

## REDUCCIÓN DEL RIESGO EN FAMILIAS MÚLTIPROBLEMÁTICAS: LA MICROPOLÍTICA DE LA JUSTICIA SOCIAL EN LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL

**Marcelo Pakman**

“Entendido en términos de una filosofía de la verdad, “lo ético” debería simplemente describir lo que ayuda a preservar o a estimular una fidelidad subjetiva en tanto tal. La prescripción ética puede resumirse mediante el imperativo único: ‘¡Sigue adelante!’ o ‘¡Continúa!’ ya que una verdad es claramente difícil por definición (...) Al ir en contra de la corriente; (...) en contra del movimiento ‘natural’ del tiempo mismo, es vulnerable a variadas formas de erosión en cada momento de su elaboración. *Seguir adelante*, entonces, supone la habilidad para identificar y resistir las variadas formas de corrupción o agotamiento que pueden obstaculizar una fidelidad a la verdad”

Peter Hallward, Introducción de un traductor, en  
Alan Badiou, *Ethics: An Essay on the  
Understanding of Evil* (2001, pp. xi)

Aunque la *justicia social* siempre había sido, implícita o explícitamente, un importante objetivo de los movimientos socialmente progresistas, el año 1968 señala un momento decisivo en su promoción como un objetivo legítimo para los profesionales socialmente comprometidos dentro de la práctica de sus profesiones. Como ha señalado Emmanuel Wallerstein (2002), 1968, el año de la revuelta de mayo en Francia, de agitación en las universidades de los EEUU y México, y de la invasión de la Unión Soviética a Checoslovaquia después de la Primavera de Praga, entre otros eventos de movilización popular, marcó la profunda insatisfacción con un principio central tanto de los movimientos revolucionarios como de los reformistas, a saber: que tener el poder del Estado era un paso preliminar para introducir el cambio social. Para esa época, se estaba volviendo claro que ni el socialismo en el Este, ni la social-democracia en el Occidente desarrollado y en el Tercer Mundo, a pesar de haber llegado al poder en muchos países, eran capaces, dados los mecanismos del poder, de iniciar de arriba hacia abajo los cambios en las estructuras y en las instituciones sociales necesarios para reducir las desigualdades sociales.

Las explosiones sociales de frustración con las formas tradicionales de intentar promover el

cambio social que ocurrieron en 1968 tuvieron por lo menos dos consecuencias: por un lado, exacerbaron los movimientos sociales que, sin intentar obtener el poder del Estado, estaban de todos modos aún interesadas en promover el cambio social: los partidos verdes y otros ambientalistas, las feministas, los representantes de las minorías, los grupos defensores de derechos humanos (Wallerstein, 2002). De allí en mas adelante, estos movimientos adquirieron un rol más central en la arena política y en los discursos sociales que desde entonces han informado a la política y a la formulación de políticas. Como dijo Jacques Le Goff, en ocasión del 30 aniversario de los eventos de mayo en Francia: “Si la izquierda política fue derrotada, la izquierda cultural triunfó” (Le Goff, 1998). Por otro lado, los profesionales que participaban en estos movimientos sociales, o que estaban influidos e informados por éstos, comenzaron a encontrar formas de complementar su militancia en esos movimientos con la introducción de aquellos objetivos de justicia social como legítimos en su práctica profesional cotidiana. El movimiento de salud mental comunitario de la década del setenta probablemente haya sido un fundamental intento de esta clase para organizar la práctica profesional en torno a los objetivos de justicia social en la arena profesional de la salud mental. Las muchas agendas de “políticas de identidad” también han ganado una voz desde entonces, no sólo en las organizaciones profesionales de salud mental, sino también como objetivos a ser implementados en las prácticas de salud mental que se desarrollaron bajo la voluntad progresista de lo que comenzó a ser conocido como “justicia social”. Sin embargo, ha habido voces, no sólo de la derecha política, sino también del interior del Marxismo (Zizek, 1995), que afirman que los objetivos de las políticas de identidad, al promover la justicia social para grupos particulares de gente (las mujeres, las lesbianas y los gay, las minorías, etc.) tienden a pasar por alto el cuadro global de la desigualdad social, en la que la desigualdad económica continúa siendo el factor dominante. Para Zizek, olvidar que las “políticas de identidad” son un fenómeno histórico, ha llevado a aceptar una visión no-problemática de la economía, como si el capitalismo fuese un fenómeno natural, frente al que ya no se protesta. Según esta visión, la promoción de “políticas de identidad” que apuntan a promover los intereses y el bienestar de grupos sociales particulares, paradójicamente habría sellado la falta de alternativas al capitalismo. Como iba a teorizar Michel Foucault (1978, 1980, 1982), la incapacidad de los movimientos sociales progresistas para implementar cambios sociales significativos cuando

estuvieran en el poder, era algo esperable. Porque el poder se ejercía en gran parte siguiendo mecanismos distribuidos, más que centrales y, si queríamos verlo en acción, teníamos que explorar las prácticas discursivas cotidianas por medio de las cuales todo continuaba funcionando según lo esperado, y todas las estructuras necesarias se mantenían en su lugar y funcionando a pleno. Ya no era necesario un Gran Hermano a lo Orwell (1949) que controlara y castigara para asegurar la docilidad. Desde entonces y, especialmente, desde que los mecanismos más invisibles de las políticas neo-liberales posteriores a la Guerra Fría se volvieron “realidades” últimas incuestionables según las cuales regirse, hemos visto reinando a los *procedimientos* como la forma preferida en la que la ideología de la salud como mercancía se contrabandea y se implementa. Esos procedimientos encauzan las acciones de los profesionales, cada vez más limitados en sus elecciones terapéuticas y en su creatividad (Pakman, 2003).

Para que el movimiento de justicia social juegue un rol social significativo tiene que encarnarse en prácticas concretas. Más que una agenda abstracta y políticamente correcta de justicia social, probablemente sea una cuestión de fomentar programas específicos, situados, de justicia social. Si la batalla se da en el campo sociocultural y no en el político, y los mecanismos que perpetúan el poder están encarnados en micropolíticas y procedimientos debería ser a este nivel que las batallas deben ser ahora peleadas.

Pero hay un problema epistemológico preliminar a ser atendido con respecto al modo en que los programas de justicia social encarnarían esa tarea, un problema cuya amplitud y generalidad es difícil subestimar e importante no pasar por alto. Si los programas de justicia social están orientados a trabajar con poblaciones o grupos carenciados, quien, entonces, decidirá como definir y delimitar la composición de esos grupos, las áreas problemáticas a enfocar, los mecanismos adecuados para acceder a ellos, etc. En un momento en que la conciencia de los derechos humanos universales, una preocupación creciente por la bioética, y los derechos legales de los ciudadanos y sujetos para decidir por sí mismos son promovidos al menos como intención en la mayor parte de las sociedades democráticas, lo que está en juego es básicamente la cuestión acerca de como equilibrar lo que el conocimiento científico parece presentar como recomendable para la gente, por un lado, con en que medida un grupo profesional tiene derecho a tomar a otro grupo como "objeto" para sus intervenciones, por el otro. Las implicancias de este problema no escaparán al

lector en momentos en que la cuestión de "liberar a otros" y de "llevar la democracia por el bien de otros pueblos" constituye la verdadera atmósfera en que vivimos.

En el caso de programas de salud mental esta cuestión toma formas especialmente dramáticas, dado que, por una parte, la ética de la mayor parte de formas psicoterapéuticas asume la participación activa de un sujeto, por más limitado y restringido en su libertad que se conceptualize a ese sujeto. Por otra parte, los enfoques de salud mental pública parecen tener suficiente investigación como para apoyar el concepto de que muchas situaciones vitales (abuso físico o sexual, exposición a violencia doméstica, abandono precoz, etc.) son patológicas en sí mismas y deben ser evitadas en cualquier sociedad que se preocupe por el futuro potencial de sus miembros. Tienen los programas de justicia social que estar basados en el conocimiento de profesionales que operan sobre otros grupos carenciados tomados como blanco de sus intervenciones sin importar la propia voluntad de los miembros de esos grupos?

Como ejemplo concreto presentare aquí los pasos preliminares de un modo de trabajo con familias carenciadas multiproblemáticas, que he implementado durante los últimos diez años, y que ilustra un modo posible de responder al enigma mencionado anteriormente que enfrenta la práctica de justicia social en salud mental. La posición tomada en la práctica por este programa específico asume que:

- 1.- es un objetivo legítimo apuntar a reducir las desigualdades sociales en términos del acceso a la atención de la salud mental para las poblaciones carenciadas, y también reducir el riesgo de que dichas poblaciones sean afectadas por ciertas enfermedades mentales o por las consecuencias en la salud mental de las desigualdades sociales, centrándose en esos factores en la localidad de nuestro ámbito de acción como parte de nuestra práctica profesional de salud mental.
- 2.- como lo hacen las formas de poder distribuido mismas, debemos integrar los programas, encarnados como procedimientos, a los intercambios profesionales cotidianos, sin distraernos en prestar lealtad a declaraciones políticamente correctas de buenas intenciones.
- 3.- proyectos de justicia social como este introducen en la práctica un componente reflexivo a través del cual los profesionales pueden tomar consciencia de las severas limitaciones que enfrentan cuando sus mejores esfuerzos son canalizados por esos procedimientos de las compañías de seguro de salud, que están apoyados por el nuevo lenguaje conceptual de la

casta de administradores formados dentro de la ideología de la “atención administrada” (“*managed care*”) (atención administrada, resultados basados en evidencia, racionalización, re-ingeniería, optimización de los recursos, etc.). Los proyectos de justicia social podrían tener entonces una oportunidad de convertirse en *proyectos sociales críticos* (Pakman, 1998, 1999), en la medida en que vuelven visibles las fuerzas restrictivas en juego tanto en las vidas de los clientes como en las vidas profesionales de los trabajadores de salud mental.

4.- programas de justicia social como el que presentamos son diseñados también como instrumentos para que los clínicos bien motivados operen eficazmente, reduciendo la carga de su exposición a los males de las personas socialmente carenciadas con quienes están comprometidos a trabajar. Estos trabajadores están cada vez más insatisfechos al trabajar en las situaciones sin salida en las que se les pide que resuelvan vicariamente lo que el Estado ya no resuelve más. Los esfuerzos viables por la justicia social deberían optimizar el mejor uso posible de las energías profesionales, y no ponerlos bajo mayor presión para que se hagan responsables de lo que en última instancia no pueden resolver.

5.- Este programa subraya el componente *micropolitico* de las intervenciones y no las técnicas psicoterapéuticas específicas de los profesionales de salud mental. En una definición estrecha la aplicación de esas técnicas psicoterapéuticas tiende a ser vista como el rol legítimo exclusivo de un profesional de la salud mental.

Presentaré aquí los pasos preliminares para una forma de trabajo con familias carenciadas con problemas múltiples que he venido implementando durante los últimos diez años, y que satisface las exigencias descritas más arriba de una práctica de la salud mental con justicia social. Subrayar el componente *micropolitico* (sin que importen los modelos psicoterapéuticos usados por los profesionales de la salud mental) apunta en cambio a mostrar los poderosos efectos de intervenciones que son a veces pasadas por alto, vistas más como pertenecientes al campo del "trabajo social" que al de la psicoterapia. El foco en la micropolítica es considerado central para un enfoque sistémico de la salud mental, en el que *sistémico* significa no un grupo específico de técnicas psicoterapéuticas, sino un espíritu y una metodología que cuestiona el concepto mismo de que los complejos problemas que enfrentan las familias multiproblemáticas sean problemas exclusivamente psicológicos y usa, en cambio, múltiples lentes para enfocarlos. Micropolítica significa

también operar llevados por nuestra voluntad profesional y la buena intención de profesionales comprometidos con favorecer a poblaciones carenciadas sin sacrificar la voluntad de los sujetos (y no "objetos") de la intervención. Un delicado equilibrio pendula entre la conciencia de los mecanismos triviales en juego en la vida de las personas acerca de los cuales queremos que ellas estén informadas (del mismo modo que saber acerca de de y recibir una vacuna para una enfermedad prevenible es un derecho humano y algo bioéticamente correcto de hacer) y la necesidad de reconocer el límite dado por el derecho de las personas a decidir por sí mismas. Una práctica cotidiana de decisiones sutiles y complejas no puede eludirse y conversaciones a múltiples niveles en las sociedades democráticas se ocupan de ellas.

### **Familias multiproblemáticas**

En los pacientes o las familias multiproblemáticas, las cuestiones médicas, de salud mental, y de dependencia de sustancias químicas por lo general se combinan con dificultades en el empleo, la educación, violencia, pobreza, así como con problemas sociales vinculados a la asistencia social, la discapacidad, el estatus de minoridad, los problemas legales y de vivienda, y la escasez de una red social eficaz. Podría decirse que muchas intervenciones, especialmente las médicas, tienden a ser iatrogénicas, y al respecto, podría invocarse como relevante el principio inspirado en la práctica *zen* de no intervención. Pero parece ser que el impacto combinado de los problemas, cuando van más allá de una cierta masa crítica, tiende a saturar los mecanismos *homeostáticos* de las familias y de los individuos, impidiéndoles recobrar el equilibrio. En cambio, crea un círculo negativo de dificultades crecientes, conduciendo a frecuentes crisis y a ulterior deterioro de la calidad de vida. Podemos decir que en las familias multiproblemáticas es aplicable una variación de la Ley de Murphy: no importa cuán mal estén las cosas, la probabilidad de que empeoren después de un cierto período de tiempo es muy elevada. Cualquier dificultad en cualquiera de los ámbitos identificados es un factor de riesgo para que las cosas empeoren en términos de aumento de las dificultades en otros ámbitos. Un problema que frecuentemente agrava las cosas es que los trabajadores de la salud, la salud mental, el abuso de sustancias, o los trabajadores comunitarios, enfrentados a muchos casos exigentes como éstos, y a menudo privados del tiempo, la compensación, la educación, los medios para ser ayudados en este esfuerzo, tienden a estar abrumados, espejando la frustración y la desesperación de las

familias a las que intentan ayudar (Pakman, 1995). El agotamiento (*'burnout'*), lejos de ser la excepción, se convierte en algo habitual y la veloz rotación de los profesionales se agrega a las ya estresadas estructuras de las agencias comunitarias a cargo de proveer atención.

Aunque todos los ámbitos problemáticos requieren atención para que tengan impacto sobre las vidas de las familias, los procedimientos tradicionales que siguen los trabajadores de la salud y de la salud mental tienden a centrarse casi exclusivamente en los problemas estrictamente médicos y de la salud mental. Además, el enfoque en que la psicología disciplinaria ha promovido centrarse es básicamente el individuo, y las interacciones sistémicas tienden a ser pasadas por alto. Si los métodos no son sensibles para detectar las realidades sociales, éstas tienden a esfumarse hacia el fondo, convirtiéndose en "cuestiones de contexto" que el profesional de la salud mental puede considerar como una opción, pero no como una cuestión central, pertinente para la práctica de la profesión. La promoción abrumadora de la psicofarmacología y la biología como la forma más "científica" de dar cuenta de la enfermedad mental ha oscurecido aún más la compleja intrincación de los factores psico-sociales-biológicos que hace a un enfoque sistémico de la salud mental. Así, todos los otros problemas sociales que son extremadamente relevantes para la evolución de los problemas de la salud y de la salud mental cada vez han ido retrocediendo más hacia el fondo y tienden a no ser incluidos como locus legítimo de la intervención profesional. Los trabajadores sociales y los trabajadores comunitarios con credenciales y niveles de educación escasos, por lo general constituyen la excepción a esta regla, pero sus esfuerzos frecuentemente sufren de ser considerados intervenciones de segunda clase entre las jerarquías del ranking profesional que afectan profundamente el nivel académico así como la asignación de los recursos financieros.

La identificación de los dominios de riesgo, entonces, es un importante aspecto de la habilidad del profesional para intervenir con el fin de reducir el impacto negativo de esos dominios sociales en las enfermedades médicas, mentales y de abuso de sustancias. Las intervenciones simples para tratar el estado actual de las cosas, reduciendo así sus posibles complicaciones en un dominio, tienden a tener un impacto positivo para reducir el riesgo en otros dominios. Frecuentemente estas intervenciones no son intervenciones tradicionales médicas y pueden ser implementadas por los diferentes actores que participan en las vidas de las familias multiproblemáticas que, por definición, están altamente puntuadas por las

intervenciones de sistemas múltiples en los países bien desarrollados, y con mayor frecuencia dejadas sin protección en los subdesarrollados.

La forma de tratar a las familias multiproblemáticas que presentaré aquí puede ser conceptualizada como un Programa Integrado de Reducción de Riesgos. El modesto objetivo del programa es reducir la posibilidad de que las cosas empeoren aún más, empezando así una espiral de eventos positivos, para mejorar lentamente la calidad de vida de los pacientes con problemas múltiples e impedir el agotamiento de los comprometidos trabajadores de la salud, de salud mental y comunitarios. Desarrollé este enfoque durante años de práctica en salud mental comunitaria, estimulado inicialmente por la necesidad de tratar la ocurrencia habitual del “*burnout*” en los profesionales abrumados por ocuparse de familias multiproblemáticas. Aunque hay múltiples sistemas (de atención de la salud, la salud mental, y el abuso de sustancias, el sistema legal, la escuela, la policía, el apoyo para la vivienda, etc.) que generalmente tienen contacto con miembros de estas familias, con frecuencia las intervenciones no están coordinadas, e incluso el contacto entre estos diferentes sistemas a menudo es inexistente o conflictivo, espejando los conflictos entre los miembros de la familia o entre los miembros de la familia y el personal de las agencias que representan a esos sistemas, y siendo espejado por éstos. El *modus operandi* de estos diversos sistemas no asigna un tiempo real a la interacción necesaria para que la coordinación sea posible. Es más, por lo general la formación teórica de las personas que trabajan profesionalmente a diferentes niveles en la atención de la salud y de la salud mental no los ha preparado para que hagan conexiones significativas entre los eventos que, aunque no se relacionen directamente con la salud y la salud mental, son factores de riesgo para que las cosas se desarrollen en una dirección negativa en aquellas áreas.

Yo mismo he sido capaz de implementar diferentes aspectos de este programa al trabajar durante años en diferentes ámbitos de la salud mental comunitaria en los Estados Unidos, y también lo he difundido mediante la enseñanza de los enfoques sistémicos de la salud mental en América del Norte y del Sur y Europa, donde diferentes profesionales de la salud mental los han tomado y los han aplicado a sus contextos, introduciendo sus propias variaciones.

El programa está, entonces, diseñado para que las intervenciones reduzcan el riesgo de ulterior deterioro en muchos dominios significativos de las vidas de individuos con

problemas múltiples y sus familias/ redes sociales íntimas (Bloch, 1999). Además de ser un programa de reducción de riesgos, también intenta optimizar los recursos implementando el concepto de *redes de apoyo virtuales*, y reducir el agotamiento (*burnout*) entre los profesionales. Como veremos, la pragmática del programa integra dominios problemáticos permitiendo intervenciones bio-psico-sociales a múltiples niveles, y trata de aumentar la habilidad para hacer conexiones significativas entre los eventos para los individuos, las familias y los profesionales.

### **Ámbitos de riesgo**

La metodología del programa es bastante simple y se basa en el concepto de ámbitos de riesgo que se influyen mutuamente en formas negativas o positivas. Esos ámbitos incluyen:

1. *Salud General*
2. *Salud Mental*
3. *Adicciones a las Drogas*
4. *Educación*
5. *Trabajo*
6. *Vivienda/ Transporte*
7. *Problemas Legales*
8. *Violencia*
9. *Disonancia Étnica/Social*
10. *Pobreza*
11. *Red Social*
12. *Asistencia Social/ Discapacidad*

Los dominios se eligen a partir de lo que la experiencia clínica muestra que son factores de riesgo independientes para cualquier otro dominio: cualquier dificultad en una de las áreas identificadas, es un factor de riesgo en términos de un incremento de las dificultades en otros dominios. La cualidad multiplicadora de las interacciones entre estos dominios configura tanto una red que atrapa a los miembros de estas familias en círculos viciosos interminables de situaciones cada vez más problemáticas, y una red de seguridad para el desarrollo potencial de círculos virtuosos de eventos progresivos y positivos.

Consideremos el caso de una familia multiproblemática prototípica.

*Irma es una joven mujer portorriqueña de 23 años de edad, que había vivido en Nueva*

*York entre los 8 y los 15 años y vino a Nueva Inglaterra dos años atrás, después de pasar una breve temporada de vuelta en el Caribe. Le han diagnosticado Diabetes tipo II, que apareció durante su último embarazo, el de su hijo Richard, de tres años de edad. El padre de Richard, José, un hombre dominicano, planea reunirse con ella pronto, pero ella no está convencida de que vaya a ser de mucha ayuda. Aunque a ella todavía le gusta, él nunca la ha ayudado financieramente y le había ocultado que tenía otros dos hijos con otra mujer, de quienes nunca se había ocupado. También ha estado en la cárcel y cuando Irma lo conoció, consumían alcohol y cocaína en forma regular. El abuso de drogas de Irma ha sido intermitente a lo largo de los años, ha llegado al punto de la dependencia durante breves períodos de tiempo, y la mayor parte de las veces el patrón es el del 'atracón'. Ahora está viviendo con su hermana Leonore, que asiste a una clínica de metadona para tratar su antigua dependencia a la heroína. También tiene una hija de 8 años, Mary, producto de una violación, la de un primo de Irma. Fue ese episodio de abuso lo que la obligó a mudarse temporariamente de vuelta a Puerto Rico años atrás, enviada por su madre, Delia. Ahora está distanciada de su madre, porque cree que ésta consideraba más importante proteger su relación con su propia hermana (la madre del primo que la violó) que apoyar a Irma, su propia hija. Irma cree que el abuso sexual que sufrió su madre por parte de su propio padre (el abuelo de Irma) es un precedente para la posición que tomó su madre y un ejemplo del rol que las mujeres de la familia han tomado en el pasado respecto de los hombres abusadores: en gran medida protegerlos, por algún motivo, en lugar de proteger a la generación más joven de mujeres. Su hija Mary, sin embargo, permaneció con su madre y continuaba viviendo con ella. Irma decidió volver a los Estados Unidos para obtener mejores servicios para sí y para distanciarse de su abuela materna con quien estaba viviendo en la isla. Esta abuela era la protectora de su marido abusador, quien había abusado de la madre de Irma, como supo por algunos vecinos cuando vivía con ella. Aunque Irma ahora estaba considerando llevar a Mary a vivir con ella, la niña supuestamente se resistía a este cambio y prefería quedarse con la madre de Irma. A Irma también le han diagnosticado "depresión" y empezó un fugaz proceso terapéutico. Por un tiempo tomó un antidepresivo que le habían recetado, pero no le gustaba cómo la hacía sentir y entonces dejó de tomarlo. Irma tiene una buena conexión con su vecina Alma, que la invitó a asistir a la iglesia. Últimamente ha ido a algunas fiestas donde volvió a*

*consumir cocaína. También tuvo relaciones sexuales sin protección con un hombre a quien después había dejado de ver porque había oído “cosas malas” acerca de él (no quiso comentar qué cosas). Viven en un barrio muy malo en el que son frecuentes los tiroteos por la noche, y el tráfico de drogas es constante. No conduce y no sabe bien cómo usar el transporte público. De hecho tuvo una especie de ataque de pánico la segunda vez que tomó un ómnibus, terminó en la sala de emergencias de un hospital local donde fue sedada y toda la experiencia la había dejado temerosa. Desde entonces ha estado evitando situaciones parecidas o relacionadas con esta en lugares públicos. Irma abandonó la escuela a una edad temprana y es funcionalmente analfabeta. Tiene algunas deudas y no puede organizarse para trabajar, el transporte público no es bueno en su zona y su inglés no es muy bueno como para salir a buscar un trabajo adecuado, dada su pobre historia laboral. Recientemente ha sabido que tiene un caso pendiente por posesión de drogas. Irma empezó a recibir un cheque de la asistencia social, mayormente como una ayuda para su hijo y le dijeron que podía solicitar una pensión por discapacidad pero no ha podido obtener ayuda para ir a la oficina de discapacidad y llenar el papeleo.*

Veamos algunas de las interacciones entre los problemas en diferentes dominios y cómo impactan negativamente uno sobre otro. Cuando una persona como Irma es diabética y se agrega la depresión al cuadro, las dificultades de tener diabetes (síntomas, crisis) y de manejarla (medidas dietéticas, tratamiento farmacológico, medidas higiénicas para impedir complicaciones) complejizarán los síntomas de la depresión y los pasos psico-sociales necesarios para tratarla adecuadamente. Los síntomas depresivos y sus crisis relacionadas también afectarán la posibilidad de que la diabetes se estabilice, dadas las dificultades aumentadas para seguir indicaciones y aprender acerca del problema a causa del ánimo deprimido, la limitación cognitiva asociada, la falta de interés y de energía, el insomnio y la angustia, etc. Siguen toda clase de interacciones negativas. Si agregamos el abuso de la cocaína y del alcohol, tendrán un impacto negativo aún mayor tanto en la diabetes como en la depresión y su tratamiento y viceversa. Además de las complicaciones médicas de ambas adicciones, aumentan los riesgos de descompensación de la diabetes así como de incrementar los síntomas depresivos, haciendo más difícil tomar las medidas apropiadas para tratarlos.

Respecto de otros factores, considerados más tradicionalmente como problemas sociales

fuera del ámbito del profesional de la salud, se desarrollan círculos viciosos similares, interactuando con lo que más tradicionalmente se consideran legítimos problemas médicos. La educación escasa ciertamente será un obstáculo para algunos aspectos del tratamiento adecuado de su diabetes, depresión y adicciones, que a su vez harán mucho más difícil hallar las energías adecuadas para superar la limitación educativa. El desempleo y sus consecuencias le agregarán mayor estrés a la situación, siendo en sí mismo un factor negativo para la evolución y el tratamiento de la diabetes, la depresión, las adicciones y la posibilidad de aumentar la educación. Todos estos factores a su vez harían más difícil hallar un empleo adecuado. Las viviendas y medios de transporte malos ciertamente aumentarían el aislamiento, un factor negativo fundamental para tratar adecuadamente todos los problemas y situaciones psicosociales descritas más arriba. El círculo vuelve a cerrarse porque todos esos factores afectan negativamente la habilidad para encontrar una vivienda mejor. Los problemas legales pendientes además de ser un factor estresante, bloquean aún más la posibilidad de hallar un mejor lugar, un empleo, y aumenta el riesgo de complicaciones médicas y mentales y recaídas en conductas adictivas. Éstas a su vez pueden aumentar el riesgo de no cumplir las exigencias del estado de libertad condicional y aumentar el riesgo de conductas delictivas, consideradas una estrategia de evasión a corto plazo vinculada con el abuso de drogas, si no como un corto circuito para obtener dinero, dada la escasez de opciones. Los hechos de violencia doméstica así como la exposición a la violencia que por lo general se asocia a vivir en barrios pobres añade aún más situaciones estresantes, manteniendo o desencadenando más síntomas depresivos y conductas de adicción a las drogas, volviendo así más complicado ocuparse del problema diabético y de sus crisis y complicaciones asociadas. También reducirán las oportunidades de mejorar la educación, obtener un trabajo que pague razonablemente, lidiar con problemas legales, todo lo cual aumenta el clima de condena al fracaso asociado a la violencia doméstica, así como arriesgarse a vivir en barrios en los que el peligro está muy por encima del promedio.

Respecto de la disonancia étnica que viene con no hablar bien el inglés y de ser un inmigrante, hace mucho más difícil recorrer los sistemas que podrían ayudar con todas las otras dificultades, aumentando el aislamiento y volviendo a las personas más susceptibles de estar limitadas a relaciones sociales que con frecuencia comparten las mismas o parecidas redes de dificultades, sin agregar formas de salida a sus problemas. Las crecientes

dificultades tienden a debilitar los esfuerzos para participar más y para evitar establecer patrones de desconfianza mutua con la policía, la escuela, el sistema legal, y el de la atención de la salud. Estos a su vez aumentan la disonancia étnica y social. Muchas de las dificultades en múltiples dominios anteriormente mencionadas son el rasgo característico de la pobreza, que sin embargo puede considerarse como un dominio de riesgo en sí mismo, tal como lo definen los parámetros sociológicos consensuados de ingresos, definidos de formas variadas en diferentes países y regiones dentro de los países. La pobreza, definida como tal por estos parámetros financieros, es una sombra que por lo general viene acompañada de una peor atención de la salud y de la salud mental, de mayores complicaciones y de una evolución pobre para muchas enfermedades físicas y mentales, y la miríada de problemas con la violencia, la vivienda y el transporte, etc. asociados, que puntúan las realidades cotidianas de la vida. No hace falta decir que todos estos aspectos constitutivos de vivir en la pobreza tienden a perpetuar que se viva por debajo de la línea de la pobreza, o que bajen aún más hasta el punto de la indigencia. Una evaluación exhaustiva de la red social (Sluzki, 1995, 1996) es de la más absoluta relevancia, no solamente porque la vida se despliega engarzada en las relaciones sociales, sino porque también la pobreza de la red social, el aislamiento social, hace más difícil encontrar un catalizador para estimular el proceso de construir aspectos de una nueva identidad, una reconstrucción esencial para recuperarse de muchas enfermedades físicas, mentales y sociales. Todas las otras dificultades exploradas hasta el momento a su vez encerrarían en su lugar a una paciente como Irma, perpetuando los recursos sociales limitados que representa una red social.

El ámbito de la asistencia social/ discapacidad requiere algunas consideraciones especiales. Ser una discapacitada funcional es una gran desventaja para desafiar muchas de las dificultades complejas examinadas que, para empezar, son las causas de la discapacidad. La imposibilidad de obtener recursos de un sistema de servicio social/discapacidad formalmente reconocido, a causa de la drogadicción, las dificultades con el lenguaje, el escaso contacto con los sistemas de ayuda y una vida en general inestable, con frecuentes crisis, les niega a las personas como Irma la ayuda necesaria para que compense sus muchas desventajas sociales. Esto no debería oscurecer el hecho de que la identidad de ser una persona discapacitada puede ser un arma de doble filo en sí misma, instalando la

necesidad de mantener la enfermedad para mantener la ayuda social que ningún otro sistema les permite a las personas socialmente carenciadas. Los profesionales que tratan con gran cantidad de personas (en su mayoría minorías) designadas discapacitadas tienen que lidiar en forma cotidiana con la complejidad y la ambigüedad de una situación así. Con frecuencia, las mejores intenciones de estos profesionales de trabajar junto a sus clientes para lograr una mejora progresiva, chocan contra un muro cuando se dan cuenta de que una de las trampas del sistema es que la “mejora” es considerada un riesgo por estos pacientes, cuyo trabajo se vuelve estar enfermos. El estigma social claramente se agrega a este acertijo, cuando esta conducta es considerada malintencionada por parte de aquellos que la leen como una expresión de las cualidades negativas, “haraganas” de quienes necesitan defender su posición en la sociedad por medio del mantenimiento del estatus de personas discapacitadas. En la mayoría de los casos, estas personas no están tratando conscientemente de engañar al sistema. La situación es mucho más compleja: se encuentran con tantas desventajas que se identifican con su discapacidad para progresar en la sociedad. Al no tener más acceso a la ayuda social que volverse parte del sistema de servicio social/discapacidad, terminan ocupando el lugar que el sistema tiene para ellos, si es que van a recibir algo de ayuda social. El precio que se debe pagar es el de ser “discapacitado”. De hecho no siempre cumplen estrictamente con el criterio de discapacidad, que exige su inclusión en una categoría diagnóstica, sino que son discapacitados en términos de su incapacidad para superar el peso abrumador de las desventajas sociales cuya carga desigual comparten. Aparecen problemas éticos cuando el profesional bienintencionado en el ámbito de la salud mental ve que sus esfuerzos para cumplir con su trabajo terapéutico son una amenaza para el “bienestar social” de su paciente, que considera perder su estatus de discapacitado como una nueva desventaja.

### **Reducción de riesgos**

Como se puede apreciar a primera vista, observando la lista de dominios problemáticos, sólo los primeros tres cubren los niveles de intervención en salud y salud mental que tradicionalmente se consideran apropiados. Como parte de su formación, los profesionales aprenden a estructurar las situaciones problemáticas que están vagamente definidas como un tipo de problemas para los cuales poseen técnicas para tratarlos (Schön, 1983). Como resultado, la mayoría de los trabajadores de la salud y de la salud mental tienden a no

centrarse en los problemas sociales como los que cubren los ítems 4 al 12, aunque pueden ser considerados marginalmente como parte de la información de fondo. Hacer que predominen hasta el punto de estar en una lista de ámbitos de riesgo, con la misma importancia que los ámbitos más tradicionales del cuidado de la salud, apunta a promoverlos a un lugar central en el conocimiento del profesional, a legitimarlos como lugares apropiados de intervención, y a que se constituyan, como situaciones problemáticas, en problemas definidos.

Aunque los diferentes miembros de los sistemas que ayudan o trabajan con la persona en cada ámbito pueden tener mayor o menor conocimiento de las dificultades en los otros ámbitos, en general no hay un mecanismo que valide cada área de dificultades de manera suficientemente grave como para representar un factor de riesgo para otros ámbitos: para mantener el conocimiento de estas dificultades y centrarse en ellas, para darse cuenta que otras complicaciones desatendidas surgirán de cada una de ellas, para canalizar los esfuerzos de manera coordinada aumentando así la eficacia, para diseñar y hacer el seguimiento de las intervenciones y para participar en forma activa y creativa con el cliente y evitar ser abrumado como profesional con las limitaciones de nuestros propios marcos institucionales y tener el poder de ser agentes de cambio.

Con el fin de hacer impacto en todas estas áreas, he desarrollado una serie de preguntas básicas para explorar cada uno de esos ámbitos identificados, los posibles riesgos que plantean para el futuro los problemas en cada ámbito, las formas posibles en que se puede reducir la posibilidad de que las cosas empeoren, las complicaciones de esos planes de prevención, y formas de superar esos impedimentos para la acción preventiva. No se podría obtener una descripción de un caso clínico como el que presentamos anteriormente a menos que el profesional tenga una lista de los ámbitos significativos integrados a la rutina de la evaluación y exploración clínicas (o a mano como recordatorio, si es que aún no están integrados) del estatus de un paciente. Se han empleado diferentes variaciones de estas preguntas en diversas circunstancias, y solamente las ofrezco como pautas a ser usadas introduciendo las variaciones que hagan falta de acuerdo al marco en el que se encuentren los diferentes profesionales. Las series de preguntas siguen un *patrón* que comienza tratando de:

- I. *definir el estado actual de un ámbito dado, seguido de*

- II. una exploración de *las formas en que esa situación actual puede deteriorarse aún más (riesgos)*. De allí pasa a:
- III. *explorar qué comprensión tiene el paciente de las formas en que evitar que ocurra ese deterioro extra,*
- IV. *obstáculos que podrían aparecer que minen esos esfuerzos progresistas, y*
- V. *formas de superar esos obstáculos.*

De esta forma las preguntas guían la conversación hacia una reformulación delicada pero importante del contexto global, que va de profundizar en las dificultades y de cómo pueden incluso aumentar, hacia la elaboración de pasos concretos para empezar a hacer cosas simples con el fin de impedir que ocurran esos riesgos y que aparezcan obstáculos.

Veamos una posible plantilla de las series de preguntas en cada ámbito, siguiendo todas el patrón de reducción de riesgo en el que opera el programa. Incluiremos también los resultados de esta evaluación para el caso que presentamos antes.

1. SALUD GENERAL. A. ¿Qué enfermedades le han diagnosticado? B. ¿Tratamiento para qué problema está recibiendo en la actualidad? C. ¿Posee un prestador/sitio identificable que lo trate para este problemas/s? D. ¿Conoce las posibles complicaciones de las enfermedades recién descritas? ¿Cuáles son? E. ¿Sabe cómo reducir la posibilidad de tener esas complicaciones? ¿Cómo lo haría?

*Irma sabía que le habían hecho el diagnóstico de Diabetes, pero no entendía los diferentes tipos. Supuso que no tenía una enfermedad “verdadera” porque no le habían recetado insulina, y una tía suya, la única en la familia que había tenido un diagnóstico similar, había estado con insulina durante muchos años. Irma estaba tomando “píldoras para la diabetes” pero no estaba siguiendo ninguna dieta en especial y sólo tenía un recuerdo vago de algo que le había dicho una enfermera al respecto que ella no había entendido muy bien. En su mente no había una conexión clara entre medidas dietarias y el avance de la diabetes. Asistía a un centro de salud de su vecindario pero no podía identificar a un prestador específico y ha faltado a varias citas. Sabía que la diabetes “podía hacer que perdieras una pierna”, algo que le había ocurrido a su tía diabética, pero no sabía de otras complicaciones, ni tampoco había otras formas claras de evitar esas complicaciones salvo la de “tomar las píldoras”. Tenía sobrepeso y no le gustaba, pero no sabía que hubiera alguna conexión entre la obesidad y la diabetes. No le habían enseñado a*

*verificar ella misma su azúcar y consideraba que no iba a ser capaz de hacerlo.*

2. SALUD MENTAL. A. ¿Qué enfermedades le han diagnosticado? B. ¿Tratamiento para qué problema está recibiendo en la actualidad? C. ¿Posee un prestador/sitio identificable que lo trate para estos problemas/s? D. ¿Conoce las posibles complicaciones de las enfermedades recién descritas? ¿Cuáles son? E. ¿Sabe cómo reducir la posibilidad de tener esas complicaciones? ¿Cómo lo haría?

*A Irma le habían dicho que sufría de “depresión”, un término que ella había adoptado para referirse a toda una serie de problemas, sin entender claramente qué quería decir. No tenía ninguna idea clara de una conexión entre su frecuente llanto y la etiqueta “depresión”, y su propio significado del término estaba vinculado a “no poder hacer cosas”. Ha dejado de ver al psiquiatra que le recetó un antidepresivo y ahora volvió a hacer una nueva consulta, luego de oír que había un psiquiatra y un terapeuta que hablaban español a quienes podía ver. Fue en ese contexto que empecé a verla, para un mini-proyecto exploratorio de reducción del riesgo. Irma pensaba que la “depresión” podía llevar a ser un “paciente psiquiátrico” y ser internada en un “hospital para enfermos psiquiátricos”. Recordaba a un vecino en Puerto Rico que “ni siquiera podía ir al baño” cuando volvió de un hospital así y toda la idea la aterraba (este era un hombre anciano que probablemente sufriera de una demencia grave). No sabía qué hacer para evitar sentirse peor.*

3. ADICCIONES A LAS DROGAS. A. ¿Toma alcohol? ¿Y drogas? ¿Cuál/ cuáles? ¿Medicación comprada en la calle o provista por otra gente? ¿Cuáles? B. ¿alguna vez le han dicho que tiene un problema por abusar de alguna sustancia? ¿Cuál? ¿Se considera dependiente de alguna sustancia? ¿De cuál? C. ¿Actualmente está recibiendo alguna clase de tratamiento para la adicción a las drogas? ¿Está haciendo algún esfuerzo por su propia cuenta para superar un problema con sustancias? ¿Cuáles? ¿Ha recibido previamente algún tratamiento o ha hecho esfuerzos por su cuenta para dejar de usar sustancias? ¿Para qué tipo de sustancias? ¿Qué? ¿Cuándo? D. ¿Sabe de alguna complicación posible de los problemas del abuso de sustancias en su propia opinión o en la de otros? E. ¿Sabe cómo reducir las posibilidades de tener estas complicaciones? ¿Cómo lo haría?

*Irma admitió que tomaba alcohol, que tomaba cocaína esporádicamente y a regañadientes dijo que la había tomado frecuentemente durante períodos de su vida. Negó haber tomado*

*otras drogas o medicamentos sin receta, aunque su hermana Leonore y su ex novio José le habían ofrecido algunas “píldoras”. Ocasionalmente le han dicho que tenía un problema con las drogas, últimamente su vecina Alma se lo viene diciendo con insistencia, pero Irma considera que los “adictos” son personas como su hermana que tomaba metadona y que había usado “agujas”. Creía que no era dependiente y que podía detenerse cuando quisiera. Irma no estaba haciendo esfuerzos para dejar de tomar últimamente, consideraba que era algo que hacía solamente “para relajarse”, y que dejaría de hacerlo si le decían que era malo para ella. Por los mismos motivos nunca antes había buscado tratamiento. Irma sabía que “las drogas no son buenas” y que las personas con adicciones al crack o a la cocaína pueden morir de eso, pero no podía proveer ninguna información específica.*

4. EDUCACIÓN. A. ¿Cuál es el máximo nivel de educación que ha completado? ¿Asistía a clases regulares o especiales? ¿Lee y escribe en su lengua materna? B- ¿Es posible que pueda perder en el futuro algunas de las habilidades que tiene ahora en algún área? C. ¿Está participando en la actualidad de algún proyecto de educación? ¿Tiene algún plan para continuar su educación en el futuro? ¿Cómo hace o hará para llevarlo a cabo? D. ¿Cuáles son los obstáculos para continuar con su educación ahora o en el futuro? E. ¿Sabe cómo reducir esos obstáculos? ¿Cómo lo haría?

*Irma abandonó la escuela cuando tenía 13 años. En ocasiones había tenido dificultades para aprender pero siempre había permanecido en una clase común. No podía escribir ni leer bien ni en inglés ni en español, aunque creía que años atrás podía hacerlo mejor. Sentía que actualmente tenía demasiados problemas como para pensar en mejorar su educación y no veía cómo eso podía ayudarla con los problemas de ahora.*

5. EMPLEO. A. ¿Tiene empleo actualmente? ¿Cuánto tiempo hace que tiene este empleo? ¿Cuán estable es? ¿Qué tipo de empleo es? ¿Si ahora está desempleado: cuál es el motivo? ¿Durante cuánto tiempo ha estado desempleado? ¿Es posible que su situación laboral actual empeore? ¿De qué forma? B- Historia laboral: ¿qué edad tenía cuando tuvo su primer empleo? ¿Cuál fue el tiempo más largo en que estuvo en un empleo? C. ¿Tiene algún plan para volver a trabajar o para mejorar su situación laboral, sea ahora o en el futuro? ¿Cuál? ¿Cómo lo hace o cómo lo hará? D. ¿Cuáles son los obstáculos para volver a trabajar o para mejorar su situación laboral? E. ¿Sabe cómo reducir estos obstáculos? ¿Cómo lo haría?

*En la actualidad Irma está desempleada, como lo ha estado en general, con la excepción*

*de cortos períodos de tiempo en empleos ocasionales desde los 18 años, que por lo general no duraron más de dos meses. Sin embargo, hace unos años estuvo ayudando a una mujer sastre, amiga de su abuela, en Puerto Rico durante casi un año, y aprendió lo suficiente como para poder arreglar ocasionalmente su propia ropa y la de algunos vecinos. Irma dijo que le gustaría salir a trabajar pero no estaba muy convencida y lo veía muy difícil dadas sus circunstancias actuales. Con todos sus problemas no sabía cómo empezar a pensar más seriamente en el tema del trabajo.*

6. VIVIENDA/TRANSPORTE. A. ¿En que tipo de situación de vivienda se encuentra en la actualidad? ¿Cuánto hace que se encuentra en esta situación? ¿Es estable? ¿Es posible que su situación de vivienda se vuelva más complicada? ¿De qué forma? ¿Cuáles son sus formas habituales de transporte? ¿Prevé que pueda cambiar en un futuro cercano? B. Historia de la vivienda: ¿Cuál fue el período más largo en que vivió en un lugar? Si alguna vez estuvo sin hogar antes: ¿Cuándo fue? ¿Durante cuánto tiempo? C. ¿Tiene algún plan para mejorar su situación de vivienda, sea ahora o en el futuro? ¿Cuál? ¿Cómo lo hace o cómo lo hará? D. ¿Cuáles son los obstáculos para mejorar su situación de vivienda? E. ¿Sabe cómo reducir esos obstáculos? ¿Cómo lo haría?

*Irma estaba viviendo con su hermana Leonore pero no podía quedarse allí durante mucho tiempo a causa de algunas tensiones que empezaban entre ellas. Tenía miedo de quedarse sin hogar, de tener que ir a un refugio, que consideraba un lugar inseguro que podía hacer peligrar sus intentos de cuidar adecuadamente a su hijo. Tampoco podía insistir en que su hija viviera con ella mientras su situación de vivienda fuera tan inestable. Estaba bastante aislada, temerosa de usar el transporte público, no sabía conducir. Había vivido durante muchos años en el mismo lugar cuando estaba en Puerto Rico pero la estabilidad de la vivienda en Nueva York de niña, y desde que había regresado a los Estados Unidos, era precaria. Irma había oído que existía asistencia para la vivienda pero no sabía muy bien cómo emprenderlo y temía que contactar a alguna agencia “gubernamental” terminara en una ordalía que pusiera en peligro la custodia de sus hijos. Había escuchado muchas historias de padres a quienes les habían sacado sus hijos y no tenía una idea clara de las situaciones específicas de esos casos. Irma quería encontrar ayuda pero no sin informarse antes acerca de esos riesgos de perder a su hijo.*

7. PROBLEMAS LEGALES. A. ¿Tiene algún problema legal pendiente? ¿De qué tipo?

¿Tiene alguna ayuda legal para esos problemas? ¿Es posible que su situación legal actual se complique? ¿De qué forma? B. Historia de los problemas legales: ¿Ha estado en prisión? ¿Cuándo? ¿Durante cuánto tiempo? C. ¿Tiene algún plan para mejorar su situación legal, sea ahora o en el futuro? ¿Cuál o cuáles? ¿Cómo lo hace o lo hará? D. ¿Cuáles son los obstáculos para mejorar su situación legal? E. ¿Sabe cómo reducir estos obstáculos? ¿Cómo lo haría?

*Irma había sido notificada recientemente de un caso pendiente por posesión de drogas, pero no había podido asistir a la audiencia y tenía en su poder una carta con una nueva citación. No sabía de ningún consejero legal al que pudiera recurrir, y no estaba informada acerca de ningún abogado que la corte le hubiera asignado y en general estaba muy intimidada por toda la situación y se sentía paralizada. Nunca había estado en prisión, ni había tenido libertad condicional ni cargos legales. Entendía que necesitaba información acerca de su situación como un paso preliminar para tomar más acciones.*

8. VIOLENCIA A. ¿Ha participado en algún hecho violento (así definido por usted u otras personas) en los últimos seis meses? ¿De qué forma (activamente, pasivamente, ambos)? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuáles fueron las consecuencias? ¿Es posible que algún o algún otro hecho violento suceda en el futuro? ¿Cómo? ¿Es posible que las consecuencias sean peores en el futuro? B. ¿Historia de eventos violentos pasados? ¿Cuándo? ¿Cómo participó usted? ¿Consecuencias? C. ¿Tiene algún plan para impedir o disminuir su participación en hechos violentos? ¿Cómo lo hace o lo hará? D. ¿Cuáles son los obstáculos para impedir o disminuir que usted participe en hechos violentos? E. ¿Sabe cómo reducir estos obstáculos? ¿Cómo lo haría?

*Desde que regresó a los Estados Unidos, Irma estuvo expuesta a presenciar violencia en el vecindario aunque no participó directamente como víctima. También presenció muchas peleas entre su hermana Leonore y un novio que tuvo por un tiempo. Estos hechos le hicieron recordar la violación de que fue víctima y también el abuso físico que había sufrido por parte de su madre. Sentía que era imposible poner todas estas experiencias en su pasado debido a las circunstancias en que estaba viviendo y temía el regreso de su novio como un factor negativo, dada su antigua pertenencia a pandillas. Irma había sufrido pesadillas durante años y tenía dificultades sexuales y ahora estaba volviendo a tener problemas para dormir. Mudarse a un vecindario mejor era un sueño, pero no sabía*

*muy bien cómo implementarlo. No tenía muy claros los cambios que podría introducir en su vida para reducir las posibilidades de que la violencia volviera a recurrir en torno suyo en forma tan invasiva.*

9. **DISONANCIA ÉTNICA/SOCIAL.** A. ¿Es inmigrante? ¿Cuándo vino a este país? ¿Por qué motivos dejó su país? ¿Es un refugiado político? ¿Habla inglés? ¿En qué cosas se ve limitado a causa de no hablar inglés? ¿Pertenece a un grupo minoritario (según lo define usted mismo u otros)? B. ¿Se ha sentido discriminado? ¿Eso se debió a su: Raza? Factor étnico? Lengua? Género? Orientación sexual? Enfermedad? Edad? Otra causa? ¿De qué forma? ¿Es posible que esas experiencias de discriminación o estigma empeoren de alguna forma en el futuro? C. ¿Tiene algún plan para impedir que esas experiencias ocurran o para disminuir sus consecuencias? ¿Cómo lo hace o cómo lo hará? D. ¿Cuáles son los obstáculos para impedir que ocurran esas experiencias o para reducir sus consecuencias? E. ¿Sabe cómo reducir esos obstáculos? ¿Cómo lo haría?

*Irma no se consideraba una inmigrante pero a efectos prácticos había vuelto recientemente a los Estados Unidos, hablaba poco inglés, como hemos visto se sentía muy limitada por esa causa en muchos aspectos y su relación global con diferentes sistemas sociales estaba teñido por esto. Tenía miedo de interactuar más, desconfiaba de pedir ayuda y temía que las cosas le resultaran mal, dadas todas las historias que escuchaba a diario de sus vecinos en su relación con la escuela, el sistema de salud y de salud mental, los juzgados, la policía. Irma sentía que no había forma de reducir estas experiencias, que eran parte de ser una persona que hablaba español en los Estados Unidos. No pensaba que hubiera algo que ella pudiera hacer al respecto, salvo ganar la lotería para “obtener algo de respeto”.*

10. **POBREZA** A. ¿Cuál es su ingreso anual actual de todas las fuentes? ¿Cuál fue su ingreso en los últimos 5 años? ¿Se considera a sí mismo pobre? ¿Es posible que este ingreso se reduzca en el futuro? ¿De qué forma? B. ¿Cuáles son las consecuencias de la pobreza o del ingreso limitado para su vida? ¿Cuáles son las áreas que usted u otros ven afectadas? C. ¿Tiene algún plan de mantener o mejorar sus ingresos? ¿Cómo lo hace o lo hará? D. ¿Cuáles son los obstáculos para mantener o aumentar sus ingresos? E. ¿Sabe cómo reducir esos obstáculos? ¿Cómo lo haría?

*Irma ha gastado el escaso dinero que trajo cuando regresó a los Estados Unidos y en la actualidad sólo recibía una ayuda de los servicios sociales que la ubicaban claramente por*

*debajo de la línea de la pobreza. Sobrevivía con la ayuda de su hermana que le pagaba algunos de sus gastos y también el alcohol y la cocaína que había estado consumiendo últimamente. Al no conocer las reglas de ayuda de los servicios sociales creía que en cualquier momento podía perder este ingreso y se sentía presionada para hacer algo al respecto. Siempre se ha considerado pobre en los Estados Unidos. En Puerto Rico vivía en una zona de ingresos limitados pero nunca se había considerado pobre. Tenía plena consciencia de todas las cosas materiales que se estaba perdiendo por ser pobre. No se daba mucha cuenta de otras consecuencias que tenían que ver con sus muchos otros problemas. Tenía fantasías de conocer a un hombre que la pudiera ayudar más que José o los novios que Leonore había tenido a lo largo de los años, pero sentía que no podía tener acceso a esos hombres a quienes veía como “médicos o personas con buenos trabajos, hombres que no se interesan en las mujeres como yo”. No podía explicar lo que quería decir con mujeres como ella.*

11. RED SOCIAL. A. Realice un mapa de su red social (como para Sluzki, ):

[LO SIGUIENTE VA EN FORMA DE CUADRO, VER ORIGINAL]

Familia

Amigos

Trabajo

Escuela

Sistema de atención de la salud

Otras actividades sociales (religiosas, deportivas, trabajo voluntario)

[LO SIGUIENTE FORMA LA OTRA ENTRADA DEL CUADRO, UNO A L LADO DEL OTRO, VER ORIGINAL ]

Contacto diario

Contacto frecuente pero no diario

Contacto ocasional

Contacto potencial

B. ¿Ha habido un cambio significativo en su red social en los últimos dos años? ¿Cuál fue el motivo? ¿Redujo la frecuencia o el número de contactos? ¿Es posible que su red social se vuelva más limitada en el futuro? C. ¿Tiene algún plan para aumentar ya sea la frecuencia o la cantidad de contactos en el futuro? ¿Cómo lo está haciendo o lo hará? D. ¿Cuáles son los

obstáculos para aumentar la frecuencia o el número de contactos en el futuro? E. ¿Sabe cómo reducir esos obstáculos? ¿Cómo lo haría?

*La red social de Irma estaba constituida por contactos sociales diarios con su hermana Leonore y su hijo Richard, y su vecina y amiga Alma, tenía contacto frecuente con otros vecinos: Vilma, Ezequiel, Damary, con su madre y su hija Mary, y con el encargado de un verdulería cercana; tenía contacto ocasional con una trabajadora social Ana, la enfermera asistente del pediatra que estaba viendo a su hijo a causa de frecuentes ataques de asma, el médico que le había diagnosticado diabetes, su ex novio José, el padre de su hijo, y algunos amigos de su vecino Ezequiel con quien había estado consumiendo drogas y asistiendo a fiestas últimamente, y a otras personas cuyos nombres no recordaba las había conocido por intermedio de Alma en la iglesia; mencionó como contactos potenciales a un primo a quien estaba evitando porque creía que él sabía que ella había sido violada por otro primo, una tía suya que vivía en una ciudad cercana, algunos amigos en Puerto Rico con quienes había perdido contacto, y mencionó también una posible relación con un consejero y conmigo. Su red social ha cambiado significativamente desde que volvió a los Estados Unidos y temía perder la relación con su hermana Leonore, así como el regreso de su ex-novio. Estaba considerando participar más en las actividades de la iglesia a la que asistía Alma, pero sabía que iba a ser “aburrido” después de un tiempo, como había ocurrido con intentos previos de “ser una buena chica”. Había oído de un grupo de mujeres en el barrio que se turnaban para cuidar a sus hijos, pero pensó que era gente ‘Anglo’ en su mayoría y temía que no quisieran asociarse con ella. No sabía qué hacer para optimizar su red social para abrir nuevas posibilidades.*

12. SERVICIO SOCIAL/DISCAPACIDAD A. ¿Está recibiendo asistencia social en la actualidad? ¿Desde cuándo? ¿Ha recibido asistencia social en algún otro momento? ¿Cuándo? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Recibieron alguna vez sus padres asistencia social? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Por qué motivo dejaron de recibir beneficios sociales? ¿Es posible que su situación vinculada a los servicios sociales cambie en el futuro? B. ¿Tiene una discapacidad actualmente? ¿Por qué motivo ha sido considerado discapacitado? ¿Desde cuándo? ¿Por qué motivo dejó de ser considerado discapacitado? ¿Hay otros miembros de la familia que estén recibiendo una pensión por discapacidad? ¿Desde cuándo? ¿Sus padres han recibido una pensión por discapacidad? ¿Por qué motivo? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Es

posible que su situación actual de discapacidad cambie? C. ¿Tiene algún plan para cambiar su situación actual de discapacidad/ de ayuda social? ¿Cómo lo hace o lo hará? D. ¿Cuáles son los obstáculos para cambiar su situación actual de discapacidad/de ayuda social? E. ¿Sabe cómo reducir esos obstáculos? ¿Cómo lo haría?

*Ha estado recibiendo ayuda social temporaria para su hijo menor durante los últimos seis meses. Eso estaba por ser reconsiderado. Su madre recibió asistencia cuando vivían en Nueva York durante la niñez de Irma. Consideró solicitar una pensión por discapacidad sabiendo que algunos vecinos la recibían, pero no había ido a la oficina de discapacidad, aunque creía que podía, o debería, satisfacer los requerimientos, dada su diabetes y su depresión. Tiene un primo con problemas parecidos, que actualmente recibe la pensión por invalidez, según lo que le cuenta su hermana. Querría que la “ayuden” durante algunos años para ver si puede organizar su vida de otro modo, pero estaba bastante abrumada por sus muchos problemas actuales.*

### **Proceso**

El programa afecta a todas estas áreas, empezando con la utilización de una planilla como una pauta para trabajar con el cliente en la exploración del estado actual y los riesgos futuros de complicaciones, si se dejara que las cosas sigan su evolución natural en todos los ámbitos de riesgo anteriormente mencionados (Figura 1). *El formulario puede ser abierto por una enfermera o un trabajador social en la clínica de salud, por un clínico o una enfermera en las instalaciones de salud mental o sus dependencias, o por un trabajador comunitario en una sala comunitaria.* La información básica que se extrae de la evaluación mencionada más arriba se escribe en la columna **“estado actual”**.

*En el caso de Irma en la columna para cada ámbito se leía:*

- 1. Escasa comprensión de la diabetes; incapaz de participar en el cuidado de sí misma; ningún prestador de salud identificado; dieta inapropiada.*
- 2. Uso vacío del término “depresión”; relaciones terapéuticas escasamente consolidadas; estigma de enfermedad mental.*
- 3. Negación del problema de abuso de drogas; no toma consciencia de las complicaciones; uso de medicación sin receta.*
- 4. Funcionalmente analfabeta; escasa motivación y sin planes para mejorar.*
- 5. Historia laboral escasa; habilidades potenciales para desarrollar (sastrería); sin*

*planes claros.*

6. *Situación de vivienda temporaria e inestable; incapaz de usar el transporte público; intimidada por pedir asistencia para la vivienda.*
7. *Caso legal pendiente; ninguna asistencia de consejo legal.*
8. *Vecindario violento; exposición ocasional a violencia doméstica; historia de abuso sexual.*
9. *Reciente reubicación (inmigración funcional); nivel de inglés pobre.*
10. *Historia de pobreza a largo plazo; actualmente por debajo de la línea de la pobreza.*
11. *Cambios recientes a causa de la reubicación.*

[ESTO VA EN FORMA DE CUADRO, VER ORIGINAL]

RED SOCIAL	Contacto Diario	Contacto frecuente pero no diario	Contacto ocasional	Contacto potencial
Familia	Leonore (hermana) Richard (hijo)	Madre; Mary (hija)		Claudia (prima) Laura (tía)
Amigos	Alma (vecina)	Vilma, Ezequiel Damary (vecinos)	José (exnovio) amigos de Ezequiel; amigos de la iglesia de Alma	Amigos en P. Rico
Trabajo				
Escuela				
Sistema de Atención de la salud			enfermera pediátrica Tel.: PCP Tel.:	consejero yo mismo tel.:

Otras actividades  
Sociales  
(religiosas,  
deportivas,  
voluntarias,etc.)

Raúl  
(encargado  
verdulería)

Ana  
(serv.  
social)

*12. Temporarily receives social aid for his son; does not receive pension for disability; history of the mother with social aid for years.*

Desde el principio mismo el cliente participa en la reflexión acerca de estos temas con la persona que toma la evaluación inicial de riesgo. La planilla se basa en un paciente identificado, dado que (en los Estados Unidos) identificar al receptor principal de los servicios es una exigencia para la documentación médica y lo más importante, para el reembolso de los servicios. Sin embargo, el programa trata de incluir a todos los sistemas sociales relevantes que puedan ayudar en el proceso de reducir el riesgo y de operar sobre todas las personas significativas cercanas al paciente identificado, sabiendo que hacer esto último es esencial para la recuperación global del paciente, dado lo intrincado de las formas en que se vive y de los destinos que se comparten.

Sorprendentemente, el efecto inicial de esta primera evaluación, lejos de ser emocionalmente negativo como algunas personas habían pronosticado, es poderoso para provocar un relato honesto y valeroso del estado de las cosas, para mostrar que el profesional no se sintió abrumado por las dificultades ni perdió el rumbo a causa de éstas, para empezar a reflexionar de manera casual acerca de los hechos en las vidas de las personas y para empezar a planificar intervenciones. Estas intervenciones se planifican con el modesto objetivo de reducir el riesgo de que las cosas empeoren para el paciente y su familia o su red social íntima (Bloch, ). Es significativo que, partiendo de estas situaciones de problemas múltiples, con una aparente visión pesimista (basada en nuestra versión de la Ley de Murphy) les permita tanto a los pacientes como a los profesionales recuperar una forma sensata, modesta pero eficaz, de ser proactivo y de trabajar en pos de la mejoría sin importar cuán mala y desalentadora sea la situación inicial. La pragmática del programa se basa, y pone a trabajar, el concepto de que siempre hay lugar para la mejoría, una vez que ésta se redefine como la reducción del riesgo de que las cosas empeoren.

La columna “**riesgos futuros**” captura la evaluación realista, minuciosa de cómo pueden empeorar las cosas en un futuro cercano (“de aquí a un año” se emplea como parámetro).

*En el caso de Irma así es como se leía para cada ámbito de riesgo:*

1. *Sobrepeso igual o incrementado; complicaciones de la diabetes (en el pie, renales, cardiovasculares, en los ojos).*
2. *Aumento de la depresión (conducta suicida; mayor deterioro social y cognitivo, crisis, internaciones); depresión crónica; aumento de los síntomas de angustia (ataques de pánico); reactivación de los síntomas post-traumáticos.*
3. *Incremento del abuso del alcohol y de la cocaína; desarrollo de la dependencia; uso constante o incrementado de medicación sin recetar; riesgo de enfermedades venéreas y embarazos no deseados como complicaciones de los casos de abuso de drogas.*
4. *Mayor deterioro cognitivo a causa de la falta de estimulación*
5. *Desempleo constante; pérdida de la habilidad para desarrollar oportunidades de trabajo; deterioro de las habilidades potenciales actuales.*
6. *Vivir constantemente en vecindarios violentos, inseguros; falta de movilidad independiente.*
7. *Solución inadecuada del caso legal; potencial nueva ocurrencia de actos delictivos; prisión potencial.*
8. *Mayor exposición a violencia doméstica y/o social.*
9. *Incapacidad de progresar en el manejo del inglés; mayor deterioro de las habilidades cognitivas.*
10. *Pobreza crónica y sus consecuencias en sus hijos.*
11. *Pérdida de los contactos actuales; aumento del contacto con problemas similares y con una red social vinculada a las drogas; falta de mayor desarrollo de contactos potenciales; mala evaluación de las consecuencias negativas de ciertas relaciones y/o incapacidad de distanciarse de éstas.*
12. *Pérdida del apoyo de los servicios sociales; falta de apoyo a la discapacidad; consecuencias negativas de depender en forma crónica de los servicios sociales y/o estatus de discapacidad.*

La evaluación es una foto instantánea vertical de un proceso terapéutico que apunta a

reducir tanto el riesgo en ámbitos significativos de las vidas de los pacientes como el agotamiento (*burnout*) profesional y su consiguiente ineficacia.

Los clínicos trabajan entre las evaluaciones con información relevante obtenida durante las evaluaciones para reducir el riesgo. Sus objetivos iniciales, basados en la primera evaluación, son el diseño de intervenciones simples para reducir el riesgo de que las cosas empeoren en diferentes ámbitos.

*Los objetivos iniciales establecidos con Irma, y enumerados en la columna de “intervención”, para cada ámbito fueron:*

- 1. Contacto regular con una enfermera que hablara español, asociado con un Médico de Asistencia Primaria; implementación de simples medidas en la dieta; educación para la diabetes; facilitación de educación básica acerca de las prácticas sexuales, anticoncepción y prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual.*
- 2. Contacto regular con un consejero y con un psiquiatra; uso simple y racional de medicación psicotrópica de acuerdo a las necesidades, desarrollo de habilidades simples para identificar factores estresantes y predecir crisis.*
- 3. Educación básica, socialmente adecuada y no moralizante acerca del uso y abuso de las drogas y de los medicamentos no recetados; intervención temprana para evitar recaídas.*
- 4. Establecimiento de oportunidades de refuerzo tempranas desde la educación de la salud como la entrada a otros pasos educativos.*
- 5. Reactivación de las habilidades de sastrería usando recursos limitados; establecimiento de contacto inicial para los programas básicos formales para evaluar y desarrollar esas habilidades.*
- 6. Facilitar el contacto con la oficina de vivienda a través de la ayuda temporaria de la agencia de apoyo a personas con problemas mentales.*
- 7. Facilitar el contacto con la agencia para la representación legal y pública; trabajo sobre el reconocimiento temprano de los desencadenantes de actos delictivos (vinculados a la adicción, a la salud mental, relacionales, financieros).*
- 8. Reconocimiento temprano de factores de riesgo de violencia social y doméstica (relacionales, de vivienda, relacionados con las drogas).*
- 9. Establecer contacto inicial para los programas de alfabetización para adultos.*

10. *Establecer relaciones de confianza para ayudar a administrar los recursos magros.*
11. *Tomar pasos iniciales para aumentar el contacto con relaciones potenciales que puedan mejorar los objetivos establecidos en otras intervenciones; establecer un sistema para movilizar su red social más cercana cuando hay una crisis inminente.*
12. *Facilitar la ayuda de la asistencia social temporaria; apoyar la obtención de ayuda para el discapacitado y un uso racional, y si es posible, temporal de la financiación.*

Posteriores evaluaciones permiten ver hasta qué punto se tomaron estos simples pasos, y hasta qué punto tuvieron éxito, qué dificultades inesperadas tuvieron lugar, y para diseñar más intervenciones simples presentadas nuevamente como pasos simples a ser tomados, para reducir aún más el riesgo, *sin importar cuán mala sea la situación y cuántos nuevos problemas hayan surgido*. Estos pasos simples están enumerados en la planilla presentada en la Figura 1.

Una parte esencial del programa es que estimulemos que la planilla, un resultado visible de una relación inicial orientada al futuro, *se vuelva parte (como la primera página) del historial* en las instalaciones de salud mental o sus dependencias, las instalaciones de atención primaria, y/o la sala comunitaria. De ahí en más también estimulamos a los miembros de estas instalaciones a que durante *cada encuentro* con el cliente, sin importar el motivo que los trae por allí en ese determinado momento, *revisen la planilla y verifiquen por lo menos algunos ítems* para ver qué está ocurriendo con cada ámbito en términos de las intervenciones diseñadas. El profesional o miembro del personal que participa, marca con un tilde y fecha en las columnas de “seguimiento”, para así informar a otros prestadores que la intervención en ese ámbito ha sido discutida con el paciente y/o los miembros de su familia u otras personas significativas de su red social. Multiplicamos la efectividad de la herramienta pidiéndole a *todo profesional que revise la planilla* con el paciente, a que *facilite el funcionamiento en red* con la agencia apropiada, ya sea motivando al paciente o al miembro de la familia, o (si el tiempo lo permite) estableciendo un contacto.

Hacemos el seguimiento con el paciente, que lleva consigo **recordatorios** de los objetivos para reducir el riesgo de complicaciones, en una simple tarjeta que se convierte en el símbolo del trabajo que está haciendo un equipo virtual de personas (que incluye al paciente). También se estimula a los pacientes para que *tengan copias de la planilla de*

*trabajo en exhibición* en un lugar visible del hogar o que lleven la planilla consigo.

Incluso para las personas analfabetas, la *fuerza simbólica de este documento de sus esfuerzos como parte de un equipo concertado* se agrega al *valor pragmático de la comunicación entre los profesionales que son miembros de un equipo virtual*. De esta forma, se considera que las evaluaciones muestran cuán **activas** continúan siendo las intervenciones para reducir el riesgo a lo largo del tiempo, reduciendo así el riesgo en ámbitos significativos de las vidas de los pacientes, y centrando las energías del equipo terapéutico de manera positiva, lo que impide ser abrumado por la cantidad generalmente abrumadora de los problemas enfrentados.

La planilla les permite trabajar juntas a diferentes personas que están en contacto con el paciente, aunque no sean un verdadero equipo, o no dispongan del tiempo para serlo. Es de esta forma como se convierten en un “equipo virtual” y, lo más importante, comienzan a operar de esa forma en la mente del paciente y de la familia. También constituyen un equipo en el nivel real de intervención, sin que todos tengan que compartir la misma información, sin importar su posición jerárquica en diferentes organizaciones, y sin importar qué nivel de contacto tengan con el paciente ni qué conocimiento profesional posean.

*En el caso de Irma, a lo largo de una evolución de tres años, como es habitual, aparecieron nuevos problemas, que debieron ser reintroducidos en la evaluación, y se tomaron más pasos para diseñar más intervenciones simples, pero los objetivos iniciales en su mayoría fueron logrados. Desarrolló una relación estable con una enfermera y tuvo un número cada vez menor de episodios de hipoglucemia relacionados con su diabetes. Desarrolló cierta evidencia inicial de problemas en la retina y comenzó un patrón de visitas regulares con un oftalmólogo. Permaneció con un ligero sobrepeso pero empezó a participar en un programa de ejercicio junto a otros miembros de la iglesia. No se convirtió en una entusiasta asistente a la iglesia pero desarrolló buenas amistades con otras personas que la ayudaron a tener recursos para ocuparse de su hijo y de su hija, que se reunió con ella un año después y que, luego de un período inicial de relación tormentosa, se estabilizó en su funcionamiento escolar y se volvió muy apegada a Irma. Irma decidió no volver con su ex -novio, obtuvo ayuda de una agencia de representación legal y pública y sólo le dieron seis meses de libertad condicional. Los chequeos anti-*

*droga indicados como requisito de esa libertad condicional, a pesar de su enojo inicial por ser “controlada”, demostraron ser un buen recordatorio de sus objetivos respecto de la abstinencia. Durante ese período de abstinencia empezó a asistir a un programa de alfabetización y realizó algunos trabajos simples de sastrería para sus vecinos. Un año más tarde pudo asistir a un curso de seis meses en una escuela local a la que su hija había empezado a asistir. Su vecina Alma se convirtió temporalmente en su representante, ocupándose del hijo de Irma mientras ella asistía a las reuniones y tomaba los primeros pasos para mejorar su educación. Tuvo una relación temporaria con su vecino Ezequiel pero la interrumpió después de llamar a la policía la segunda vez que él se puso físicamente abusivo. No logró mudarse a un mejor vecindario y si bien consideraba regresar a Puerto Rico, decidió que no lo haría dado que quería asegurar más educación para sus hijos y su hija estaba empezando a ser una muy buena estudiante, aumentando sus esperanzas de un futuro diferente para sus hijos. Mantuvo una relación cercana con un abogado y con el que lo reemplazó cuando el anterior abandonó la clínica. También estableció una relación estrecha conmigo y utilizó los servicios de emergencia cuando estaba en riesgo de recaer en el abuso de las drogas. Se interesó en la educación del HIV y ha considerado trabajar para una agencia local que necesitaba personal que hablara español.*

En mucho otros países (llamados subdesarrollados) no hay agencias gubernamentales o financiadas por el gobierno para ayudar a los pacientes de riesgo en diversos ámbitos, y esas funciones las llevan a cabo en gran medida, con igual o mayor eficacia, la red social informal o los agentes de organizaciones no gubernamentales.

Hemos visto avances significativos en la reducción del riesgo, tanto a nivel de las complicaciones de sus enfermedades, médicas, mentales y de dependencia de sustancias, como a nivel de los problemas sociales que estos clientes estaban enfrentando. Hasta ahora también hemos observado que, si bien puede que los diferentes miembros de los sistemas que ayudan o trabajan con la persona en cada ámbito tengan más o menos conciencia de las dificultades en otros ámbitos, este programa es un mecanismo más formal:

- para *validar cada área de dificultad* como lo suficientemente seria como para que represente un factor de riesgo para otros ámbitos;
- para *mantener el conocimiento y el enfoque* en estas dificultades;

- para darse cuenta de que *más complicaciones desatendidas* surgirán de cada una de ellas;
- para *canalizar los esfuerzos de manera coordinada* con el fin de aumentar la efectividad;
- para *diseñar y hacer el seguimiento* de las intervenciones;
- para hacer participar al cliente *en forma activa y creativa*; y
- para *evitar ser abrumado como profesional* con las limitaciones de nuestros propios marcos institucionales y poder de ser agentes de cambio.

La revolución dentro de la revolución que exigía y parecía pre-anunciar el Mayo del 68 condujo, paradójicamente, no a una profundización de los procesos sociales transformativos, sino al deceso del Otro del capitalismo, inaugurando una era en la cual el neoliberalismo ha reinado casi sin oposición como una realidad última. La llamada a “la imaginación al poder”, como pedían los *grafitti* más famosos en las paredes de París, no llegó a ser y, por el contrario, hemos visto una mercantilización de la sociedad desparrramada entre las culturas, exacerbada por los avances tecnológicos en un proceso celebrado con entusiasmo, hasta que el 11 de septiembre reveló las contradicciones internas de este mundo posterior a la guerra fría. Sin embargo, mediante la implementación de los programas como el que he presentado en este trabajo, los profesionales tienen una tarea a mano en sus esfuerzos cotidianos que es modesta pero que genera entusiasmo. Como dice Halward, siguiendo a Badiou en nuestro epígrafe, dichos proyectos se convierten en proyectos éticos. Nos recuerdan al dictum de Antonio Gramsci de que “es necesario dirigir nuestra atención violentamente hacia el presente tal como es, si es que uno desea transformarlo. Pesimismo de la inteligencia, optimismo de la voluntad” (1932) (1919). Es este “optimismo de la voluntad” lo que está en marcha en el compromiso diario de tantos profesionales de la salud mental que, sin acceso a las luces académicas, luchan junto a las familias que sirven para mejorar sus oportunidades de justicia social, rescatándose así unos a otros con el fin de redefinir la humanidad en términos más solidarios. Después de todo, hubo un *graffiti* menos famoso en las paredes de París en 1968 (Besancon, 1968). Se leía en él: “El acto instituye la consciencia”.

## **Bibliografía**

- Badiou, A. (2002). *Ethics: An Essay on the Understanding of Evil*. London-New York: Verso.
- Besançon, J. (1968). *Les murs ont la parole*. *Journal Mural Mai* 68. Paris: Ed. Tchou.
- Bloch, D. (1999). Personal communication
- Foucault, M. (1978). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Random House.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews & Other Writings 1972-1977*. Edited by Colin Gordon. New York: Pantheon.
- Foucault, M. (1982). Space, Knowledge and Power. In Rabinow, P. (Ed.), *The Foucault Reader*. New York: Pantheon.
- Gramsci, A. (1973). *Letters from prison*. New York : Harper & Row.
- LeGoff, J. (1998). *Le Monde*, Interview, May 25.
- Orwell, G. (1949). *Nineteen Eighty Four*. London: Sacker & Warburg.
- Pakman, M. (1995). Therapy in Contexts of Poverty and Ethnic Dissonance: Constructivism and Social Constructionism as Methodologies for Action. In **Journal of Systemic Therapies**, 14 (4). New York: Guilford.
- Pakman, M. (1998). Education and Therapy in Cultural Borderlands: A Call for Critical Social Practices in Human Services. In *Journal of Systemic Therapies*, 17 (1), 18-30.
- Pakman, M. (1998). *The micro-politics of emotional traditions*. Presented at University of Bergamo, Bergamo, Italy.
- Pakman, M. (1999). Designing Constructive Therapies in Community Mental Health: Poetics and Micro-politics In and Beyond the Consulting Room. In *Journal of Marital and Family Therapy*, 25 (1), 83-98.
- Pakman, M. (2003). A Systemic Frame for Mental Health Practices, in P.S.Proski & D.V.Keith (Eds.), *Family Therapy as an Alternative to Medication: An Appraisal of Pharmland* (pp. 93-110). New York: Brunner-Routledge.
- Sluzki, C. (1995). Families, Networks and Other Strange Shapes. In *AFTA Newsletter*, 19.
- Sluzki, C. (1996). *La Red Social: Frontera de la Terapia Sistémica*. Barcelona: GEDISA.
- Wallerstein, I. (2002). "New Revolts Against The System", *New Left Review*, 18, 29-39.
- Zizek, S. (Ed.) (1994). *Mapping Ideology*, London-New York: Verso.

## **PROGRAMA INTEGRADO DE REDUCCIÓN DE RIESGOS**

[VA EN FORMA DE CUADRO DE DOBLE ENTRADA, VER ORIGINAL]

[COLUMNA HORIZONTAL]

### 1. SALUD GENERAL

2. SALUD MENTAL
3. ABUSO DE SUSTANCIAS
4. EDUCACIÓN
5. TRABAJO
6. VIVIENDA/TRANSPORTE
7. PROBLEMAS LEGALES
8. VIOLENCIA
9. DISONANCIA ÉTNICA/ SOCIAL
10. POBREZA
11. RED SOCIAL
12. ASITENCIA SOCIAL/ DISCAPACIDAD

[AHORA LA COLUMNA HORIZONTAL, UNO AL LADO DEL OTRO]

ESTADO ACTUAL

RIEGO FUTURO

INTERVENCIÓN

RESPUESTA

SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO