

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN**

GIZA, GIZARTE ETA HEZKUNTZA ZIENTZIEN FAKULTATEA

**Grado en Trabajo Social
Gizarte Laneko Gradua**

**Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana**

Gizarte eta familia sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duten eragin soziala

Ikaslea: Ane Santamaria Ibañez

Tutor/Tutorea: Iñaki Sagardoy Leuza

Departamento/Saila: Soziologia eta Gizarte

Lana saila

Campo/Arloa: Gizarte Lana eta Osasun Mentala

Hilabetea, urtea: Maiatza, 2024

Gizarte sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragin soziala

LABURPENA

Azken urteotan osasun mentalaren alorrak gora egin duela gizartean duen garrantziari eta ikusgarritasunari dagokienez. Baina, pertsona horiek oraindik ere hainbat oztopotan gainditu behar dute aurrera egin ahal izateko eta bai gizarte-harremanak eta familia-laguntzak mantentzeko. Oztopo horiek izan daitezke gaur egun oraindik oso presente dagoen estigma soziala, ulermen falta edo komunitatetan integrazio falta, adibidez.

Lan honen helburu nagusia da buru-nahaste larria duten pertsonen familia-eremuan zein familiatik kanpo dituzten laguntza-sareak ezagutzea eta haien ongizatean duten eragin sozialak ikustea. Ikerketa hau burutu ahal izateko, metodologia kualitatiboa erabili da. Erdi egituraturako elkarrizketak egin zaizkie buru nahasmendu larria duten sei pertsonari eta osasun mentalaren esparruan bost urte baino gehiago daramatzan gizarte-langile bati. Ikerketaren, ondorio nagusia da familia- eta gizarte-laguntzako sareek eragin positiboa dutela pertsona horien ongizate sozialean, eta, gainera, proportzio-iturriak direla komunitatean integratzeko.

Hitz gakoak : Osasun mentala; Estigma; Gizarte sareak; Familia; Isolamendu soziala

RESUMEN

En los últimos años el ámbito de la salud mental ha crecido en importancia y visibilidad social. Pero, estas personas se siguen teniendo que hacer frente a diferentes trabas para poder avanzar y mantener las relaciones sociales y los apoyos familiares. Estas trabas pueden ser desde el estigma social que hoy en día sigue muy presente, la falta de entendimiento y comprensión o la falta de integración, por ejemplo.

El objetivo principal de este trabajo es conocer las diferentes redes de apoyo que tienen las personas con trastorno mental grave tanto en el ámbito familiar como fuera de él y ver el impacto que tienen en su bienestar social. Para poder llevar acabo esta investigación, se ha utilizado una la metodología cualitativa. Se han realizado entrevistas semi estructuradas a seis personas con trastorno mental grave y a una trabajadora social que lleva más de cinco años en el ámbito de la salud mental. La conclusión principal de la investigación es destacar que las redes de apoyo familiares y sociales tienen un impacto positivo en el bienestar general de estas personas y además son fuentes que proporcionan una mayor integración en la comunidad.

Palabras clave : Salud mental; Estigma; Relaciones sociales; Familia; Aislamiento social

Abstract

In recent years the field of mental health has grown in importance and social visibility. However, these people still must overcome different obstacles to move forward and maintain social relationships and family support. These obstacles can range from the social stigma that is still very present today, to the lack of understanding and comprehension or the lack of integration, for example.

The main objective of this work is to know the different support of networks that people with severe mental disorders have both within and outside the family environment and to see the impact they have on their social well-being. To carry out this research, qualitative methodology has been used. Semi-structured interviews were conducted with six people with severe mental disorders and a social worker who has been working in the field of mental health for more than five years. The main conclusion is to highlight that family and social support networks have a positive impact on the overall well-being of these people and are also sources that provide greater integration into the community.

Key words: Mental health; Stigma; Social relationships; Family; Social isolation

1.INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. HELBURUAK:.....	6
1.2. HIPOTESIAK	7
2.MARKO TEORIKOA	8
2.1. ZAHARTZE PROZESUAREN IMAGINARIO SOZIALAK.....	8
2.2. ZAHARTZE ARRAKASTATSUA: TEORIA BAT	8
2.3. GAIXOTASUN MENTALAREN ESTIGMATIZAZIOA.....	9
2.4. GIZARTE LANA OSASUN MENTALEAN	10
2.5. OSASUN MENTALA ETA ALDAGAI SOZIALAK	13
2.5.1. Depresioa	15
2.6. BIZI KALITATEA ETA GAIXOTASUNA	15
2.7.FAMILIA, ZAINZTA, GAIXOTASUNA ETA GIZARTE LANEKO ESKU HARTZEAK	18
3.METODOLOGIA.....	21
4.EMAITZEN ANALISIA.....	24
4.1. FAMILIA BARRUAN DAUDEN SOSTENGUAK	24
4.1.1. Emaztearen eta senarraren sostengua	24
4.1.2. Seme alaben sostengua	27
4.1.3. Anai arreben sostengua	31
4.1.4. Gurasoen sostengua.....	33
4.2. ZAINZTA INFORMALA ETA GAINKARGA FAMILIARRA	35
4.3. FAMILIA KANPOKO SOSTENGUAK	39
4.3.1. Akonpainamendurako eta errehabilitazio psikosozialeko errekurtsoak	39
4.3.2. Figura profesionalak eta eguneko ospitalea	44
4.3.3. Haurtzaroan izandako esperientzia negatiboak.....	45
4.3.4. Gaur egungo ondorio sozialak	46
5. CONCLUSIONES	52
6. BIBLIOGRAFIA.....	54
ERANSKINAK	58
I. Eranskina. Gizarte lanetik abiatuta esku hartze ideak.	58
II. Eranskina. Buru nahasmendu mental larria duten pertsonen elkarrizketen gidoia.	59
III. Eranskina. Psikogeriatrikoko gizarte langilearen elkarrizketan erabilitako gidoia.....	61

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de fin de grado de la carrera de trabajo social va a tratar sobre los apoyos tanto familiares como fuera de la familia que tienen las personas con trastorno mental grave y así analizar las consecuencias que tienen en su bienestar social. Para poder llevarlo a cabo, me voy a apoyar por los distintos profesionales, usuarios o familias de los centros del hospital de día psicogeriátrico situado en San Fco. Javier y el hospital de día I situado en el pabellón blanco del concejo hospitalario.

Este trabajo de fin de grado se centra en el análisis crítico de las causas de las enfermedades mentales en los adultos mayores, incluida la evaluación del impacto social en las personas afectadas. Para lograr este objetivo, se integrarán conceptos provenientes del trabajo social que se han conocido en los cuatro años de estudio del grado universitario. En estos equipos multidisciplinares propios de los centros la figura del trabajador social es muy importante, ya que el entorno social y comunitario de una persona es clave para la intervención de la enfermedad. Como profesionales, es importante entender la estigmatización, discriminación y necesidad de redes de apoyo tanto familiares como comunitarias que tienen y presentan estas personas con trastorno mental grave. Es importante hacer esa comprensión para poder ofrecer una intervención integral a estas personas y adaptar los recursos para fomentar la calidad de vida de estas personas. Por lo tanto, como labor que tienen las personas profesionales de la disciplina del trabajo social, es importante también analizar los diferentes puntos de vista que puede haber dentro de la profesión y conocer realmente la intervención que pueda tener esta figura en el ámbito de la salud mental.

Se analizarán las distintas redes de apoyo de estas personas, así como el entorno social y comunitario en el que están, para así poder ver si esos factores han tenido consecuencia en su entorno social. Además, otro de los objetivos serán analizar el aislamiento social que puedan sufrir estas personas con diagnóstico en salud mental.

Para poder llevar adelante este trabajo, se utilizará la metodología cualitativa mediante entrevistas. Creo que es importante que sea de esta manera darles la oportunidad a estas personas para expresarse y que cuenten sus propias vivencias personales.

Haciendo referencia a la Agenda de 2030 de desarrollo sostenible y ya que en análisis

de este trabajo de fin de grado se centra en el impacto que tienen las relaciones sociales y los apoyos familiares en el entorno social de las personas con trastorno mental grave, varios de los objetivos de la Agenda se adaptan a este objetivo del trabajo. En primer lugar, el objetivo de salud y bienestar. Es importante ya que este objetivo se centra en garantizar una vida saludable y promover el bienestar incluida en la salud mental. Además, el apoyo social y familiar es crucial para la promoción del bienestar. El otro objetivo que mencionar es el objetivo de reducción de desigualdades, ya que estas personas con enfermedad mental grave a menudo se enfrentan a la estigmatización y discriminación, lo que limita el acceso a servicios y además limita su apoyo social.

La pregunta de investigación principal de este trabajo de fin de grado es la siguiente. Como los apoyos familiares y las relaciones sociales de las personas que están en el hospital de día psiquiátrico y psicogeriátrico y diagnosticadas de trastorno mental grave, afectan a su bienestar en el ámbito social.

1.1. HELBURUAK:

Helburu orokorra:

- Gizarte sareak eta sare familiarrak psikogeriatriakoan eta eguneko ospitale psikiatrikoan dauden pertsonen ongizatean daukan eragina ezagutzea eta aztertzea. Gainera, gaixotasuna ekartzen dituen ondorio sozialen azterketa egitea.

Helburu espezifikoak:

- Gizarte sare sendo bat izateak osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragina aztertzea.
- Gizarte sarea ez izateak osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragina aztertzea.
- Ospitale psikogeriatriakoan eta eguneko ospitale psikiatrikoan egoteak gizarte isolamendua eragin dezakeen edo ez aztertzea.
- Osasun mental arazoak dituzten pertsonen familian daukan eragina ebaluatzea ikuspegi sozial batetik.
- Osasun mentala ze ondorio sozial izan duen psikogeriatriakoan eta eguneko ospitalea psikiatrikoan dauden pertsonetan aztertzea.

1.2. HIPOTESIAK

Hipotesi orokorra:

- Gizarte sare sendo bat izateak eta familiaren laguntza izateak osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean ondorio positiboak ditu. Eta gaixotasun mentalak isolamendu soziala dakar ondorio nagusi bezala.

Hipotesi espezifikoak:

- Depresioa izango da gaixotasun nabariena proiektuan parte hartuko duten pertsonetan.
- Egoera sozialak gaixotasunean eta osasunean du ondorio. Faktore ekonomikoak, sozialak, genetikoak edo psikologikoak adibidez.
- Psikogeriatrikoan eta eguneko ospitale psikiatrikoan dauden pertsonak isolamendu sozial egoeran daude.
- Gaixotasun mentala duten pertsonen zaintza lana emakumeak egiten dute.

2. MARKO TEORIKOA

2.1. ZAHARTZE PROZESUAREN IMAGINARIO SOZIALAK

Garrantzitsua da termino batzuk azaltzea lanaren kontestu teoriko bat egiten. Horretarako, beharrezkoa da gizarte lanak hirugarren adineko pertsonetan duen garrantzia eta esku hartzea definitzea. Pertsona baten adina ez dago bakarrik faktore biologikoetatik finkatuta. Faktore hauek historian zehar egon dira finkatuta baina gaur egun kontuan hartu behar ditugu gizarte faktoreak, hauek ere pertsonaren garapenean ondorioak dituztelako.

Adin soziala, pertsona bizitzan zehar bizi izan dituen funtzioek eta gizartean izan duen paperarekin lotuta dago, faktore hauek baldintzatzen dute zahartzea. Horiek krisiekin, garapen zereginekin eta adin kronologikoarekin erlazionatuta dago. Terminu hau erloju sozialaren bidez neurtu daiteke (Guerrini, 2010).

Honekin lotuta, aurreiritzi zabalduenetariko bat da hirugarren adineko pertsonak gaixo edo ezinduak direla. Gaixotasunengatik edo adinaren ondorioz denbora asko daramatela ohean, bai koordinazio psikomotoren eskasa dutelako edo infekzioak erraz garatzen dutelako adibidez. Ere, proportzio handi bat ospitaleratuta dagoela egoitza geriatrikoetan bizi delako. Zahar eta gaixo hitzen arteko sinonimia ezartzen ari da profezia auto prediktibo bat bezala jokatzeko duena. Baina, zahartzaroaren eta gaixotasunaren arteko lotura hori faltsua dela argi dago (Salavarezza, 2002).

Urruntasun soziala zahartzaroan gertatu daiteke eta hori desatxikimendu indibidualaren ondorio gisa ikusi daiteke, gizarteak eskaintzen duen aukera faltarekin eta zaharren ekarpenekiko duen interes eskasarekin lotuta. Sareei erreferentzia emanez, lotura motaren arabera, sare gehienak familiakoek eta lagunek osatzen dute; lan, ikasketa, komunitate edo osasun harremanak desagertzen edo ohikoak ez izaten (Arias & Polizzi, 2010).

2.2. ZAHARTZE ARRAKASTATSUA: TEORIA BAT

Zahartzeari buruz hitz egiteko eta finkatzeko, garrantzitsua da termino horren inguruko teoria nagusienak azaltzea. Ikusten dugu zahartzearen kontzeptua arau tipikoaren arabera orientatzen dela, ala nola gaixotasun kronikorik gabeko zahartzearen prozesua, hori zahartzea patologikoaren kontrakoa izango balitzateke. Hori irizpide subjektiboa da, ala nola banakoen premien eta egungo garapenearen testuinguruen mende dago. Definizio hori aplikatzen zaiona

halaber, nolabaiteko osasun maila objektibo beten eta helduak daraman bizitzarekiko duen gogobetetze subjektiboren arteko harremanari. “Zahartze arrakastatsua” zehaztugabeegia dagoen terminoa izan daiteke, arrakasta definitzea egoera indibidualekin zer ikusia daukalako, bai gaixotasunekin, egoera sozialarekin edo familia harremanekin adibidez (Cobo & María, 2009).

Zahartze arrakastatsiak gizaki asmoarekin lotuta dago. Ondo zahartu nahi dugu, minik edo sufrimendurik gabe; normalean, mirespenez begiraten dugu urteak igarotzen dituztenei, zaindutako ongizatea, errealizazio pertsonala, bizitasuna eta indarra erakusteko. Zientzia eta asmo sozialak lotuta daude eta alde horretatik, ahalegin teoriko eta zientifiko asko egon dira zahartze arrakastatsua zer den identifikatzeko eta ezartzeko (Brigeiro, 2005).

2.3. GAIXOTASUN MENTALAREN ESTIGMATIZAZIOA

Pertsona bakoitza gizarteratze prozesu bat dakar berarekin, eta prozesu horren bidez ezartzen dira pertsonak kokatzeko kategoriak, aurrez ezarritako atributuak esleituz, benetan ezagutu aurretik. Ezaugarri horiek osatzen dute beren «nortasun soziala». Mekanismo horrek interakzio egoerak errazten ditu; izan ere, aukera ematen du harremanetan jartzen garen pertsonak azkar sailkatzeko, alde aurretik barneratu ditugun kanpo ezaugarri batzuen arabera, pertsona mota jakin batenak balira bezala. Ezaugarri horietatik abiatuta, komunikazioa ezar dezakegu ahalegin handirik egin gabe, modu nahiko automatikoan. Identifikatzen ditugun kategorien arabera, badakigu zer itxaropen izan ditzakegun pertsona jakin horri dagokionez. Estigmatizazioa jasotzen duten pertsonak prozesu dual batean parte hartzen dute: alde batetik, bere nortasunak estigman daudenak baino askoz ezaugarri eta nortasun ezaugarri gehiago hartzen dituela jabetzen da, eta, bestetik, sozializazio prozesuaren ondorioz, talde sozial nagusiak dituen sinesmen berak barneratuta ditu bere buruarekiko. Horregatik, onartzen du gizartean ez dela baldintza berdinetan onartzen, eta onartzen du «desberdina» dela. Hori dela eta, etengabeko alerta jarrera du ezaugarri estigmatizatzailearen aurrean; izan ere, ezaugarri nagusi bihurtzen da bere nortasunean eta identitatearen zati batean hura ezkutatzeko edo zuzentzeko ahaleginetan (Romero, 2010).

Buru nahaste partikularraren arabera, haluzinazio, eldarnioak, antsietatea edo gogoaldartearen aldaketak jasan ditzakete. Sintoma horiek zaila egin dakioke gaixotasun mentala duen norbaiti lan egitea, independentea bizitzea edo bizi-kalitate egokia lortzea. Baina gaixotasun mentalak, gaixotasunaren sintometatik eratorritako zailtasunetara ez ezik,

Gizarte sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragin soziala

desabantailatara ere daramatza gizartearen erreakzioen bidez, gizarteak buruko nahasmenduei buruz dituen gaizki ulertuek estigma eragiten baitute (Arnaiz & Uriarte, 2006).

Estigmari dagokionez, bi efektu mota nagusi bereiz ditzakegu: diskriminazio publiko eta estrukturalaren ondorioz zuzenean sortutakoak, eta horien auto-estigmatizaziotik eratorritakoak. Ondorio zuzenak kontuan hartzen baditugu, agerian geratzen da estigmak oztopo gisa jokatzen duela eskubideak baliatzean eta zerbitzuak eskuratzean. Horrela, egiatzen da zuzeneko diskriminazioa dagoela etxebizitza, enplegua eta gizarte-harreman esanguratsuen artean: bikotea, lagunak, gizarte sareak eta abar. Eta, beti hain agerikoak ez diren arren, pertsona horientzako osasun- eta gizarte-zerbitzuetan legezko diskriminazioak ere badaude (egiturazko estigma). Baina, horrez gain, gutxiespena dago zerbitzu orokorretako arretan, hala nola osasun eta gizarte zerbitzuetan, hezkuntza zerbitzuetan, enplegu zerbitzuetan eta abarretan.

Baina estigmak ez die buruko gaixoei bakarrik eragiten. Familiengan eta, zehazkiago, familiako zaintzaileengan ere ondorio negatiboak ikusten dira. Hauek, gaixotasunaren zaintzaileek eragindako estresa jasateaz gain, gizartetik datozen estigma eta debaluazioari ere aurre egiten diote, euren baitan auto-estigma bat sortuz, bere bizi-kalitatea murrizten duena (Baena & Navarro (tutor), 2018).

Bizi-itxaropena handitzeak aukerak ematen dizkio heldu nagusien sektoreari, eta, beraz, lehen ikusezina zen biztanleria segmentu horri erreparatu behar zaio. Hala ere, biztanleria orokorrean, 60 urtetik gorako sektoreak egoera jakin batzuk bizi ditu, eta horietara egokitu behar dira. Helduek arreta behar dutela eta bizi duten errealitatearekin bat datozen baldintzak eskatzen dituztela gaur egun zabaldua dagoen pentsamendua litzateke. Baina egunerokotasuneko elkarrekintzari dagokionez, talde horren esperientziak edo gainerako biztanleek nola hautematen dituzten bezalako galderak sektore horrekiko kezka dira. Zahartzarora hainbat ikuspuntutatik landu daitekeen gaia da; alde batetik, erretiroa hartzeko eskubideari buruzko arauak ematen dituzten erakundeetatik (adin soziala); bestetik, gorputzaren narriadura bizi duen pertsonatik (adin biologikoa eta kronologikoa), edo etapa hori bizitzen ari denari begiratzen dion gaiaren ikuspegitik (Arauz, 2014).

2.4. GIZARTE LANA OSASUN MENTALEAN

Osasun mentala pertsonen osasun integralaren parte da, eta bizi baldintzekin, garapen

afektibo, emozional, intelektual eta lan eremuan bat datozen aukerekin lotuta dago. Beraz, osasun mentalaren ikuspegia gaixotasun mentalarena eta haren tratamendu klinikoarena baino askoz zabalagoa da, eta osasun mentaleko gizarte lana taldeak errehabilitazioan eta gizarteratzean lan egiten du, osasunaren sustapena eta prebentzioa alde batera utzi gabe. Praktikan, osasun mentaleko gizarte langileak beste profesional batzuekin batera esku hartzen du (psikiatrak, psikologoak, erizainak, terapeuta okupazionalak...) diziplina desberdinak integratzen saiatuz arreta oso eta integral bat emateko (Trullenque & María, 2010).

Gizarte laneko profesionala erakundeak ahalbidetzen dizkion parametroen barruan beteko du bere rola. Eremu horretan, premia edo esakera espezifiko batzuk detektatzen dira, hala nola hezkuntza, elikadura, gizarte laguntza, ekonomia edo lana bezteak beste. Kasu gehienetan funtsezkoa da errehabilitazio sozialaren kontzeptua eta hori esku hartzean bermatzea. Egoera bakoitza kontuan hartzen duten lan babestuetarako sarbidea bermatzea, gizarteratzeko espazioak sustatzea, baliabideak eta sareak hurbiltzea. Beharrezkoa da haien eskubideen babesa eta defentsa bermatzea eta bai pertsonarekin eta bere familia edo inguruarekin lan egitea. Behar guzti horiek eta eskaera horiek ikuspegi komunitario bat behar dute esku hartzeko. Adibidez, pertsona horiek dituzten estigmatizazioaren aurka borrokatzeko mekanismoak ezarri eta indartu behar dira haien gizarteratzea sustatzeko (Benítez Valdez, 2021).

Gaixotasun mentala duten pertsonen ongizatea eta bizi kalitatea hobetzeko, gizarte langileak osasun mentala sustatzeko jarduerak egin behar ditu, komunitatearen barruan babes-faktoreak areagotuz:

- Gizarteratzea: haien komunitatean parte hartzeko trebetasunak eta baliabideak izatea, horrela haien gizarte sarea handitzeko aukera izan ahal daiteke haien integrazioa sustatzen. Estigmatizazioak eta aurreiritziak badaudela ere onartu behar dute profesionalak, eta beraiantzako moldatuta edo haiek seguru sentitzeko errekursoak eta espazioak badaude.
- Gizarte-trebetasunak: Gainerakoekin modu osasuntsu batean harremantzeko trebetasunak garatzea, hala nola, gatazkak konpontzea, aktiboki entzuten ikastea eta gainerako pertsonak ulertzen ikastea ere.
- Arazoak konpontzeko trebetasunak: Harreman osasuntsuak izatea oso garrantzitsua da gizarte sarea handitu ahal izateko.
- Gizarte sarea: profesional gisa, bakoitzaren beharretarako eta gaitasunetarako egokiak diren baliabide komunitarioak bilatzea, laguntza sarea zabaldu ahal izateko. (Navarro-

Lorenzo, 2014).

Funtzio gehienak lehen mailako arretako, gizarte zerbitzuekin, irabazi asmorik gabeko erakundeekin edo gaixotasun mentala dituzten pertsonetara bideratutako zerbitzuekin profesionalekin batera egingo dira, beti ere pazienteak dituen beharretara egokituta eta bere iritzia kontuan hartuta, profesional gisa egiten ditugun funtzio guztietan bere baimena izatea ere beharrezkoa da.

Pazientearen alderdi sozialak artatzean eta zaintzean datza: horien artean, lanera eta familiara egokitzea nabarmentzen da. Alderdi horiek oso maiz eragiten diote gaixotasun mentalari, eta eragina dute gaixotasun mentalaren bilakaeran. Adibide on bat izan liteke gaixoa berriz gaixotzen denean, bere krisian justifikaziorik gabe lana uzten duenean, baita hurbilen dituen senideei eraso egiten dienean. Pazienteak egokitzeko zailtasun txikiak ditu, eta horrek zaila egiten dio bere ingurunea jasatea. Gizarte langilearen eginkizuna da gaixoa eta haren giroa ahalik eta egokien egokitzea (Silva Cardona et al., 2015).

Gaixotasunaren arlo garrantzitsu bat da eremu familiarra eta gizarte lana ere, gizarte langileak eremu horretan esku hartuko du. Norbanako batek parte hartzen duen eta dituen laguntza sareen barruan, familia da, testuinguru kulturalaren eta historikoaren arabera eratzen den modu desberdinetan garrantzitsuena, edo, gutxienez, agerikoena pertsona gehienentzat. Laguntza sistema den aldetik, era askotako baliabideak eta zerbitzuak eskaintzen die pertsonari, hala nola gizarte konpainiari, laguntza emozionalari, gida kognitiboari eta aholkuei, gizarte-erregulazioari, laguntza materialari eta zerbitzuei, eta kontaktu berrietarako sarbidea. Hala ere, familia, aldi berean, segurtasunik ezaren iturri garrantzitsua izan daiteke, bai kanpoko tentsioengatik, bai barruko harremanengatik, eta horrek oso kaltetsua bihurtu daiteke gaixotasunaren krisietan (Gómez, 2009).

Familiaren funtzionaltasuna faktore erabakigarria da osasunaren edo gaixotasunaren garapenean. Familia-dinamikaren funtzionaltasun terminoak bost alderdi hartzen ditu barnean:

- Egokitzapenak azaltzen du familia barruko eta kanpoko baliabideak erabiltzeko gaitasuna, guztien ongia lortzeko eta elkarren laguntza premia garaian emateko, bai eta lagunen edo sare sozialen laguntza ere.
- Parte-hartzeak, familiako kideen arteko erantzukizunen banaketa deskribatzen du, hainbat gairi buruzko arazoak eta erabakiak solidarioki partekatuz (finantzak, zaintza

- medikoa eta arazo pertsonalak);
- Hazkundeak, familiako kideen heldutasun emozionalari eta fisikoari, autorealizazioari eta elkarrekiko laguntzaren bidez duten erreakzioari egiten die erreferentzia;
 - Afektuak, familiako kideen artean dagoen zaintzaren eta maitasun adierazpenaren, minaren eta haserrearen arteko harremana zehazten du (Casanova-Rodas et al., 2014).

Familiaren laguntza oso garrantzitsua da buruko nahasmendu larria duten gaixoengan, baina baliteke senide zaintzaileen gaitasun egotea. Gizarte langileak esku hartu ahal izango duen eremua izan daiteke, familia gatazkak, gizarte isolamendua eta bakardade sentimendua saihesteko eta, horrela, gaixotasunari aurre egiteko estrategiak hobetu ahal izateko, familia batasuna mantentzeko eta gaixoarentzako gune terapeutiko bat eratzeko. Familiaren ongizatea zuzenean lotuta dago pazientearen bilakaerarekin; izan ere, senideen bizi kalitatea hobetzeak pazientearen egoera hobetzea ekarriko luke, eta berdina beste modura, pazientearen bizi kalitatea hobetzean, familiaren egoera hobetzea ekarriko du. Gaur egun, hainbat jardura azpimarra daitezke profesional bezala, aholkularitza, gaixotasun mentalei buruz, eskubideei eta baliabideei buruzko informazioa... gaixoen eta haien familia ingurunearen bizi kalitatea hobetzeko (García Fernández, 2012).

2.5. OSASUN MENTALA ETA ALDAGAI SOZIALAK

Badaude osasuna definitzen dituzten hainbat faktore. Gizarte faktoreei buruz hitz egiten dugunean generoa, etnia, klase soziala, bizilekua edo adinari egien diogu erreferentzia. Testuinguru soziala eta ekonomikoak rol nagusi bat betetzen du pertsonen osasun egoeran, nahiz eta faktore bitartekarien bidez egiten duen. Adibidez, pertsona talde baten estatus sozioekonomikoa neurtzen denean eta osasun arazoan agerpena ebaluatzean jarraipena egiten denean, gaixotasunak maila baxuetan dauden pertsonetan agertzen da gehien. Kausa sozial horiek zeharka jarduten dute, gizartean modu desberdinean banatzen diren bitarteko determinatzaile espezifiko bidez. Osasunean ere faktore biologikoak, sozialak edo psikologikoak faktore gisa identifikatu behar dira (Álvarez Castaño, 2009).

Hainbat ikerketak lotura positiboa hautematen dituzte zahartze kognitiboari eta hazkuntza mailaren artean, eskolatzaren kalitateak eta iraupenak eragin zuzena dutela funtzionamendu globalei eta erreserba kognitiboan. Meléndez Moraleen arabera berak egindako azterlan baten arabera, adin handieneko eta eskolatzeko urte gutxiagoko subjektuek arrisku handiagoa dute hondatze kognitibo diagnostikorako inklusio irizpideak betetzeko. Horrez gain, eskolatzeko

Gizarte sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragin soziala

urteek korrelazio bat dute pertsona batek garatzen duen lan jarduera motarekin eta ere kontuan hartzen da hondatze kognitiboa agertzerako orduan. Funtzionamendu kognitiboarekin lotuta aztertu den beste aldagai batzuk arlo sozialean, aisialdi denbora da. Bizimodu aktibo bat izateak, bai jarduera kognitiboak (irakurri, margotu edo idatzi), jarduera fisikoak (kirolen bat egin) eta jarduera sozialak (talde baten parte izan, komunitatean parte hartzeko aukera), erregulartasunez praktikatuta narriadura kognitiboa atzeratzeko aukera dute (Cancino & Rehbein, 2016).

Osasunaren gizarte-baldintzatzaileek, osasun-sistemaz gain, pertsonak jai, hazi, bizi, lan egin eta zahartzen diren inguruabarrak hartzen dituzte barnean, eta osasun-arloko desberdintasun asko azaltzen dituzte. Osasunaren determinatzaile sozialak zaintzeko sistemak osasunaren ikuspegi integrala eta soziala eskatzen du.

Adineko helduek laguntza konexio sozialak eta gertuko harreman pertsonalak baliatzen dituzte, baina harreman pertsonalen hausturaren eta bakardadearen ondorioz sufritzen dute. Osasun mentala eta biztanleriaren ongizatea gero eta garrantzi handiagoa hartzen ari dira osasunaren, ikaskuntzaren, produktibitatearen eta gizarteratzearen iturri nagusi gisa. Adinekoen bizi kalitatea, hein batean, osasunari buruz duten pertzepzioaren araberakoa da. Askotarikoak dira denboran zehar hedatu diren faktoreak, biztanleria-talde horren osasun mentalari eta bizitzaren gogobetetzeari buruzkoak; horien artean dago autopertzepzioa, adinekoaren osasun-egoera ezagutzeko adierazle erabilgarri eta egokia bihurtu dena (Zambrano Calozuma & Estrada Cherres, 2020).

Pertsona horien egokitasunik eza jarduerarik ezak eta kontaktu sozialen galerak eragiten dute. Zahartzaroarekin batera, ezinbestean, galera fisikoak eta mentalak gertatzen dira, bai eta gabezia ekonomikoak, afektiboak eta lagunartekoak ere, eta horrek eragina du helduaren bizi-kalitatean. Osasun mentalaren autopertzepzioa ekarpen garrantzitsua da haien osasun egoeran; bizi-kalitateak, beraz, alderdi fisikoak, afektiboak eta sozialak hartzen ditu barnean (Zambrano Calozuma & Estrada Cherres, 2020).

Badaude helduetan osasun mental arloan ematen diren gaixotasun mota asko. Depresioa, eskizofrenia edo trastorno afektiboak errepikatzen dira gehienetan. Orain, depresioa definituko da, horrela analisisian aztertu diren kontzeptu batzuk hobetu ulertu ahal izateko.

2.5.1. Depresioa

Depresioa agertzearen ondorioak asko dira. Osasuna baldintzatzen duten faktoreak azaldu ditugun bezala, osasun mentalean berdina da. Ez dago faktore bat bakarrik gaixotasuna agertzen laguntzen duena, baizik eta hainbat faktore dira hori sortzen duena.

Depresioaren eta gizarte-babesik ezaren arteko lotura aspaldi deskribatu da. Tradizionalki, gizarte-babesak sare sozialaren tamaina eta osaera, gizarte-kontaktuen maiztasuna eta gogobetetzea eta babes emozional eta instrumentala hartzen ditu kontuan. Beraz, badirudi sare sozial ahul bat depresioaren bilakaeraren pronostiko okerragoarekin lotzen dela, batez ere gizonen kasuan, eta litekeena da depresio horrek heldu nagusiaren aldetik konpromiso sozial txikiagoa bultzatzea.

Depresioa hirugarren adinekoengan konplexutasun handiena duen buru-nahasmenduetako bat da. Hainbat faktorek laguntzen dute horretan; besteak beste, funtzio kognitiboen murrizketa eta bizi-gertaera kaltegarrien presentzia nabarmentzen dira. Aldi berean, bizitzako azken etapan sufrimendu emozionalaren kausarik ohikoena izan ohi da. Adineko pertsonengan depresioa ezkutatzea kexa somatikoak, mina edo antsietatea egoteagatik gertatzen da, eta ñabardura hipokondriakoa nabarmenagoa da. Egoera depresiboaren gain ere ohikoagoak dira erruaren, jazarpenaren eta ukazioaren edukiak. Tristura-sentimendua bera helduarokoa baino intentsitate txikiagokoa izaten da, eta haren egoera afektiboa antsietate-kopuru handiagoarekin kutsatzen da (Aguilar-Navarro & Ávila-Funesa, 2007).

Distimiari buruzko informazioa garrantzitsua da ere aipatzea. Depresioarekin alderatuta, distimiak denbora faktore garrantzitsua eskatzen du, bi urte baino gehiagoko depresio diagnostikoa. Diagnostiko hau duten pazienteek, beren eboluzioan zehar, depresio gertakari eta fase handiagoak izan ditzakete eta hau “depresio bikoitza” deritza. Sintoma ohikoena gaixotasun honetan gogo aldarte deprimetua izatea da eta etengabe agertzen dena (Florido et al., 2023).

2.6. BIZI KALITATEA ETA GAIXOTASUNA

Aktiboetan oinarritutako osasunaren sustapena bereziki baliotsua da gizartean botere gutxien duten pertsona taldeentzat, hala nola gaixotasun mental larria diagnostikatutakoentzat, estigmak eta norberaren bizitzari buruzko erabakitzeko ahalmenik ezak eragiten dietenak, osasunean eta bizi kalitatean eragin negatiboa dutenak. Pertsona

Gizarte sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragin soziala

horientzat harreman pertsonal iraunkorrek onuragarriak dira, konfiantzan eta botere berdintasunean elkarreaginean oinarrituta (del Cura Bilbao & Sandín Vázquez, 2022).

Bizi kalitatearen bi eredu daude. Batek gizabanakoaren gogobetetzean oinarritutako neurriak erabiltzen ditu, besteak beste, harremanak, familia, jolas jarduera eta osasuna adibidez (Argermeyer eta Katsching, 1997). Pertsonak berak ongizate globalaren eta bizitzarekiko gogobetetzearen sentimenduari buruz duen pertzepzio subjektiboa da. Beste ikuspegia neurri zabaletan oinarritzen da, besteak beste, funtzionamendua, diru-sarrerak, enplegua, bizitegi-estatusa eta abar. Subjektuaren funtzionamenduaren eta egokitzapenaren alderdi objektiboak hartzen dira kontuan bizi eremu guztietan. Oro har, akordio baten arabera, bizi-kalitateak pertsonaren ongizatea islatu behar du, bai haren kontsiderazio objektiboan, bai subjektiboan. Bestalde, gaixotasun mental larria duten pertsonak tamaina txikiko gizarte sareak izaten ohi dituzte, eta gizarte laguntza familiaren eremura mugatuta egon ohi da. Horregatik, arlo horretan esku hartzeaz gain, garrantzitsua da programen bidez laguntza espezifikoa zuzenean ematea, batez ere sare sozial txikiak eta ez oso anitzak dituzten inguruneetan bizi diren pertsoneri (Navarro Bayón et al., 2008).

Beharrezkoa da autozainketaren garrantzia azpimarratzea, buruko gaixotasuna duten pertsonen arreta, beste kolektibo batzuetan baino gehiago, batez ere gaixotasunaren kontrolean zentratu baita. Orem-en arabera, nor bere burua zaintzea da pertsonen beren denboraren arabera eta beren kabuz egiten dituzten jarduerak, bizitzen jarraitzeko, osasuna mantentzeko, garapen pertsonala luzatzeko eta ongizateari eusteko. Gure ustez, autozainketa sustatzeak ezagutza bereganatzea eta laguntza instrumentala ematea eskatzen du, ingurunera egokitzea errazteko tekniken eta teknologiaren proportzioaren bidez (Cruz Ortiz et al., 2011). Hainbat kontzeptu garrantzitsuak aipatu behar dira:

- Bizi baldintzak

Ikuspegi horretatik, bizi baldintza pertsona batengan objektiboki neur daitezkeen bizi baldintzen puntuazioen baturaren baliokidea da, hala nola osasun fisikoa, bizi baldintzak, gizarte-harremanak, jarduera funtzionalak edo okupazioa. Definizio mota horri esker, pertsona bat beste batekin alderatu ahal izango litzateke adierazle objektibo hutsetatik; hala ere, badirudi adierazle horiek bizi baldintza baino kopuru gehiago adierazten dutela (Hollanflsworth, 1988).

Mota honetako definizioek hainbat arazo dakarte. Alde batetik, ez dago bizi baldintzak on edo egoki baten parametro unibertsalik, ebaluatzeko erabiltzen diren estandarrak desberdinak

baitira gizabanakoen eta gizartearen arabera. Bestalde, eta Edgertonek (1990) aipatzen duen bezala, independentzia egongo litzateke bizi baldintzen eta ongizate gertaera subjektiboen artean, bizi baldintza objektiboek azaldutako bariantza kopuruari buruzko azterketek eta diru-sarrerara handienak dituzten herrialdeek nahitaez bizi baldintza maila handienak ez dituztela egiaztatzen duten etengabeko egiaztapenek erakusten duten bezala, hori herritarrek beraiek ebaluatzen dutenean. Gainera, ongizate globala baliabide propioen mende ez ezik, ongizate pertsonala oparoa den giro soziopolitikoaren mende ere egongo litzateke (Shen & Lai, 1998). Lefleyren ustez (1998), bizi baldintza esanahi kultural, ekonomiko, sozial eta politikoaren kontzeptu inbutua da. O'Boylek (1994) planteatzen du ebaluazio objektiboak onartzen duela osasuna, ingurune fisikoa, diru sarrerak, etxebizitza eta beste adierazle behagarri eta kuantifikagarri batzuk bizi baldintzen neurketa baliodunak direla eta estandarrak direla; hala ere, irizpide objektibo horien eta hautemandako bizi baldintzen arteko lotura konplexua eta aurreikusten zaila izango litzateke (Urzúa M & Caqueo-Urizar, 2012).

- Gogobetetze pertsonala

Esparru horretan, bizitzarekiko gogobetetzea, gogobetetze pertsonalaren sinonimotzat hartzen da. Horrela, bizitza poztasunaren batura litzateke bizitzaren eremu ezberdinetan. Definizio mota horren kontrakoak ere badira; izan ere, ongizate subjektiboari interes gune nagusia ematean eta kanpoko bizi baldintzak alde batera uztean, norbanako bat da, bere testuinguru ekonomikotik, sozialetik, kulturaletik, politikotik edo bere osasun egoeratik abstraitzeko gai dena, adibidez, gogobetetze pertsonala lortzeko. Hala eta guztiz ere, gogobetetzea banakako ebaluazio bat dela onartzen den arren, non erreferentzia esparrua pertsonala den, ezin da ahaztu ebaluazio hori egoera jakin batean dagoen pertsona baten esperientziak eta iritziak eragiten diotela. Horri dagokionez, Jenkinsek (1992) planteatzen du gaixotasun mentala duten pazienteen erantzunak idealki isla dezaketela haien egungo egoera fisikoa, psikologikoa eta soziala, eta erantzun horiek igurikimen indibidualek, desio pertsonalek edo egoera mentalak neur ditzaketela. Ebaluazio horretan, ohiko akatsak sor daitezke, pertzepzio distortsioak, ilusioak eta aurreiritzitako erantzunak direla eta, nork bere burua babesteko metodologiak erabiltzeko mugak direla eta. Jenkinsek ondorioztatu du gogobetetze pertsonalaren ebaluazioa fenomeno behagarri edo deskriptibo espezifikoetan oinarritu behar dela, eta kontuz ibili behar dela haztapen pertsonalen erabilerarekin; izan ere, medikazioak, funtzionamendu kognitiboak edo emozionalak eta bizitza hobetzeko motibazioek aurrez epaitu ditzakete. Pazienteak bere bizitzako eremuetan defizita duela eta aldatzeko motibazioa duela aitortu ezean, gogobetetze pertsonal handia izango du (Urzúa M & Caqueo-Urizar, 2012).

2.7. FAMILIA, ZAINTZA, GAIXOTASUNA ETA GIZARTE LANEKO ESKU HARTZEAK

Familiako zaintzailea egunero gaixoa zaintzeaz arduratzen den senitartekoa eta/edo hurbila da, trukean konpentsazio ekonomikorik jaso gabe, eta familiako eta/edo laneko beste zeregin batzuez arduratzen da. Zaintzaile formalek edo profesionalek zuzenean zaintzen dute, prestazio ekonomiko jakin baten truke. Buruko gaixotasun larriak dituzten pertsonak emakume batek zaintzen ditu, batez ere gaixoaren amak, eta, neurri txikiagoan, emazteak edo alabak. Gainera, emakume zaintzaile horiek ez dute inolako prestazio ekonomikorik jasotzen lan horrengatik.

Familian gaixotasun mentala duen pertsona bat egoteak familiako kide guztiak ezegonkortzen ditu. Pertsona horiek zaintzea lan konplexua da, eta ahalik eta arreta onena emateko asmoz, askotan, zaintzaile nagusiak bere osasuna alde batera uzten du. Gainkarga hori agertzen da zaintzaren ondoriozko etengabeko estresak eragindako higadura fisiko edo psikologikoa oso kuota handietara iristen denean, eta, azkenik, egoera horren gaineko kontrola galtzen delako sentazioa sortzen denean. Gainkargak arazoak eragiten dizkie zaintzaileei osasun mentalean eta fisikoan, ekonomian, lanean eta familia eta gizarte harremanetan. Hori guztia, gainera, askotan gertatzen da zaintzaileak egoera horiei aurre egiteko informaziorik eta/edo prestakuntzarik ez duen testuinguru batean (Piñeiro et al., 2017).

Egoera horretan, familiak arduratu behar dira gaixoa zaintzeaz eta laguntzeaz, eta hainbat egoerari egin behar diete aurre. Egoera horiek gainkarga eragiten diete beren kideei, eta ondoez eta sufrimendu sentimenduak izaten dituzte maiz. Gaur egun, buru nahaste larria duen pazientearen familiak parte hartzen duen interbentzio gehienen helburu nagusia errehabilitazioa eta gaixoaren berrerortzea prebenitzea da, eta ez daude hain zentratuta osasuna bultzatzean edo familiako gainerako kideen parte hartzea sustatzean. Horrek esan nahi du ez direla jabetzen pazientearekin bizi diren senideek jasaten duten inpaktuaz (Martín Padilla et al., 2018).

Zaintzailearen lan gainkargak aldaketak eragiten ditu familia harremanetan, lanean, ekonomian, aisialdian, osasun egoeran eta aldarlean. Egoera hori maiz gertatzen denean, eguneroko borroka bihur daiteke heldu nagusiaren gaixotasunaren aurka, pertsonaren erreserba psikofisikoak agor ditzaketen zeregin monotono eta errepikakorrek direla eta, helduaroarekiko jarrera eta sentimendu negatiboak garatzera eramanez. Lanaren gainkargak ondorio fisiko eta mentalak eragin diezazkioke zaintzaileari. Ondorio horiek oharkabean

pasatzen dira heldu nagusia zaintzeko arduragatik, zaintzailearen osasuna eta zaintzeko beharra alde batera utzita (Silva Fhon et al., 2016).

Hala ere, zaintzailearen rolaren ondorio positibo batzuk ere deskribatu dira, hala nola gogobetetasuna eta maisutasuna, eta baita bizitza luzeagoa izatea. Gogobetetzea plazer sentimenduei dagokie, laguntzeagatik eta zainduari lotuta sentitzeagatik gozatzeari, eta maisutasuna, berriz, zaintzaileak bere buruarengan duen konfiantzari eta kalitatezko asistentzia eskaintzeko duen gaitasunari.

Egoera horietan, gizarte laguntza ere garrantzitsua da, hala nola laguntza emozionala, enpatiak, zaintzak, maitasunak, konfiantzak osatzen baitute, eta badirudi garrantzitsuena dela. Laguntza instrumentala behar duen norbaiti laguntzea izango litzateke, lan bat amaitzen laguntzea ere (Pérez Peñaranda et al., 2009).

Emakumeek gizonek baino ginkarga handiagoa dute, bai eta osasun psikiko eta fisikoan eragin handiagoa, eta orain arte ez dago ondo ezarrita osasunaren gaineko eraginean dauden aldeak azaltzen dituen mekanismoa. Gaixo mentalen zainketen ondoriozko karga identifikatzea zerbitzu psikiatriko komunitarioen ikerketaren zati integrala da oraindik ere (Montero et al., 2004).

Zaintza informala honela definitu da: familiak, lagunek, bizilagunek edo beste pertsona batzuek mundu pribatu batean etxe barruan zaharrei, gaixoei eta mendekoei ematen dizkieten zainketak; harreman afektiboetan, ahaidetasunean, "familia arazoetan" eta "generoan" oinarritzen dira, eta ezaugarri horiek gizartearen ikusgarritasunean dute eragina. Beraz, ez da onartzen merkatuan preziorik ez duen lan ordaindu gisa, balio gabeziarekin nahasten baita, denbora-muga ezagunik gabe. Emakumearen ekarpen ekonomikoa gutxietsi egin da. Kontzientzia kolektibo kulturalak ezartzen du "zaintza" amatasunezkoa den zerbaitekin lotuta dagoela, eta ugalketa rolaekin lotzen du. Beraz, naturalizat hartzen da; genero femeninoaren ikusezintasun horrek zaildu egiten du zaintza informalean eta paradigma berri bateranzko aldaketan. Emakume eta gizonen arteko zaintzaileen banaketan eta zaintzan genero femeninoaren presentzian dagoen karga bereizia egitate bat da, baina horrek ez du esan nahi zaintza eskusiboki emakumeek egiten dutenik. Emakumeak bere gain hartzen du zaintza konpromiso moral, natural gisa, afektuak markatuta, sozialki kostu altu bati lotuta, erantzukizun gisa definituta, ezarritako zeregin gisa, baloratu eta ordaindu gabeko betebeharrak zehagarri gisa. Genero maskulinoan, berriz, zaintza aukera bat da. Zeregin horien garapenari

Gizarte sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragin soziala

eta horrek berekin dakarren genero joerari buruzko balorazio sozial desberdina dagoela nabarmentzen du horrek; hala eta guztiz ere, eta osasun sistemaren barruan genero femeninoaren ekarpen baliotsuari dagokionez, mendeko gaixoaren eta osasun sistemen arteko bitartekaritza funtzioa betetzea ikusezinak dira, eta zaintza horiek bere gain hartzen ez direnean baino ez dira ageriko egiten (Vaquiro Rodríguez & Stiepovich Bertoni, 2010).

Sare informaleko zaintza lana ematen duten pertsonen eskuragarritasuna funtsezkoa da produktibitatea eta ugalketa erantzukizunak uztartzeko aukera zaintzaile gehienentzat. Etxetatik kanpo lan egiten duten zaintzaileentzat oso garrantzitsua da bigarren mailako beste zaintzaile batzuen laguntza, normalean familiako beste emakumeen laguntza, bere zeregin hori bete ahal izateko (García-Calvente et al., 2004).

3. METODOLOGIA

Ikerketa aurrera eramateko, hainbat elkarrizketak egingo dira. Haien bitartez, gizarte sareak duten garrantzia aurkeztuko dira eta horrekin batera gaixotasun mentala dituzten pertsonetan gertatzen diren ondorio sozialak aurkeztuko dira. Metodologia kualitatiboak elkarrizketatzen dugu pertsonen diskurtsoa entzuteko gaitasuna ematen du eta pertsona bakoitza gaixotasunarekin izan duen bizipen pertsonala garrantzitsua da entzutea. Gainera, oso zaila da metodologia kuantitatiboarekin adibidez bizi kalitatea edo gizarte mendekotasuna neurtzen dituen baremo edo zenbakiak ezartzea besteak beste. Garrantzitsua da pertsona horiek haien bizipenak adierazteko tarte eta espazioa ematea eta ere elkarrizketan garatu daitezkeen sentimenduak ikusi eta behatu ahal izango baitugu.

Guztira zortzi elkarrizketa egin dira. Bi elkarrizketa egin zaizkie bi gizarte langileri, kasu honetan San Francisco Javierren dagoen eguneko ospitale psikogeriatrikoko gizarte langileari eta Nafarroako eguneko ospitale psikiatrikoko gizarte langileari. Beste bost elkarrizketak zentro horietara trastorno mental larriko diagnostikoa duten pertsoneri egin zaizkie. Ahalegina egin da diagnostikoa desberdina izatea elkarrizketatutako pertsonak eta gaixotasunaren bilakaera desberdina izatea ere. Nire tutoreekin hitz egin dut ea ze pertsonak elkarrizketatu, bai bere diagnostikoa eta bere historikoa kontuan hartuta.

Ospitale psikogeriatrikoan, diagnostiko desberdina duten emakumeak hartu ditugu eta ere bizitza historikoak oso desberdinak dituzten pertsonak. Kasu honetan, errekurtsua 60 urte baino gehiagoko pertsoneri zuzenduta dagoenez, elkarrizketatutako pertsonen adina antzekoa da. Eguneko ospitale psikiatrikoko kasuan, nik hasieratik ezagutu izan ditudan pertsonak erabaki ditugu (ospitalera heldu ziren lehenengo egunean ezagutu nituen). Kasu honetan, bakoitza adin desberdina dauka, beste perspektibak ikusi ahal izateko.

Hainbat kide familiarrekin elkarrizketa egitea nuen buruan. Benetan lehenengo pertsonan ezagutzeko beraiek izan ahal duten karga. Gainera, beraiek dira pertsona hauen zaintzaile nagusienak normalean eta oso garrantzitsua da niretzat ezagutzea. Hau egitea ezin izan dut egin. Eguneko ospitale psikiatrikoaren kasuan, ez dutelako zentrotik ia jarraibide familiarrik egiten. Gizarte langileak bakarrik familiarekin lehenengo egunean egoten da baina normalean ez dute familiarekin eskua hartzen. Eguneko ospitale psikogeriatrikoan, familiarekin esku hartze gehiago egiten dute, baina nire tutoreekin hitz egin ondoren erabaki genuen ez zela ideia ona, beraiekin erlazio gutxi nuelako eta bakarrik pazienteei egitea erabaki genuen.

Gizarte sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragin soziala

Horregatik, beraien bitartez hau ikertuko dut gai hau galderen bitartez.

Elkarrizketak horrela izatea erabaki da, horrela gaixotasunaren ikuspegi desberdina izango delako. Gizarte langileei egindako elkarrizketetan, osasunaren gizarte baldintzatzaileak eta pertsonen ongizateari nola eragiten dioten aztertuko da, baita pertsona horien esku hartze soziala.

Uste dut garrantzitsua dela gaixotasun mentala duten pertsonen diskurtsoa aurkeztea eta entzutea, gaixotasuna bizi dutelako urteetan zehar eta beraiak badakitelako benetan bizi izan dituzten ondorioak. Elkarrizketetan, gaixotasunari buruzko galderak egongo dira eta horrekin batera, bakoitzaren egoera sozialari buruzko analisisa. Nola urteetan zehar haien egoera aldatu den ala ez, gizarte sarea zein den edo nola egoera familiarra haien ongizatean ze ondorio dituen adibidez. Hurrengo taula elkarrizketatu diren perfilak aurkezten ditu. Izena eta adina aldatuak izan dira datu errealekin konparatuta baina diagnostikoa eta ze ospitale mota dauden datuak egiazkoak dira.

1.taula.

Elkarrizketatu diren pertsonen datuak.

IZENA	ADINA	DIAGNOSTIKOA	ZENTROA
Sara	50	"Trastorno esquizoafectivo tipo mixto" "Síndrome de dependencia de sedantes e hipnóticos"	Ospitale psikiatrikoa
Antonio	65	"Trastorno depresivo recurrente"	Ospitale psikiatrikoa
Alfonso	51	"Trastorno esquizotípico" "Consumo de cocaína y alcohol en el pasado"	Ospitale psikiatrikoa
Blanca	74	"Trastorno del humor" "Trastorno mixto y de personalidad" "Consumo perjudicial de alcohol"	Ospitale psikogeriatrikoa
Adriana	77	"Trastorno bipolar"	Ospitale psikogeriatrikoa
Gonzalo	56	"Trastorno anancástico de la	Ospitale psikiatrikoa

		personalidad” “Trastorno mixto ansioso depresivo”	
Alba	40		Ospitale psikogeriatrikoko gizarte langilea

Blanca eta Adrianaren kasuan, ospitale psikogeriatrikora bueltatu nintzen bertan hilabete batez egon gabe. Bertan praktiketara egon nintzenean Blancarekin oso erlazio ona neukan, konfiantzazkoa, horregatik nire tutorearekin bera erabaki genuen elkarrizketarako.

Blancaren kasuan eta psikiatrarekin hitz egiten elkarrizketa aurretik, dementsia sintomak ikusten ari zirela azaldu dit, horrek agian elkarrizketa egiterako orduan zailtasun bat bihurtu ahal zelako. Adriana berriz, bizitza istorio zail bat ere izan duen emakumea da. Elkarrizketan kontatzen du bere gaixotasunarekin izan duen bilakaera.

Alfonso, eguneko ospitale psikiatrikoan dagoen gizona da. Bere aita eskizofrenia zuen gizona izan zen eta txikitatik Alfonso aita papera egin izan zuen bere ahizpa eta bere aita zaintzen. Gizon batek bere historia pertsonal konplexua partekatzen du, bere aitaren eskizofreniaren aurkako borroka, bere osasun mentaleko arazoak, depresioak eta drogekiko mendekotasuna barne.

Sararen kasuan, gaixotasunaren egoera oso zail batean iritsi zen baliabidera, sintoma psikotiko eta eldarnio askorekin. Medikazioaren doikuntzarekin hobetzeko prozesuan dago. Sara, elkarrizketa osoan zehar jarrera aldarrikatzaile bat izan zuen, berarentzat garrantzitsuak ziren gauzak azaltzen eta adierazten zituenean.

Antonio 61 urteko gizon bat da eguneko ospitalean bigarren aldiz egoten dena, eta une zailak bizi izan ditu lana galdu eta isolamenduari aurre egin ostean.

Gonzalok, nortasun alai eta langilea duen pertsona batek, pentsamendu autolitikoek markatutako etapa gogor bati aurre egin behar dio, haurtzaroko traumen ondorioz. Elkarrizketaren egunean, jarduera ondoren oso gaizki etorri zen Gonzalo. Beste egun batean elkarrizketa egiteko proposamena egin nion baina egun hartan egitea erabaki zuen.

4. EMAITZEN ANALISIA

Behin elkarrizketak eginda eta hainbat galdera eginez, elkarrizketatutako pertsonak dituzten laguntzak eta sostenguak aztertu ahal izan dira, baita gaixotasun mentalaren prozesuan harremanak izateko duten gaitasuna ere. Horretaz gain, gaixotasunaren aro akutuetan eta alderdi guztietan ongizate sozialean nola eragin duten ere aztertzen da, ikuspegi sozial batetik aztertzen baitira. Hainbat atal finkatuko dira analisisa egiteko, lehenengo familia barruan dauden sostenguen analisisa, ondoren familia kanpoan daudenak. Jarraitzeko, ikusiko dira gaur egun gaixotasunaren ondorio sozialak, isolamendu soziala edo estigma adibidez.

4.1. FAMILIA BARRUAN DAUDEN SOSTENGUAK

4.1.1. *Emaztearen eta senarraren sostengua*

Gonzalo eta Antonio, beren familiaren barruan beren emaztea funtsezko laguntza dela esaten dutela ikusiko dugu. Emakumeak arduratzen dira haietaz, eta funtsezko laguntza gisa hartzen dute, ulertu eta entzun egiten baitute. Gaixotasun-prozesuan laguntzeaz gain, haiek behar duten babes emozionala ematen diete. Gainera, beraiek izan dira Antonioren eta Gonzaloren prozesu osoa ikusi duten pertsonak eta hobeto uler diezaieketenak:

"Pues, porque mi mujer siempre está conmigo, siempre me anima, se preocupa por mí, es mi mejor amiga, si tengo algún problema lo hablo con ella, se encarga de nuestras hijas al doscientos por cien. Cuando tengo un problema, acudo a mi esposa. (Gonzalo, 56)"

"Mis apoyos, mi mujer, que está siempre ahí. Es todo. (Antonio, 65)"

Gero, Gonzalo eta Antonio bizitza kentzeko saiakerak izan dituzte gaixotasunaren ondorioz. Aipatutako sostengu horiek beraientzat izan ziren bizitzarekin jarraitzeko arrazoi nagusienetako bat. Hori oso garrantzitsua dela ikusten dugu; izan ere, emakumeak dira bizia ez kentzeko arrazoietakoa bat, eta, beraz, gaixotasun-prozesuarekin eta gaitasun emozionalarekin ematen dieten laguntza ezinbestekoa da haientzat. Gainera, Gonzalo kontatzen du nola bere emaztea da egunero aktibatzen duen pertsona, azkenean bere kontakizunean dio nola gaixotasuna aktibatzeko eta egunero jaikitzeko oztopo bat izaten den. Atal horretan ere laguntza bat dela adierazten du:

"Me ayuda, es lo que me ayuda a levantarme todos los días, si no, no lo haría, si no, ya me habría quitado la vida muchísimo antes. No habría dudado tanto. (Gonzalo, 56)"

“ Es todo. Al final es que, si me hubiera pillado por ejemplo solo, no sé qué habría hecho. (Antonio, 65)”

Gaixotasun prozesuaz hitz egiten dugunean, argi dago prozesuak motelak direla eta ez linealak, hau da, errekupeziarako hainbeste urrats egon daitezkeela, baina baita atzera pausoak ere. Bien ustez, bere emaztea egon da errekupeziarako eman dituzten pauso ezberdin horietan. Oso garrantzitsua da haien laguntza hori izatea, ingurune seguru batean sentitzen direlako, hainbat arrazoiengatik lehenago egin ezin diren ekintza horiek egin ahal izateko. Gonzaloren kasuan, asko kostatu zaio gizarteratzea edo jende askoko ingurune batean egotea. Emaztearekin, adibidez, supermerkatuara joateko aukera izan du. Eta Antonioren kasuan, izan zuen gaixotasunaren atal bat non etxean gelditzen zen eta bere emaztearekin kalera ateratzen hasi zen gutxinaka, lehenengo paseo bat ematen eta gero adibidez erosketak egitera joatea lortu zuen, emaztea berarekin egon da errekupeziarako urrats desberdinak egiteko orduan:

“Yo sí, de hecho, ir a comprar al supermercado es una, vamos, una odisea. O sea, y me obligo a ir Sí. Porque tengo que salir de esto alguna vez (Gonzalo, 56)”

“Ella has estado al alado mía dando pasos, los pasos que ha dado ella los ha dado conmigo. Entonces, pues, el apoyo es grande. (Antonio, 65)”

Gaixotasuna prozesuan haiekin egon diren pertsonak direnez, garrantzitsua da haiek nola sentitzen diren jakitea. Beraien esaten duten bezala, ikusten da nola Gonzaloren kasuan adibidez, bere emazteak bere prozesua presioarekin eta ardurarekin bizitzen duela. Ez da batere erraza izan behar haien laguntza senarrak nola sufritzen duen ikustea eta gaixotasun-prozesua bere gorabeherekin bizitzea. Antonioren kasuan, bere emaztea ere depresioarekin dago, osasun mental zentzura joaten den emakumea da kontsulta anbulatorioak jasotzera. Hori, Antonioren gaixotasunaren ondorio izan daiteke ere:

“Ane: Vale, ¿y cómo crees que ha vivido tu familia lo que te pasaba a ti?

Fatal. Mi mujer con mucha presión, mucha preocupación. (Gonzalo, 56)”

“Eso que ella también está pasando mal, también. (Antonio, 65)”

Gonzalo beti emaztearekin dago, horrek, berari gauzak egiteko orduan laguntza bat da, aktibo egoteko modua da berarentzat. Bera bakarrik dagoenean da momentua non pentsamendu intrusibo horiek agertzen diren, horregatik bere emaztearekin egoteak

Gizarte sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragin soziala

pentsamendu horiek desagertzeko modu bat izan daiteke:

“Quitando el tiempo que estoy aquí y en el gimnasio, estoy siempre con mi mujer. Vamos a comprar juntos, vamos a casa de su mamá, cuando está cocinando y hace las tareas de casa, estamos juntos, hacemos las tareas conjuntas, nunca estoy solo, o sea... (Gonzalo, 56)”

Garrantzitsua da ulermenaren gaia nabarmentzea. Izan ere, pertsona horiek ulertzeko ulermen bat behar dute, egoera zailetatik sufri dezaketelako, bai egoera horiek bai gaixotasuna bera bezala. Halaber, Gonzalo eta Antonio emaztearen konpresio hori dutenez, eroso sentitzen dira gertatzen zaiena hitzez adierazi ahal izateko garaian, askotan zaila izaten baita haientzat. Alderdi horretan oso ulertuak sentitzen dira:

“Ane: O sea, que sientes mucha comprensión, ¿no? Por su parte.

Sí, sí, muchísima, más de la que merezco. (Gonzalo, 56)

“Ane: ¿Y te sientes comprendido por ellos? O sea, ellos comprenden lo que te pasa. ¿Puedes hablar de la enfermedad con ellos?

Sí. Y bueno, pues hoy le cuentas, pues he hecho esto, he hecho esto. O ha venido uno nuevo. Sí, sí lo hablas. ¿Sí? ¿Para qué lo vas a esconder? (Antonio, 65)”

Azken batean, eta elkarrizketatuei buruz esan ditudan hitz desberdinekin justifikatu eta ikusi ahal izan dugunez, oso modu positiboan baloratzen dute emazteak ematen dien babesa. Izan ere, gaixotasunaz eta bere prozesuaz hainbeste hitz egin ahal izateko ulertuak sentitzen diren pertsona izateaz gain, sendatzeko bidean egiten dituzten urrats txiki horiekin laguntzen dieten pertsonak ere badira. Arlo sozialean, kasu honetan ikusten dugu Antonio pixka bat behartzen duela etxetik paseatzera edo irteteko atera ohi den lagunarekin geratzeko. Horretaz guztiaz gain, entzuteko eta kezkatzeko laguntza emozionala ematen diete.

Aurkeztu egin diren elkarrizketetan emaztearen sostengu positiboa aurkeztu egin da. Baina, kasu honetan Blancaren senarraren kasuan guztiz kontrakoa da. Blanca 74 urteko emakumea da herri batean bizi dena. Bere senarrarekin mendekotasun erlazio bat sumatu daiteke eta ekonomikoki beraren pentsioaren mendekotasun ekonomikoa dauka. Blancaren kasuan, bere senarra ez du ulertzen ez Blanca ez gaixotasuna:

“Lo que no, el apoyo que no tengo es mi marido, que no que no le ha entendido nunca

la enfermedad, ni la quiere entender ni le importa, ¿me entiendes? Porque mira que eso lo hemos explicado y se lo he dicho, y que cuando una persona tiene depresión no es esa misma persona, es otra persona. Porque no no eres tú, no es no eres tú, es otra persona la que la que está ahí, ¿me entiendes? Sí. Y no es tu tía. (Blanca, 74)”

Hemen, ikus dezakegu ez duela senarraren laguntza edo ulermenik. Horren ondorioz, ez du ulertzen bere gaixotasun prozesua. Senarraren ulermen hori ez sentitzeak bakarrik eta ulertu gabe sentiarazten dio Blancari, eta, horren ondorioz, seme alaben eta biloben babesa bilatzen du. Gainera, ekonomikoki bere diru sarreren eta garraioaren mende dago, herritik ez baitu Iruñera etortzeko modurik. Horrek, Blancaren isolamendu soziala ekar dezakeen faktore bat da. Herri txikian bizi izana eta bertatik beste inguruetara joan ez izana, beste pertsonekin harremana izatea oztopatu egiten duelako.

Bere senarra gaixotasuna ulertu ez izanaren ondorioak aurkeztuta, ikusten dugu nola Blancaren osasun mentala okerrera joaten da. Gainera, fibromialgia gaixotasuna duen emakumea da eta elkarriketan dio nola mentalki okerrago egotean, berak sufritzen dituen min fisikoek ere okerrera egiten dute. Eta horrek, buruko estabilitatetara eragitez gain, ere bere osasun fisikoari eragiten dio:

“Ane. O sea, por el siguiente sin comprensión, ¿no?”

Por supuesto. Total. Total.

Ane. ¿Y eso te hace estar a ti peor?”

Sí. Me hace estar muchísimo peor. Claro. Claro. (Blanca, 74)”

4.1.2. Seme alaben sostengua

Antoniorentzat, bere semeak ere sostengu garrantzitsua dira. Seme bat etxean berarekin bizi da eta beste semea bere emaztearekin bizi da herri berdinean. Herri berdinean ere izan daiteke faktore garrantzitsu bat, berarekin egoteko aukera dutelako nahi dutenean eta behar badu, laguntza sostengu hori hurbil dauka. Gainera, medikazioarengatik Antonio ezin zuenean kotxea hartu, bere semeak behar hori asetzen zuten Antonio herritik atera ahal izateko:

“Mis apoyos, mi mujer, que está siempre ahí. Mis hijos, que tengo dos hijos, uno ya está casado. Diego: Sí. Igual con el hijo pregunta menos, pero bueno, ya le dice qué tal.

(Antonio, 65)”

“Alguna vez sí que, pues no sé, hemos venido a comprar con él en el coche, cuando yo no cogía el coche ni nada. Y en general, bien. (Antonio, 65)”

Gonzaloren kasuan, bi alaba ditu bere emaztearekin. Lehen azaldu dugu bere emaztearen sostengu eta bera ere bere alaben laguntza gaixotasunarekin. Berak elkarrizketan azaltzen du nola batzuetan ez duen azaltzen nola sentitzen den edo zer gertatzen zaiona bere emaztea edo alabak kargatu nahi ez dituelako, sentitzen du haientzat ardua bat dela hura zaindu behar izatea eta kezkatu behar direla gaixotasunarekin duen prozesuarengatik. Azken batean, ez du nahi zama bat sentitzea, ez emaztearentzat, ez alabentzat. Elkarrizketan azaltzen duenez, ez zaio gustatzen bere alabaren antsietate egoeren eragile izatea, eta horrek eragin dezake Gonzalok ez kontatzea edo ongi dagoelaren itxura egitea, kasu honetan bere ingurunea ez kezkatzeko:

“Mi hija mayor se preocupa mucho por mí. De hecho, ella también tiene ansiedad y tiene un poco de depresión, y por eso no me gusta ser el causante de de esas situaciones Y luego con la pequeña siempre nos la estamos riendo, estamos haciendo bromas. (Gonzalo, 56)”

Elkarrizketan azaltzen du nola batzuetan ez duen azaltzen nola sentitzen den edo zer gertatzen zaiona bere emaztea edo alabak kargatu nahi ez dituelako, sentitzen du haientzat ardua bat dela hura zaindu behar izatea eta kezkatu behar direla gaixotasunarekin duen prozesuarengatik. Elkarrizketan azaltzen duenez, ez zaio gustatzen bere alabaren antsietate egoeren eragile izatea, eta horrek eragin dezake Gonzalok ez kontatzea edo ongi dagoelaren itxura egitea, kasu honetan bere ingurunea ez kezkatzeko:

“Mi hija, pues con con ansiedad, con brotes de depresión. Marta, que es la pequeña, pues es la que menos está al tanto de de la situación, pero sabe que su padre está malo, sabe que que está enfermo, ¿no? Y siempre me están apoyando, siempre me están preguntando, ¿qué tal estás hoy? ¿Cómo cómo te ha ido?” (Gonzalo, 56)

Hemen ikus dezakegu Gonzalok bere alabak kezkatu nahi ez dituen, bere alaba txikiak kasu honetan ez dakiela benetan Gonzalo bizi duen egoeraren larritasuna. Beti laguntzen diola kontatzen du, hori dela eta eguneko ospitalean nola joan zaiola galdetuz. Alaba zaharrenaren kasuan ere antsietatea eta depresioa ditu, eta, ondorioz, ez du bere

gaixotasunarekin kargatu nahi.

Blancak hiru sema alaba ditu: bi neska eta gizon bat. Hirurak dira sostengu bat berarentzat baina sostengu nagusi bezala bere semea dela adierazten du. Orain, bere semeak ematen dizkion sostengu mota aurkeztuko dira. Hemen ikusi ahal dugu nola Blanca bere semea “un pilar” bezala adierazten duen. Gainera, gaur egun berarekin egoteaz eta ulertzeaz gain, kontatzen du nola bera txikia zenetik izan dituen depresioak bizi izan dituen:

“Mi hijo tiene (...) años. Ese, sobre todo, es es un es un, ¿cómo decirte?”

Ane. ¿Un pilar?

Un pilar, es un pilar mío. Sí, porque dice que me conoce con depresión desde que tenía él siete siete añicos o así. (Blanca, 74)”

Berak hain txikitatik ikusi eta bizi izan ditu bere depresio agerraldiak, eta horrek gaur egun bere Blancak bizi duen egoera ulertzen du. Ulermen hori edukitzeak funtsezko zutabea bihurtzen du berarentzat, eta haren familiaren babesa sentitzen du:

“Mis apoyos fundamentales en estos momentos están siendo (...) Mis hijos. Sí, sí, mis hijos son mi apoyo. Y que ya sé, no sé, ya no sé cuántos, la mayor también siempre está pendiente. (Blanca, 74)”

Bere semearen sostenguari gain, bere alaba nagusiaren sostengua oso modu positiboan baloratzen du Blanca. Bera ere gaixotasunaren prozesuan inplikaturik dago. Ere, kontatzen du nola herritik garraiorik ez duenean bere seme alabak direla eramaten dutenak hirira:

“Ane: Sí. O sea, te dan un poco el apoyo del transporte.

Sí, ellos me llevan, me traen y luego, pues aquí estoy. Ya voy poco a poco. (Blanca, 74)”

Adrianak, alaba bat dauka. Bere alaba, Nafarroako iparraldean dagoen herri batean bizi da. Adriana, ez dauka garraiorik eta bertara heltzeko autobusa edo bere alaba etorri behar da bere bila herrira joan ahal izateko. Bere alaba bakarrik denez, baldintzarik gabeko laguntza da berarentzat. Adrianaren senarra duela 20 urte gutxi gora behera hil egin zen:

“Ane: Y ella, tu hija para ti, ¿qué significa ahora mismo?”

Pues, significa todo, todo. Y eso que vive en un pueblo, pero ahora ha empezado a

trabajar aquí en Pamplona y la veo mucho más. (Adriana, 77)

Hemen bere alaba lan egitea positiboa da berarentzat, horrela askoz gehiago ikusten duelako eta horrela denbora pasatzen du berarekin, eta hori Adrianak uste du positiboa dela. Elkarrizketan zehar kontatzen du orain alabak astean zehar berarekin bazkaltzen duela eta, horren ondorioz, lagunduta sentitzen dela. Laguntzaz gain, Adriana hobeto jateko aukera da berarentzat, sukaldean aritzeko gogo guztia galdu duela ere kontatzen baitu.

Kontatu du nola gustatuko litzaiokeen alaba harengandik gertuago izatea, herri horretan bizitzean babesa argi baitago ez dela bere alaba hemen egongo bazen berdina. Egia da, ematen dion babesa positiboa dela, baina hobe luke bere alaba hurbilago balego:

“Ane: Claro. Y crees que ella, bueno, vivía en un pueblo lejos, ¿no? Entonces, eso crees que, bueno, ¿te gustaría tenerla más cerca también a veces?

Sí, me gustaría, sí. Porque (...) para mi sola no me apetece guisar. Y eso que estis días me está trayendo comida ella. (Adriana, 77)”

Bere alaba psikologoa dela kontatzen du, eta bere alabak gauzak egitera eta aktibatzerara motibatzen duela. Aste Santuko oporretan nola egon zen kontatzen du, eta bera zen gauzak egitera eta aktibatzerara behartzen zuena. Aktibatzekeo pixka bat behartzea behar duen emakumea da:

“Ane: mejor, sí. ¿Y qué tipo de apoyos te da ella?

Ella es psicóloga. Sí. Y, entonces, pues, a mí me motiva. Cuando estuve en semana santa en su casa, ella andaba venga haz esto y lo otro.

Ane; Te activa.

Me activa. (Adriana, 77)”

Horretaz gain, harreman sozialen eremuan, alaba da apur bat bere lagunei deitzera behartzen duena. Bere amaren aktibazioaz arduratzen da pixka bat, eta bere amak harreman sozialen eremuan dituen sare eskasak mantentzeaz arduratzen da ere:

“Sí, sí. Lo que pasa que a veces me tienen que forzar la María (su hija) para llamarlas, porque si no, no lo hago. (Adriana, 77)”

4.1.3. Anai arreben sostengua

Beste sostengu motak aurkeztuta, orain anai arreben harremana eta sostenguak ikusiko ditugu. Hasteko, Sararen kasua dugu, 50 urteko emakumea non drogen ondorio gaixotasun mentalaren prozesuan hasi zen. Ikusten dugu nola Sararen harremana bere ahizparekin hurrengo dena: etxera joaten dela jatera hiru egun astero baina gaixotasunari buruz ezin du berarekin hitz egiten. Ez dauka bere ahizparekiko ulermenik. Bera etxean ezin du gaixotasunari buruz hitz egin eta horrek Sara gauzak berarentzat gordetzea dauka helburu. Bera haserre sentimendu asko duen emakumea da eta sentimendu hori gordetzeak izan daiteke haserre sentimenduen ondorio bat:

“Ane: ¿Tu hermana está en Pamplona?

O sea, vive en el pueblo, pero trabaja en Pamplona. Y la veo por ejemplo esta semana, 3 días a la semana solo en la comer los días que va a otra tienda porque anda de un lado a otro. El caso es que bueno 3 veces a la semana o así viene a comer. (Sara, 50)”

Sara, adikzioetan erori zen emakumea da eta iraganean Proyecto Hombren egon zen denboraldi batez. Horretan, bai bere amaren eta bere ahizparen laguntza izan zuela adierazten du. Sararen berreskuratze-prozesuan parte hartu zuen, eta berak oso modu positiboan baloratzen du. Psikologoarekin eta bere “Proyecto Hombre” barruko erreferentearekin nola zihoazen kontatzen du, berak berreskura zezan:

“Sí que es verdad, que en Proyecto Hombre por fin me dieron el alta que nunca había conseguido ninguna terapeuta que me ayudara con el tema de tóxicos. Pero si que mi madre y mi hermana estuvieron hablando con el psicólogo, con mi referente de allí... O sea, sí, estuve muy respaldada pro mi familia en ese caso y nunca me dieron la espalda. Y yo muy agradecida por que con estos temas como es otra enfermedad como la adicción (Sara, 50)”

Gonzaloren kasuan, bera erlazio ona dauka bere ahizpekin. Berak esaten duen bezala, Gonzaloren bi ahizpa Gipuzkoan daude, bere jatorrizko herrian eta bat hemen Iruñean. Iruñean dagoenarekin oso erlazio ona dauka bearekin eta gosaltzera edo askaltzera. Hori sostengu bat da Gonzalorentzat berari kalera irteteko oztopo asko dituelako gaixotasunaren ondorioz:

“Mis hermanas me llevo muy bien con ellas. Con mis hermanas todo el rato de de de

Gizarte sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragin soziala

risas. Dos están en gipuzcoa al lado de mi madre, otra está en Hernáni y una vive aquí Pamplona. Con la de Pamplona, pues, se nos queda a desayunar, a merendar. (Gonzalo, 56)”

Antionioren kasuan, hiru anai ditu. Kasu honetan, kontaktu telefonikoa da. Biekin kontaktu telefoniko asko dauka eta batekin berriz, ia ez dauka kontakturik:

“Y mis hermanos, de tres hermanos que tengo, todos me llaman bastante, uno casi no me suele llamar, pero bueno. (Antonio, 65)”

Alfonso, iraganean droga kontsumitu duen gizona izan da. “Proyecto Hombre” ere egon zen adikzioarengatik. Prozesu horretan zehar familiaren ulermena izan zuen eta kasu honetan bere ahizparekin gaur egun ez dauka erlazio handirik. Esaten du gaizki egon zenean, hobeto hilko zela esanez, arreba beldurtu zen eta benetan ulertzen zuela zer gertatzen zitzaien. Konturatu zen ahizpak ulertu egiten ziola, eta horregatik gustatuko litzaiokeela berriro berarekin harremanari ekitea. Kontuan izan behar da, halaber, bere gaixotasun prozesuan ondo etorriko zitzaiola arrebaren laguntza. Agian berarekin harremana izatea ondo etorriko zitzaien errekupeziara joateko orduan:

“Y mi hermana empieza a hacer ahora un poco de cameo, pero tampoco no, hemos llevado vidas separadas

Ane: ¿Y crees que ese apoyo y te hubiera venido bien?

Mucho, sí. El de mi hermana sí. (Alfonso, 51)”

Blancaren kasuan, ez dauka bere anaiaren sostengua. Berarekin izandako liskar baten ondorioz hasi zen Blanca depresioekin. Kontatzen du nola bere anaiarekin izandako liskarraren ondorio nagusia haustura familiarra izan zen. Eraso bat sufritu zuen Blanca, eta hori berarentzat oso gogorra izan zen. Hori izan ze momentua non Blanca depresioekin hasi zen:

“Sí, claro, dentro del proceso este ha habido una ruptura familiar, que fue una ruptura con mi hermano. Y ahí es donde me salió el brote este de de darme las depresiones, ¿me entiendes? De haber sido una familia muy estructurada con mi padre, mi madre, y siempre como muy al tener esa ruptura tan fuerte, porque fue fue muy, muy, fue que hasta me cogió por los hombros y me clavó en una pared hasta de maltrato, ¿me entiendes? Pues, pero entonces no se sabía lo que era el maltrato. (Blanca 74)”

Adriana kontatzen du nola ere bera izan dituen krisi larrietan bere ahizpa ulertu diola eta lagundu egin diola. Emakume bat izan da, behin baino gehiagotan egon dena psikiatriko ezberdinetan. Era berean, kartzelan egon zen eta bere gaixotasun mentalak okerrera egin zuen, eta irten zenean oso krisi larria izan zuen. Arrebak lagundu egin zion prozesu osoan zehar:

“Si, mi hermana sí me me ha ayudado, me ha entendido,

Ane. En qué sentido te ha ayudado

Pues, por ejemplo, cuando estaba ingresada venía a verme y y luego tuve una crisis cuando salí de la cárcel muy fuerte, y ella se preocupaba de buscarme, porque no sabía ni por dónde andaba. Claro. (Adriana, 77)”

4.1.4. Gurasoen sostengua

Beste ataletan bezala, orain gurasoen sostengua ikusiko dugu. Kasu honetan, ikusiko dugu Sarak eta Alfonsok nola amarekin duten harremanetan ez dutela gaixotasunaren ulerkuntzarik, eta, ondorioz, haiek familiatik kanpo bilatu dutela ulermen hori. Sara bere amarekin bizitzen da eta kontatzen du elkarrizketan beraien arteko erlazioa. Bere ahizparekin bezala, adikzio prozesuan amaren sostengua izan zuen. Baina, behin prozesu hori bukatu zuen gaixotasun mentalari buruz ezin du etxean hitz egin. Bere partetik ez dauka ulermen hori eta hori Sara beste errekursoetan ulermen hori bilatzea dauka helburu. Gainera, bere ama nagusi dagoen emakumea da, eta ez du Sarari gertatzen zaiona ulertzen:

“Yo no pueda hablar de este tema con ellas por que entramos en discusión en temas de medicamentos hay temas de salud mental. Es mejor, en mi caso eh, es mejor no hablar con la familia, pero como tengo otros recursos pues lo intento hacer a través de recursos. (Sara, 50)”

Alfonsoren kasuan, amarekiko harremana berdina izan da txikitatik. Oso haurtzaro konplikatu izan zuen bere aitaren buruko gaixotasunagatik. Aita papera izan zuen txikitan arrebarekin eta aitarekin. Ama nahiko kanpoan egon da, lan asko egiten zuelako. Bai esaten du bere ama oso sartuta egon zela adikzio prozesuan, baina ez duela inoiz ulertu. Bere ustez, ezinezkoa da amarekin harreman ona izatea, baina ez du haren falta sumatzen; azkenean, bizitza osoan ez badu ulertu, beste pertsona batzuegan bilatu du ulermen hori. Kontatzen du nola ere bere amarekin hitz egitea bera angustiatuta bukatzen duela eta hori ez da batere komeni bere gaixotasunarentzako. Berarentzat bere ama pentsatzeko modua ez da zuzena, eta

hori ez du gustuko, horregatik bere amarekin gaixotasunari buruz ez hitz egitea nahiago du:

“La madre sigue viva, pero yo no puedo hablar con mi madre porque no la entiendo y terminó angustiado cada vez que hablo con ella. el de mi madre no, porque no no piensa, no piensa bien. O sea, tiene una forma de pensar que para mí es equivocada, ¿sabes? Por lo menos para mí. Sea, no no me gusta, no me gusta esa forma de pensar. (Alfonso, 51)”

Atal honen amaieran, eta familiaren barruko laguntza figurak ikusita eta aztertuta, zenbait gauza ikus ditzakegu. Familia funtsezko zeregina da gaixotasun mentala duten pertsonen gaixotasun prozesuan. Askotan, eta analisisan jarraituko dugun moduan, sare sozial gutxiko pertsonak dira, eta, horren ondorioz, familia lehen mailara igarotzen da, bai babes emozionalari dagokionez, bai gaixotze prozesuaren laguntzari dagokionez.

Ospitale psikogeriatricoko gizarte langileak, kontatzen du nola gizarte lanetik familiekin esku hartzea lehentasunezkoa da, nola sostengu hori duten eta ez dutenen artean desberdintasunak dauden. Berak esaten duen bezala, familia sostengua izateak babes faktore bat dela argi dago. Gainera, gaixotasun prozesua ez denez lineala, garrantzitsua da sostengu hori izatea gaixotasunaren berrerortzeak saihesteko eta prebenitzeko:

*“Ane: ¿la intervención con las familias crees que es importante?
Prioritaria, fundamental. Aquí vemos mucho no las diferencias que hay en la evolución en pacientes que cuentan con apoyo familiar, personas que atienden y cuidan ¿no?
Bueno un entorno protector con la evolución de aquellas personas que igual no tienen familia no tienen esos esos apoyos ese vínculo afectivo con personas entonces bueno yo creo que es fundamental que sea un determinante en la evolución sí.
Ane: ¿Y esas diferencias en que las ves en el sentido, de la evolución va peor cuando tienen menos apoyo familiar?
Claro. Y luego hay entra mucho también luego la parte preventiva que también vemos aquí ¿no? como el contar como es con esos apoyos al final no deja de ser un factor de protección ¿no? un factor de protección frente a recaídas en procesos de enfermedad mental crónicos muchas veces estas edades sí. (Alba, 40)”*

Pertsona horiek dituzten laguntzak azertu ondoren, argi dago familia babes faktore bat dela. Argi dago funtsezko faktorea dela pertsonaren bilakaera zehazteko orduan. Ikusten

dugu laguntza hori dutenek oso modu positiboan baloratzen dutela. Segurtasuna emateaz gain, ikusten dugu laguntzak desberdinak direla kasuaren eta pertsona bakoitzaren beharren arabera. Gizarte langileak ondo azaldu duenez, argi dago aldea dagoela familiaren laguntza duten pazienteen eta laguntzarik ez dutenen bilakaeran. Babes faktore bat izateaz gain, pertsonak duen laguntza eta sozializazio sare bat ere bada, eta horrek onura asko dakartzkio gaixotasun prozesuari eta pertsonaren integrazioari.

Elkarrizketatutako pertsona batzuen kasuan, beren leku segurua dira, eta bertan ulertzen eta laguntzen dituztela sentitzen dute baldintzarik gabe. Horrek indarra ematen die jarraitzeko, eta, gainera, oso modu positiboan baloratzen dute. Beste batzuek, aldiz, babesa senti dezakete, baina ez ulermena, eta, horren ondorioz, familiatik kanpo bilatzen dute ulermen hori, Sararen kasuan bezala. Azkenik, Alfontsoaren kasuan, adikzioagatik eta ahizparen ulermen eskasagatik harremana galdu zuela ikusten dugu, eta horretaz gain, amak ez du inolako ulermenik. Adrianaren eta Blancaren kasuan, elkarrizketatutako pertsona zaharrenak baitira, ikusten dugu alabek eta bilobek oso paper garrantzitsua dutela. Laguntza egunez egun aktibatzen denetik garraiatu edo laguntzen den arte izaten da, adibidez.

Hau ikertuta, lanaren beste ikerketa eremu bat zaintza familiarra eta zaintza horren gainkarga litzateke. Jarrian analisia egingo da hurrengo puntuetan.

4.2. ZAINZA INFORMALA ETA GAINKARGA FAMILIARRA

Familiak egiten duen zaintza lana, modu informal batean egiten den karga litzateke. Marko teorikoan aipatutako Vaquiro Rodriguez eta Stipovich Bertonik eman zuten definizioa, hurrengo litzateke: "Zaintza informala honela definitu da: familiak, lagunek, bizilagunek edo beste pertsona batzuek mundu pribatu batean etxe barruan zaharrei, gaixoei eta mendekoei ematen dizkieten zainketak; harreman afektiboetan, ahaidetasunean, "familia arazoetan" eta "generoan" oinarritzen dira, eta ezaugarri horiek gizartearen ikusgarritasunean dute eragina". Hau esanda, kasu hauetan gertatzen da zaintza informalaren kontzeptu hau. Familia barruko kideak dira normalean pertsona horren zaintzak egiten dituenak, baina zaintzaile hori ez du dirurik jasotzen ezta ez du kontratu batetik lan egiten. Gainera, pertsonarekin lotura afektibo bat duen pertsona da." (Vaquiro Rodríguez & Stiepovich Bertoni, 2010).

Analisian parte hartu duten perfiletan zaintzaile nagusia emakume bat da eta hurrengo taula argi ikusiko da.

2.Taula.

Elkarrizketatu diren zaintzaile nagusiaren figura.

IZENA	ZAINTZAILE NAGUSIAREN FIGURA
Sara, 50	Bere ama, bai adikzio prozesuan eta gaur egun.
Antonio, 65	Bere emaztea.
Gonzalo, 56	Bere emaztea.
Adriana, 77	Bere alaba.
Blanca, 74	Bere bi alaba eta bere semea
Alfonso, 51	Bere ama adikzio prozesuan eta gaur egun bere psikologoa.

Taula honetan, ikusten dugu nola zaintzaile edo sostengu nagusiaren perfila emakumeak diren. Emazteak, amak eta seme alabak dira zaintzaile garrantzitsuenak. Zaintzaile nagusiak haiek dira baina beste hainbat baliabideetan laguntza jasotzen dute bai familia barruko beste kideetan edo familia kanpokoak. Zaintza motak desberdinak izan daitezke, behin familia barruko sostenguak azalduta adierazi direnak. Zaintza izan daiteke bai zaintza fisikotik edo emozionaletatik, garraio sostengua ematera adibidez. Kasu bakoitzean desberdina da zaintza lan hori, baina denek daukate gauza bat amankomunean, emakumeak direla eta urte askoko zaintza lanak direla.

Ikusten dugu zaintza pertsonen familia sareko kideek egiten dutela eta profil finkoa dutela: emakume bat da, gaixoarekin lotura duena eta familiaren parte zuzena dena. Ikusten dugu pertsona batzuk gaixo dagoen zaintzailearekin bizi direla eta kontuan hartu beharreko zerbait dela zainketen gainkargari buruz hitz egiterakoan. Pertsona horiekin egunero egoten diren pertsonak dira, eta egunero eman behar izaten dituzte zainketak; hori dela eta, ezin ulertuaren edo nekearen sentimendua agertzen da. Argi dago zaintzaileek zaintza erantzukizuna dutela, eta horrek eragin negatiboa izan dezake emakume horiengan. Argi dago zaintza informalen gainkargan garrantzitsua dela generoaren faktorea, emakumeak baitira lan hori egiten dutenak, egiaztatu ahal izan denez. Hori gizarte gisa definituta ditugun rolagatik gertatzen da, lanaren banaketa sexuala sozialki markatuta dagoen gizarte horrengatik, esaterako. Zaintzea beti izan da emakumearen zeregina, eta horrela erakusten da gaur egun ere, rol eta jokabide horiek gure gizartean oso presente dauden bezala.

Emakume horiek ondorioak izan ditzakete zaintzagarri; izan ere, pertsonak zaintzea ez delako lan erraza eta ahalegin handia eskatzen duelako. Ondorioek ondorio fisikoak, mentalak edo sozialak izan ditzakete, besteak beste. Gizarte ondorioez ari garela, baliteke emakume batzuek beren enplegua utzi behar izatea zaintza informalek. Gainera, zaintza horiek egin behar izateak emakume horiek beren bizitza soziala eta aisialdiko asko mugatzea eragiten du, zaintza mota horrekin inplikaturik eta baldintzaturik baitaude.

Elkarrizketatutako pertsonak dituzten familia laguntza desberdinak azaldu ondoren, eta pertsona horiek behar dituzten zaintza edo laguntza asko familiaren barruan gaitzera egon daitezkeela ikusi da. Ikusi dugu pertsona horien zaintzaile nagusiak familia barruko pertsonak direla, eta, horrez gain, osasun mentaleko sarearen barruan urte askoko bilakaera eta jarraipena duten pazienteak direla; beraz, urte horiek guztiak familia kargaren kausa ere izan daitezke. Horrela azaldu du Alba gizarte langilea, hurrengo esanez:

“Ane: ¿crees que la sobrecarga de cuidados está presente en este caso en gente con tanta evolución en salud mental?”

Si. Sí sí sí sí sí son muchos años y cuidado muchos muchos muchos está ahí la sobrecarga está ahí... entonces a veces la refieren, otras veces no, otras veces está asumida bueno sí sí sí sí claro son muchos años de cuidado sí. (Alba, 40) “

Alba azaldu duenez, gaitzera argi dago modu batera edo bestera dago. Aztertutako profiletan, bilakaera handia eta gaitzetasun urte asko dituzten pertsonak dira. Batzuetan gaitzera aipatzen da eta beste batzuetan ez. Martín Padilla lanak gogoratzen digunez, “gaur egun, buru nahaste larria duen pazientearen familiak parte hartzen duen interbentzio gehienen helburu nagusia errehabilitazioa eta gaitzetasun berrerrortzea prebenitzea da.” (Martín Padilla et al., 2018). Hainbeste urtetako bilakaeraren nekea metatu daiteke, Sararen kasuan bezala:

“Ane: O sea, te sientes incomprendida en el proceso de enfermedad ¿no?, muchas veces. Pero también tengo que decir que mi madre ya es mayor y es normal que este así porque son muchos años ya. Y mi hermana que se cansa también conmigo y también es normal porque son muchos años. (Sara, 50)”

Kasu honetan, Sara bezala ikusten dugu, lehen azaldu dugun bezala, bere familiaren aldetik ulermenik ez duen emakumea dela, eta familiaren gaitzagarritik ulermen hori ez duela ulertzen du. Hau da, berak azaltzen duenez, hainbeste urte igaro ondoren, bere ama nekatuta

Gizarte sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragin soziala

senti daitekeela gaixotasunaren gaiarekin ulertzen du. Adikzio prozesu oso luzea bizi izan duen emakumea da, amak bertan egon dena eta hainbeste urteren ondoren neke hori ulertzen duena. Bere amaren lekuan jartzen da eta normaltzat hartzen du bera horrela sentitzea, hori garrantzitsua da:

“A lo que voy es que hay veces que no nos ponemos en el lugar de la familia porque ellos también sufren entonces hay que tener un poco de empatía y de ponerme en el lugar de la familia que también sufre al y aunque yo no pueda hablar de este tema con ellas por que entramos en discusión. (Sara, 50)”

Elkarrizketatutako pertsonen kasuan, zaintzaile nagusiak amak izan direla ikusten dugu. Emakumeak izan dira pertsona horiei gaixotasun-prozesuetan lagundu dietenak, gaur egun dagoen zaintza feminizatuaren profilaren beste adibide bat. Laguntza, ulermena edo zainketa fisikoak bezalako zaintzak izaten dituzte. Gainera, azaldu dugun bezala, ibilbide luzea duten pertsonak dira, eta, horren ondorioz, prozesu horiek gogorak dira haientzat, eta, azkenean, ohikoa da nekea iristea.

Gainkarga horrek ondorio desberdinak izan ditzake, kasu bakoitzaren arabera. Blanca, 74 urteko emakumea izanda, adierazten du nola bere familia neke sentimendu hori daukan:

“Sí, eso es muy bueno. Lo comprenden, pero están hartos. Hartos.

Ane: ¿Por qué?

Pues de de que siempre estoy con la depresión y nunca se me cura. (Adriana, 77)”

Bera berrogeita hamar urterekin depresioekin hasten den emakumea da, eta horretaz gain alkohol kontsumo kaltegarria izan zuen. Bai, ulertzen du neke sentimendu hori familiaren aldetik, alaben aldetik, haiek arduratzen baitira zaintzaz. Emakumeak "nazkatuta" daudela adierazten du, eta oso esanguratsua da, elkarrizketan esaten baitu askotan ez dituela bere sentimenduak adierazten bere ingurunea ez kezkatzeko, eta baliteke hori bere ustez familian zama bat izatearen ideia dela:

“Ane: Vale, ¿y cómo crees que ha vivido tu familia lo que te pasaba a ti?

Fatal. Mi mujer con mucha presión, mucha preocupación, mi hija, pues con con ansiedad, con brotes de depresión. (Gonzalo, 56)”

Gonzaloren pasarte honetan ikusten dugu bere depresio prozesua esanguratsua dela familian. Bere alaba antsietate eta depresioarekin dago bere prozesuaren ondorioz, eta bere emazteak, esan dezakegu bere zaintzaile nagusia dela, presio handia dauka.

Horrek argi uzten du amaren adinagatik ez duela Antonioren gaixotasuna bezalako gauza gehiagorekin kargatu nahi, eta horregatik erabaki dute ez kontatzea eguneko ospitalera doala:

“Mi madre vive, pero es ya mayor, ella no sabe que yo vengo aquí ni nada, no le hemos querido decir. Y eso. (Antonio, 65) “

Alfonsoren kasuan adibidez, behatu dugu bere ama ez dela sostengu bat berarentzat. Berak, Sarak bezala adikzio prozesu bat bizi zuen iraganean eta bere ama bai izan zen sostengu bat garai hartan. Berak zor ekonomiko asko izan zituen, eta amak bere dirua administratzen zuen. Kontatzen du garai hori zaila izan zela, amari diru asko eskatzen diolako eta, bestela, lortzeko formak bilatzen zituen. Haren amak asko sufritu zuen Alfonsoren adikzio prozesu horretan. Gainera, senarrak eskizofrenia izan zuen Alfonso txikia zenean eta hori ez zuen erraza izan behar berarentzat. Eta Alfonsoren gaixotasun hori gehituz gero, esan dezakegu uler daitekeela jasan dezakeen zinketen gainkarga. Eta gainkarga horren ondorioz, ez du ulertzen semearen gaixotasuna, eta Alfonsok familia nukleotik kanpo bilatu behar du ulermen eta sostengu hori:

“Ella me apoyaba. Ella venía, me eso, pero no hablábamos. ¿Sabes? Pero luego tuve muchas, ahí también me siento culpable, tuve muchos problemas porque es que le pedía dinero, porque llegó un momento que estaba estaba curatelado por ella, ¿sabes? Yo le engañaba, le mentía para conseguir dinero, ¿sabes? Eso eso es verdad, ahí sí que ha sufrido mucho ella por por mí, eso lo entiendo, ¿sabes? (Alfonso, 51)”

4.3. FAMILIA KANPOKO SOSTENGUAK

4.3.1. Akonpainamendurako eta errehabilitazio psikosozialeko errekurtsuak

Familiatik kanpo dituzten babesez ari garela, honako hauek ditugu. Badira Nafarroako Gizarte zerbitzuen zerbitzuetan osatzen duten laguntzak, hala nola CRPS (Centro de Rehabilitación Psicosocial) edo EISOC (Servicio de Acompañamiento en su Entorno Familiar). Orain, baliabide horiek eta pertsona horiengan duten eragina aztertuko dira.

Ikusiko dugu lehenik eta behin Sararen kasua. Bera, etxean ez dauka bere amaren edo bere ahizparen gaixotasunari buruzko ulermena. Horregatik, Sara ulermen hori etxetik kanpo bilatu behar du. Bere kasuan, adikzio prozesua bizi izan duenez, berak autolaguntza taldeetan ulermen hori aurkitu du. Gainera, MEJORANA-ri (Asociación de personas con Diversidad Mental) buruz ere hitz egiten du.

Bertara joatea asko lagundu diolako eta errekurtsio hori Sara ulertzen duen errekurtsioa da. Baliabide horiek, gainera, gizarte-laguntza ere ematen diote Sarari. Baliabide horietara joanda, Sara gai da hara joaten den gainerako jendearekin sozializatzeko. Gainera, pertsona horiek beren egoera berean bizi izan dira edo daude, eta, ondorioz, izan dezaketen ulermena oraindik ere handiagoa da. Gauza bera edo adikzio bezalako prozesu bera bizitzeak beste pertsona esperientziak partekatzeko orduan seguruago sentiarazten da bertara joaten den pertsona. Horrez gain, esperientziak entzuteak ere gogoeta eginarazten digu eta geure prozesurako balio diezagukete.

Sarak dio, berarentzat oso garrantzitsua dela berak sentiarazten duena norbaitekin hitz egitea. Hori ez ateratzeak, haserre sentimendu bat pizten du bere gorputzean, horregatik garrantzitsua da sostengu hau izatea, bera bere sentimenduei buruz espazio seguruak direlako:

“Yo cuando estuve con MEJORANA que ahora voy un poco menos y con la recuperación de la adicción, yo no necesitaba ningún psicólogo ni nada. No necesitaba nada, porque yo hablaba, exponía, compartía... y me sentía entendida y ni siquiera con la necesidad de un psicólogo ni nada. (Sara, 50)”

Hemen ikusten dugu benetan talde hauen laguntza eta sostengu funtzioa, nola bizipenak eta informazioa trukatzeko laguntza oso potente bat izan daiteke. Bere kasuan, laguntza hori oso modu positibo batean baloratzen du, azkenean euskarri emozional bat izan daiteke. Gainera, bere ongizate sozialarentzat laguntza izan da:

“Porque, cuando tu te identificas con unas personas que ha pasado o está pasando por lo mismo que tú, la única forma de... Por qué dices “aíba, esto que pensaba que yo que me pasaba a mí, también le pasa a este”. Entonces compartir a la experiencia de cada persona en grupos ya sean como el que yo tenía en aquel entonces, o incluso en MEJORANA que hay un grupo de apoyo mutuo que ha crecido muchísimo también, o en cualquier otro sitio que tu encuentres que te vaya bien. Ya sea la adicción o ya sea la

enfermedad mental yo creo que es super importante. O sea, sacar el dolor, compartirlo y luego pues igual alguien te dice o te sugiere algo que igual luego no habías visto antes y te puede servir. Al igual que los profesionales, entonces bueno... (Sara, 50)

Berak azaltzen duen bezala, oso baliabide indartsua da gauza bera bizi izan duten beste pertsona batzuekin identifikatzea. Identifikatu ez ditugun bizipenez edo informazioaz ohartzen gara, eta oso baliabide garrantzitsua da Sararentzat kasu honetan aurrera egin ahal izateko. Errekurtsoekin jarraituz, Sararen kasuan ere CRPS-a aurkezten du. Nola bera gogotsu dagoen eguneko ospitaletik ateratzean bertara joateko. Zentro horretan ere eroso sentitzen da. Partekatzeke eta ikasteko ingurune segurua ere bada. Gainera, baliabide horrek aukera emango dio Sarari errutina bat izateko eta, horrela, egunean zehar aktibatzeke, gizarte isolamendua aurreikusteaz gain:

"Por ejemplo cuando estuve en el CRPS que para mí fu en apoyo muy grande, había un grupo que, además, si vuelvo que me gustaría volver para la enfermedad. (Sara, 50)"

Errekurtso mota hauekin jarraituz, Adrianak, EISOC programa barruan dago eta hezitzaile batekin egoten da astean behin. Programa hau abantaila asko dauka eta honen ondorioz Adriana bere bizilekuan eta bere inguru komunitarioan jarraituko du. Horrek bere gizarteratzea hobetuko du eta isolamendu egoerak saihestuko dira. Kasu honetan, gaixotasun prozesuarekin laguntzeaz gain, laguntza emozionalak ere ematen dio sostengu hau. Adrianarekin lotura bat duen pertsona bat da, eta lagundua eta entzuna sentiarazten du:

" Sí. Luego, me han puesto dos chicas de de apoyo.

Ane. La educadora ¿no?

Si, dos educadoras sí que vienen a la tarde. (Adriana, 77)"

Ondoren, SAD (Servicio de Atención a Domicilo) errekurtsu barruko emakume bat joaten da goizero. Adrianari gosaltzera eta medikazioa hartzera laguntzen dio. Halaber, goizetan aktibatzen laguntzen dio, emakume hori ohean gelditzekoa baitzen:

"Porque hemos contratado también a la mañana una chica del SAD que me que me ha ayuda, o sea, el desayuno, ya tomar la que me tomé la medicación.(Adriana, 77)"

Horretaz gain, emakume hau ADODIFNA (Asociación Coordinadora de Disminuidos

Gizarte sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragin soziala

Fisicos de Navarra) barruan dago sartuta. Bere ahizpa errekurtsoren bazkide zenez, bera ere kide bezala sartu zen. Entitatearen ematen dio sostengua Adrianari, aisialdi sostengua da. Entitate barruan hainbat jarduera antolatzen dituztelako. Gainera, espazio hori Adrianari beste kideekin eta parte hartzen duten pertsonekin erlazionatzeko aukera ematen dio espazioa da:

“Hemos ido a tomar un café, a tomar, a ver. Hace poco fuimos a ver el centro que hacen unas mermeladas caseras. En Ororbia. Hacemos un club de lectura también.

Ane: ¿Y eso crees que es un apoyo para ti, en el sentido de de eso te ayuda también?

Sí. O sea, ACODIFNA me ayuda mucho, porque es muy alegre

Ane. ¿Y ahí también y te relacionas con la gente no?

Sí, me relaciono con la gente que va. (Adriana, 77)”

Bukatzeke, ez da errekurtsu mota hauen sostengua, baina Gonzaloren kasua daukagu. Ez da beste errekurtsuak bezain orokorrak baina besteak bezain indartsua izan daiteke. Gizon honek oso erlijioso da eta berarentzat sostengu oso garrantzitsu bat eliza da. Kasu honetan, elizaren babesa itxaropen-laguntza gisa ikusten dugu. Erlijioan sinesteak indarberritu egiten du, eta Gonzalori suspertzeko ahaleginetan jarraitzea eragiten dion baliabidea da. Gonzaloren bizitzan funtsezko zutabea izan da, eta ezinbestekoa da berarentzat. Gonzalok familiaren babesa du, baina baliabide horrek aurrera egiteko itxaropena ematen dio.

Garrantzitsua da baliabide hori ere azpimarratzea, ez baita errekurtsu sozial mota bat, baina talde horrek gizartearen parte sentiarazten zaitu, eta kide izatearen sentimendua argi dago garrantzitsua dela guztiontzat. Baliabide horretan sinisten duen gizona da eta beti izan du sentimendu hori, horrek komunitatearen parte sentiarazten du. Izan ere, babesteko modu bat da, familiak ematen dion babesaz gain. Bai erlijioak bere baitan ematen duen babesagatik, bai baliabideak ematen duen pertenezko sentimenduagatik. Gainera, azaldutako beste zerbitzuek bezala, honek ere aukera ematen dio Gonzalori bere sinesmen eta ideia erlijioso berberak dituen jendearekin harremanak izateko, eta faktore hori positiboa izan daiteke harremanetan jartzeko orduan:

“Ane: Pues muy bien, eso está muy bien ¿no? Vale y me has contado que haces actividad la de la iglesia ¿no? ¿Eso te sirve un poco para evadirte de esos pensamientos que tu tienes que me has contado?

Más que evadirme, me reconforta. La iglesia me reconforta porque me da esperanza, ¿no? Yo creo en dios y creo que después de esta vida podremos estar todos juntos o

cada vez en familia, y eso me da esperanza y me da fortaleza para seguir esforzándome. (Gonzalo, 56)”

Garrantzitsua da horrelako baliabideak eta elkarrekin nabarmentzea, herritarrak hobetzeko eta sentibilizatzeko egiten duten lanaz gain, espazio segurua baita pertsona horiek adierazi, partekatu eta hobetu ahal izateko. Laguntza desberdin horiek azaldu ondoren, eta bakoitzari ze laguntza edo sostengu mota ematen dien azalduta, ikusten da nola guztietan pertsona desberdinekin harremanak izateko aukera dagoen. Hori dela eta, familiarik kanpo izan dezaketen laguntza-sarea ez da galtzen, eta hortik kanpo harremanak izateko aukera izan dezakete errekurtsio hauen bidez. Harremantzeaz gain, entzunda, ulertuak eta seguruak sentitzen diren espazioak direlako ere:

“Buscar una red de apoyo, ya no solo la familia que es importante si no una red de apoyo externa que te ayude estar tranquila y sentirte comprendida y para poder quitarte el auto estigma que es importantísimo. (Sara, 50)”

Alba gizarte langileak dioten bezala, errekurtsio hauek oso garrantzitsuak dira pertsona hauek erlazionatzeko eta beste pertsonekin egoterako orduan. Gizarte lanetik, garrantzitsua da honetan esku hartzea. Azkenean, gaixotasun bera sortzen duen isolamendu soziala prebentzio lana egite garrantzitsua da. Adrianaren kasuan berarekin egiten duten interbentzio lana bere komunitatean egitea adibidez oso garrantzitsua da bera bere komunitatearekin konektatzeko bide bat delako. Faktore guzti hauek gaixotasun prozesuan laguntza bezala eta babes faktore bezala ikustea garrantzitsua da:

“Esos procesos que vemos aquí de esas esas depresiones un síntoma es retirarme en aislarme bueno aquí se trabaja sobre todo mucho todo lo que tiene que ver con los beneficios que tiene precisamente el contacto social bueno que es una fuente también de protección ¿no? una fuente de bienestar. Y yo creo que ahí bueno sobre todo en bueno darles otras oportunidades otros espacios en los que poder. En esa situación de aislamiento, no dejamos muchas veces de ser facilitadoras ¿no? facilitamos esa conexión con la comunidad, con recursos más protegidos más ordinarios... que la persona pueda volver otra vez a conectar con la comunidad que bueno o que inicie un camino que igual antes no había hecho ¿no? insistiendo mucho en la importancia del contacto social ¿no? y socializar como factor de protección claro para su salud mental. (Alba, 40)”

4.3.2. Figura profesionalak eta eguneko ospitalea

Izan ditzaketen laguntza guztiak aurkeztu ondoren, Alfonsorena bezalako kasuak daude, eta haien sostengu handiena bere psikologoa da. Proyecto Hombre errekurtsuan bere adikzio prozesuan egon zenetik darama berarekin. Proyecto Hombretik joan zenean, berarekin jarraitu zuen kontsulta pribatuetan. Berarekin drogak behin betiko uztea lortu nuen. Berak bakarrik ulertzen du eta behar duen laguntza ematen dio:

“Para mí, mi apoyo es mi psicóloga. No tengo amigos con quien o que le puedo hablar, pero no no me llena. No me saben de qué va esto. (Alfonso, 51)”

*“Ane: Vale. O sea, fuera de la familia, la psicóloga.
Sí, eso es. Y en la familia también la psicóloga. (Alfonso, 51)”*

Harremanak izateko zailtasun handiak dituen gizona da, eta horretan laguntza psikologikoak ere lagundu dio. Bere inguruan ulermen hori ez duenez, bere psikologoan bilatzen du. Proyecto Hombre errekurtsuan egon zenean, bere laguntzarik handiena baliabidean zeuden psikologoaren irudiak ziren. Gainera, ez zuen laguntza familiarraren falta sumatzen, laguntza horiekin ulertua sentitzen baitzen:

“En Proyecto Hombre, no echaba de menos a nadie porque tenía todos los psicólogos ahí. (Alfonso, 51)”

Blancaren kasua bere seme alabez gain, eguneko ospitalea eta psikiatra dira gaur egungo beste sostengu batzuk. Eguneko ospitaleko langileak ere oso modu positiboan baloratzen ditu. Berarentzat jendearekin egotea oso garrantzitsua da, zentroan dauden pertsonekin harremantzea oso modu positiboan baloratzen du:

“Mis apoyos fundamentales en estos momentos están siendo esto, este centro y el psiquiatra que tengo. Y el psiquiatra que tengo, y las y las esto y las chicas todas, y las chicas cómo cómo hacen todo lo posible para que estemos alegres. Date cuenta que todos estamos depresivos, todo, y te hacen todo lo que pueden, ¿me entiendes? La psicóloga también y y mis hijos. (Blanca, 74)”

4.3.3. *Hurtzarroan izandako esperientzia negatiboak*

Beste pertsonekin egoteko edo besteekin harremantzeko oztopoa izatea ohikoa da eta hori ikusi da perfil hauetan. Bi kasu daude non txikitatik besteekin bizipen negatiboak izan dituztela eta hori izan daiteke gaur egun besteekin harremantzeko oztopo bat. Hemen, Alfonsoren eta Gonzaloren kasua dago. Alfonso, txikitatik bere komunitatean ez zen integratuta sentitzen. Garai hartan abertzale izateak edo ez markatzen zuelako pertsona baten harremanak. Bera ez zen alde batekin edo bestearekin identifikatzen, eta hori oztopo bat izan zen bera lagunak sortzeko edo bere ikasketa zentroan integrazioa lortzeko. Bere kasuan, bere, bizitza isolamendu sozialak markatu egin du, eta berak kontatzen du nola gaixotasunak bere erlazio pertsonalak markatu dituen. Gonzaloren kasuan, bullying jaso zuen gizona izan zen eta bere etxean amarekiko eta ahizparekiko bere aitaren aldetik tratatu txarrak jasotzen zituztelako. Biek ez zuten nerabezaro on bat izan:

“No tuve una infancia feliz porque me hacían mucho bullying, en casa había maltrato, y hacia mi madre, hacia mis mis hermanas por parte de mi padre, porque vivía. Y en el colegio, pues como no era yo de del pueblo, no era nativo, pues me hacía mucho mucho bullying. (Gonzalo, 56)”

“O eras abertzale o no lo eras. Y yo no encajaba con ninguno de los dos grupos, ¿sabes? Yo tenía una cuadrilla que eran todos abertzale y los que y los de mi cuadrilla me miraban mal porque yo no iba a las manifestaciones ni nada, y los de fuera me veían como una abertzales los otros, ¿sabes? Y yo no era abertzales tampoco. Entonces, no encajaba en ningún lado y los los los amigos se metían mucho conmigo por no ir a hacer manifestaciones y todo. O sea, yo no no tenía amigos, tenía una cuadrilla no quería estar solo, ¿sabes? (Alfonso, 51)”

Gonzaloren kasuan ikusten da nola besteekin erlazionatzeko gogoak ez dituela. Hor bere bizitzaren beste arloetara joaten den. Dena bere emaztearekin edo bere familiarekin egiten duelako edo elizan. Hori berarentzat inguru seguru bat delako:

“Ane: También es normal que que no te apetezca, ¿no? Un día relacionarte o... Sí, la mayoría de los días no apetece relacionarme con ellos. (Gonzalo, 56)”

4.3.4. Gaur egungo ondorio sozialak

Ikusten da nola pertsona hauen sozialki daukaten sarea oso txikia dela. Harremanak mantentzea beraientzako zaila den gauza da, adibidez txikitako lagun taldea mantentzea. Kasu hauetan, Gonzaloren eta Alfonsoren kasuan ez zuten talde hori izan.

Isolamendu sozial hori eta harremantzaren oztopoak izan daitezke hainbat arrazoiengatik. Ikusten dugu hemen, Antonioren kasuan nola bera, herrian oso modu aktiboan parte hartzen zuen gizona zen, bai herriko futbol klubaren barruan edo erraldoien konpartsan adibidez. Gaixotasunaren ondorioz, Antonio, etxean gelditzen hasi zen eta horrek izan zen faktore bat berak zituen harremanak edo gizarte sarea mugatzeko:

“He tenido bastantes fases que me he quedado en casa, no quería salir, luego he salido pues un poco a dar un paseíto, luego conseguí ir a la tienda a comprar con ella. (Antonio, 65)”

Aipatu beharra dago, depresioak eta hainbeste gaixotasun mental gehiago bezala, eta Blanca esaten duen bezala, depresioa energia eta bizitzarako gogoia ostu diezaioke norbaiti. Ohetik altxatze hutsa lan izugarri eta nekagarri bat bezala senti daiteke. Egoera horretan, etxetik irtetea lan monumentalak izan daiteke, eta bildu dezakeena baino energia gehiago behar du:

“Se está con la de presión, no se tiene ganas ni llevarme ni de limpiar ni de hacer nada. Parece que no eres tú tu persona, se deja, no te apetece ni meterte a bañarte ni ducharte ni nada. Es una cosa increíble, Increíble, increíble. (Blanca, 74)”

Albak gizarte langileak dioen bezala, gizarte lanetik, garrantzitsua da honetan esku hartzea. Azkenean, gaixotasun bera sortzen duen isolamendu soziala prebentzio lana egitea garrantzitsua da. Pertsona hauek bere komunitatean eta bere ingurunean harreman sozialak egiten laguntzea garrantzitsua da gizarte lanetik. Aurretik aurkeztu diren errekurtsoen bitartez adibidez. Beraientzat harremantzeko espazioak izan ahal direlako eta bertan besteekin harremanak sortzeko espazio segurua. Faktore guzti hauek gaixotasun prozesuan laguntza bezala eta babes faktore bezala ikustea garrantzitsua da gizarte lanetik. Hemen ikusten dugu gizarte lanetik garrantzitsua dela isolamendu sozial hori prebenitzaren lana egitea. Gizarte sare hori izateak, laguntza emozionalaren edo bakoitzak bere beharretara egokitutako

laguntzen iturria delako. Beraiek beraien gaixotasunari edo bibentzia pertsonalei buruz hitz egiteko besteen ulermena izatea oso garrantzitsua da:

“Esos procesos que vemos aquí de esas esas depresiones un síntoma es retirarme en aislarme bueno aquí se trabaja sobre todo mucho todo lo que tiene que ver con los beneficios que tiene precisamente el contacto social bueno que es una fuente también de protección ¿no? una fuente de bienestar. Y yo creo que ahí bueno sobre todo en bueno darles otras oportunidades otros espacios en los que poder. Entonces bueno desde ahí creo que sí que podemos intervenir un poco ¿no? en esa situación de aislamiento, no dejamos muchas veces de ser facilitadoras ¿no? facilitamos esa conexión con la comunidad, con recursos más protegidos más ordinarios... que la persona pueda volver otra vez a conectar con la comunidad que bueno o que inicie un camino que igual antes no había hecho ¿no? insistiendo mucho en la importancia del contacto social ¿no? y socializar como factor de protección claro para su salud mental. (Alba, 40)”

Beste faktore bat izan daiteke medikazioarengatik gertatzen diren albo ondorioak. Sararen kasuan, bere bizitzan gertatzen ari da gaur egun. Psikiatrarekin tratamendua doikuntza lana egiten ari dira. Baina, bere esanetan adierazten du nola berari medikazioa lo uzten dio. Hori, arratsaldetan berak gustuko dituen jarduerak egiteko oztopo bat izan daiteke:

“Cuando estas con un tema de estar mal, te aíslas mucho, entonces empiezas a perder el contacto con la gente y eso es justo lo que no hay que hacer. Hay que salir. Yo así lo hablo, pero me lo tengo que aplicar porque cuesta muchísimo, sobre todo si estas en un cambio de medicación que te dejan un poco como dormida. Entonces, aun así, aunque te dejen dormida, hay que hacer las cosas. Y me lo aplico porque si que es verdad que yo también estoy en un cambio de medicamento y me cuesta, pero por las tardes me cuesta muchísimo salir a la calle. (Sara, 50)”

Sararen kasuan, ikusten dugu nola bere isolamendu soziala bai gaixotasun propioarengatik datorren eta gero ere bai medikazioarengatik. Nola medikazio aldaketak kostatzen zaizkio eta hori oztopo bat dela bera arratsaldean ateratzeko.

Ondoren, estigmaren gaia garrantzitsua da, eta hori oztopo bat izan daiteke beste pertsonekin harremantzeko. Alfonsoren kasuan, estigma oso garrantzitsua izan da bere bizitza

Gizarte sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragin soziala

osoan zehar. Bera txikia zenean bere aitaren gaixotasunarekiko estigma sufritu zuen:

“Y yo me sentía estigmatizado en Berriozar por eso, por cómo era mi padre. Igual igual no había tal estigma, en mi, con mi padre, ¿sabes? Pero yo sí lo me sentía así, ¿sabes? Y luego me sentía yo ese ese estigmatizado yo, ¿sabes? (Alfonso, 51)”

Kontatzen du nola aitaren estigma bere estigma bezala hartu zuen berak. Gero, bere herrian berak iraganen izan zuen droga kontsumoaren ondorioz, bizi den herrian sortu den estigma oztopo bat izan da berak behin drogak utzita berriro harremanak sortzeko:

“La gente me rechazó, porque la gente sabe mi historia, que iba al club de alterne, que que toma cocaína, lo sabemos mucha gente.

Ane: El estigma es el de que hablábamos, ¿no?

Y me y me rechazó muchísima gente. (Alfonso, 51)”

Hemen ikusten dugu nola estigma gutxiespen sentimendua ere agertu daitekeela. Gaixotasun mentalen inguruko estigmak gizarte bazterketa eta gainerakoen gaitzespena ekar ditzake. Gaixotasun mentalak dituzten pertsonak, askotan, aurreiritziei eta estereotipoei egiten diete aurre, eta, ondorioz, lotsatuta edo segurtasunik gabe senti daitezke besteekin elkarreraginean aritzean. Alfonso, kontatzen du historio esanguratsu bat emakume batekin interakzio bat izatearen saiakera batean:

“Sí, señalan, no, me me evitan, me evitan. Una vez, una chica de la, una recepcionista de la piscina tío, la vi a lo lejos, y alguna vez había hablado con ella, y me acerqué y salía corriendo, tío, con el bebé. Pero la vi seguir corriendo con el bebé y digo, hostia, ¿pero ¿qué pasa aquí, tío? Me dio, me dije, algo estoy haciendo mal, algo no no me cuadra, ¿sabes? (Alfonso, 51)”

Azaldu eta aztertu dugun bezala, estigma oztopo bat da pertsona horiek erabat integratzeko. Gaur egun, sozialki existitzen jarraitzen du, eta horrela azpimarratzen dute beraiek. Ikusten dugunez, Antonio eta Gonzalo, izan dituzten jokabideengatik lotsatzen dira. Gonzaloren kasuan, bere familian kezka eragile izan nahi ez den gizona da, eta horregatik lotsatuta sentitzen da:

"Ane: Vale Gonzalo, pues nada, del estigma, bueno, te quería preguntar a ver si te has avergonzado alguna vez por...

Sí, muchas veces.

Ane: ¿Y en qué sentido Gonzalo?

La mayoría de las veces avergüenzo, pues porque soy causante de... me avergüenzo, me arrepiento, me siento miserable. (Gonzalo, 56)"

Antonoren kasuan, iraganen izan zituen jokabideez jabetzen da. Hori dela eta, herrian seinalatuta sentitzen da izandako jokabideen ondorioz. Gainera, kontatzen du herri txiki batean bizitzea oso azkar jakiten dela informazioa eta mundu guztiak dakiela, eta horrek lotsarazi egiten duela oraindik. Kontatzen du nola gaizki eraman duela jende guztiak jokabide horien berri izatea. Gizartean hain barneratuta dagoen estigmaren ondorioz, pertsona horiek lotsa hori sentitzen dute, eta, estigmaren ondorioz, gizarte isolamendua gerta daiteke:

"Ane:¿Y te has avergonzado alguna vez por lo que ha pasado?

Sí... Después de... Ha hecho cosas, haber hecho así cosas que no debía de hacer... Por eso luego sientes vergüenza... No sé... Cada uno lo lleva de una manera y es que a mí me... Yo lo he llevado muy mal... Lo he llevado mal... No sé... (Antonio, 65)"

Blancaren kasuan, ikusten dugu nola sentitzen duen gizarteak ez dituela ulertzen bera bezalako depresioa duten pertsonak. Depresioa duten pertsonak bakarrik ulertzen dute benetan zer den gaixotasuna eta nola eragin diezaiekeen gaixotasuna pertsonari. Azkenean, oso erraza da pertsona horiek gizarte gisa epaitzea, benetan nola pasatzen ari diren eta izan ditzaketen zailtasunak jakin gabe:

"Ane: Vale, Blanca, ahora que estamos acabando un poquito, te quería preguntar sobre el estigma. ¿Sabes lo que te?

Sí, el estigma, pues que no somos comprendidos. Los depresivos no somos comprendidos, solo hasta que las personas pasan alguna depresión, es cuando se dan cuenta y saben lo que realmente es. (Blanca, 74)"

Sara, gauza garrantzitsu bat aldarrikatzen du, gizarteak empatia izan behar duela gaixotasun mentala duten pertsonekin. Diagnostikatu ziotenean kontatzen du, nola adikzio prozesuan zegoen eta ez zuen onartzen gaur egun duen diagnostikoa izatea. Ikusten dugu pertsona horiek beste guztiak bezalakoak direla, baina sozialki estigma hori hedatuta

Gizarte sareek osasun mental arazoak dituzten pertsonen ongizatean duen eragin soziala

dagoenez, ez direla beste guztiak bezalakoak osasun mentalean duten baldintzatzailea dela eta. Gizarteak beraiek ulertzea eskatzen du, eta gizarteak onartu behar duela gainerakoak bezala direla:

“Si, estaba en proceso de adicción. Entonces lo primero que hice fue emborracharme y no tener esa enfermedad porque no la quería aceptar por el estigma social que hay y por el auto estigma que me creaba a mi porque yo quería ser como los demás, no nos damos cuenta de que tenemos nuestras limitaciones y que no pasa nada. Claro el que tiene un cáncer por ejemplo o cualquier otra enfermedad pues vale, muy bien, pero está muy estigmatizado comprender a personas que tenemos este problema y yo creo que deberíamos de ser un poco más empáticos. También hay gente de todo, pero me parece importante romper con ese estigma social que hay que aceptar, porque no somos peligrosos, ni somos mala gente, al contrario. Posiblemente te encuentres a muy buena gente. (Sara, 50)”

Pertsonen autoestigma existitzen den estigma sozialetik dator. Sararen kasuan, autoestigmak berarentzat ere garrantzi handia izan duela ikusten dugu. Ez du onartzen gaixotasuna duela besteek bezalako izan nahi duelako eta hori gizartean dagoen estigmarengatik da:

*“Ane: ¿Y el auto estigma como lo has vivido tu?
Pues porque no acepto. Lo que te digo, quiero ser como los demás y no aceto que tengo la enfermedad. Entre comillas no lo acepto que tengo la enfermedad, mas que no la acepto, estoy en negación con la enfermedad. Es decir, me da vergüenza tener esta enfermedad. ¿Por qué? Por el estigma que hay. Mi auto estigma viene derivado del estigma que hay socialmente. Te están transmitiendo los de fuera y te llega y te creas tu propio auto estigma. (Sara, 50)”*

Bukatzeko gizarte langile gisa, kontuan izan behar dugu kontzeptu hori, ahal den neurrian erraztu egin behar baitugu pertsona horiek gizartean eta komunitatean integratzea. Bizi proiektu normalizatu bat hasteko aukerak eta espazioak izatea. Gizarte gisa, gainerako herritarren eskubide berberak dituztela ikusi behar dugu, eta, beraz, gizarte gisa eta gizarte langile gisa ulertzea merezi dute:

“Bueno yo creo que eh más de si se abre no a su participación en entornos ordinarios entonces yo creo que hay mucho por recorrer ahí todavía sí. Lo que es un poco más la

*inclusión y pues eso, en entornos más ordinarios ¿no? también bueno pues les hagas participes, se piense en estas personas y luego ¿no? pues un poco como en todo ¿no? que se hagan a lo mejor también, es decir, que allá como más caminos y no solo uno con más alternativas a la diferencia no sé si me explico. Yo creo que a veces hay muchas maneras de llegar a lo mismo que no son una única manera ¿no? que también en función ¿no? de ti en este caso de edad mental bueno pues igual hace falta hace falta otras vías ¿no? y yo no sé si ahí incorporamos un poco a esas gafas ¿no? esa visión de población con más condicionantes como una enfermedad mental sí.
(Alba, 40)”*

5. CONCLUSIONES

Una vez finalizada la investigación del trabajo de fin de grado que analiza los distintos apoyos y relaciones sociales de personas con enfermedad mental grave, y una vez realizado el análisis de los datos recibidos de las personas entrevistadas a continuación se plantean las distintas conclusiones principales.

Es importante recordar el objetivo principal de esta investigación que tenía como objetivo analizar las distintas redes de apoyo de estas personas y ver las consecuencias que tienen en su bienestar social.

En primer lugar, quiero destacar la importancia de los apoyos tanto dentro como fuera de la familia. Como hemos visto, la familia es un factor de protección para estas personas y es un ámbito clave a destacar. Por el apoyo emocional que les brinda a estas personas, ya que la familia es un espacio seguro donde ellos puedan expresar sus sentimientos y recibir comprensión. Además, aparte del apoyo emocional, puede brindar un apoyo para realizar distintas tareas de la vida diaria que ayuden a la independencia de estas personas. Por último, la importancia del núcleo familiar es poder darles oportunidades de conexión social, así como el desarrollo de habilidades sociales y la participación en actividades que favorezcan su integración en la comunidad. Aparte de los apoyos dentro de la familia, quiero destacar también la labor de distintas asociaciones y recursos que ofrecen un papel fundamental en la vida de estas personas y que, además, son una fuente de socialización y de participación social.

Se ha demostrado como la sobrecarga de cuidados y el trabajo informal dentro de la familia son dos aspectos que emergen del contexto del análisis del trabajo. Estos factores son importantes señalar y son desafíos significativos tanto para las personas con enfermedad mental tanto como para sus familias y cuidadoras, por lo cual es otro factor muy importante al tener en cuenta en las intervenciones desde el trabajo social.

La sobrecarga familiar, como hemos podido analizar, tiene un impacto negativo tanto en las personas cuidadoras como en la persona enferma. El sentimiento de incompreensión hacia la persona enferma y en cansancio tanto físico como mental que sufren las personas cuidadoras es importante mencionarlas. Además, después de explorar las figuras de cuidadoras principales de las personas entrevistadas, vemos como las cuidadoras

principales son mujeres. Esto puede atribuirse a los roles tradicionales de género, donde se espera que la mujer sea la que se hace responsable de los cuidados. Vemos como estos roles mencionados, siguen muy presentes en nuestra sociedad.

Siguiendo con las conclusiones y como se ha demostrado en el marco teórico, el estigma es algo que también sigue muy presente en nuestra sociedad. El estigma que socialmente sigue muy extendido hacia estas personas es un obstáculo para que puedan entablar relaciones sociales y además dificulta su integración en la comunidad. Las personas con enfermedad mental se enfrentan a discriminaciones y prejuicios que afectan a su vida diaria que pueden dificultar la construcción de relaciones sociales. A la hora del diseño de intervención, es un factor para tener en cuenta, ya que es importante abordar el estigma desde un enfoque integral que involucre a múltiples factores como los propios individuos, familia y profesionales en la salud, por ejemplo. El diseño de acciones que puedan contribuir a la creación de comunidades solidarias e inclusivas independientemente de su salud mental es muy importante desde el trabajo social, para que ellos puedan participar plenamente en la sociedad y disfrutar de las relaciones sociales satisfactorias.

Para terminar y como futuras trabajadoras sociales, conviene recalcar la importancia de la intervención con las familias. Creo que debe de ser una función prioritaria y más en la salud mental. Tanto para darles a ellas mecanismos para afrontar la enfermedad y para que la familia sea un factor de protección para estas personas. Se ha demostrado que la evolución es más positiva si se tienen esos apoyos, así que desde el trabajo social hay que mantenerlos para favorecer la integración en la comunidad de estas personas. Por todo esto, en la parte del trabajo final en los anexos, se plantean distintas líneas de intervención desde el trabajo social para abordar este fenómeno social tan presente hoy en día.

6. BIBLIOGRAFIA

- Aguilar-Navarro, S., & Ávila-Funesa, J. A. (2007). La depresión: Particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Médica de México*, 143(2), 141-148.
- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
- Arauz, F. E. R. (2014). Adultos mayores: Aceptación, comprensión y estigma. El significado de estudiantes de la Región Centro de México. *Psicología para América Latina*, 27, 169-196.
- Arias, C., & Polizzi, L. (2010). La red de apoyo social en la vejez. Pérdidas e incorporación de nuevos vínculos. *Interpsiquis 2010*.
- Arnaiz, A., & Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 26, 49-59.
- Baena, B. G., & Navarro (tutor), J. I. V. (2018). Percepción social y estigma de la enfermedad mental. Implicaciones en su atención. *Biblioteca Lascasas*.
<https://www.ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12153>
- Benítez Valdez, M. (2021). *El rol del trabajo social en el campo de la salud mental: Las posibilidades y condiciones del quehacer profesional*.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/33451>
- Brigeiro, M. (2005). «Envejecimiento exitoso» y «tercera edad»: Problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 102-109.
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia psicológica*, 34(3), 183-189.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002>
- Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, 37(5), 443-448.

- Cobo, S., & María, C. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174.
- Cruz Ortiz, M., Pérez Rodríguez, M. del C., Jenaro Río, C., Vega Córdova, V., & Flores Robaina, N. (2011). Vivenciando las necesidades de apoyo en la enfermedad mental. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 16-20. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000100004>
- del Cura Bilbao, A., & Sandín Vázquez, M. (2022). Activos para la salud y calidad de vida en personas diagnosticadas de enfermedad mental grave. *Gaceta Sanitaria*, 35, 473-479. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.03.004>
- Florido, V. D. S., Quiroga, A. R., Mancho, D., & Rojo, S. F. (2023). Trastornos afectivos, trastornos depresivos y trastorno bipolar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(84), 4948-4956. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.08.003>
- García Fernández, S. (2012). *Enfermedad mental: Familia y sociedad*. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/888>
- García-Calvente, M. del M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18, 83-92.
- Gómez, S. A. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 114-125.
- Guerrini, M. E. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, 57, 11.
- La vejez. Su abordaje desde el trabajo social*. (s. f.). Recuperado 5 de febrero de 2024, de [hrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf](https://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf)
- Leon R., T., Bozanic L., A., Leon R., T., & Bozanic L., A. (2022). Viejismo y su efecto en Salud.

Revista chilena de neuro-psiquiatría, 60(4), 497-499. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272022000400497>

López-Álvarez, J., Agüera-Ortiz, L., & Marín-Mayor, M. (2009). Abordaje terapéutico del trastorno bipolar en ancianos: Tratamientos específicos y características especiales. *Psicogeriatría*, 1, 115-125.

Martín Padilla, E., Obando Posada, D., & Sarmiento Medina, P. (2018). La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Atención Primaria*, 50(9), 519-526. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.010>

Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta sanitaria*, 18(suppl 1), 175-181.

Navarro Bayón, D., García-Heras Delgado, S., Carrasco Ramírez, O., & Casas Toral, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 321-336.

Navarro-Lorenzo, A. (2014). *El trabajo social en el ámbito de la salud mental comunitaria: Un estudio del rol profesional en la actualidad*. <http://crea.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/656>

Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, 4, 151-172.

Pérez Peñaranda, A., García Ortiz, L., Rodríguez Sánchez, E., Losada Baltar, A., Porras Santos, N., & Gómez Marcos, M. Á. (2009). Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Atención Primaria*, 41(11), 621-628. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.03.005>

Piñeiro, I., Rodríguez, S., Albite, A., Freire, C., & Ferradás, M. del M. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research*, 3(3), Article 3. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i3.75>

Romero, A. A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de*

trabajo social, 23, 289-300.

Silva Cardona, A. M., Cortés Vargas, C., & Osorio Moncada, A. (2015). *El rol del trabajador social en procesos de intervención en salud mental a pacientes diagnosticados con alguna psicopatología*. [Thesis, Trabajo Social].
<https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/5366>

Silva Fhon, J. R., Gonzales Janampa, J. T., Mas Huaman, T., Marques, S., & Partezani Rodrigues, R. A. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 34(3), 251-258.
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58704>

Trullenque, E. M. G., & María, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352.

Urzúa M, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Vaquiro Rodríguez, S., & Stiepovich Bertoni, J. (2010). CUIDADO INFORMAL, UN RETO ASUMIDO POR LA MUJER. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 17-24.
<https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>

Zambrano Calozuma, P. A., & Estrada Cherres, J. P. (2020). Salud mental en el adulto mayor. *Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional*, 5(2), 3-21.

ERANSKINAK

I. Eranskina. Gizarte lanetik abiatuta esku hartze ideak.

Jarraian, buru nahaste larria duten pertsonekin eta haien gizarte ingurua eta familia kontuan hartzen duten esku hartzeak plantatzen dira, gizarte lanetik egindakoak direnak. Honako hauen dira proposamenak.

1. Familia-hezkuntza eta orientazioko programak: Esku hartzeko proposamen honen helburua da gaixotasun mental larria ulertzeko informazioa eta trebetasunak ematea familiei eta egoera zailak konpontzeko tresnak ematea ere. Gainera, pertsona horientzat dauden baliabideen orientazioa eta informazioa eskaintzea, kasu bakoitzaren egoerara egokituta. Programa horien helburua da, halaber, familia ingurune segurua izatea, eta beraiek familiaren aldetik ulertuak eta eroso sentitzea.
2. Gizarte-laguntzako sareetan esku hartzea: Gizarte-lanetik, buru-nahasmendu larria duten pertsonen laguntza-sareak identifikatu eta indartu behar dira. Horren barruan sar daiteke, adibidez, gizarte-inklusioa eta pertsona horien pertenezia-sentimendua sustatzen duten komunitate-laguntzako taldeekin edo hainbat baliabidetako jarduerekin konektatzea.
3. Harreman sozialak eta komunitatearen parte-hartzea sustatzea: Helburu nagusia da buru-nahaste larria duten pertsonen parte-hartzea sustatzea tokiko jarduera komunitarioetan, komunitatearekiko lotura sustatzeko eta harreman sozialak izateko aukera emateko.
4. Diskriminazioa eta estigma murrizteko lana: Gizarte lanetik buru nahaste larriari lotutako sentsibilizazio ekimenak garatu behar dira, pertsona horien ulermen eta onarpen soziala sustatu ahal izateko. Puntu hori kontuan hartu behar da, izan ere, analisisan ikusi dugun bezala, pertsona horiek estigma eta diskriminazio handia dutelako, eta horrek mugatu egiten du bere gizarte-ingurunea.

Esku hartzeko proposamenak aurkeztu ondoren, horien helburu nagusia da buru-nahaste larria duten pertsonen ongizateari modu integral batean heltzea, haien testuinguru soziala eta familiarra kontuan hartuta. Gainera, oso garrantzitsua da pertsona horien gizarteratzea eta dagokien komunitatean aktiboki parte hartzea sustatzea. Azkenik, garrantzitsua da gizarte lanetik orientazio eta aholkularitza lana egin familiako esku hartzeetan, adibidez.

II. Eranskina. Buru nahasmendu mental larria duten pertsonen elkarrizketen gidoia.

Gidoia hau lanaren helburuak kontuan hartuta diseinatu da. Atalak egin dira, landu beharreko fenomeno guztiak ikertu ahal izateko. Galdera guztiak ez dira egin, batzuetan aurreko galderetan erantzuten dutelako.

Primero, descripción general, contexto y situación actual de la persona.

Primer grupo de pregunta: familia

1. ¿Cuáles son tus redes de apoyo?
2. ¿Cómo calificarías la relación con tu familia? ¿Positiva, negativa...?
3. ¿El tener ese tipo de relación como crees que afecta a tu bienestar? ¿Consideras que afecta de una manera positiva o negativa? ¿En qué aspecto?
4. ¿Cómo afecta ese apoyo a la enfermedad? ¿Comprensión por ella? ¿Te sientes una carga dentro de la familia?
5. ¿Crees que el tener ese apoyo te ha ayudado para sobrellevar la enfermedad? ¿Por qué?
6. ¿Qué tipo de apoyo te da la familia? (Emocionales, económicos, afectivos...)
7. ¿Quién hace los cuidados? (hijo/a, cuidador informal o formal...)

Segundo grupo de preguntas: Época aguda de la enfermedad

8. En épocas difíciles y agudas de la enfermedad, ¿Has tenido apoyo de la familia?
Si es que sí ¿En qué te ayudaron? ¿Te ayudó a poder sobrellevar la situación? ¿Eran personas solo de dentro de la familia o también tenías amigo/a para poder llevar la situación? ¿Te acompañaron en este proceso?
Si es que no ¿Lo echaste de menos? ¿Tuviste personas de apoyo para que te pudieran ayudar? ¿Crees que es importante tener apoyo de la familia y de amigos? ¿Crees que te hubiera afectado positivamente tener ese apoyo?
9. ¿Cómo ha llevado la familia y el entorno esa época?
10. ¿Crees que es necesario tener ese tipo de apoyo?
11. ¿Te sentías sola teniendo ese apoyo? ¿O gracias a ese apoyo te hacían sentir más acompañada?

Tercer grupo de preguntas: Redes de apoyo fuera de la familia.

12. ¿Consideras que has perdido relaciones sociales por causa de la enfermedad? ¿Qué relaciones sociales tenías antes?
13. ¿Tienes algún otro apoyo de fuera de la familia?
14. ¿Consideras que tienes personas que puedes contar con ellas para tener apoyo

emocional por ejemplo?

15. ¿Tienes grupo de amigas o gente con quien puedas salir?

Si es que si ¿Crees que es importante tener ese apoyo? ¿Cómo lo calificarías? ¿Te ha ayudado a llevar la enfermedad? ¿Crees que ha afectado positivamente?

Si es que no, ¿Lo echas de menos? ¿Lo has echado de menos en estos años de enfermedad? ¿Crees que es importante tener ese tipo de apoyo más informal?

16. ¿Realizas alguna actividad con gente conocida? ¿Crees que es positivo socializar con otras personas? ¿Cómo te hace sentir eso?

17. ¿Crees que es positivo tener ese tipo de apoyo para llevar la enfermedad?

Cuarto grupo de preguntas: Consecuencias sociales de la enfermedad

18. ¿Crees que tu vida sería diferente sin la enfermedad? ¿Ha cambiado tu vida? ¿En qué aspectos? ¿Como era tu vida antes?

19. ¿En qué aspectos crees que ha afectado más la enfermedad?

Quinto grupo de preguntas: Apoyo en general

20. ¿Como consideras que ha afectado la enfermedad en tu entorno social? ¿Has perdido relaciones por causa de la enfermedad?

21. ¿Ha cambiado tu vida desde el diagnóstico en salud mental? ¿Cómo era tu vida social antes?

22. ¿Has tenido grupo de amigos? ¿Desde cuándo? ¿Qué origen tiene ese grupo? ¿Consideras que es importante tener ese apoyo?

23. ¿Qué tipo de apoyo te brindan? ¿Como lo valoras?

24. ¿A raíz de que ha pasado el tiempo y has ido creciendo, has perdido apoyos? ¿Qué apoyos sociales tenías antes?

Sexto grupo de preguntas: Estigma

25. ¿Has sufrido alguna discriminación por el diagnóstico en salud mental?

26. ¿Te has avergonzado alguna vez por eso?

27. ¿Consideras que existe una estigmatización sobre la salud mental? ¿Crees que te afecta?

28. ¿Por ejemplo, a la hora de buscar trabajo, has tenido alguna dificultad por la enfermedad mental? También económico

III. Eranskina. Psikogeriatrikoko gizarte langilearen elkarrizketan erabilitako gidoia.

Gidoia hau lanaren helburuak kontuan hartuta diseinatu da. Atalak egin dira, landu beharreko fenomeno guztiak ikertu ahal izateko. Galdera guztiak ez dira egin, batzuetan aurreko galderetan erantzuten dutelako.

Primer grupo de preguntas. Determinantes sociales de la enfermedad

1. ¿Cuáles crees que son los determinantes sociales de la enfermedad?
2. ¿Crees que son importantes a la hora de diseñar la intervención social con el paciente?
3. ¿Como crees que puedes afectar a las personas con diagnóstico en salud mental?
4. ¿Como podemos cambiar estos determinantes negativos desde el trabajo social?

Segundo grupo de preguntas. Intervención con familias

5. ¿Crees que el apoyo de las familias es importante para los cuidados y el llevar la enfermedad?
6. ¿Como se importante crees que es la intervención con las familias?
7. ¿Crees que el apoyo de la familia es importante para estas personas? ¿El tener el apoyo de la familia crees que les afecta desde un punto positivo? ¿En qué aspecto?
8. ¿Qué tipo de intervenciones se hacen desde el trabajo social con las familias?
9. ¿Como crees que afecta a estas personas el tener o no el apoyo de la familia? ¿Aislamiento?

Tercer grupo de preguntas. Consecuencias sociales de la enfermedad.

10. ¿Cuáles crees que son las consecuencias sociales que viven las personas con diagnóstico en salud mental?
11. ¿Crees que es importante trabajar eso desde el trabajo social? ¿Cómo?
12. ¿Cómo crees que se podrían evitar estas consecuencias?