirtió en una costumbre al terminar las tareas ir juntas al baño a ponerse desodorante y maquillarse. También comparten conversaciones de mujeres, se ve claramente como la acompañante ocupa el lugar de modelo y de identificación en J.

En el caso de F y su acompañante construyeron como un vínculo de hermandad, donde hay un cuidado mutuo y una relación a base de la honestidad. F es un joven que trabaja en las pajareras que acostumbra a comerse todos los huevos y las bananas de la dieta de los pájaros. Por esta razón, la acompañante constantemente lo reta advirtiéndole el malestar estomacal que le puede causar comer las frutas sin lavar con sus guantes sucios. Es muy curioso ver como a F le molesta las advertencias y las constantes llamadas de atención pero en lugar de enojarse, le dice honestamente la cantidad de huevos ingeridos y promete tratar de disminuir para el próximo encuentro.

Como expone la Organización Panamericana de la Salud (2001), se observa que el Programa Cuidar Cuidando intenta fortalecer las habilidades y estrategias sociales de los adolescentes por medio del vínculo con el otro. La habilidad del autoconocimiento, el autocontrol y la toma de decisiones se visualiza en el contacto con el animal y la elección de la actividad, por ejemplo, el joven debe conocer sus capacidades y seguir sus gustos para elegir lo más significativo para él. Por otra parte, mediante los vínculos con sus compañeros se observa la empatía, la interacción y la comunicación asertiva. En el caso de las chicas, siempre caminan juntas, comparten códigos y se protegen entre ellas. Por último, cuando desempeña la tarea junto al cuidador se entrena las habilidades para solucionar los problemas de manera creativa y manejar las tensiones y el estrés.

Cuando los adolescentes no tienen las herramientas y los recursos apropiados para desarrollar habilidades sociales adecuados para entablar una conversación, compartir

algo o construir un recuerdo con un par, tiene más posibilidades a experimentar la soledad y aislarse de los demás, provocándole una gran disminución en su nivel de bienestar (Musitu y Cava, 2003). Como expuso el psiquiatra, los jóvenes que ingresan al Programa no se conocen previamente, si bien algunos se cruzaron en algunos hospitales, nunca compartieron una actividad juntos y en la mayoría de los casos con ninguno otro.

Por medio de la entrevista con la acompañante, se dio a conocer que P de 16 años, cuando ingreso al zoológico era un chico callado y tímido. No le interesaba conversar con sus compañeros, los miraba de lejos y realizaba las tareas solo. Hasta que ingreso G, un chico canchero, charlatán y muy extrovertido. En un principio los dos no podían trabajar juntos porque G lo molestaba y lo provocaba con chistes de mal gusto continuamente a P. Pero de a poco P fue adquiriendo más confianza en sus tareas, con el cuidador, los acompañantes y con los coordinadores, y así, fue reconstruyendo su identidad dentro del parque. Esto le dio seguridad y autoestima para enfrentarse a las bromas de G. Hoy en día G y P son los mejores amigos, se buscan, organizan salidas los fines de semana, comparten la música y el estilo. Como exponen los autores, los grupos de pares se originan por la identificación y la atracción y es en donde se experimentan la comprensión, la compañía, la afectividad y el refugio de los adolescentes (Musitu y Cava, 2003).

J y M de 15 años, trabajan en los corrales de los ciervos. A partir de la observación realizada se pudo advertir una transformación en su relación. M en un primer momento molestaba a J con sus chistes sobre el peso y esto dificultaba la tarea de ambos. Cuando él la molestaba, ella le gritaba, tiraba el rastrillo y salía de la jaula. Entre ellos se plasmaba una relación de amor y odio constante, ya que juntos siempre se peleaban pero se buscaban mutuamente. Ahora se muestran como hermanos, si otro adolescente molesta a J, M es el que la defiende. Realizan la actividad sincronizando los movimientos, si J va para un lado M la sigue y trae golosinas y regalitos para ella.

En la etapa de la adolescencia los vínculos permiten que el joven experimente sucesos beneficiosos y alterados para fundar sus creencias, valores actitudes y conducta (Méndez y Barra, 2008). Como un episodio ocurrido en el programa Cuidar Cuidando durante la residencia. Luego de finalizar las actividades del día, se juntaron varios adolescentes que trabajaron en los sectores de los ciervos y de los monos para tomar

unos mates y conversar. En ese momento estaban presentes, los cuidadores, los acompañantes y aproximadamente 5 adolescentes. P estaba desanimado porque había desaparecido su celular en la casita cuando se estaba cambiando. Él comenzó a revisar los bolsillos de T en broma diciendo “vos tenes escondido mi celular” hasta que lo encontró verdaderamente en uno de los bolsillos de su compañero. Fue una situación muy difícil para los acompañantes y los cuidadores que no sabían cómo intervenir, pero fue P, que también estaba sorprendido y perplejo, lo tomó como un error sin intención por parte de T. Fue Pe quien lo contuvo y justificó el acto de su compañero para que no salga lastimado. Sobre este episodio, se pudo observar como P se puso en el lugar de T rápidamente, reguló sus propias emociones y comprendió las del otro

6. Conclusiones

A modo de síntesis, el presente trabajo integrador tuvo como objetivo describir de qué forma el Programa Cuidar Cuidando actúa como dispositivo alternativo de resocialización en los adolescentes. Para comprender la corriente alternativa propuesta por el programa, se la comparó con las instituciones manicomiales y neuropsiquiátricas fundadas por la psiquiatría y dominadas por el saber médico. El Programa Cuidar Cuidando busca resocializar al adolescente en un espacio público, corriente y libre de la posición de paciente.

Definitivamente lo característico del Programa Cuidar Cuidando, es que el adolescente desempeña una tarea junto a un cuidador que le transmite sus saberes. En el transcurso del quehacer, el joven fortalece sus habilidades que posibilitan su integración social. Es indispensable la implicancia de la comunidad para sostener estos dispositivos alternativos, junto a un equipo interdisciplinario que diseñe prácticas y modelos de intervención más eficaces y ajustadas a la realidad. Siguiendo a Morín (1994), el *pensamiento complejo* consiste en articular la gran variedad de discursos e ideas para descubrir la unidad.

Por otro lado, como manifestó el psiquiatra del Programa Cuidar Cuidando, el mismo construye una red sólida de contención para los jóvenes, en donde participan diversos personajes que los alientan y los motivan mediante el vínculo que establecen. Por medio del seguimiento se puede considerar que los jóvenes que sufren descompensaciones o problemas emocionales, el diálogo y el contacto con otros les

proveen una amplia comprensión y asimilación asertiva de comportamientos para desenvolverse en su ambiente social (Lieberman, 2003).

Una de las principales limitaciones del trabajo fue por el tiempo de la residencia. No se pudo analizar la evolución del desarrollo de las interacciones de los adolescentes a lo largo del tiempo. Con respecto al planteo del problema y el marco teórico, no se tomaron los aspectos políticos de la Salud Pública, la promulgación de la Ley de Salud Mental, ni la evolución de la Salud Mental en la Argentina. A su vez, no se desarrollaron los diagnósticos específicos ni los psicofármacos de cada adolescente.

En cuanto a la institución, no se encontraba fácilmente el acceso a la información clínica del adolescente, sobretodo el diagnóstico dado por los hospitales y los psicofármacos recetados por el psiquiatra.

Asimismo, las limitaciones en cuanto a los participantes fue a causa de las permanentes faltas de algunos adolescentes que dificultaban el seguimiento. Al desarrollarse en un parque fue difícil rescatar información de la totalidad de los adolescentes de manera continua, ya que trabajaban en sectores muy alejados.

A partir del presente trabajo de investigación se concluye que el apoyo social es el elemento esencial para establecer estrategias de resocialización en los adolescentes. Los adolescentes del Programa Cuidar Cuidando, no son objetos de una práctica de rehabilitación con intervenciones mecánicas y con un trato especial por su condición. Por el contrario, ellos se comprometen siguiendo sus decisiones y cumpliendo con las tareas y el cuidado de los animales.

Luego de las observaciones y la investigación durante la práctica, se puede inferir que la atención médica debe ser plasmada en políticas públicas que reflejen un compromiso social con la población afectada. Es necesario que se gestionen diferentes alternativas en todas las regiones, abarcando a clases sociales que posibiliten una reinserción concreta de los adolescentes que sufren problemas emocionales.

Esta investigación ha señalado la importancia de la subjetividad del adolescente en el dispositivo alternativo Cuidar Cuidando desde un espacio público. Una nueva línea de investigación, podría analizar las organizaciones intermedias de resocialización

destinada a los adolescentes en el ámbito privado para contraponer los puntos positivos y negativos de ambas instituciones.

7. Referencias Bibliográficas

- Aberasturi, A. y Knobel, M. (2004). *La Adolescencia Normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Ajuriaguerra, J. (2004). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Masson.
- Arenas, M. (2008). *Habilidades sociales de adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato*. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Granada, Granada, España.
- Bandura, A., (1990). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.
- Berger, P. y Luckmann, L. (1995). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Cáceres, C. (2009). El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Revista Argentina de Psiquiatría*. 20, 299-307.
- Caplan, G. (1966). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. (2005). El capital psíquico. Aportes de la Psicología Positiva. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*, 6, 59-72.
- Cohen, H. y Natella, G. (1994). Programa de Salud Mental en la Provincia de Rio Negro. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17(64), 753-762.
- Deleuze, G. (1989). ¿Qué es un dispositivo? En Michael Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa.
- Figuroa, H. (2006). Los retos de la investigación transdisciplinar. Recinto de Rio Piedras: Departamento de psicología. Universidad de Puerto Rico.

- Foucault, M. (1990). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal.
- Gabay, P. y Fernández, M. (2009). Alternativas a la hospitalización crónica. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 20(86), 268-281.
- Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos médicos sociales*, 23, 1-7.
- Galende, E. (2006). Consideración de la subjetividad en salud mental. *Salud mental y comunidad*. 2, 23-29.
- González, E. (2000). De la Psiquiatría a la Salud Mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(74), 249-260.
- Guinsberg, E., (2004). *La salud mental en el neoliberalismo*. México: Plaza y Valdés.
- Hernández, M. y Escudero, C. (2000). Sobre la red asistencial de la salud mental de niños y adolescentes. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 76, 113-114.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Liberman, R. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Materazzi, M. (2004). *Salud Mental. Enfoque transdisciplinario*. Buenos Aires: Salerno.
- Méndez, P. y Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhé*, 17 (1), 59-64.

- Menéndez, E., (1988, abril). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Ponencia presentada en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, F. (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 146-150.
- Melillo, A., Estamatti, M. y Cuestas, A. (2001). Algunos fundamentos psicológicos del concepto resiliencia. En Melillo, A. y Suarez, O., *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (83-102). Buenos Aires: Paidós.
- Morales, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Morín, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. México: Gedisa.
- Mouján, F. (1997). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Musitu, G. y Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 2(2), 179-192.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo. *Fortalecimiento de la promoción de la salud mental*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). Documento presentado en la 43.^a Reunión del Consejo Directivo. *Promoción de la Salud*. Washington
- Pascual, J. (2004). Dispositivo de internamiento terapéutico para patología mental grave de niños y adolescentes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 167-186.
- Rodríguez G. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Rossi, G. (2007). *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.
- Sacasa, J. (2000). Los componentes de la práctica clínica. *Ateneo*, 1 (1), 5-9.

- Secord, P. (1979). *Psicología Social*. Mexico, DF: Mc Graw Hill.
- Sisto, F., Rueda, F. y Urquijo, S. (2010). Relación entre los constructos autocontrol y autoconcepto en niños y jóvenes. *Liberabit*, 16(2), 217-226.
- Stolkiner, A. (1999). *La interdisciplina: entre las epistemologías y las prácticas*. Disertación doctoral no publicada, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Suárez, M., Ortiz, M. y Liria, A. (2004). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la Comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 92, 25-51.
- Utrilla, M. (1998). *¿Son posibles las terapias en las instituciones? Estudio situacional*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- UNICEF. (2011). Bases de datos. Consultado en septiembre de 2011. En www.childinfo.org
- Vasen, J. (2006). Reinserción social en adolescentes a través del programa “Cuidar-cuidando”. *Revista Argentina de Psiquiatría*. 17, 432-439.