



**Dispositivos de abordaje familiar en el campo de la Salud Mental:
estudio exploratorio en el Centro Psicosocial Sur Palermo.**

Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Social

Lic. Mariel Palacios Cacciatori
Directora de Tesis: Profa. Adj. Mag. Ana Carina Rodríguez

Montevideo, setiembre de 2019

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Gonzalo Correa, que desde la Dirección de la Maestría en Psicología Social facilitó mi recorrido por la misma, gracias por la disponibilidad y el apoyo.

A Ana Carina Rodríguez, por aceptar la tutoría en el último tramo de esta tesis, por acompañarme y orientarme.

A Eduardo Viera, por acompañar como tutor el proyecto de extensión universitaria e insistir en que realice esta maestría.

Al equipo de compañeros que integraron el proyecto de extensión universitaria en todas sus conformaciones: Lucía, Cecilia, Florencia, Eduardo, Christiane, Sebastián, Juan Pablo y Florencia; por transitar juntas/os ese recorrido.

Agradezco especialmente a Mauricio Garolfi, por compartir juntos el recorrido por esta maestría “codo a codo”, por cada diálogo, discusión y por las palabras de aliento.

Gracias a Sebastián, por el apoyo, contención y cuidado en este proceso. Por ayudarme a sostener esta locura de tener tres trabajos y escribir una tesis de maestría.

A Laura, amiga del alma, por estar siempre presente sin importar la distancia y acompañarme en este proceso.

A mis compañeras/os de CECAP por el aguante y especialmente al equipo de CECAP-CES por apoyarme y darme para adelante con esta tesis: Rossana, Fanny, Sergio, Vanesa y Ana.

Agradezco al Centro Psicosocial Sur Palermo por abrirme sus puertas con tanta disponibilidad y compromiso. Y especialmente a todos los/as técnicos/as que participaron en esta investigación y compartieron generosamente su experiencia conmigo.

LISTA DE ABREVIACIONES

BPS - Banco de Previsión Social

CIPRES - Centro de Investigación en Psicoterapias y re-Habilitación Social

CNLSM - Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental

CSEAM - Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio

CSIC - Comisión Sectorial de Investigación Científica

DDHH - Derechos Humanos

GM - Grupo de la mañana

CTT - Comunidad Terapéutica de la Tarde

MIDES - Ministerio de Desarrollo Social

MSP - Ministerio de Salud Pública

OP - Observación Participante

PIPSM - Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental

PNSM - Programa Nacional de Salud Mental

PSC - Psicología Social Comunitaria

SM - Salud Mental

SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud

TMSP - Trastorno Mental Severo y Persistente

UCU - Universidad Católica del Uruguay

UdelAR - Universidad de la República

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Observación participante en los dispositivos del CPSP (elaboración propia)	41
Tabla 2: Criterios de selección y participantes (elaboración propia)	42
Tabla 3: Descripción de Programas del CPSP (elaboración propia)	43
Tabla 4: Participantes de la investigación por disciplinas, roles institucionales y códigos utilizados para preservar la confidencialidad (elaboración propia)	44
Tabla 5: Categorías y subcategorías de análisis construidas a partir de los objetivos de la investigación y subcategorías emergentes (elaboración propia)	46
Tabla 6: Observación participante. Registro de temáticas en grupo de psicoeducación mediante cuaderno de notas	69
Tabla 7: Causas atribuidas a que las madres sean las principales cuidadoras de las personas con padecimiento psíquico	87
Tabla 8: Estrategias y dimensiones de la intervención ante una situación de abuso sexual en el CPSP (elaboración propia)	90
Tabla 9: formas de involucramiento de los técnicos en relación a la ley de SM (2017) (elaboración propia)	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Interacción en los grupos Multifamiliares (elaboración propia)	63
Figura 2: Interacción en el grupo de Psicoeducación (elaboración propia)	70
Figura 3: Abordaje familiar desde una concepción Comunitaria Restrictiva (elaboración propia)	94
Figura 4: Abordaje familiar desde una concepción Comunitaria Transformadora (elaboración propia)	94
Figura 5: Organización del trabajo en el CPSP según disciplinas (elaboración propia)	104

RESUMEN

Esta investigación se produce en el marco de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología (Universidad de la República). Se estudiaron los dispositivos de abordaje familiar en el Centro Psicosocial Sur Palermo (CPSP), desde una perspectiva socio-construccionista de la Psicología Social, específicamente con los aportes de la Psicología Social Comunitaria latinoamericana.

Se propuso como objetivo general conocer las estrategias y dispositivos que utilizan los/as técnicos/as en los abordajes con las familias de personas con padecimiento psíquico. Los objetivos específicos fueron: los obstáculos y facilitadores que encuentran en su práctica profesional; las trayectorias formativas y teorías que utilizan en el trabajo con las familias; y cómo se producen las condiciones para la interdisciplina y el enfoque de Derechos Humanos (DDHH).

Se trata de una investigación cualitativa de diseño exploratorio, utilizando para la construcción de datos, entrevistas en profundidad a los/las técnicos/as del CPSP y la observación participante en los grupos multifamiliares y de psicoeducación.

Como principales conclusiones respecto a los abordajes familiares se encontró que el trabajo con las familias transversaliza a todos los programas del CPSP, a partir de los cuales se construyeron siete dispositivos de abordaje familiar. Se identificaron estrategias que se enmarcan en dos concepciones del abordaje comunitario: restrictivas y transformadoras. Se evidencia la importancia de integrar el enfoque de género en los abordajes familiares, la necesidad de crear condiciones de posibilidad para producir abordajes interdisciplinarios y las diferentes perspectivas con relación al enfoque de Derechos Humanos en el campo de la Salud Mental.

Palabras clave: dispositivos; abordajes familiares; salud mental

SUMMARY

This research was produced within the framework of the Master in Social Psychology of the Faculty of Psychology (Republic University). Family approach dispositives were studied at the Sur Palermo Psychosocial Center (SPPC), from a socio-constructionist perspective of Social Psychology, specifically with the contributions of the Latin American Community Social Psychology.

It was proposed as a general objective to learn about the strategies and dispositives used by technicians in the approaches with the families of people with mental illness. The specific objectives were: the obstacles and facilitators they encounter in their professional practice; the formative trajectories and theories that they use while working with families; and how interdisciplinary conditions and the Human Rights (HR) approach occur.

This is a qualitative research of exploratory design, in which in depths interviews with the PSPC technicians as well as the participant observation in the multifamily and phychoeducational groups were used for the construction of data.

As main conclusions regarding family approaches, it was found that working with families mainstreams all PSPC programs, from which seven family-based dispositives were built. Strategies that are framed in two conceptions of the community approach were identified: restrictive and transformative. The importance of integrating the gender approach in family approaches, the need to create conditions of possibility to produce interdisciplinary approaches and the different perspectives regarding the Human Rights approach in the field of Mental Health is evident.

Keywords: dispositives; family approaches; mental health

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	2
LISTA DE ABREVIACIONES	3
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS	4
RESUMEN	5
SUMMARY	6
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Punto de partida: primeros acercamientos al campo de problemas	10
1.2. ¿Porqué investigar en el Centro Psicosocial Sur Palermo (CPSP)?	12
1.3. Breve recorrido histórico acerca de las familias y el campo de la Salud Mental en Uruguay	14
1.3.1. El lugar asignado a la familia con el surgimiento del manicomio	15
1.3.2. Movimientos sociales y políticas públicas en Salud Mental en la historia reciente	14
CAPÍTULO 2. Fundamentación y antecedentes	16
1.1. Fundamentación.....	16
1.2. Antecedentes de la investigación.....	17
CAPÍTULO 3. La familia y la Enfermedad Mental/Salud Mental	22
3.1. El Psicoanálisis	22
3.2. Escuela de Palo Alto y la antipsiquiatría	24
3.3. La Psicología Social rioplatense: los aportes de Pichón Rivière	25
3.4. Enfoque de cuidados.....	26
CAPÍTULO 4. Problema, preguntas y objetivos de investigación	28
4.1. Problema	28
4.2. Preguntas de investigación	28
4.3. Objetivos	29
CAPÍTULO 5. Referencias teóricas	30
5.1. Construcción social de lo familiar en el campo de la SM	30
5.2. Los aportes de la Psicología Social Comunitaria (PSC) para pensar las transformaciones en el campo de la SM	32
5.3. El campo de la Salud Mental desde el enfoque de Derechos Humanos	34
5.4. El encuentro con lo familiar	35
5.5. Enfoque de género en el campo de la Salud Mental.....	36
CAPÍTULO 6. Estrategia Metodológica	39
6.1. Técnicas utilizadas en el trabajo de campo	40
6.2. Participantes de la investigación y criterios de selección	42

6.3. Procesamiento de la información	44
6.4. Consideraciones éticas.....	47
CAPÍTULO 7. Análisis y discusión de resultados	48
7.1. Condiciones de posibilidad y enunciación: contextualización histórica del surgimiento de CPSP	48
7.2. Dispositivos de abordaje familiar en el CPSP	54
7.2.1. Dispositivo <i>de puerta de entrada</i>	55
7.2.2. Dispositivos de Comunidad Terapéutica	59
7.2.3. Dispositivos de abordaje familiar grupal	62
7.2.4. Dispositivos de abordaje familiar individual y psicoterapias	73
7.2.5. Dispositivo CASF-D	76
7.2.6. Dispositivo de Viviendas asistidas	79
7.2.7. Dispositivos <i>de Red</i>	81
7.2.8. ¿Familia o mujeres cuidadoras?.....	86
7.2.9. ¿Cómo intervenir cuando en la familia se vulneran DDHH?.....	88
7.3. Teorías y trayectorias formativas: ¿que construyen en relación a la familia en el campo de la Salud Mental?	94
7.4. La disposición del trabajo de equipo y las condiciones de posibilidad de la interdisciplina en el CPSP.....	98
7.5. Perspectivas en relación al enfoque de DDHH en el contexto de transformación de las políticas públicas en SM en Uruguay.....	105
CAPÍTULO 8. Conclusiones y consideraciones finales	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

En cuanto a la organización y estrategia expositiva, esta tesis se compone de 8 capítulos. En el primer capítulo, se busca introducir al/la lector/a al campo de problemas abordado, la presentación del Centro Psicosocial Sur Palermo donde se ha desarrollado la investigación y por último, se realiza una breve contextualización histórica acerca de las familias en el campo de la Salud Mental en Uruguay.

En el segundo capítulo, se fundamenta la investigación y se presentan los antecedentes internacionales, regionales y nacionales.

En el tercer capítulo, se realiza una revisión de la producción teórica en relación a la familia en el campo de la Enfermedad Mental/Salud Mental, donde se pretende dar cuenta de cómo se ha ido abordando teóricamente a la familia en relación a la enfermedad mental/salud mental.

En el cuarto capítulo, se plantea el problema de investigación, así como las preguntas desde las cuales se parte para formular los objetivos de la investigación.

En el quinto capítulo, se desarrollan las referencias teóricas que sustentan a la investigación, que guiaron el trabajo de campo, el análisis y discusión de resultados.

En el sexto capítulo, se plantea la estrategia metodológica de la investigación, se detallan las técnicas utilizadas en el trabajo de campo, se describen a los participantes de la investigación y criterios de selección; y finalmente, como se realizó el análisis y procesamiento de la información. Por último, se abordan las consideraciones éticas de la investigación.

En el séptimo capítulo, se realiza el análisis y discusión de resultados, el cual se subdivide en cinco partes: se comienza con la contextualización de la historia y surgimiento del CPSP contada por sus protagonistas, así como se conformaron los diferentes programas y estrategias de abordaje familiar del centro. En el segundo apartado, se realiza un mapa de los dispositivos de abordaje familiar del CPSP. El tercer apartado, aborda las trayectorias formativas y teorías desde las que los técnicos enmarcan su experiencia profesional. En cuarto lugar, se trata sobre el trabajo del equipo y las condiciones de posibilidad de la interdisciplina. Y por último, en el quinto apartado se trabaja sobre las perspectivas de los técnicos sobre el enfoque de DDHH en vistas a los procesos de transformación de las políticas públicas en SM en Uruguay.

Finalmente, en el octavo capítulo, se exponen las conclusiones y consideraciones finales de la investigación.

1.1. Punto de partida: primeros acercamientos al campo de problemas

El primer acercamiento al “campo de problemas” (Fernández, 2007) que aborda la presente tesis de maestría fue a partir de la extensión universitaria, por el proyecto: "Intervención Psicosocial en Salud: grupos de apoyo para familiares y amigos de usuarios del Hospital Vilardebó" aprobado por la Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM) de la Universidad de la República (UdelaR). Esta experiencia funcionó desde el año 2014 al 2016 y tuvo como objetivo la conformación de un grupo de apoyo para familiares y amigos de usuarios de Salud Mental en el Hospital Vilardebó. Buscaba fortalecer la red de apoyo informal de los usuarios de Salud Mental mediante un espacio de encuentro entre los/as familiares, así como brindar información y orientación. Este dispositivo se pensó como una estrategia para favorecer procesos de desmanicomialización, buscando tender puentes hacia la comunidad con una perspectiva de Derechos Humanos. Esto implicó habitar la paradoja de trabajar dentro del manicomio, donde prevalece la lógica del encierro y el aislamiento, con el objetivo de tender redes. El contexto histórico en el cual transcurrió este proyecto de extensión fue en el de la lucha por parte de las organizaciones sociales por una Ley de Salud Mental, integrando la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en clave de Derechos Humanos (CNLSM) en el año 2016.

El primer año en que funcionó el grupo de apoyo se difundió la propuesta entre los/as enfermeros/as y equipos técnicos de sala, pero la principal forma de llegada a los familiares era en el horario de visita, invitándolos a participar del espacio. Se observó que había acuerdo en la mayoría de los técnicos en la importancia de trabajar con las familias, pero costaba que lo pudieran integrar a su práctica cotidiana en el manicomio. Por lo cual, en el segundo año del proyecto uno de los objetivos específicos estuvo abocado a fortalecer el trabajo conjunto con los equipos técnicos de sala. Una de las estrategias consistió en la realización de una reunión convocada por el Departamento de Psicología del Hospital Vilardebó donde fueron invitados todos los psicólogos del mismo, asistieron solamente dos psicólogos. Se realizaron reuniones con uno de los equipos de sala, a partir de las cuales se logró tener un trabajo conjunto. Se observaba por parte de los técnicos una mirada psicopatologizante de la familia, desde la perspectiva de la enfermedad, haciendo énfasis en los aspectos patológicos que ocasionaban los síntomas del paciente con el cual ellos trabajaban. Predominaba un abordaje individual-restrictivo (Saforcada, Lellis, Mozobancyk, 2010), donde esta visión psicopatologizante obturaba las posibles intervenciones con las familias.

Estas dificultades en la implementación de un dispositivo de trabajo con las familias en el manicomio, me llevaron a cuestionarme sobre el abordaje familiar en el campo de la

Salud Mental: ¿Todos/as pensamos lo mismo cuando hablamos de trabajar con la familia? ¿Qué ideas existen en relación a la familia en el campo de la salud mental? ¿La formación de grado en Psicología nos da herramientas para el abordaje familiar en este campo? En mi propio recorrido en la Licenciatura en Psicología el único acercamiento a este campo-problema fue a través del curso de Psicopatología en el Hospital Vilardebó, donde básicamente aprendimos a hacer entrevistas semiológicas que indagan síntomas y a realizar diagnósticos. No habían personas, habían pacientes; no habían historias, habían síntomas; no se problematizaba el manicomio, habían patologías.

Es así que, en el transcurso por la Maestría en Psicología Social busqué canalizar estas preguntas en forma de proyecto de investigación. Y decidí seleccionar un centro donde funcionen dispositivos de abordaje familiar, lo cual derivó en la selección del Centro Psicosocial Sur Palermo (CPSP) para realizar este recorrido.

1.2. ¿Por qué investigar en el Centro Psicosocial Sur Palermo (CPSP)?

El Centro Psicosocial Sur Palermo (en adelante CPSP) es una ONG sin fines de lucro que trabaja a nivel de la rehabilitación de adolescentes y adultos con trastornos mentales severos y persistentes (en adelante TMSP)¹. Se creó en el año 1987 en el contexto de post-dictadura en Uruguay, período que se caracterizó por la movilización y participación de diferentes actores sociales en el campo de la Salud Mental (Baroni, 2016) la cual logró la concreción del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM, 1986) Esto permitió realizar algunas modificaciones en los abordajes en salud mental (en adelante SM), y entre otras cosas, el PNSM propone al trabajo con la familia como instrumento estratégico en la rehabilitación de la persona con padecimiento psíquico. En este sentido, el CPSP presenta un abordaje familiar trabajando con las familias en los diferentes programas que componen el centro. Así como también cuenta con dos dispositivos específicos de trabajo con las familias: las multifamiliares y el grupo de psicoeducación, instancias donde no participan usuarios del centro.

Está compuesto por siete programas: Comunidad terapéutica de la tarde (Centro Diurno para Jóvenes y Adultos con Trastornos Mentales Severos y Persistentes), Grupo matinal (grupo para Jóvenes y Adultos con Patologías Mentales Severas y Persistentes de inicio en la Infancia), Grupo de Seguimiento, psicoterapia Individual y familiar, RED (espacio psicoterapéutico grupal para personas que estén realizando Cursos de Capacitación Ocupacional y/u otros consultantes que requieran de un abordaje de psicoterapia grupal),

¹ (Centro Psicosocial Sur Palermo, 2018)

CASF-D (Grupo terapéutico y talleres para personas con Carencia de apoyo socio-familiar y deterioro) y Viviendas asistidas. Presenta convenio con el Banco de Previsión Social (BPS), por el cual usuarios de SM que perciben pensión por invalidez reciben una ayuda especial que cubre el pago de la atención en el centro. También tiene convenios con diferentes mutualistas (CASMU, COSEM, Hospital Evangélico, Hospital Británico, Medicina Personalizada y Seguro Americano) por medio del Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (2011), prestando atención en psicoterapias individuales y grupales para los usuarios y grupos de psicoeducación para los familiares. Estos diferentes convenios dan la información de que la población que accede al centro procede tanto del Sistema de Salud público y privado, lo cual permite conocer las experiencias que tienen los profesionales en el trabajo con los diferentes contextos.

Parafraseando a Taylor y Bogdan (1978) La selección de un escenario permite vislumbrar la interrelación entre otros escenarios vinculados al campo de problemáticas que se pretende abordar. “En todos los estudios los intereses del investigador abarcan más que un escenario particular y conciernen al tipo general de organización.” (Taylor, Bogdan, 1987, p.41) Por lo cual, el interés en la elección del CPSP para realizar la presente Tesis de Maestría en Psicología Social radica en: el contexto histórico del surgimiento del centro de rehabilitación, la integración de las familias en su abordaje con dispositivos específicos de atención a las mismas y una trayectoria de 30 años en el abordaje familiar en el campo de la SM.

1.3. Breve recorrido histórico acerca de las familias y el campo de la Salud Mental en Uruguay

En este apartado, se realiza un breve recorrido histórico acerca del abordaje con familias en el campo de la Salud Mental. En la primera parte, se aborda al surgimiento del manicomio y los impactos ocasionados en relación con el lugar ocupado por las familias de personas con padecimiento psíquico; así mismo, se contextualizan históricamente estos sucesos en el caso de Uruguay. En la segunda parte, se realiza un repaso por los principales acontecimientos ocurridos en los últimos 30 años en el país, protagonizados por la movilización y participación de las organizaciones sociales en la transformación de políticas públicas de SM.

1.3.1. El lugar asignado a la familia con el surgimiento del manicomio

En el contexto de transición de las políticas públicas en Salud Mental, donde se propone al modelo comunitario como alternativa al modelo manicomial y asilar; resulta necesaria una introducción sobre el surgimiento del manicomio, las transformaciones que significó en la reorganización de las relaciones entre locura y razón (Foucault, 1964), y el lugar que ha ocupado la familia históricamente.

Las relaciones entre la familia y el Estado se han transformado al largo de la historia, en este sentido, Jacques Donzelot (1977) ubica a lo largo del siglo XVIII una importante transición en la organización y función de la familia en la sociedad. Bajo el Antiguo Régimen la familia constituía la mínima organización política posible, era sujeto (por sus relaciones internas de poder) y objeto (por las relaciones de dependencia externa) de gobierno. El jefe de familia representaba la figura de autoridad en relación a las mujeres y niños; al mismo tiempo en relación de dependencia con otros grupos sociales más amplios en su reconocimiento, obligaciones y honores; garantizando el orden público. En consecuencia, la no pertenencia a una familia significaba un problema de orden público, dando origen a asilos y hospitales generales para el confinamiento de vagabundos, mendigos y todo aquel que incumplía con las obligaciones familiares. Hacia fines del siglo XVIII la toma de la Bastilla representa un momento cúlmine, donde la familia ya no era capaz de contener a sus miembros; los hospitales generales funcionaban más para desligar la responsabilidad de las familias que como herramienta de cohesión. La reorganización de relaciones entre la familia y el Estado, pasa del gobierno de las familias al gobierno por las familias, se destruye simbólicamente la arbitrariedad familiar por la responsabilidad estatal. “En este sentido la familia moderna no es tanto una institución como un mecanismo.” (Donzelot, 1977, p. 95)

En la historia de Uruguay, en la etapa previa a la construcción del primer Manicomio Nacional en 1880 (actualmente Hospital Dr. Teodoro Vilardebó): “(...) los “locos” formaban parte del paisaje cotidiano, vivían en la calle, amparados por sus familias o reclusos en prisión cuando cometían actos antisociales” (Apud, Borges, Techera, 2010, p. 53) Es así, como en el período de “encierro del loco” (Cano, 2011) con el modelo de atención custodial, monovalente y hospitalocéntrico basado en el aislamiento de los vínculos afectivos y la sociedad, las familias no formaban parte de los abordajes ni de las políticas públicas.

En este sentido, Foucault (1964) adjudica a la familia un papel decisivo en la reorganización de las relaciones entre locura y razón a fines del siglo XVIII:

La economía liberal tenía la tendencia, como lo hemos visto, de confiar a la familia y no al Estado el cuidado de asistir a los enfermos y a los pobres: la familia era el

lugar de la responsabilidad social. Pero si el enfermo puede ser confiado a la familia, no sucede lo mismo con el loco, que es demasiado extraño e inhumano. (p. 115)

El cuidado de los enfermos inscripto en el plano de lo privado por la moral cristiana, estaba a cargo de las familias, pero es a partir de ese momento que la locura toma estatuto en la esfera pública mediante la definición de un espacio de confinamiento en base a la peligrosidad, se debía proteger a la sociedad de los peligros asociados a la locura. (Foucault, 1964)

En Uruguay, durante la dictadura de Terra se formuló la ley 9.581 “Psicópatas” (Ley N° 9.581, 1936), la cual regula la asistencia de los “enfermos psíquicos” y menciona a la familia principalmente en función a la admisión en establecimientos psiquiátricos y a la salida de los mismos. En este marco legal, que reguló la asistencia a los padecimientos psíquicos hasta el año 2017, la familia cumple una función custodial y de representación legal, en base a criterios de peligrosidad, es decir su responsabilidad es la de recurrir al hospital psiquiátrico quedando a criterio del médico psiquiatra todo lo que respecta a la internación. Es así, como la responsabilidad social de las personas con un padecimiento psíquico dejaron de estar principalmente a cargo de las familias y pasó a la órbita del manicomio.

1.3.2. Movimientos sociales y políticas públicas en Salud Mental en la historia reciente de Uruguay

Los procesos de participación de familiares de personas con padecimientos psíquicos surgen con gran impulso en nuestro país en el período de post Dictadura cívico-militar (1973-1985). En el marco de la producción de la investigación acerca de la historia de la Salud Mental en Uruguay, Baroni (2016) lo nomina como un período de “olvido del loco” que va del año 1984 hasta la actualidad. El inicio de este período está marcado por la movilización y participación de diversas organizaciones relacionadas al campo de la Salud Mental lo que da como resultado la creación de la Comisión Nacional de Salud Mental que concreta el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM, 1986). Dicho Programa promueve un abordaje comunitario en la atención en salud mental que contempla la intervención con familias a fin de apoyar la reinserción social de quienes tienen un padecimiento mental. En este contexto surgen las primeras asociaciones de familiares como el Grupo de la Esperanza (1989) y centros de rehabilitación con abordajes integrales que incluyen el trabajo con familias: el CPSP en el año 1987 y el Centro de Investigación en Psicoterapias y

Rehabilitación Social (CIPRES) en el año 1988. Si bien el PNSM significó avances importantes como la creación de una red de atención en policlínicas barriales comunitarias, centros diurnos y casas asistidas, el cambio de modelo de atención nunca fue desarrollado por la falta de recursos y disposición política (de León, 2013).

En los últimos 15 años, hay un resurgimiento de la movilización de diferentes actores y colectivos relacionados con el campo de la Salud Mental. Así, la conformación de La Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna en el año 2012 con la participación de organizaciones sociales, colectivos académicos, trabajadores, usuarios y familiares, surge con el objetivo de la presentación del Anteproyecto de ley de Salud Mental y Derechos Humanos de la República Oriental del Uruguay (2015). En el año 2016 se crea la Comisión Nacional por una ley de Salud Mental en clave de Derechos Humanos (CNLSM) integrada por diversas y heterogéneas organizaciones sociales, sindicales, estudiantiles e instituciones universitarias² con el fin de concretar una Ley de Salud Mental en Uruguay con perspectiva de Derechos Humanos. Se encuentran importantes publicaciones que documentan este contexto como lo son: "Salud mental en debate. Pasado, presente y futuro de la políticas públicas en Salud Mental" (de León, 2013) y "Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental" (de León, 2013). Estos movimientos lograron la concreción de la aprobación de la Ley Nº 19.529 de Salud Mental en el año 2017.

² 54 organizaciones integraron la CNLSM, entre ellas: APEX-CERRO, Bibliobarrio, CAINFO (Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública), Centro cultural Urbano, Colectivo Obejas Negras, Asociación Civil Abrazos, Facultad de Psicología (UdealR), Licenciatura en Psicomotricidad y Terapia Ocupacional (Udelar), FUCVAM (Federación uruguaya de Cooperativas de Viviendas y Ayuda Mutua) y FEUU (Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay).

CAPÍTULO 2: FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

2.1. Fundamentación

En el año 2005 con la asunción del Frente Amplio en el gobierno uruguayo, comienza a llevarse adelante la reforma del Sistema de Salud con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley Nº 18.211, 2007). El SNIS propone un cambio en el modelo de atención, gestión y financiación del Sistema de Salud, en base a un modelo integral, con perspectiva de derechos humanos y participativo (incluyendo a trabajadores/as y usuarios/as). En esta misma línea, el Plan de Implementación de prestaciones de Salud Mental surge en el año 2011, el cual tiene como objetivo la atención integral en Salud Mental en todos los prestadores de Salud e impulsa la realización de intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria y su familia a través de dispositivos de trabajo grupal e individual. Estos importantes cambios en el Sistema de Salud sin embargo, no han logrado transformar la atención de las personas con padecimientos psíquicos, ya que no se ha superado el modelo de atención custodial, monovalente y hospitalocéntrico. "Seguramente revela, además, algunos intereses y tensiones en un campo complejo como lo es el de la Salud Mental que requiere revisar prácticas, abordajes, procesos y perfiles de formación para un verdadero cambio de paradigma." (Baroni, 2016, p. 14)

En el año 2017, luego de 30 años de movilización de colectivos de usuarios, familiares, académicos y profesionales, se aprobó la Ley de Salud Mental (Ley Nº 19.529, 2017). En el proceso de formulación de la ley, se visualizaron debates y tensiones respecto a algunos temas sustanciales para la transformación del paradigma de atención en Salud Mental y el enfoque de DDHH. En base al Comunicado a la opinión pública sobre la aprobación de la Ley de Salud Mental de la CNLSM (2017) se observan las discrepancias respecto a los siguientes temas: en primer lugar, la utilización del término "trastorno mental" por resultar estigmatizante; en segundo lugar, no garantiza un abordaje interdisciplinario en todos los momentos del proceso de atención; como tercer punto, no plantea la conformación de un órgano de contralor independiente y autónomo del Ministerio de Salud que garantizar el respeto a los DDHH y por último, la ausencia de un cronograma de cierre de establecimientos asilares y estructuras monovalentes con fecha al 2025.

En la transición desde un modelo Asilar y monovalente hacia un modelo de Comunitario de atención, el abordaje a las familias resulta sustancial en el sentido de favorecer procesos en la comunidad. Este último, implica una nueva mirada sobre las familias en el campo de la SM, nuevos lugares, nuevos dispositivos, nuevas estrategias y

abordajes por parte de los/as técnicos/as. Los debates y tensiones que se visibilizaron en el proceso de aprobación de la ley continúan en las prácticas y el encuentro cotidiano en el campo de la Salud Mental. Por lo cual, resulta fundamental conocer el trabajo del CPSP ya que se trata de las pocas experiencias que integra el abordaje familiar en su dispositivo y surge en el contexto del período denominado “de olvido del loco” (Baroni, 2016). Todo esto, fundamenta el interés por conocer y describir la historia del surgimiento del centro para entender: ¿cómo fueron diagramando los dispositivos de abordaje familiar?, ¿con qué obstáculos y facilitadores se encontraron?, ¿cuáles son los desafíos que encuentran en la actualidad los técnicos del CPSP en sus prácticas? Estas preguntas son relevantes para seguir problematizando el proceso de transición de políticas públicas en el cual nos encontramos.

2.2 Antecedentes

Los estudios que se muestran arrojan luz sobre el contexto de la problemática planteada, ya que son escasas las investigaciones encontradas acerca de los abordajes familiares en el campo de la Salud Mental. Se han encontrado investigaciones a nivel nacional, regional e internacional que dan cuenta del estado del arte sobre la inclusión de las familias en el campo de la Salud Mental.

Los antecedentes encontrados se agrupan en 3 tipos según las temáticas que abordan. Para comenzar, se presentarán estudios que caracterizan a los familiares que cuidan de personas con padecimientos mentales severos, las necesidades y demandas que presentan y el impacto en la calidad de vida.

En un segundo momento, se expondrán investigaciones que abordan los efectos de los dispositivos de intervención familiar en el campo de la salud mental, las perspectivas de los técnicos sobre las familias y la influencia de las corrientes teóricas utilizadas en el trabajo con las familias.

Y finalmente, se presentarán investigaciones que documentan dispositivos en el campo de la Salud Mental que incluyen el abordaje familiar, los cuales dan cuenta: del funcionamiento de los dispositivos, los efectos del trabajo con las familias y las necesidades respecto al Sistema de Salud para abordar estas problemáticas.

A nivel internacional, existen estudios que dan cuenta de los perfiles de los familiares que cuidan de personas con padecimientos mentales severos, las necesidades y demandas que presentan y el impacto en la calidad de vida. En este sentido, Orradre (2000) menciona un estudio cuantitativo realizado a nivel europeo entre 1994-1995 donde se buscó

conocer las demandas y necesidades de los familiares de enfermos mentales, principalmente de personas con esquizofrenia. Los resultados de este estudio permitieron diagramar un perfil de los cuidadores de enfermos mentales: el 80% son mujeres, la edad media es 58 años, un 38% tiene más de 60 años, la cuidadora es la madre en el 65% de los casos, los hermanos el 11%, el padre el 13%, el cónyuge el 6%. El tiempo medio que llevan de cuidadores es de 11 años, emplean 35 horas semanales de media en el cuidado, el 50% gasta con el enfermo unas 30.000 ptas/mes; y un 20% de 30 a 50.000 ptas/mes y el 30% de los cuidadores ha perdido contacto con sus familiares a causa del cuidado del enfermo. Así mismo, uno de cada tres de estos cuidadores (36%) se ha sentido discriminado por tener un enfermo mental a su cuidado. El estudio indaga que los cuidadores demandan: más información sobre la enfermedad 54%, más reconocimiento a su papel de cuidador 55%, más formación para poder ser mejores cuidadores 62%, más asociaciones y servicios 50%, más información legal: derechos y obligaciones de todos 52%, más respiro: vacaciones, fines de semana 60%, más amigos y voluntarios 38%, más Centros de Día 50%, más residencias 42%, más hospitales 20%.

A nivel regional y nacional, estudios realizados en Chile y Uruguay arrojan similares resultados en cuanto a que la principal cuidadora de las personas con padecimientos psicológicos severos, es la madre. Un estudio chileno, realizado por Chuaqui (2006) analiza los resultados de una investigación del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) realizada en los años 2002-2003. Se trata de una muestra de 112 pacientes esquizofrénicos compensados (57 hombres y 55 mujeres) y de 101 tutores de dichos pacientes. Los datos arrojan que en el 42% de los casos la principal cuidadora de los pacientes es la madre. El estudio concluye en que las pacientes mujeres tienen mayor aceptación por parte de la familia y tienen mayor comunicación con la misma, pero por otro lado son peor evaluadas en capacidad de autodeterminación y de hacer una vida independiente.

Por su parte en Uruguay, un estudio cualitativo con utilización de cuestionario, realizado por el grupo La Esperanza (organización de familiares de personas con esquizofrenia) en el año 1999, indagó sobre diferentes aspectos de la vida cotidiana de los familiares de personas con esquizofrenia. Si bien los resultados de este estudio no fueron publicados, se encuentran a disposición en el grupo de La Esperanza y se dispone de una referencia al mismo en el artículo "Hacia un Sistema Nacional Integrado de Cuidados" (Fassler, 2009). Allí se menciona, que las familias cuidadoras de personas dependientes con un padecimiento mental estaban constituidas mayoritariamente por madres solas o en algunos casos acompañadas por otros hijos; y que cuando los cuidadores eran hombres, éstos no estaban solos, a veces estaban con su pareja, o si no, acompañados por otros hijos. (Fassler, 2009) Este dato es confirmado por Batthyány, Genta y Perrotta (2014) en la

investigación titulada “Cuidados no remunerados: el aporte de las mujeres y las familias al sistema de salud en Uruguay”. Los autores realizan un análisis en profundidad de los datos de la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud (2007), la cual informa que más de la mitad de los cuidados en salud provienen de personas que tienen una enfermedad crónica o son dependientes permanentes y que el 74.4% de las cuidadoras son mujeres, frente al 25.6% de varones.

En otro orden, se encontraron investigaciones a nivel regional que abordan los efectos de los dispositivos de intervención familiar en el campo de la salud mental, las perspectivas de los técnicos sobre las familias y la influencia de las corrientes teóricas utilizadas en el trabajo con las familias.

Cacqueo y Lemos (2008) realizaron un estudio en Chile titulado “Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana”. Utilizaron como herramientas el uso del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, el Cuestionario de Salud General y el Cuestionario de Función Familiar con familiares y pacientes. Participaron 49 pacientes y 70 familiares de pacientes atendidos por los Servicios de Salud Mental de Arica, Chile. Concluye en que los pacientes indican niveles adecuados de calidad de vida y muestran una fuerte relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar. Confirmando la importancia de la familia como red social de apoyo emocional. Los cuidadores que tuvieron mejores puntajes en la calidad de vida son los que participaron de programas de intervención familiar psicoeducativa, lo cual demuestra la importancia de la existencia de dispositivos de abordaje familiar dados los efectos en la calidad de vida de los familiares.

Estevam, Silva, Antonio, Bouttelet y Pagliarini (2011) realizaron en Brasil un estudio titulado “Conviviendo con el trastorno mental: perspectiva de familiares sobre atención básica”. Utilizaron una metodología cualitativa de carácter exploratorio-descriptivo con el objetivo de identificar la atención ofrecida a familiares de personas con trastornos mentales en Unidades Básicas de Salud (UBSs) y comprender el cotidiano de las familias. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semi estructuradas y observación de cinco familias en los respectivos domicilios. Los resultados muestran la importancia de la familia en el proceso de cuidado y la necesidad de preparación de los profesionales para suplir las necesidades de personas que frecuentan estos servicios. Otro estudio realizado en Brasil, llevado a cabo por Cardoso de Souza y Morais (2005) pretende una aproximación construccionista social y cualitativa que permita conocer los sentidos dados por profesionales del Programa de Salud de la Familia (PSF) acerca de la familia que convive con el enfermo mental. El mismo evidencia que la atención a las familias representa un gran desafío en la práctica de la Salud Mental en Brasil, exigiendo a los profesionales estudios y aproximación a estos actores sociales. Los resultados demuestran los diferentes registros

conceptuales así como los sentidos atribuidos a las familias por parte de los equipos: "cuidadora, motivadora y sufridora de prejuicios, impotente y falta de recursos, productora de maltratos y desequilibrada" (de Souza, Morais, 2005, p.1). De esos sentidos producidos, se constata que algunos funcionan para reforzar la exclusión del enfermo mental y su familia en la comunidad, y otros rompen con este discurso, lo que puede favorecer la aproximación entre esos actores y los profesionales, a favor de una nueva práctica que mejore las condiciones de vida de las personas.

En cuanto a estudios que analizan los marcos teóricos que aportan a los abordajes familiares, se encuentra una investigación realizada en Argentina por Macchioli (2015) respecto a la circulación de saberes y prácticas sobre la familia como objeto de intervención "psi" entre la Argentina y el Hemisferio Norte (1960-1979). Mediante un abordaje histórico crítico, el mismo demuestra la existencia de cuatro modelos de intervención a partir de la familia, entendida como: grupo, sistema, estructura y comunidad, los cuales se nutrieron de psicoanálisis local y los aportes norteamericanos, franceses e ingleses.

En Uruguay, se encuentran dos investigaciones que documentan dispositivos en el campo de la Salud Mental que incluyen el abordaje familiar, los cuales dan cuenta: del funcionamiento de los dispositivos, los efectos del trabajo con las familias y las necesidades respecto al Sistema de Salud para abordar estas problemáticas. En su Tesis de Maestría en Psicología Clínica sobre el dispositivo de seguimiento como estrategia de intervención terapéutica, Rossi (2016) realiza un estudio cualitativo con método de estudio longitudinal de caso. La autora analiza la incidencia del dispositivo de seguimiento en el proceso de rehabilitación psicosocial y los efectos del dispositivo en la autonomía, autogestión, adherencia al tratamiento, la calidad de vida, reinserción laboral y fortalecimiento de vínculos familiares y sociales. Respecto al trabajo con la familia el estudio arroja las siguientes conclusiones: el dispositivo de seguimiento incide positivamente en el proceso de rehabilitación psicosocial, recomienda dispositivos de mayor duración del seguimiento para afianzar los efectos positivos con el paciente y su familia. Detecta obstáculos planteados en el sistema asistencial para atender las demandas y necesidades de los pacientes y familias, afectando la continuidad del tratamiento. Se observó que el paciente y su familia contaban con escasa información sobre la enfermedad mental: su causa, tratamiento, efectos y su evolución. A nivel del Sistema de Salud, muestra que la estrategia asistencial es unidisciplinar, siendo abordada solamente por la psiquiatría. Para finalizar, comprueba que el dispositivo de seguimiento contribuyó a la rehabilitación, enfatizando en la necesidad de intervenir sobre la trama familiar y la red social, que ofician como cuidadores luego de terminado el seguimiento, así como también generar espacios de psicoeducación para pacientes y familiares de forma de comprender la enfermedad mental.

Por último, un estudio realizado en la Facultad de Ciencias Sociales (Laureiro, Leal, Pouso, Suhr, Zabala, 2017), indagó sobre los modelos de intervención con familias en los Centros: Psicosocial Pando, Diurno Sayago, Diurno Vilardebó, Psicosocial Sur Palermo, TAITA, CIPRÉS, CEDAI y Martínez Visca y Centro de atención y orientación Montevideo. Se trata de un diseño de investigación cualitativo, con enfoque exploratorio, que también concluye sobre la importancia de la intervención familiar y recomiendan sobre la necesidad de diseñar estrategias de intervención cada vez más eficaces y de calidad, resaltando como uno de los obstáculos para ello la escasez de recursos técnicos en estas instituciones (Laureiro, Leal, Pouso, Suhr, Zabala, 2017). Sugieren además, realizar nuevas investigaciones para construir nuevos conceptos relacionados a la familia y su rol en los procesos de rehabilitación.

CAPÍTULO 3. La familia y la Enfermedad Mental/Salud Mental

Interroga algunas producciones teóricas problematizándolas; las abre a la crítica, pregunta de qué premisas partió un autor o corriente, que interrogaciones se formuló, como las respondió, porque habrá producido tales respuestas y no otras, cuáles fueron sus impensables.

(Fernández, 1989, p. 18)

En este capítulo se realiza una revisión de la producción teórica más influyente en el Río de la Plata a partir del siglo XX, dando cuenta de cómo se ha ido abordando conceptualmente a la familia respecto a su relación con el campo de la enfermedad mental/salud mental. Las principales corrientes teóricas encontradas que se han preguntado acerca del tema son: el Psicoanálisis, la escuela de Palo Alto, la Psicología Social rioplatense y los enfoques de cuidados.

Las primeras preguntas ante este problema surgen por parte del Psicoanálisis en relación a la etiología de la psicosis (Macchioli, 2009) encontrando en los vínculos primarios y la familia un factor causal de la enfermedad. Luego se encuentra la escuela de Palo Alto, que en busca de una respuesta social a la pregunta sobre la etiología de la esquizofrenia, propone la teoría del doble vínculo (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). En la Psicología Social rioplatense se encuentran los aportes de Pichón Rivière (1985) pensando a la enfermedad mental como enfermedad del grupo familiar. Por último, se encuentran las teorías de cuidados que consideran a la familia como cuidadores/as de las personas con padecimientos psíquicos; han indagado acerca de los efectos del cuidado, el aporte de los cuidadores al sistema de salud y la influencia del género en el ejercicio de la tarea de cuidar.

3.1. Psicoanálisis

Las primeras aproximaciones teóricas del psicoanálisis a la familia surgen a partir de problemáticas relacionadas a la niñez y la psicosis (Macchioli, 2009). Willick (2001) mediante un riguroso trabajo cuestiona las hipótesis psicoanalíticas sobre la etiología de la esquizofrenia, ubicando entre 1940 y 1970 una serie de teorías psicoanalíticas que se fundamentan en tres componentes: el daño al yo y sus funciones en los primeros dos años de vida del sujeto, las causas de este daño se atribuían a un vínculo inadecuado con sus cuidadores y se basaban en

la ausencia de factores de predisposición genética. Un ejemplo de estas teorías es el de “madre esquizofrenógena” de Frieda Fromm-Reichmann (1948) el cual explicaba el vínculo del hijo con esquizofrenia y su madre como causal de la enfermedad. (Macchioli, 2009)

Otro ejemplo, es el del concepto de maternalización, Laplanche y Pontalis (1971) lo definen como una técnica de la psicoterapia de la psicosis (y particularmente de la esquizofrenia) que busca establecer un vínculo entre el terapeuta y el paciente que analogue al vínculo entre una “buena madre” y un hijo. Por lo cual, el vínculo terapéutico entre paciente y terapeuta mediante la maternalización, busca reparar los daños causados por el vínculo con la madre en los primeros años de vida, mediante la insatisfacción de las necesidades. En sus palabras, Laplanche y Pontalis (1971):

La técnica de la maternalización se basa en una concepción etiológica de la psicosis que relaciona esta enfermedad con las frustraciones precoces, sobre todo orales, sufridas por el sujeto durante su primera infancia de parte de la madre. En sentido amplio, se ha hablado de maternalización para designar «el conjunto de cuidados prodigados al infans dentro del clima de ternura activa, oblativa, atenta y continuada que caracteriza el sentimiento maternal (p. 220)

En Argentina a partir de la década de los 70´ se encuentran publicaciones relacionadas a la familia y la enfermedad mental, los cuales se preguntaban principalmente sobre los abordajes terapéuticos familiares en la psicosis. (Cosentino, 2010). Los principales exponentes sobre los abordajes psicoterapéuticos familiares en ese contexto son Berenstein y Badaracco desde un abordaje psicoanalítico. (Fernández, 2010). Sus aportes, dan cuenta sobre cómo se comenzaron a reflexionar las problemáticas relacionadas a la familia y la enfermedad mental, sobre todo en los padecimientos crónicos y severos como la psicosis. Y desde qué presupuestos teóricos proponen los abordajes familiares desde la perspectiva psicoanalítica. En ese contexto, se encuentran instancias de debate y problematización en relación a la temática como el coloquio sobre Familia y enfermedad mental en 1965 y El Primer Congreso Argentino de Psicopatología del grupo familiar en 1970. (Berenstein,1984)

Berenstein (1984) plantea a la familia como sistema con una estructura inconsciente, cuando se trata de la enfermedad mental, el Psicoanálisis Vincular propone el descentramiento del problema en lo individual, tomando a la familia del enfermo mental como sistema. “La enfermedad mental pasa entonces a ser un signo que nos lleva a la estructura del grupo familiar y es en la estructura donde encontramos el nivel de homogeneidad primero” (p. 51) Este descentramiento de la enfermedad mental como problema individual implica el pasaje de “la familia del enfermo mental” a “la familia y el

enfermo mental”. Así, el autor formula la teoría de la familia del enfermo mental como un sistema dualista, una organización escindida que puede estar basada entre sanos y enfermos, lo normal y lo anormal, etc. Y considera al surgimiento de la enfermedad mental en un grupo familiar como un mensaje: “Cada enfermo mental plantea un interrogante, pero no solo eso. Cuando una familia tiene un integrante con una enfermedad mental puede considerarse esto como un mensaje.” (p. 66)

Por otro lado, Badaracco (1979) utiliza conceptos psicoanalíticos aplicados al dispositivo clínico de “Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar” planteando una concepción sobre la familia normal y patológica. (Macchioli, 2009) Dice Macchioli (2009) al respecto:

Según las propiedades descritas por García Badaracco, más que atender a la experiencia construida por el enfermo y su grupo, aplica a priori soluciones teóricas y técnicas donde el modelo de “familia normal”, atravesada por los valores del actor y de la época, rige la cura y determina qué es un obstáculo y que no para el tratamiento terapéutico. (p. 15)

De este modo, el autor teoriza a la familia como una estructura transicional que está destinada a hacer que sus miembros más jóvenes adquieran una identidad que les haga posible una existencia independiente de la familia. Por lo cual, cuando los progenitores obstaculizan ese crecimiento que tiende a la independencia se genera una estructura patológica entre ellos. (Badaracco, 1979) Cuando esto sucede, le llama “interdependencia patológica” y se estructura en etapas tempranas del desarrollo. En suma, la teorización de Badaracco (1979) formula una concepción de familia patológica que toma como referente una concepción de familia normal.

3.2. Escuela de Palo Alto

La escuela de Palo Alto surge en 1956 en California y propuso un nuevo modelo de terapia familiar, inspirando la terapia familiar sistémica, con formulaciones que partieron del interés en observar la interacción y comunicación en la familia, principalmente en las familias de los enfermos mentales. (Fernández & Protesoni, 2002) Es a partir de estas observaciones que formulan el concepto de doble vínculo, una modalidad de comunicación en las familias de esquizofrénicos, donde el niño recibe un doble mensaje paradójico y contradictorio al mismo tiempo, lo cual produce la etiología de la esquizofrenia (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956).

Estos autores describen tres características generales de la situación familiar del esquizofrénico: un niño que responde de manera amorosa a su madre, esta se angustia y se aísla; una madre para la cual no son aceptables sus sentimientos de angustia y soledad hacia el niño; los niega manifestándole amor, si el niño no le responde como a una madre amorosa, ella se alejará; y la última característica: la falta de una persona en la familia que pueda intervenir en las relaciones entre madre e hijo y pueda apoyar al hijo en las contradicciones en juego (ponen el ejemplo de un padre fuerte y comprensivo). (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956)

Como estrategia terapéutica proponen algo similar a las formulaciones del psicoanálisis:

La diferencia entre el vínculo terapéutico y la situación original de doble vínculo reside en parte en el hecho de que el terapeuta no está comprometido personalmente en una lucha de vida o muerte. Por consiguiente, puede establecer vínculos relativamente benévolos y ayudar gradualmente al paciente para que se emancipe. (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956, p. 256)

Estas teorizaciones de la Escuela de Palo Alto, tuvieron influencia en la corriente de antipsiquiatría divulgada por Ronald Laing y David Cooper. (Fernández & Protosoni, 2002) El movimiento antipsiquiátrico emerge como movimiento social a partir de la experiencia de las comunidades terapéuticas. Cooper (1971) extiende su crítica de la psiquiatría oficial a la familia convencional, núcleo en el que se origina la enfermedad mental, cuestionando la estructura familiar burguesa, en sus connotaciones patriarcales y monogámicas. Considera a la familia como represiva en esencia, lo cual origina la locura, cuya función social es la de la reproducción de las formas de dominación ideológica y la internalización de estas en la estructura psíquica de los individuos.

3.3. La Psicología Social rioplatense: los aportes de Pichón Rivière

La Psicología Social rioplatense tiene como su principal referente a Enrique Pichón Rivière, sus aportes a partir de la década de 1950 versan sobre la superación de las teorías de estructuración individual de la enfermedad mental para dar una explicación basada en la familia y la sociedad. Conceptualiza a la familia como estructura social básica, centrándose en el estudio de la interacción entre familia y sociedad. Entiende a la familia como el núcleo de la estructura social, buscando investigar la interacción entre el centro y el conjunto social (Pichon Rivière, 1985). Para ello crea el esquema espiral donde el individuo integra de forma dinámica a la familia y la sociedad.

Según Lema (1991) en conversaciones con Pichón Rivière, las modificaciones en la familia, influyen en la sociedad y el individuo, así como si se lo modifica a éste habrá un cambio en la familia y la sociedad. La enfermedad mental significa la crisis dentro del núcleo familiar, la crisis no es de un sujeto, sino de la estructura que configura ese grupo familiar. Surge así, el concepto de portavoz, siendo el sujeto enfermo el portavoz de la enfermedad del grupo. Pichón Rivière (1985) entiende al enfermo mental como un emergente del grupo familiar y se pregunta si es el miembro más fuerte o más débil de la familia. Esto describe una relación de causalidad entre la estructura familiar y la enfermedad. Es así como a través de la adjudicación y asunción de roles se produce un chivo expiatorio que se hace cargo de los aspectos negativos del grupo familiar.

La emergencia de una neurosis o psicosis en el ámbito de un grupo familiar significa que un miembro de este grupo asume un rol nuevo, se transforma en el portavoz o depositario de la ansiedad del grupo. La estructura grupal se altera, suceden perturbaciones en el sistema de adjudicación y asunción de roles, aparecen mecanismos de segregación del enfermo, dependiendo en gran medida el pronóstico del caso de la intensidad de estos mecanismos de segregación. El enfermo es alienado por este grupo inmediato. (p. 52)

La terapia familiar desde este enfoque busca: el esclarecimiento de los malentendidos familiares y del ruido, la clarificación en la comunicación en ese grupo, el análisis de la funcionalidad de los roles, los mitos, fantasías y secretos del grupo familiar, así como generar una adecuada discriminación de los integrantes del grupo (Fernández & Protesoni, 2002).

3.4. Teorías de cuidados

El estudio de los cuidados cobra un gran impulso a partir de la década de 1980, donde se comienza a visibilizar el papel de los cuidados que están por fuera de los cuidados formales en Salud Mental (a cargo de médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos). (García, 2002)

Las teorías de cuidado toman a la familia como unidad básica de salud haciendo énfasis en su influencia, en la evolución del padecimiento más que en la búsqueda de factores determinantes en el mismo. (García, 2002) Los cuidados no formales se circunscriben en la comunidad y tiene como cuidadores principales a los familiares directos, estos estudios han permitido visibilizar el lugar del/la cuidador/a no formal y el impacto que tiene sobre su salud el cuidado de los otros/as.

Variadas investigaciones han permitido identificar el perfil de los/las cuidadores/as que tienen en común las siguientes características: quienes proporcionan Cuidados no Formales son los miembros más cercanos de las familias y generalmente, son prestados por mujeres muy afines al familiar afectado, las cuales muy a menudo conviven en el mismo entorno. Al respecto Josfré y Mendoza (2005) dicen: “Muchas mujeres contribuyen invisiblemente con el sistema de salud formal, brindando cuidados informales, es decir, atendiendo en su hogar, y sin recibir remuneración, a familiares que tienen un daño crónico o discapacitante que les impide desenvolverse diariamente con independencia.” (p. 9)

En este sentido, se encuentra el concepto de cuidador principal, refiere a la persona que realiza un cuidado informal a una persona dependiente y tiene un rol de mayor implicación y responsabilidad. (Roger, 2000). Suele encontrarse también un segundo rol, el cual se llama cuidador secundario (Heierle, Ducharme, 2004), el cual funciona como apoyo al cuidador principal, brindando apoyo emocional, instrumental así como suplencia en caso de necesitarlo o intervenir en situaciones de urgencia.

Por último, otra área de investigación en el tema de los cuidados informales brindados a personas con padecimientos crónicos es la del impacto que genera esta actividad en los cuidadores, denominado como la carga en el cuidado, que implica desgaste físico, emocional, económico y social. (Cuesta-Benjumea, 2004).

Musitu, Herrero, Olaizola, Cantera y Montenegro (2004) proponen el concepto de apoyo social para abordar las problemáticas que conlleva la carga en el cuidado. Lo definen como: “Conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (recibidas o percibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza.” (Musitu, Herrero, Olaizola, Cantera, Montenegro, 2004, p. 127). El apoyo social según los autores, puede ser brindado mediante la interacción formal (instituciones, la comunidad, profesionales) o informal (vínculos cercanos, grupos, redes sociales). En el apoyo social formal se identifica de relevancia el vínculo con los profesionales de la salud así como la participación en grupos de autoayuda para familiares (Cuesta-Benjumea, 2004).

En suma, en las teorías de cuidados se observa que no hay una preocupación por la etiología de la enfermedad, sino por el impacto que tiene la misma en la persona afectada y su entorno. Se visibiliza la tarea del cuidado y la influencia de la desigualdad de género en su realización.

CAPÍTULO 4. Problema, preguntas y objetivos de investigación

4.1. Problema de investigación

En el contexto de reforma de las políticas públicas en Salud Mental se propone al enfoque de Derechos Humanos como fundamental en el cambio de paradigma de atención en Salud Mental. La Ley de Salud Mental N°19529 (2017) promulga en el artículo 37 el cierre de las instituciones asilares y monovalentes. Dicha ley, menciona la construcción de dispositivos alternativos para garantizar la desinstitucionalización, pero no se describe cuáles son estos dispositivos.

El trabajo con las familias es sustancial en procesos de desinstitucionalización de manicomios y asilos, de forma de favorecer procesos en la comunidad, de reconstruir una red de sostén y apoyo social (Musitu, Herrero, Olaizola, Cantera, Montenegro, 2004). Así como también es importante trabajar con las familias en el primer nivel y segundo nivel de atención, con la estrategia de prevención y promoción de salud.

La revisión de la producción teórica en relación a las familias y la salud-enfermedad mental, muestra diferentes formas de abordar a las familias en este campo. Así como en la contextualización histórica, se observa la forma en que ha cambiado el lugar social de la familia con el surgimiento del manicomio. En el modelo asilar la familia tiene un rol pasivo y tutelar, en cambio en el modelo comunitario se promueve en las familias un rol activo y participativo. Con el trasfondo de transformación de las políticas de SM en Uruguay es importante comenzar por conocer las experiencias de abordaje familiar en el campo de la SM, las estrategias, dispositivos y teorías utilizadas en el trabajo con las familias; de forma de favorecer abordajes comunitarios y desde un enfoque de DDHH. En este sentido, la interdisciplina y el enfoque de derechos humanos fueron puntos de debate en la promulgación de la ley de SM; son dimensiones que transversalizan los abordajes familiares y resultan imprescindibles para promover un abordaje comunitario en el campo de la SM.

4.2. Preguntas de investigación:

¿Cómo son los abordajes familiares que realizan los técnicos del Centro Psicosocial Sur Palermo?

¿Qué dispositivos y estrategias utilizan para el abordaje a las familias?

¿Qué factores identifican como facilitadores y obstáculos en el trabajo con las familias?

¿Cuáles son los marcos teóricos que sustentan el abordaje a las familias en el campo de la Salud Mental?

- ¿Cómo piensan los abordajes familiares desde un enfoque de DDHH?
- ¿Qué efectos tiene el trabajo interdisciplinario en los abordajes familiares?

4.3. Objetivos

Objetivo general

Conocer y describir los dispositivos y las estrategias que utiliza el Centro Psicosocial Sur Palermo en los abordajes con las familias de personas con padecimiento psíquico.

Objetivos específicos

- 1- Indagar los obstáculos y facilitadores que encuentran los técnicos del CPSP en su práctica profesional.
- 2- Identificar las trayectorias formativas y las teorías que utilizan los técnicos para el trabajo con las familias en el campo de la SM.
- 3- Indagar los efectos del trabajo interdisciplinario en los abordajes familiares.
- 4- Conocer cómo integran el enfoque de derechos humanos en los abordajes familiares en vistas de las transformaciones en las políticas públicas en SM.

CAPÍTULO 5. Referencias teóricas

5.1. Construcción social de la Salud Mental (SM) como campo de problemas

La perspectiva teórica de la Psicología Social socioconstruccionista busca explicar cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven. Emerge en el contexto de la llamada “crisis de la Psicología Social” hacia fines de la década de 1960, donde comenzaron a cuestionarse los fundamentos metodológicos y teóricos de la disciplina; principalmente en los postulados positivistas y de escasa respuesta a los problemas sociales. (Ibáñez, 2003).

Gergen (1998) es uno de sus principales exponentes y postula como principal enunciado que la Psicología Social es una indagación histórica: “Estamos ocupados, esencialmente, en una explicación sistemática de asuntos actuales.” (Gergen, 1998, p.15) Por lo cual, la producción de conocimiento no puede estar descontextualizada del momento histórico, el conocimiento es producto de procesos sociales en un momento histórico específico, esto lleva a la consideración de la realidad indivisible de la descripción que realicemos de la misma, del conocimiento que producimos de ella.

Es en este sentido que esta tesis busca entender a la salud mental como una noción construida históricamente y se toma la noción de campos de problemas (Fernández, 2007) la cual permite indagar los atravesamientos de las diferentes dimensiones políticas, históricas, institucionales y económicas. Siguiendo esta idea, la SM es conceptualizada como un campo complejo bio-psico-social, determinado históricamente y atravesado política, ideológica y culturalmente. Al decir de Fernández (2012) se trata de un concepto polisémico, identificado en algunos discursos como sinónimo de enfermedad mental.

El lenguaje ocupa un lugar fundamental en la perspectiva del construccionismo social, como instrumento con el cual se construye la realidad social, le interesa el uso que se hace del mismo y el significado atribuido en la interacción relacional. (Gergen, 2007) Por lo cual, en el lenguaje utilizado en la presente tesis se toma a la denominación de padecimiento psíquico, ya que permite incorporar la dimensión subjetiva del padecimiento; refiere a los sentidos, y las significaciones que se producen sobre el sufrimiento en una determinada cultura, permitiendo una definición situada en consideración con el momento histórico. (Augsburger, 2002) ³

Otra aclaración pertinente respecto al concepto de SM es su concepción desde de la Salud Integral, no es delimitado en torno a las disciplinas que se ocupan los especialistas de la

³ En esta tesis se toma a la noción de padecimiento psíquico como posicionamiento, a lo largo de esta tesis se encuentran otras denominaciones como: la de usuario (cuando se refiere a los usuarios del sistema de salud) o de de TMSP utilizada por el CPSP.

mente y los que se ocupan del cuerpo (De Lellis, Di Nella, 2008). Desde una perspectiva socioconstruccionista de la Psicología Social la utilización del concepto de Salud Mental resulta instrumental para definir el campo de problemáticas que tienen que ver con el padecimiento psíquico y sus formas de abordaje en un determinado momento histórico.

En el campo de la SM, nos encontramos con una historia donde la psiquiatría ha ocupado un lugar de poder, predominando hasta la actualidad un abordaje unidisciplinar: “Pero no se trata de una historia del pasado ni de un relato de lo ocurrido, sus efectos se marcan sobre el presente y cobran actualidad en la práctica cotidiana de los psiquiatras.” (Galende, Kraut, 2006, p.17) Por lo cual, es imprescindible el permanente análisis de las relaciones de saber-poder (Foucault, 1964), siendo inseparables la producción de saber de los efectos del poder que lo hacen posible.

En este sentido, (Fernández, 1989) propone desdisciplinar a las disciplinas, superar la territorialización de saberes y tender a abordajes transdisciplinarios. Stolkiner (1987) considera a la transdisciplina como un momento, que puede ser producido por el trabajo interdisciplinario y resalta al surgimiento de la interdisciplina en respuesta a las problemáticas que demandan de la articulación de múltiples miradas:

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (p. 313).

Esto implica un doble movimiento de abordar las diferentes especificidades de las dimensiones involucradas, y al mismo tiempo, articularlas con las múltiples inscripciones que la atraviesan; desde la noción de atravesamiento, que permite pensar a lo singular y lo colectivo por fuera de la tradicional antinomia individuo-sociedad. (Fernández, 1989)

En esta línea, Carballeda (2008) hace énfasis en la necesaria mirada transversal a las dificultades emergentes de la cuestión social y las denomina “problemáticas sociales complejas”; las cuales surgen “en una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación.” (Carballeda, 2008, p.2) Según el autor, abordar problemáticas sociales complejas involucra trascender los campos disciplinares, en un diálogo permanente: “generando nuevas preguntas que en definitiva son trasladadas desde los escenarios de la intervención donde sobresa la incertidumbre, la injusticia y el padecimiento.” (Carballeda, 2008, p. 11)

Desde la perspectiva de la Psicología social construccionista, aproximarse a los abordajes familiares en el campo de la Salud Mental, implica el ejercicio de desnaturalizar lo obvio y preguntarse por el contexto histórico que produce estas significaciones. Para ello

resulta instrumental la noción de dispositivo (Deleuze, 1990) para conocer los artificios tecnológicos diseñados en el CPSP para el abordaje a las familias en el campo de la SM. El dispositivo es pensado como máquina que dispone, que crea condiciones de visibilidad/invisibilidad y enunciabilidad (Fernández, 2007). Está compuesto por líneas de fuerzas, líneas de subjetivación, líneas de ruptura, de fuga, de fractura que se entrecruzan y se mezclan. Crean condiciones de posibilidad y enunciación (Parnet, Deleuze, 1998) Cuando me propongo conocer los dispositivos de abordaje a las familias en el CPSP, es en el sentido de “Desenmarañar las líneas de un dispositivo es en cada caso levantar un mapa, cartografiar, recorrer tierras desconocidas, y eso es lo que Foucault llama el trabajo en el terreno.” (Deleuze, 1990, p.1).

5.2. Los aportes de la Psicología Social Comunitaria (PSC) para pensar las transformaciones en el campo de la SM

El presente estudio se posiciona desde la perspectiva teórica de la Psicología Social Comunitaria (en adelante PSC), ya que dentro del pensamiento socioconstruccionista de la Psicología Social, resulta instrumental para reflexionar sobre el campo de la SM en el momento histórico donde nos encontramos, donde el modelo comunitario se propone como alternativa al modelo asilar-manicomial en SM.

En la América anglosajona, la PSC tiene a la Conference on the Education of Psychologists for Community Mental Health como hito en su surgimiento, donde se promovió cambiar la formación de los psicólogos que permita desempeñar un nuevo rol en la comunidad. En este contexto se encontraba el Movimiento de Salud Mental Comunitaria, donde se planteaba la necesidad de la desinstitucionalización en el tratamiento de las enfermedades mentales. (Montero, 2004a)

En América Latina la PSC emerge como expresión de la Psicología Social Crítica en las décadas de los '60-'70, cuestionando los campos de conocimiento y la situación de la Psicología Social, la cual estaba centrada en el individuo y la enfermedad (Montero, 2004b). En palabras de Montero (2004b):

El valor de la crítica reside en su capacidad de mostrar alternativas; de reconocer y traer a primer plano la diversidad de los actores sociales intervinientes en las situaciones sociales y de señalar la relación existente entre los fenómenos sociales y el contexto o situación en que se dan. (p. 21)

La construcción de una actitud crítica en las investigaciones desde la PSC toma como herramienta la reflexividad, lo cual implica examinar constantemente las prácticas, sobre nuestro quehacer, integrando a los participantes de la investigación en ese diálogo, participando del proceso. Según Wiesenfeld (2011):

La PSC se propone entender e influir, desde y con las comunidades en situación de desventaja económica y social, en contextos, condiciones y procesos psicosociales vinculados con su calidad de vida, para que adquieran o refuercen competencias que faciliten la consecución de recursos necesarios para ejercer su ciudadanía en condiciones de justicia y equidad (p.11).

La PSC tiene como motivación la transformación social, definida por y desde las personas que la necesitan y dirigida a beneficiar a las comunidades o a otros grupos sociales. Esto involucra una posición ética en cuanto al respeto del otro, aceptado en su diversidad; una posición epistemológica, que reconoce a ese otro como un productor de conocimientos, y política, por cuanto se deben reconocer los derechos individuales y colectivos de las personas con las cuales se trabaja y a quienes se estudia. (Montero, 2004b)

En relación a los abordajes comunitarios en las Políticas Sociales se encuentran las formulaciones de Rodríguez (2007), desde la perspectiva de la PSC define dos modalidades de intervención: desde la concepción restrictiva del abordaje comunitario y la concepción transformadora de abordaje comunitario. Identifica que estas dos concepciones del abordaje comunitario no deben ser tomadas como líneas puras y dicotómicas, sino como instrumentos para la reflexión acerca de las prácticas.

Desde la concepción restrictiva del abordaje comunitario, se enfatiza la intervención en el entorno inmediato para producir cambios en los sujetos. Pero la intervención se realiza prescindiendo de la problematización de las condiciones que generan desigualdad social, esto suele tener un efecto culpabilizante en la familia dado que colocada como la única responsable de las problemáticas abordadas.

Por otro lado, desde la perspectiva transformadora del abordaje comunitario, la intervención incluye al entorno inmediato de los sujetos pero no solo por la influencia que tiene sobre los mismos; sino que énfasis está en la mutua influencia entre el sujeto y el ambiente. Al mismo tiempo, se problematizan los factores sociales, económicos y políticos que generan la vulneración de DDHH. En este sentido el trabajo interinstitucional y trabajo en red, incluye la coordinación de recursos y existe una articulación con la intencionalidad de trazar proyectos comunes que involucran activamente a la población destinataria.

Estas perspectivas sobre las diferentes concepciones del abordaje comunitario son instrumentales para pensar las prácticas, donde se pueden observar el tipo de respuestas brindadas ante los problemas, el lugar que ocupa la población destinataria de la intervención, el posicionamientos del equipo que interviene y cómo se articula el trabajo interinstitucional.

5.3. El campo de la Salud Mental desde el enfoque de Derechos Humanos

El enfoque de DDHH involucra valores intrínsecos como el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal; la promoción de la inclusión social, la no discriminación y vida independiente. Se aplica en diferentes niveles, comenzando por acuerdos y tratados internacionales, las políticas públicas que regulan y garantizan los derechos en cada país y finalmente, a nivel de las prácticas basadas en un enfoque de DDHH.

El enfoque de Derechos Humanos tiene anclaje en diferentes acuerdos y convenciones internacionales en torno a las políticas de Salud Mental a las cuales los países firmantes se deben comprometer. La Declaración de Caracas (1990) marca un hito en el impulso de políticas de desinstitutionalización y de modelos comunitarios en Salud Mental. Aclama la urgencia ante las condiciones indignas y de vulneración de Derechos Humanos que supone la atención en manicomios, promoviendo la atención en centros de salud comunitarios. (De Lellis, Di Nella, 2008)

Otro antecedente importante es la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006) de las Naciones Unidas, ratificada por Uruguay con la ley nº 18.418 “Convención sobre los derechos de la personas con discapacidad” (2008). Visibiliza que las problemáticas relacionadas a la discapacidad son ocasionadas en gran medida por las barreras sociales existentes, por lo cual propone superar un Modelo de Prescendencia de la discapacidad hacia un Modelo Social, esto involucra un cambio de paradigma donde las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de las personas, basado en la valoración y el respeto por la diferencia. (Palacios, 2008)

Dentro del Modelo de Prescendencia, se encuentra el Modelo Rehabilitador, en el cual la persona con discapacidad se define por la minusvalía, razón por la cual la inclusión social se encuentra disminuida como consecuencia de su diversidad funcional, no considera los factores sociales. Bajo un criterio médico-científico se explica a la discapacidad como enfermedad, que no se adapta a la norma; y bajo esta premisa es que debe ser “rehabilitada” mediante la educación especial, el trabajo protegido y la integración social. (Palacios, 2008)

El Modelo Social de la discapacidad, por su parte, se basa más que en la diversidad funcional, en las limitaciones de la propia sociedad: “Parte de la premisa de que la discapacidad es en parte una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad.” (Palacios, 2008, p. 103)

En la prácticas profesionales el enfoque de derechos humanos implica el compromiso de garantizar los derechos fundamentales de las personas y las comunidades. De Lellis y Di Nella, (2008) agregan al respecto:

En efecto, el conocimiento de los factores socioculturales, psicosociales y neuropsicológicos y el desarrollo de una actitud humanitaria en la atención, a través de la ética del respeto por la dimensión personal del sujeto con sufrimiento mental, posibilitan al trabajador guiar su labor a la reintegración socio-comunitaria. (...) Sobre estas bases, sus esfuerzos tenderán a que cada sujeto pueda gozar plenamente de la realización de sus posibilidades en una vida participativa, grupal y solidaria. p.21

En el campo de la SM el enfoque de DDHH implica promover y garantizar el acceso a los derechos de las personas con padecimiento psíquico y sus familias, habilitando su involucramiento y participación activa, con base a la autonomía, la dignidad y la libertad.

5.4. El encuentro con *lo familiar*

La noción de familia es uno de los conceptos vertebrales de esta tesis, desde el enfoque de la PSC el concepto de familia se considera una construcción sociohistórica y cultural en permanente revisión y atravesada políticamente (López, & Rodríguez, 2017)

López & Rodríguez (2017) proponen problematizar las nociones que perpetúan el modelo hegemónico de familia patriarcal (heterosexual, monogámica, regulada por el matrimonio y el mandato de maternidad obligatoria) y la idea de “familia en crisis” (ante los cambios que ha sufrido el modelo hegemónico), asumiendo las transformaciones y conflictos que la atraviesan las familias como parte del proceso. “Si bien entendemos a “la familia” como una construcción sociohistórica, consideramos que definirla solamente por los cambios en las modalidades de estructura, organización y funcionamiento no da cuenta de los movimientos constantes y singularidades.” (López & Rodríguez, 2017, p.124)

Por su parte, Sawaia (2003) enuncia a la familia como principio y espacio de la acción comunitaria, que en la era del neoliberalismo y del individualismo subjetivo “Esto significa ver a la familia que sufre y no a la familia en situación de riesgo o a la familia incapaz.” (Sawaia, 2003, p. 14) En este sentido, desde el enfoque de la PSC López & Rodríguez (2017) proponen la noción de “lo familiar” como herramienta reflexiva en el encuentro con familias, dando lugar a la afectación y el afecto, a lo nuevo que emerge más allá de los instituidos familiares.

En el capítulo 3 de esta tesis se realiza una revisión de los teorías encontradas en relación a la familia y la Salud/Enfermedad Mental, entre las cuales se exponen las corrientes del Psicoanálisis y la Escuela de Palo Alto que han encontrado en la familia la etiología de la esquizofrenia, el énfasis está puesto en la familia como causal de la enfermedad. En la actualidad, en los padecimientos psíquicos como la esquizofrenia no se ha encontrado una sola

causa en su etiología, son heterogéneos y están determinados por factores que varían mucho de un individuo a otro. Se trata de un proceso complejo e interactivo, un determinismo recíproco entre los niveles ampliamente divergentes dentro de una perspectiva bio-psico-social (Read, Mosher, Bentall, et al, 2006). Por lo cual, es oportuno preguntarse si las teorías en las que se aborda a la familia desde la etiología de la enfermedad, no terminan teniendo un efecto culpabilizador en las prácticas con las familias en el campo de la SM, en este sentido Read, Mosher, Bentall, et al (2006) proponen: “Los términos de culpa y exculpación son obsoletos. Estas cuestiones deben tratarse delicadamente como parte del diálogo y no como una expresión de lecciones morales, ya sean de exoneración o de acusación. Nosotros no estamos aquí para juzgar a nadie.” (p. 417) Estos autores remarcan la importancia de la flexibilidad y adaptación de las necesidades de las personas con padecimiento psíquico y sus familias; por la cual, trabajar desde el encuentro, el diálogo y la hospitalidad (Derrida, Dufourmantelle, Segoviano, 2000).

5.5. Enfoque de género en el campo de la SM

Los antecedentes de la investigación demuestran que cuando se trata de la familia en el campo de la Salud Mental, quienes cuidan a las personas con padecimientos psíquicos por lo general, son mujeres; y la mayoría de las veces las madres. Por lo cual, es necesario para la comprensión de lo familiar en el campo de la Salud Mental, tomar al enfoque de género como herramienta reflexiva que permite hacer un análisis transversal.

Desde la perspectiva posestructuralista de la tercera ola del feminismo, Judith Butler (1990) define al género como performativo, lo cual significa: que lo que se interioriza como una esencia interna se construye a través de un conjunto sostenido de actos. Esta teoría supera las formulaciones del construccionismo social que planteaba a los roles de género como construcción social. Desde la performatividad de género, la materialidad del cuerpo es concebida como un efecto de poder, dice Butler (2012):

Y no habrá modo de interpretar el "género" como una construcción cultural que se impone sobre la superficie de la materia, entendida o bien como "el cuerpo" o bien como su sexo dado. Antes bien, una vez que se entiende el "sexo" mismo en su normatividad, la materialidad del cuerpo ya no puede concebirse independientemente de la materialidad de esa norma reguladora. (p.9)

Por lo cual, el sexo no es lo natural sobre lo cual se genera una construcción social del género; sino que es también una norma que regula la materialidad de los cuerpos, lo cual le da una inteligibilidad cultural.

Otra autora, representante del feminismo latinoamericano Lagarde, realiza importantes aportes sobre los cuidados y las mujeres. Lagarde (1996) toma el análisis de género con enclave en las luchas feministas, en relación al cuidado Lagarde (2003) rescata la contribución del movimiento feminista en: visibilizar y valorar el aporte de las mujeres al cuidado de los otros, en segundo lugar; de generar la propuesta del reparto equitativo en la comunidad, entre hombres y mujeres, y visibilizar las responsabilidades de la sociedad y el estado; y por último, la resignificación del contenido del cuidado como el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, de cada mujer, esté basada en la vigencia de sus derechos humanos. Para la autora, el cuidado está en el centro de las inequidades de género, ante la organización antagónica de sus espacios, entre lo público y lo privado, como tareas designadas a lo femenino. Dice Lagarde (2003):

La cultura patriarcal que construye el sincretismo de género fomenta en las mujeres la satisfacción del deber de cuidar, convertido en deber ser ahistórico natural de las mujeres y, por tanto, deseo propio y, al mismo tiempo, la necesidad social y económica de participar en procesos educativos, laborales y políticos para sobrevivir en la sociedad patriarcal del capitalismo salvaje. (p.2)

La autora propone cambiar el sentido del cuidado, lo cual implica “maternizar a la sociedad y desmaternizar a las mujeres” (Lagarde, 2003, p. 5). Cambio que debe ser acompañado por el empoderamiento de las mujeres, la eliminación de la supremacía de género de los hombres y la transformación democrática del Estado con perspectiva de género.

En el capítulo 3 de esta tesis, se exponen las formulaciones del Psicoanálisis y la Escuela de Palo Alto sobre la etiología de la esquizofrenia, en este punto, es necesario resaltar el énfasis puesto en las madres y el vínculo materno en el origen de la enfermedad en estas teorías, esto habla del contexto histórico donde se han producido estas teorías; reproduciendo la idea de familia patriarcal, heterosexual y monogámica; donde los cuidados y la crianza están a cargo exclusivamente de las mujeres. Desde la perspectiva feminista Muñoz (2009) escribe al respecto:

La figura de la madre es recurrentemente representada como amenaza de una fusión indiferenciada, fusión malsana, cuyo efecto límite es la psicosis o bien la posibilidad de daño psíquico permanente. Es a través de la amenaza de la castración, intervención del padre, que se produce la renuncia de éste a desear a la madre. (p. 6)

Desde la actualidad, podemos pensar estas teorías desde una perspectiva de género (Butler, 1990) identificando los mandatos de maternidad que recaen sobre las

mujeres. Rich (1986) asocia que la construcción social de la mujer a partir de la institución de la maternidad está directamente relacionada con la heteronormatividad que concibe a las mujeres como madres, así mismo; propone a la maternidad como experiencia que habilita los deseos, las decisiones, las elecciones, más allá de los mandatos.

CAPÍTULO 6. Estrategia Metodológica

Se realizó un estudio cualitativo de diseño exploratorio, que permitió indagar y conocer en el problema de investigación planteado, ya que se trata de un tema poco estudiado y sobre el cual se encuentran escasos antecedentes. La metodología cualitativa toma la perspectiva fenomenológica en su forma de abordar lo investigado, buscando conocer la perspectiva de los participantes, el modo en el cual definen su mundo, sus experiencias, sus reflexiones. (Taylor & Bogdan, 1978)

Vasilachis (2006) define tres elementos fundantes de la metodología cualitativa: el interés por conocer las formas en que el mundo social es interpretado, vivenciado, comprendido y producido; los datos producidos son flexibles y sensibles al contexto social en que se producen y por último utiliza métodos de análisis y explicación desde la complejidad y el contexto. Por lo cual el diseño metodológico elegido se caracteriza por ser flexible en sus diferentes etapas: lo que concierne al proyecto de investigación escrito, el trabajo de campo y el análisis de los datos. Dice Vasilachis (2006):

La flexibilidad del diseño en la propuesta y en el proceso está encarnada por la postura abierta, expectante y creativa del investigador cualitativo; algunos autores la han equiparado, en forma poética, a la actitud de una persona frente a la puesta del sol: se rinde ante su belleza y capta lo que se presenta. (p.68)

Por lo cual, se buscó un proceso reflexivo y permeable al encuentro en el trabajo de campo que me permitió ir incorporando nuevas preguntas a partir de que la información recabada iba emergiendo.

Los datos se recogieron a través de dos instrumentos principales: la entrevista en profundidad y la observación participante. Todo el proceso investigativo fue registrado en un diario de campo, las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los participantes, a través del consentimiento informado, de forma de ser desgrabadas para su posterior análisis.

Luego de finalizada la etapa de trabajo de campo se realizó un análisis de contenido temático. Según Vásquez Sixto (1996) el contexto tiene un lugar preponderante en el análisis de contenido, ya que mediante su consideración será posible realizar las interpretaciones o análisis. Hay dos niveles de contexto: el contexto del texto y el contexto social. El primero, hace referencia al material que estamos analizando y el contexto social hace referencia a las condiciones que hacen posible que ese texto se produzca. “En definitiva, el investigador social puede reconocer el significado de un acto situándolo dentro

del contexto social de la situación en la que ocurrió” (Andreu, 2001, p.3) El análisis de contenido que propone Vásquez Sixto (1996) permite analizar el texto mediante la codificación del material de investigación guiada por los objetivos de la misma, luego, mediante la construcción de categorías se agrupan dichas codificaciones de forma de realizar inferencias sobre los textos.

6.1. Técnicas utilizadas en el trabajo de campo

Se realizaron en total 14 entrevistas en profundidad de carácter semi-abierto, a integrantes del equipo técnico del CPSP, es decir no estandarizadas, flexibles y dinámicas, guiadas por una pauta de entrevista. Se buscó la comprensión de las perspectivas que tienen los participantes entrevistados respecto a los abordajes familiares en el campo de la salud mental. Para ello, se indagó sobre los temas relevantes a los objetivos de la investigación, para lo cual se utilizó una pauta de entrevista que sirvió como guía y orientación en el momento de la entrevista, de forma de asegurar que todos los temas importantes sean abordados. Esto permitió la posibilidad de llevar adelante entrevistas flexibles, habilitando temas novedosos y emergentes, no previstos en la pauta de entrevista, que me permitieron enriquecer el proceso de comprensión y conocer la visión del/la entrevistado/a. Se utilizaron pautas distintas según el entrevistado/a: director/fundadora, técnicos y pasantes. Las entrevistas a la fundadora y director del centro hacen más énfasis en el proceso histórico del CPSP y las estrategias de trabajo que fueron utilizando; en la pauta de entrevista a los/as técnicos/as se partió desde su llegada al centro y su experiencia de trabajo en el mismo y en la entrevista a los/as pasantes se realizó un mayor énfasis a su experiencia en cuanto a la formación universitaria y sus primeros acercamientos al campo de la SM.

Al respecto, dicen Taylor y Bogdan (1978):

Las-entrevistas en profundidad, que permiten conocer a la gente lo bastante bien como para comprender lo que quiere decir, y crean una atmósfera en la cual es probable que se exprese libremente, según nuestro propio punto de vista, mediante las entrevistas el investigador logra por lo general aprender de qué modo los informantes se ven a sí mismos y a su mundo, obteniendo a veces una narración precisa de acontecimientos pasados y de actividades presentes, y casi nunca predicen con exactitud la manera en que un informante actuará en una situación nueva. (p.106)

La observación participante se llevó a cabo en instancias de trabajo del equipo (reuniones de equipo, multifamiliares y grupo de psicoeducación). La observación participante transcurre a lo largo de todo el contacto con la institución: desde el primer contacto, la solicitud del aval institucional para el comité de ética de la Facultad de Psicología (UdelaR), llamadas telefónicas, coordinación de entrevistas, entrevistas y la observación participante en instancias de reunión de equipo y de intervención con las familias en grupos. Taylor y Bogdan (1978):

La expresión observación participante es empleada aquí para designar la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no-intrusivo. (p.31)

Este proceso se fue registrando mediante el uso de diario de campo y el uso de grabador en las entrevistas en profundidad, la reunión de equipo y en una instancia del grupo de psicoeducación. Se buscó que el registro de la observación participante fuera realizada luego de cada encuentro, tratando de lograr notas precisas y detalladas.

La observación participante se realizó en los siguientes dispositivos de trabajo: la Coordinación de la Comunidad terapéutica de la tarde, la Multifamiliar de la comunidad terapéutica de la tarde, la Multifamiliar del Grupo de la mañana y en el Grupo de Psicoeducación. Los modos de registro en la observación participante se acordaron en cada instancia con los técnicos y familiares, evaluando con ellos el mejor modo de registrar el encuentro, de forma de no invadir su espacio. Se detallan en la siguiente tabla la cantidad de instancias de observación de cada dispositivo y las estrategias de registro utilizadas:

Tabla 1
Tabla de observación participante en los dispositivos del CPSP

Dispositivo	Cantidad de instancias de observación	Registro
Coordinación de la Comunidad terapéutica de la tarde	1	Por diario de campo luego de terminada la reunión
Multifamiliar de la Comunidad Terapéutica de la Tarde	1	Por diario de campo luego de terminada la multifamiliar
Multifamiliar del Grupo de la Mañana	1	Por diario de campo luego de terminada la multifamiliar
Grupo de Psicoeducación	3	- Primer instancia registro de notas - Segunda instancia grabación - Tercer instancia diario de campo luego de terminada la reunión.

(Fuente: Elaboración propia)

3.2. Participantes de la investigación y criterios de selección

Los participantes fueron integrantes del equipo técnico del CPSP. No fue pre determinada la cantidad de participantes ni la elección de los mismos, sino que se definieron 3 criterios de selección guiados por los objetivos de la investigación.

El primer criterio, fue el de la búsqueda de heterogeneidad de los participantes. El equipo técnico está compuesto por: psicólogos/as, psiquiatras y una trabajadora social, teniendo en cuenta esto se buscó entrevistar a un integrante de cada disciplina como mínimo.

Un segundo criterio, fue definido por la antigüedad en la pertenencia al CPSP, buscando a fundadores/as y personas con más de 10 años de experiencia, así como también personas con menos de 10 años de experiencia en el Centro. Esto permitió dar cuenta de las experiencias y estrategias utilizadas en el abordaje con familias a lo largo de la historia del CPSP.

Y por último, el trabajar directamente con familias o en dispositivos para familiares no resultó un criterio de exclusión. Se buscó entrevistar a técnicos que trabajan en diferentes programas y dispositivos del CPSP, ya que se busca conocer los abordajes familiares que realizan los técnicos en el centro de forma de comprender este suceso con una mirada integral, enriquecida por los diferentes programas y dispositivos que lo componen.

A continuación se muestra en detalle los criterios de selección mencionados y los participantes entrevistados:

Tabla 2

Tabla de criterios de selección y participantes

Criterios de selección	Participantes
1- Por disciplina	Psiquiatras, Trabajadora Social y Psicólogas/os
2- Antigüedad en el CPSP	- Fundadoras/es: 2
- Fundadoras/es	- Más de 10 años de experiencia: 4
- Más de 10 años de experiencia	- Menos de 10 años de experiencia: 8
- Menos de 10 años de experiencia	
3- Diversidad de Programas del CPSP	Participantes que trabajan en 7 diferentes Programas del CPSP
4- Trabajo en dispositivos para familiares	- Trabajo en dispositivos para familias: 5
	- No trabaja en dispositivos para familias: 9

(Fuente: Elaboración propia)

Se logró cumplir con el criterio de diversidad disciplinar: se entrevistaron a psicólogos/os, los dos psiquiatras del centro y a la trabajadora social. Se entrevistó a la totalidad de los técnicos que trabajan en los dispositivos para familiares: grupo de psicoeducación y dos multifamiliares. En síntesis, los programas del CPSP involucrados en el trabajo de campo son:

Tabla 3

Tabla de descripción de Programas del CPSP

Programa del CPSP	Descripción según el Centro
Comunidad terapéutica de la tarde (CTT)	Centro Diurno para Jóvenes y Adultos con Trastornos Mentales Severos y Persistentes
Grupo matinal (GM)	Grupo para Jóvenes y Adultos con Patologías Mentales Severas y Persistentes de inicio en la Infancia
Grupo de Seguimiento	Para personas que han finalizado su tratamiento y/o que tengan indicada esta estrategia.
Psicoterapia Individual y familiar	Psicoterapia individual con los usuarios y dispositivos grupales para las familias
RED	Espacio psicoterapéutico grupal para personas que estén realizando cursos de capacitación ocupacional y/u otros consultantes que requieran de un abordaje de psicoterapia grupal.
CASF-D	Grupo terapéutico y talleres para personas con carencia de apoyo socio-familiar y deterioro.
Viviendas supervisadas	Residencias asistidas supervisadas y administradas por el centro. Se realizan seguimientos de inserción residencial.

(Fuente: Elaboración propia)

El primer contacto con la institución fue con el director del centro quien ofició de informante clave, facilitando la entrada al trabajo de campo y el contacto con los/as primeros/as entrevistados/as y los diferentes programas de trabajo del centro (reunión de equipo del Grupo Terapéutico de la Tarde - GTT y grupo de psicoeducación).

A través de la observación participante en la reunión de equipo del GTT es que se obtuvieron: entrevistas en el contacto directo con los técnicos, la observación participante en las dos multifamiliares y se integró en la entrevista en profundidad a las pasantes de psicología. Estos actores del centro que no estaban integrados en los criterios de selección

y fue sugerido por los técnicos, lo cual se integró en la investigación ya que se consideró un aporte, representando una mirada fresca, de reciente contacto con el centro y con la formación académica en psicología. Se entrevistaron a dos pasantes psicólogas recién egresadas (una de la UdelaR y otra de la Universidad Católica del Uruguay - UCU).

Por lo cual, si bien se pre determinaron algunos criterios de selección de participantes, el diseño flexible de la investigación permitió que surgieran nuevos actores y acontecimientos en el transcurso, que realizan cambios en lo planificado, adaptando la metodología de investigación a las necesidades del campo.

Finalmente, los/as participantes por disciplinas y roles institucionales se diagraman en la siguiente tabla:

Tabla 4

Tabla de participantes de la investigación por disciplinas, roles institucionales y códigos utilizados para preservar la confidencialidad

Disciplina	Rol	Cantidad de participantes
Psicología - Enfermería	Fundadora	1
Psiquiatría	Director	1
Psiquiatría	Técnico	1
Psicología	Técnico	8
Psicología	Pasante	2
Trabajo Social	Técnico	1

(Fuente: elaboración propia).

Luego de realizada la observación participante y las entrevistas en profundidad, llegado al punto de saturación teórica donde los datos comenzaron a ser repetitivos y no se encontraron nuevas perspectivas, se dió por finalizado el trabajo de campo.

3.3. Procesamiento de la información

En este apartado se muestra cómo se realizó el procesamiento de la información recabada para posibilitar posteriormente el análisis y discusión del material producido. Se utilizó el programa MAXQDA, un software utilizado para el análisis cualitativo de datos, que facilita la codificación de segmentos de texto del material desgravado de las entrevistas, observaciones participantes (OP) y diario de campo.

Para realizar el análisis de los datos se construyeron seis categorías principales en base a los objetivos general y específicos de la investigación: contexto histórico, abordaje familiar, teorías, trayectoria formativa, interdisciplina y DDHH. Así mismo, cada categoría se conforma por subcategorías que definen las diferentes dimensiones del tema indagado. En el proceso de codificación del material se agregaron nuevas subcategorías en base a los temas emergentes de las entrevistas y observaciones, que no estaban previstos y aportan a los objetivos de la investigación. En la tabla 5 se visualizan los temas que surgieron en el trabajo de campo, ya sea traído por los/as entrevistados/as o introducidos por la investigadora en la pauta de entrevista. La construcción de estas nuevas subcategorías permitió enriquecer el análisis y la contextualización del problema de investigación planteado.

Tabla 5

Tabla de categorías y subcategorías de análisis construidas a partir de los objetivos de la investigación y subcategorías emergentes

Categorías	Subcategorías	Descripción	Subcategorías emergentes	Descripción
CONTEXTO HISTÓRICO	- Surgimiento - Cambios en la población - Surgimiento y cambios en el abordaje familiar.	Contexto histórico: Historia y surgimiento del centro. ¿Cómo surge el trabajo con la familia?	No surgieron nuevas subcategorías	—
ABORDAJE FAMILIAR	- Dispositivos - Estrategias - Facilitadores - Obstáculos	Descripción de los Dispositivos familiares, roles desempeñados y su práctica cotidiana.	1-Situación de Abuso Sexual 2-Género	1-Situación de abuso sexual mencionada en 4 entrevistas. 2-Madres como principales cuidadoras. Contenido analizable desde la perspectiva de género.
TEORÍAS	- Psicoanálisis - Palo Alto - Cuidados - PSR	Las teorías utilizadas en su práctica con las familias.	1-Cognitivo conductual 2-Sistémica	1 y 2- Teorías psicológicas que mencionan y no estaban contempladas previamente.
TRAYECTORIA FORMATIVA	- SM - Familia	Historia de cómo transitaron la formación de grado y posgrado relacionada a la temática.	No surgieron nuevas categorías	—
INTERDISCIPLINA	- Organización del Trabajo - Puntos de encuentro - Toma de decisiones - Disciplina	Cómo visualizan la interdisciplina y de que forma organizan el trabajo del equipo.	1-Psiquiatras Viejos 2-Psiquiatras jóvenes	1 y 2- Diferencias generacionales en los psiquiatras mencionadas por los/as entrevistados/as.
DDHH	- Vulneración de DDHH - Postura - Dispositivos alternativos	Cómo visualizan el enfoque de DDHH, el contexto general de la SM y qué perspectivas a futuro tienen.	No surgieron nuevas categorías	—

(Fuente: Elaboración propia)

3.3. Consideraciones éticas

Se solicitó el aval institucional al Centro Psicosocial Sur-Palermo, informando sobre los objetivos de la investigación, metodologías y técnicas a utilizar así como el manejo confidencial de los datos y compromiso a informar sobre los resultados y conclusiones. Presentado el aval al Comité de Ética de la Facultad de Psicología (UdelaR) y aprobado el proyecto para su ejecución, se volvió a contactar a la institución para comenzar el trabajo de campo.

Se presentó consentimiento informado y hoja de información a los participantes de la investigación asegurando los derechos fundamentales de acuerdo a los lineamientos establecidos para la investigación en seres humanos en Uruguay (Decreto N° 379/008): participación voluntaria, información sobre la investigación, la confidencialidad y privacidad, garantizando la no utilización de la información en perjuicio de personas y/o comunidades en base a los Principios de "Beneficencia" y "no-maleficencia".

Se preserva la identidad de los/as entrevistados/as mediante el uso códigos, por ejemplo: E1 (entrevista 1), E2 (entrevista 2), etc.

En la observación participante en los dispositivos de trabajo grupal con las familias, se les informó a los familiares participantes de los grupos sobre la investigación, sus objetivos y metodología de trabajo, se consultó su voluntad a participar y se preservó también la identidad de los/as mismos/as.

CAPÍTULO 7: Análisis y discusión de resultados

7.1. Condiciones de posibilidad y enunciación: contextualización histórica del surgimiento de CPSP

“Y ahí estuve en eso... y cuando creamos el centro no sabíamos cómo empezar...”
(E9)

En este apartado se cuenta la historia de la fundación del CPSP, si bien en el capítulo 3 de la tesis se describe al centro, los programas que lo componen y su contexto histórico de surgimiento. El interés en este punto radica en conocer la historia a partir de los relatos de las/los protagonistas, su motivación para la conformación del centro y cómo surgen los dispositivos de trabajo con las familias. Se busca la articulación con el contexto histórico en el cual acontece este surgimiento, en tanto condición de posibilidad y de enunciación: “El enunciado es el producto de un agenciamiento, que siempre es colectivo, y que pone en juego, en nosotros y fuera de nosotros, poblaciones, multiplicidades, territorios, devenires, afectos, acontecimientos.” (Parnet & Deleuze, 1998, p.61)

El CPSP surge por iniciativa de una mujer, enfermera, exiliada política en Suiza durante la dictadura cívico-militar en Uruguay (1973-1985). En el exilio se especializó en enfermería psiquiátrica y, además, trabajó en psiquiatría y rehabilitación. De su experiencia de trabajo en psiquiatría en Suiza la entrevistada recuerda el lugar que ocupaba la familia:

Y una de las cosas que siempre me llamó la atención es la falta de vínculo con la familia, el Estado hacía de sustituto de la familia y de sustituto de la sociedad, porque generaba todo lo posible para las enfermedades de las personas. Por ejemplo, si la persona necesitaba trabajar, generaba algún tipo de trabajo, las viviendas, los seguimientos [...] yo en el trabajo en psiquiatría te diría que no vi familias, salvo en la internación psiquiátrica, cuando trabajé en la parte de crisis, ahí sí vi familia [...] pero muy poquito. En general, la familia está ausente y hay un Estado sobreprotector, eso es lo que yo viví. (E9)

En esta experiencia se observa un modelo tutelar en la atención en SM en el marco de un Estado de bienestar que garantiza el acceso a los derechos sociales fundamentales.

Si bien, como dice la entrevistada, se aseguraba el acceso a la vivienda y al trabajo, había una ausencia de abordaje familiar, no se trabajaba con el contexto del usuario de forma de promover la autonomía y la desinstitucionalización. El hospital pasa a cumplir una función paternalista y se desliga a la familia de la responsabilidad social del cuidado de la persona con padecimiento psíquico (Donzelot, 1977). La institucionalización aparece como la principal estrategia de atención; es así que la entrevistada menciona que observó la presencia de familias en crisis durante las internaciones psiquiátricas, pero no el abordaje a ellas. Esto quiere decir que no se privilegia ni la prevención, ni el trabajo con el contexto de la persona con padecimiento psíquico, sino que la institucionalización y el amparo del Estado es la principal estrategia de atención.

Luego de su retorno a Uruguay, la fundadora se encuentra con un nuevo panorama en el campo de la SM: la participación de usuarios y familiares; y los comienzos de la discusión del PNSM. Una de las primeras impresiones de la entrevistada, fue la presencia de familiares organizados en asociaciones y su involucramiento en las políticas públicas. En este sentido, expresa:

[...] y después tuve la suerte de que justo cuando volví empezaron las discusiones sobre el PNSM, o sea que pude participar en lo que fue la creación del plan, de los inicios del Plan, en su momento, que fue con una convocatoria comunitaria enorme, enorme. Y ahí había grupos de familiares, que eso fue lo primero que me llamó la atención: estaban los familiares del Vilardebó y los familiares del grupo de La Esperanza, en su momento. (E9)

En el contexto de apertura democrática la fundadora se encuentra con una presencia de la familia en el campo de la SM desde la participación, la organización y el involucramiento de las políticas públicas.

Por otra parte, respecto al contexto histórico y de discusión del PNSM se encuentra una segunda visión entre los entrevistados:

“Sí, hubo todo un movimiento, que nació en el 84’, surgió de la Sociedad de Psiquiatría, esto lo sabe poca gente... pero empezó en la Sociedad de Psiquiatría.” (E10)

Esta segunda visión sobre el contexto histórico en el que surgen los movimientos que promovieron el PNSM, según muestra la vivencia del entrevistado y su interpretación desde lo disciplinar, específicamente desde la psiquiatría, que en el campo de la SM sigue predominando un abordaje unidisciplinar basado en una relación de poder-saber (Foucault,

1964). Esta visión histórica invisibiliza la participación y la incidencia de otras disciplinas y actores sociales, como familiares y usuarios; que protagonizaron la discusión del PNSM. Respecto a la aprobación del PNSM y su implementación, uno de los entrevistados recuerda:

Sí, en la letra se aprobó, pero en seguida se declaró “no hay recursos”. No se ejecutó nada... o sea, dio la base ideológica, un poco para la actual ley, la cual también depende mucho del dinero que haya [...] eso es evidente. Porque la rehabilitación todavía no está contemplada, estas prestaciones en SM de las mutualistas, que están muy arraigadas a una psicoterapia individual, una vez por semana o grupal una vez por semana, son psicoterapias, no es rehabilitación de acumular horas, semanales de actividades, socialización. (E10)

En este sentido se han encontrado publicaciones sobre la falta de voluntad política para la ejecución del PNSM (de León, 2013), lo cual habla de las necesidades y de las ausencias que aún prevalecen en la atención a personas con padecimiento psíquico y a sus familias. Predomina el abordaje restrictivo-individual (Saforcada, de Lellis, Mozobancyk, 2010) en el Sistema de Salud, no se ha superado el modelo asilar y no se ha desarrollado lo suficiente la rehabilitación desde un punto de vista psicosocial.

Entonces, en este contexto sociohistórico de la SM en el período de postdictadura en Uruguay, la fundadora retorna luego del exilio político con la idea de fundar un centro de rehabilitación psicosocial. Con el dinero que reunieron sus compañeros de trabajo en Suecia compró la casa donde funciona Sur Palermo. El objetivo principal para la fundación del CPSP fue:

El de combatir los déficits que la enfermedad psiquiátrica grave suele generar, que es la inactividad y el aislamiento. (E10)

En los inicios el criterio de alcance era regional, apuntaba a la atención de personas con padecimiento psíquico que residían en el barrio Palermo (donde se inserta el centro) y alrededores. Como estrategia de difusión de la propuesta comenzaron por buscar datos de personas que tenían antecedentes de internaciones y por hacer visitas domiciliarias. Pero la escasez de centros de rehabilitación tanto a nivel público como privado, desembocó en que empezaran a participar personas de otros barrios de Montevideo. Como primera estrategia se propusieron armar un grupo de 20 personas que participen en actividades y talleres, para favorecer la inserción educativa o laboral. En principio, habían planificado el egreso del CPSP en el lapso de un año y medio o dos, pero tuvieron que flexibilizar este aspecto ante

la ausencia de recursos educativo-laborales para la reinserción de personas con padecimiento psíquico:

Sabíamos que los cambios eran lentos [...] tuvimos pacientes que se quedaron 5 años, etc. Fuimos flexibilizando posiciones a medida que la realidad lo fue dictando. (E10)

El CPSP se funda con el programa de Comunidad terapéutica, el cual funcionaba todo el día. En sus comienzos identificaron que asistían diferentes poblaciones con características distintas: por un lado jóvenes y adultos con patologías mentales severas y persistentes de inicio en la Infancia, que dió lugar a la Comunidad Terapéutica de la Mañana y jóvenes y adultos con trastornos mentales severos y persistentes que dió lugar a la Comunidad Terapéutica de la Tarde (CTT). El trabajo con las familias no estuvo pensado en los comienzos del CPSP, las primeras experiencias son descritas de esta manera por la fundadora:

No nos planteamos la familia en el inicio, éramos muy omnipotentes: “nosotros vamos a poder con todo”. Por ejemplo, teníamos personas que vivían en pensiones, entonces nosotros éramos la familia sustituta, nos hacíamos cargo, se descompensaba y lo íbamos a visitar ¿viste? Todas esas historias [...] fue un aprendizaje para nosotros. (E9)

Esto habla de que en un primer momento predominaba un abordaje tutelar en el vínculo entre técnicos y usuarios del CPSP, no se trabajaba con el contexto de la persona. Fue a partir de la experiencia que los fundadores identificaron la necesidad de integrar a la familia en el abordaje:

De a poco nos fuimos dando cuenta de la importancia de incluir a la familia en el tratamiento, pero fue casi en seguida, al año. Nosotros ya integrábamos en aquel momento la Red por el Plan de SM, estaba funcionando una red zonal, junto con el Maciel [...] después dejó de funcionar, es una lástima, porque ese era el inicio del PNSM, regionalizar... pero más a nivel de ASSE, de policlínicas, pero no a nivel de centros de rehabilitación privados. (E9)

Esto muestra el contexto histórico como posibilidad de enunciación, el clima de discusión del PNSM y la posibilidad de pensar en alternativas de abordaje a las problemáticas relacionadas al campo de la SM. Se trata de un contexto que habilitó a pensar en red, en la trama, en incluir el abordaje familiar, y en este sentido, la fundadora cuenta:

Cuando empezamos a trabajar con la familia, en seguida la incorporamos al tratamiento [...] es como pensar el tratamiento como una unidad entre lo que es: el técnico, el usuario y la familia. Un todo y el grupo, todo se unifica. Porque hay veces que decís: “¿qué es lo que ayudó a que esta persona estuviera mejor?, ¿fue el cambio en la familia?, ¿fue el abordaje técnico?, ¿fue su potencial o fueron los compañeros?” Todas esas variables tenés que tenerlas en cuenta y tenerlas integradas para la valoración del tratamiento. También cuando ves a una persona nueva en la comunidad también tenés que tener eso en cuenta: ¿en qué estado está el grupo?, ¿cómo es la familia?, ¿cuál es su potencial de salud?, ¿cómo está el equipo para recibir a esa persona? [...] Todas esas cosas tenés que ir las viendo. (E9)

Esto da cuenta desde qué lugar se incluyó a la familia en el trabajo del centro. Se hizo desde una perspectiva integral de la salud, como estrategia de trabajo en red dentro del CPSP entre todos los actores involucrados (usuarios, familia y técnicos). Incluir a la familia en el tratamiento fue un cambio trascendental en el abordaje del centro:

El trabajo con la familia para mí fue el eje del tratamiento, nos cambió totalmente, fue un click. (E9)

En los primeros diez años la ONG recibió financiación suiza para su funcionamiento. Una vez finalizada, se obtuvo el convenio con el Estado a través del BPS, por el cual las personas declaradas con discapacidad pueden solicitar una ayuda especial para acceder al tratamiento de rehabilitación en el CPSP. Actualmente el beneficio del BPS alcanza al 60 % de la población que asiste al centro:

Si BPS no apoyara, yo creo que Sur Palermo estaría cerrando las puertas, directamente. (E9)

Este convenio provocó un cambio en la población que hasta ese momento asistía al CPSP. A partir de entonces comienzan a acceder también personas con padecimiento psíquico de contextos socioeconómicos vulnerables:

Vos me preguntás de los cambios [...] el cambio fue que la población de antes, cuando CPSP inicia la comunidad, tenía un apoyo financiero de Suiza [...] Cuando eso desaparece quedamos en el 2000 y pico en manos del BPS. Y el BPS así como es dador de las ayudas especiales también te trae su población, y la población cambió radicalmente, muchísimo. (E2)

Estos cambios en la población complejizaron el espectro de las problemáticas abordadas por los/as técnicos/as. Un hecho representativo de este cambio en la población del CPSP es la creación del grupo CASF-D destinado a personas con carencia de apoyo sociofamiliar y deterioro. Así describe a la población que asiste a este grupo uno de los técnicos:

Te voy a hablar desde el grupo en el que yo trabajo, nivel medio bajo socioeconómico, algunos tienen otra situación mucho más favorable. Pero sí, la mayoría vive de las pensiones o de agregado en alguna casa, vive con su familia pero con muchas dificultades económicas, en barrios más periféricos, casi todos de hospital público y son los que tienen mayor deterioro por la enfermedad. Esas son las características de este grupo. (E12)

Otro cambio respecto al nivel socioeconómico de población que asiste a SP, ocurre a partir de los convenios con mutualistas por intermedio del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM, 2011), allí había personas con un nivel socioeconómico medio alto:

Tenés una gran variedad, en los últimos años al centro ha llegado mucha población de las mutualistas, y la mayoría de los pacientes que tengo llegan por mutualista y de los grupos terapéuticos que coordino también. En los grupos de la mañana (CTM) tenés más pacientes que vienen por BPS. (E5)

Lo mismo se observó en los Grupos de Psicoeducación, quienes participan de este grupo es a través del PIPSM a partir de los convenios con diferentes mutualistas, y en este caso se observaban personas de un nivel socioeconómico medio alto.

En suma, el CPSP se ha desarrollado y expandido desde su fundación, teniendo un alcance territorial que brinda atención a poblaciones de diferentes barrios de Montevideo, de variados contextos socioeconómicos y ha creado nuevos programas en función de las necesidades que se presentaron a lo largo de los años. Este recorrido histórico del surgimiento del CPSP en base al relato de los protagonistas permite configurar un primer mapa (Deleuze, Guattari & Pérez, 2004) reconstruir a través de la vivencia de los participantes el recorrido histórico del centro, para comprender así, los dispositivos y estrategias que utilizan en el abordaje a las familias de las personas con padecimiento psíquico.

7.2. Dispositivos de abordaje familiar en el CPSP

“Hacer el mapa y no el calco.”
(Deleuze, *et al*, 2004, p. 18)

En este apartado se describen los dispositivos de abordaje familiar del CPSP. Se trata de un centro de rehabilitación, compuesto por diferentes programas (descritos en el punto 3.2). En el trabajo de campo se observó que el abordaje de las familias se encuentra transversalizado en todos los programas del CPSP, en diferentes modalidades de intervención. Esto permitió trazar un camino construido desde de la experiencia, mediante el diario de campo, las entrevistas en profundidad y la observación participante, a partir de los cuales se describen los abordajes familiares que se realizan en el CPSP, en forma de mapa: “El mapa es abierto, conectable en todas sus dimensiones, desmontable, alterable, susceptible de recibir constantemente modificaciones. Puede ser roto, alterado, adaptarse a distintos montajes, iniciado por un individuo, un grupo, una formación social.” (Deleuze, *et al*, 2004, p. 18). Por lo cual, en este apartado construí los dispositivos del CPSP tomando como eje el trabajo con las familias, agrupando a los diferentes programas del centro para describir en cada uno de los dispositivos, las estrategias de trabajo utilizadas: con los facilitadores y los obstáculos que encuentran los técnicos en su práctica profesional. Así mismo, se analizaron las líneas de visibilidad y de invisibilidad del dispositivo, las posibilidades de enunciación, las líneas de subjetivación y de fuga. (Deleuze, 1990)

Luego de presentar los dispositivos de abordaje familiar, trabajo a partir de dos categorías emergentes en las entrevistas que fueron traídas por los entrevistados o introducidas en la pauta de entrevista. Las dos categorías son: género y situación de abuso sexual. Esta última categoría fue mencionada en 4 entrevistas y refiere a una situación de abuso sexual detectada en una usuaria, la cual generó diferentes perspectivas de abordaje entre los técnicos. La categoría género abarca las respuestas que dieron los técnicos sobre la participación mayoritaria de las madres como cuidadoras principales y la interpretación que realizan de este dato. Estas categorías emergentes se visualizaron en la desgrabación de las entrevistas y en las observaciones, en la re-lectura del texto y el contexto (Andreu, 2001), se encontraron estas temáticas latiendo-insistiendo (Fernández, 1989):

La insistencia de lo discontinuo, es lo que permite detectar los puntos de condensación, los pliegues, los intersticios de la misma superficie, más que

búsqueda de las profundidades hacer visible lo que sólo es invisible por estar demasiado en la superficie de las cosas. (p. 153)

Estas dos categorías emergentes se consideran agenciamientos de enunciación (Parnet & Deleuze, 1998) que posibilitan visibilizar diferentes estrategias de intervención coexistentes en los dispositivos de abordaje familiar en el CPSP.

A continuación, presento los siete dispositivos construidos de los abordajes familiares en el CPSP: dispositivo de *puerta de entrada*, dispositivo de *Comunidad Terapéutica*, dispositivos de *abordaje familiar grupal*, dispositivos de *abordaje individual y psicoterapias*, dispositivo *CASF-D*, dispositivo de *Viviendas asistidas* y dispositivos de *Red*.

7.2.1. Dispositivo de *puerta de entrada*

Denomino al dispositivo *de puerta de entrada* como todo lo que involucra el modo de acceso al CPSP: los medios por los que llegan los usuarios y los familiares, los criterios de ingreso y de derivación a las diferentes modalidades individuales, grupales o la comunidad terapéutica.

Para ingresar al centro se realizan dos entrevistas, la primera con un psiquiatra y la segunda con el psiquiatra director. La primera entrevista tiene como objetivo conocer al paciente (término utilizado por el entrevistado) y su familia, saber si cumple con los criterios de ingreso y generar una historia clínica para recabar datos específicos. En la segunda, se busca identificar las modalidades de trabajo en las que se puede integrar el usuario y a su familia. En este caso, es el psiquiatra director quién decide la inclusión o no al programa. Como se puede observar en esta descripción, el proceso de ingreso al CPSP se resuelve a través de una mirada unidisciplinar, ya que queda en manos de los únicos dos psiquiatras de la institución. Así mismo, uno de los psiquiatras tiene solo ese rol, realizar las entrevistas iniciales y derivarlas al psiquiatra director, no trabaja con técnicos de otras disciplinas presentes en el centro (psicología y trabajo social) y desconoce el proceso que realizan el usuario y su familia luego del ingreso al CPSP. La psiquiatría, como disciplina, queda encerrada en sí misma y tiene un lugar de poder-saber (Foucault, 1964) para decidir quién entra y quién no. Esto se relaciona con el objetivo que tienen las entrevistas iniciales, donde el énfasis está puesto en indagar aspectos psicopatológicos del usuario y en conocer su entorno familiar. Cabe preguntarse si se puede conocer al usuario y a su familia en tales aspectos sin incluir la mirada psicológica y social. Este punto será retomado en el apartado dedicado al trabajo interdisciplinar (7.4).

En líneas generales, para ingresar al CPSP se debe estar realizando tratamiento psiquiátrico, no tener un consumo activo de sustancias, no presentar síntomas de descompensación y no tener comportamientos heteroagresivos. Se indaga si el usuario está dispuesto a realizar actividades o si tiene cierta motivación para participar. También se busca el compromiso familiar con el tratamiento desde el inicio del proceso en el centro.

En general, la familia llega derivada por el médico psiquiatra tratante. Al respecto, se observa que las nuevas generaciones de psiquiatras tienen mayor tendencia a derivar a rehabilitación. Esta información confirma los antecedentes encontrados en Rossi (2016), donde se constata que a nivel del sistema de salud la principal estrategia asistencial es unidisciplinar por parte de la psiquiatría y que no hay un abordaje psicosocial en la estrategia terapéutica a seguir.

Otro modo de llegada de los familiares y usuarios al CPSP es *el boca a boca*:

E: ¿Y cómo se enteran los familiares sobre el grupo de psicoeducación?

E11: Hay familiares que llaman directamente porque los derivaron formalmente o les comentaron en charlas de pasillo: "Mirá que hay grupos de familiares de personas que tienen esquizofrenia", "¿Y dónde es?", "Está el Patronato, el CPSP, etc.". Entonces ahí el familiar entra en una búsqueda personal y viene.

E: ¿Por lo general vienen de esa manera?

E11: De esa forma. (E11)

Esta búsqueda personal (y, por lo general, solitaria) que emprenden los familiares, habla de la falta de información a nivel formal del sistema de salud y de la ausencia de estrategias de prevención en SM. La información sobre los recursos disponibles para los familiares tendría que ser ofrecida por el sistema de salud, tal como lo establece la ley del SNIS (Ley N° 18.211, 2007). Esto también pone de manifiesto la ausencia del enfoque de DDHH en la atención en SM, por lo cual cada técnico decide informar (o no) a la familia sobre los recursos disponibles. De momento, los familiares encuentran la información principalmente en las charlas informales de pasillo: en la sala de espera y en las visitas a hospitales psiquiátricos. En otro orden, el psiquiatra observa que los usuarios de SM, por lo general, llegan al CPSP cuando empiezan a tomar conciencia de sus síntomas negativos, de la disminución de su actividad social, de la disminución o de la desaparición de su círculo de amistades:

Porque una vez que hace el debut la enfermedad, la vida que lo acompañaba, su círculo social empieza a alejarse, a perderse y con el tiempo los amigos desaparecen porque siguen haciendo su vida. Si un chiquilín está en la facultad o el liceo ya deja de estudiar y los amigos siguen estudiando, siguen su carrera, tienen pareja, se fueron del

país, se casaron tuvieron hijos [...] pero él de repente está en otra cosa, no ha podido avanzar. (E11)

Esto, por lo general, hace que el entorno familiar se el único que mantiene el usuario:

El círculo familiar es vital, queda una vida básicamente con la familia como perímetro, se maneja ahí. (E11)

Por ello, lo que motiva a gran parte de los usuarios a participar del CPSP, tiene que ver con su proyecto de vida: con hacer amigos, tener pareja y con conseguir trabajo. Respecto a la expectativa laboral:

Y ahí se les explica, que en realidad hay que hacer todo un proceso, porque hay algunas pasantías laborales acá (...) pero bueno, para llegar a eso hay que pasar por diferentes etapas, es un proceso gradual, lento, con mucha paciencia. (E11)

Cuando los familiares llegan al CPSP también tienen como principal preocupación el proyecto de vida del usuario: que realice actividades y pueda acceder a pasantías. Por otro lado, los familiares también buscan orientación y asesoramiento:

“¿Cómo hago para que fulano esté mejor?, ¿o vuelva a ser el de antes?”. Hay mucha preocupación por el paso del tiempo: “¿Qué va a pasar cuando yo me muera y quede mi hijo sólo?”. Entonces “Quiero que él venga y haga actividades y se pueda manejar él solo, para que se pueda desempeñar”. Esas son las inquietudes, las ideas de los familiares: que vengan, hagan actividades, conozcan gente y se puedan desenvolver solos en la sociedad, que sean más autónomos. (E11)

La fundadora describe de esta manera la llegada de la familia al CPSP:

Cuando llega la familia generalmente viene culpabilizada, viene con vergüenza, viene con toda la carga del estigma social porque tiene a una persona con esquizofrenia y su actitud frente a eso generalmente es ambivalente, porque por un lado se encierran... Que uno no sabe si es por vergüenza o para proteger a la otra persona, para que no sean segregados. Entonces terminan funcionando más o menos igual que la persona que tiene el trastorno psiquiátrico. Al principio también, vos estudiás la evolución de la familia y decís, han ido perdiendo vínculos, la gente deja de verlos... Vos no sabés si son ellos que se encierran (que también es), si la gente por el lado del estigma que tampoco sabe cómo manejar esa situación. Y no solo de amigos, de otros familiares,

primos... y otras historias que no son así... pero en general si estudiás a la familia vas a encontrar eso. (E9)

Esto da cuenta del proceso que implica acompañar a una persona con un padecimiento psíquico crónico. El estigma y la segregación se reproducen también fuera del manicomio, cuando los familiares acompañan y no abandonan a la institucionalización a los usuarios, también sufren el estigma y van perdiendo sus redes de apoyo informal (Musitu, *et al*, 2004).

Respecto al sentimiento de culpabilización que tienen los familiares cuando llegan al CPSP, por la enfermedad y sufrimiento del usuario. Cabe preguntarse si eso no tiene que ver con la popularización de las teorías producidas por el psicoanálisis sobre la causalidad de la esquizofrenia a partir de los vínculos primarios o la de madre esquizofrenógena (Fromm-Reichmann, 1948) y por la escuela de Palo Alto, con la Teoría de doble vínculo (Bateson, *et al*, 1956). Este suceso se puede asociar a dos variables: por un lado, estos conceptos han pasado al saber popular y encuentran estas teorías ante la búsqueda de respuestas en el inicio de la enfermedad y, en segundo lugar, habría que preguntarse si los técnicos actualmente reproducen estas teorías en los abordajes a las familias en el campo de la SM.⁴

Por parte del CPSP el abordaje a la familia no es desde el lugar de la culpabilización, por el contrario, promueven la escucha, la contención y el no juzgar. En palabras de su fundadora:

Con el primer contacto con el centro, la familia empieza primero a descomprimirse y vuelve a aparecer lo mágico también “ustedes me van a curar a mi hijo, me van a sacar de esto” (...) Es importante que la familia se sienta no juzgada, no criticada... sino contenida y apoyada. Y que la familia pueda adquirir una confianza en la institución, eso es el primer salto que uno tiene que dar, y que así como el usuario viene de su aislamiento, su encierro y viene traído por la familia o por el médico... A ellos también les cuesta, es hacer algo público que venían escondiendo. (E9)

La familia también pasa a tener un lugar en relación con la enfermedad, un rol de *familiar de*. La estrategia que se realiza en el centro es la de trabajar con el funcionamiento familiar y habilitar nuevos roles, más móviles y no tan estereotipados:

Y ahí empiezan como a aflojarse, pero su organización y su estructura como grupo familiar es *ser familiar de* donde cada integrante de la familia no tiene la posibilidad de

⁴ Esto podría vincularse al trabajo realizado por Moscovich (1969) en su tesis: “El Psicoanálisis, su imagen y su público”. Estudió como la ciencia (en su caso el Psicoanálisis) opera en el sentido común y produce asociaciones que cambian las formas de concebir la realidad.

expresarse, de manifestarse porque “sos un familiar de una persona”. Entonces el Centro tiene a la persona que está enferma, que está enferma entre comillas, porque yo creo que la familia está enferma, en esta situación. Y lo que pasa generalmente es que cuando la familia empieza, nota que puede hablar, que puede sacar, que no la van a juzgar, que hay otros familiares con los que puede hablar en la multifamiliar... Empiezan a sentirse más liberados. (E9)

Es así que, se aprecia que cuando la familia llega al CPSP la principal estrategia es la hospitalidad (Derrida, Dufourmantelle & Segoviano, 2000) en el sentido que Derrida le otorga al encuentro con el otro, como acontecimiento, como disposición a dar lugar, a escuchar, a no juzgar, a informar, a orientar; que permite ir trazando procesos individuales, potenciados por la grupalidad, por el encuentro con el otro familiar, es ir haciendo un mapa (Deleuze, et al, 2004) de cada mundo familiar.

7.2.2. Dispositivos de Comunidad Terapéutica

El dispositivo de Comunidad Terapéutica (CT) está compuesto por dos grupos conformados en base a las características de poblaciones distintas: la Comunidad Terapéutica de la Tarde (CTT) y el Grupo Matinal (GM).

En la **CTT** la población se caracteriza por haber iniciado la sintomatología esquizofrénica en la adolescencia o en la adultez, generalmente, tienen estudios secundarios (finalizados o no) o en algunos casos terciarios, los técnicos la caracterizan como una población que no está en crisis y predominan por lo general los síntomas negativos de la enfermedad: abulia, apatía y aplanamiento afectivo. Se trabaja principalmente la sociabilidad, la convivencia y la adquisición de hábitos.

El **GM** está compuesto por una población que tiene patologías de inicio en la infancia y que presenta déficits significativos en su desarrollo. Eso implica que frecuentemente tienen un bajo nivel educativo o que asistieron a escuela especial, no todos presentan la adquisición de la lecto-escritura. En este grupo se trabaja mayoritariamente desde la afectividad y la expresión, también promoviendo la convivencia y la adquisición de hábitos.

Las actividades que realizan los usuarios en ambas CT son talleres como: teatro, artesanías, música, expresión plástica, cognitivo (donde retoman contenidos de la escuela) y pilates. Realizan asambleas y grupos terapéuticos. También se trabaja en cada espacio con un desayuno/merienda organizada por los usuarios: quienes compran los alimentos en el supermercado, preparan la merienda y la limpieza, de forma de adquirir habilidades para la vida cotidiana y la autonomía.

Los equipos están compuestos por: coordinadores que se encargan del seguimiento y acompañamiento del grupo, talleristas y pasantes (de la Facultad de Psicología UdelaR o externos). Mientras que Desde el punto de vista disciplinar los equipos están compuestos principalmente por psicólogos en diferentes roles (coordinadores, talleristas y pasantes) y por talleristas que no tienen formación terciaria.

En cuanto al requisito que maneja el centro sobre el compromiso familiar durante el proceso, se trabaja de la siguiente manera en la comunidad:

Un poco el requisito o al óptimo a que se apunta es a que haya apoyo familiar, sostén. Una familia o un grupo porque hay mucha gente que no tiene familia, se busca en los lugares donde viven, en los hogares siempre tiene que haber alguien que oficie de sostén. En general uno tiende a pensar que solo hace la familia porque es el prototipo que tenemos. Pero en general acá casi todos tienen familia excepto uno de los muchachos que viene que no tiene familia, que estuvo casado tiene hijos y vive en un refugio, pero en general todos tienen su familia con diferentes organizaciones. (E6)

En esta respuesta se observa un concepto de familia amplio, desde una abordaje comunitario y se busca fortalecer las redes de apoyo con las que el usuario cuenta. Este vínculo de cercanía y cotidianidad que habilita el trabajo en la comunidad terapéutica, es estratégico en la prevención de recaídas:

Primero y principal, hablamos con la persona. Al trabajar en esta modalidad, todos los días y estar en contacto todos los días, el vínculo es muy estrecho, es más fácil. Porque si vos ves que funciona de determinada manera y que se integra bien y es conversador y de repente ves que se integra distinto o que está más agresivo o más retraído o más expansivo, ahí ya chálás y le preguntás qué le pasa y si tiene algún problema... Si el proceso sigue, se habla con la persona y la familia siempre. (E6)

Se notan tres estrategias de abordaje familiar en los dispositivos de comunidad terapéutica: seguimiento del proceso del usuario con las familias, entrevistas individuales con las familias ante situaciones emergentes y grupal mediante las Multifamiliares. El equipo de coordinadores realiza el seguimiento individual de cada participante y tiene contacto telefónico cotidiano con la familia:

En el día a día con las familias tenemos contacto telefónico, yo como estoy acá siempre. La familias llaman y la administración las atiende y me pasan las llamadas a mí, me cuentan, me dicen me preguntan y ahí hay un contacto bastante fluido. Que es como natural y está sujeto mucho al estilo de cada familia porque hay familias que

llaman para preguntarte, para contarte y hay otras que llaman para desahogarse que necesitan de esa contención de ese alivio. (E6)

Otra estrategia de abordaje a la familia son las entrevistas individuales que se realizan en el seguimiento:

El contacto telefónico y las entrevistas individuales con la familia. Y ahí ves con cada familia las estrategias, tenés que esclarecer acerca de la enfermedad, acerca de las características del usuario, dar determinadas pautas de cómo hacer un abordaje familiar, también derivar a los padres para que ellos mismos formen parte de otros grupos para familiares. Es muy importante que puedan vincularse también y sostener... el tema del que cuida, es muy ansiógeno, muy angustiante y carga mucho. (E1)

En estas dos citas que preceden, se observan los efectos de la carga del cuidado en los familiares y la importancia del apoyo social formal (Cuesta-Benjumea, 2004) brindada por los técnicos del CPSP, donde el vínculo cotidiano que posibilita el dispositivo de CT facilita la comunicación con la familia oficiando también como espacio de orientación, información y contención.

La estrategia de abordaje grupal familiar del dispositivo de CT es mediante las Multifamiliares: cada grupo tiene una multifamiliar, como la del GM que es llevada a cabo por los coordinadores del grupo. En la Multifamiliar de la CTT también participan familiares de diversos programas del centro: egresados, CASF-D y la RED. Es coordinado por una técnica que no integra la CTT. Los técnicos observan diferencias en la participación de los familiares en cada Multifamiliar y lo asocian a las características de la población usuaria de cada grupo. Por ejemplo, en el GM:

Nos dimos cuenta que las familias, cuando vos tenés un niño chiquito con problemas, siempre querés creer que cuando crezca se va a curar, tenés esperanzas... y a veces las familias iban probando distintas cosas según sus recursos... e iban fracasando (para ellas) porque esperaban lo que ellas creían la cura o esos tratamientos milagrosos que uno espera para un hijo ¿no?. Entonces llegan con mucha carga de frustración y cuando la persona crece es como que la realidad los golpea, entonces la idea de este grupo era poder sostener a esas familias, que pudieran tener un vínculo más positivo con la institución, pero a la vez que pudieran apostar no ya a la cura, sino a una mejora de la calidad de vida de la persona y de ellos, se pudieran aflojar y desculpabilizar, sobre todo. (E9)

En el **GM** los familiares tienen una mayor participación y constancia; en la Multifamiliar de la **CTT** la participación es más fluctuante e inconstante. Los técnicos lo asocian a las características de la población adulta y a que se juntan varios programas en la reunión. Identifican como facilitador que los coordinadores de la Multifamiliar del GM también coordinan en la comunidad terapéutica, conociendo a los usuarios y familiares, siendo una referencia para ellos. Se profundizará sobre las Multifamiliares en el próximo apartado relativo a los diferentes dispositivos grupales de abordaje familiar.

7.2.3. Dispositivos de abordaje familiar grupal

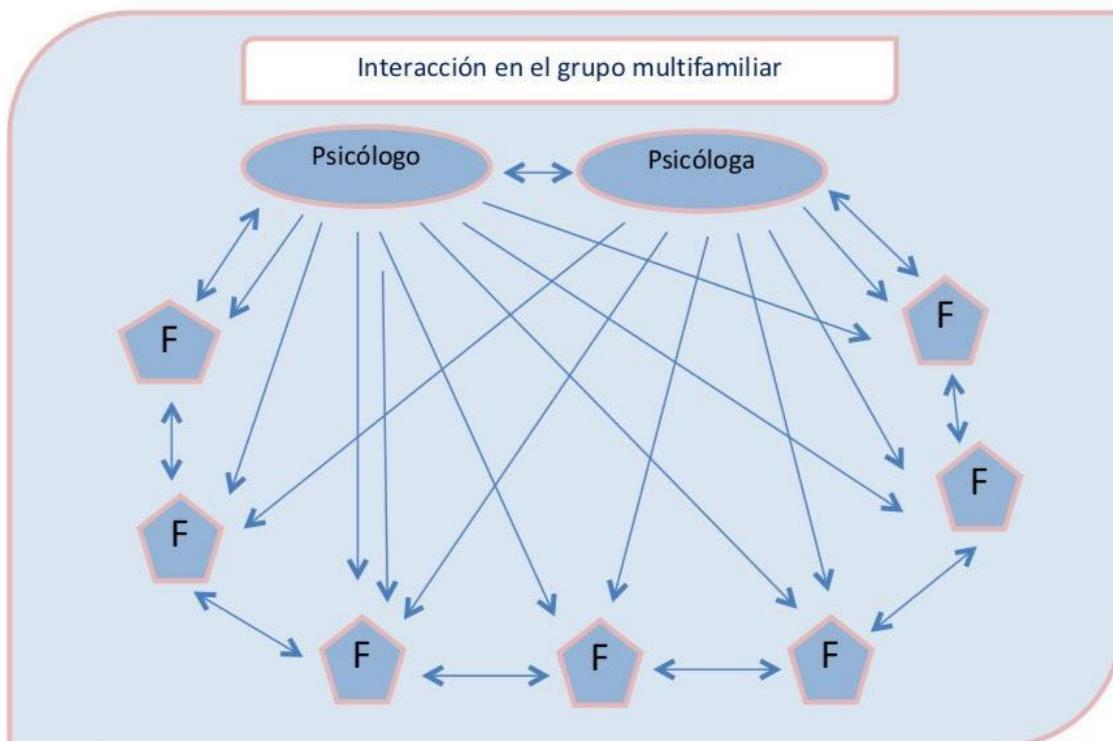
“Todo está ahí, latiendo.”
(Fernández, 1989, p.152)

Se realizaron observaciones participantes en dos dispositivos de abordaje familiar grupal: las dos Multifamiliares (de la CTT y GM) y en el grupo de Psicoeducación. Por otro lado, en las entrevistas realizadas se encontró un tercer grupo de abordaje familiar: la Asociación de familiares de Sur Palermo. Es una asociación de familiares del Centro en la cual no participan técnicos, por este motivo, al no coincidir con los objetivos de esta investigación, no se realizó observación participante en ese grupo, se toma a la Asociación de familiares de Sur Palermo como un dispositivo de abordaje grupal que cobra sentido en la dimensión institucional (Fernández, 1989).

En suma, en el CPSP se encuentran tres dispositivos de abordaje familiar grupal: las multifamiliares, el grupo de psicoeducación y la Asociación de familiares de Sur Palermo; los cuales se describen a continuación.

Las **Multifamiliares** surgen como estrategia de abordaje grupal a las familias a partir de las Comunidades Terapéuticas (CT). Se entrevistaron a todos los técnicos que coordinan las Multifamiliares y se realizó una observación participante en los dos grupos. Las multifamiliares son coordinadas por técnicos/as psicólogos/as, se observó que había una co-coordinación entre ellos, no se contradecían en las intervenciones e indicaciones y cada temática abordada se abría la posibilidad de participación al grupo, habilitando a quienes quieran a participar y a contar su experiencia. En la siguiente figura 1, se representa la interacción observada en las dos Multifamiliares:

Figura 1
Figura de interacción en los grupos Multifamiliares



(Fuente: elaboración propia).

En la figura 1 se observa la dinámica de trabajo en los grupos Multifamiliares: los técnicos co-coordinan entre ellos, hay un caldeamiento al inicio (se habla del clima, de las fiestas, de fin de año) y se van introduciendo los temas a medida que los familiares los proponen, habilitan la interacción entre ellos y también hacen señalamientos específicos para cada familiar, si es necesario. Se apreció que cuando hacen señalamientos individuales resguardan la confidencialidad del familiar, ya que los técnicos también manejan información procedente de entrevistas individuales.

Otro aspecto observado en la dinámica de los grupos es el uso del humor como recurso terapéutico para los familiares ante situaciones trágicas, dramáticas, locas, raras, incómodas se los invita a que cuentan sobre su vida, sobre lo cotidiano; el recurso del humor descomprime, sirve para alivianar la situación y sobrellevarla.

En las dos Multifamiliares observadas los/las participantes eran en su mayoría mujeres y el vínculo con los/as usuarios/as era: de madre, de padre, hermanas y, en un caso, de una referente que era la abogada con la tutela legal del usuario. Con relación a la participación en las Multifamiliares, una técnica agrega:

Pero creo que hay un poco de eso que pasa, se asume que son los padres los que tienen que participar, y bueno, en realidad, hay muchas esposas, principalmente hay esposas, esposos casi ninguno... hay muchos hijos, cuando es hijo e hija, hay más hijas que hijos... muchas hermanas. (E7)

Esto se relaciona con la variable de género en la participación y los cuidados de personas con padecimiento psíquico, punto que será desarrollado más adelante (apartado 8.2.7.).

Respecto a cómo coordinar el grupo, a medida que se fueron conformando las Multifamiliares la fundadora menciona sobre el desafío de evitar la catarsis de una sola persona y promover la grupalidad:

Al principio nos preocupaba mucho cómo evitar las catarsis que permanecían en el tiempo o porque una cosa es que alguien llegue “yo son la madre de” entonces te voy a cambiar “tu no sos la madre de, tu sos maría, fulana, que tenés un hijo entre otras cosas de tu vida, sacar eso. Y después sacar la parte catártica de “yo no sé cómo se me porta” es como que algo que te hace a ti, como hacer eso. Entonces en un tiempo quisimos crear un grupo de familias de ingreso y tampoco funcionó, había mucha catarsis y la gente que viene desde hace tiempo se aburre, “estábamos hablando de otras cosas y aparece esto” o algunos le dan consejos, pero las personas repiten, repiten... (E9)

Esa catarsis inicial que sucede cuando los familiares ingresan a la Multifamiliar es la que habilita a la construcción del espacio como lugar de pertenencia, de referencia, donde otros familiares que ya han hecho un proceso en el grupo lo pueden orientar y contar su experiencia. En este sentido, una técnica recuerda una situación sucedida en una Multifamiliar:

E7: Me acuerdo una vez que una madre le decía a otra “espero llegar a estar en tu estado algún día, ahora estoy desolada...”. Y creo que eso es muy bueno, siempre está bueno que vengan personas que ya llevan un cierto tiempo conviviendo con la enfermedad, creo que ayuda mucho a los que recién están entendiendo lo que está pasando.

E: Es distinto ese encuentro a cuando te informa un técnico...

E7: Ni hablar, no es lo mismo que un técnico te diga “este es el proyecto terapéutico, vamos a hacer esto y aquello...” a que un familiar te muestre y veas que la persona está tranquila, y te puede hablar de lo que le pasa a su familiar y de las cosas que se le hacen difícil pero desde otro lugar... Sí, con dolor, pero con mucha paz. Eso yo creo que ayuda mucho más, obviamente que es importante tener un técnico de referencia,

pero cuando vos ves a alguien que está en la misma situación que vos y la está llevando tranqui, eso te da cierto alivio. Por lo menos es mi percepción. (E7)

Los técnicos como estrategia buscan trabajar con los roles asumidos en el grupo familiar en relación con la persona con padecimiento psíquico:

Porque su identidad es ser familiar de una persona enferma y van a hacer todo para que eso se repita inconscientemente... o que ese lugar se mantenga, porque durante años fueron eso. (E9)

Se promueve que los familiares puedan tener otros roles en su vida además de ser *el familiar de*, que tengan actividades de esparcimiento y recreación, no solo de cuidados de otros. Observan que cuando comienza a haber cambios y movimientos en el funcionamiento familiar, se genera ansiedad y nuevos roles para los miembros:

Cuando la persona empieza a estar mejor, a veces la familia está con los miedos “que si vuelve, que si esto” y se desacomoda, entonces es ayudar a la familia para que genere una nueva organización integrando a todos los miembros como personas, con sus palabras, con sus emociones... y dar la posibilidad de un hermano que entra en crisis, que pueda estar mal, que pueda gritar. Y empiezan a hablar sus hermanos, empiezan a manifestar sus sentimientos, que antes no tenían espacio para eso. Y eso está muy bueno. Y donde también esa actitud conservadora la tiene el propio familiar enfermo, porque deja de ser el centro, entonces protesta... de distintas formas, ¿no? Entonces hay que trabajarlo con él que si no le están dando tanta importancia ahora es porque él está mejor. Porque no requiere de esos cuidados... eso es todo un proceso, todo un proceso. (E9)

Las temáticas trabajadas en las Multifamiliares fueron planteadas por los familiares y consistieron en: la vulneración de DDHH de usuarios que viven en casas de salud, donde tienen normas de convivencia rígidas y castigos que prohíben el acceso al CPSP, situaciones de estigma que viven con los usuarios en la circulación por espacios públicos, la sexualidad de los usuarios, no sentirse escuchados por los psiquiatras tratantes en los centros de salud, que los/las enfermeros/as les hablen mal en la sala de espera, el temor en las madres añosas sobre cómo podrán vivir sus hijos cuando ellas mueran, la ausencia de pasantías laborales para los usuarios.

En otro orden de análisis, se trabajará sobre la temática de la sexualidad y como fue abordada por los técnicos ante una situación planteada por una de las participantes de la multifamiliar, acerca de la preocupación por la vida sexual de la persona con padecimiento

psíquico. El interés en este análisis radica en el abordaje que hizo el equipo coordinador de la multifamiliar desde un enfoque de género.

Descripción de la situación planteada por la participante de la multifamiliar: se trata de la historia de un hombre que ha estado institucionalizado en una colonia psiquiátrica pública desde su juventud y en la adultez en casas de salud. La participante del grupo plantea la preocupación sobre cómo manejar el tema de la sexualidad con él. La siguiente es una cita del registro de observación participante en la multifamiliar:

Luego trató el tema de la sexualidad, como algo que le preocupa, porque él le dice que “quiere debutar” o que quiere tener una novia... Y ella lo llevó “a debutar” a un prostíbulo, pero él “no pudo tener relaciones sexuales”. Ahí los coordinadores le devolvieron “bueno, es por la medicación... esas cosas pasan”. Al resto de los familiares también les inquietó el tema de la sexualidad y les preocupó, fue muy movilizante, todos los familiares decían que este tema en algún momento lo han afrontado. (OP, Multifamiliar)

En primer lugar, el planteo de esta situación permite visibilizar un tema poco abordado en el campo de la SM y la atención a personas con padecimiento psíquico: la sexualidad. En la respuesta brindada por los técnicos ante esta temática se observa un abordaje de la sexualidad desde un punto de vista exclusivamente biológico, donde explican que si no pudo tener una erección es por efecto de la medicación, sin tomar las dimensiones afectivas, históricas y culturales que transversalizan a la sexualidad: “Como producción de múltiples sentidos y algunos sinsentidos: anudando y desanudando inscripciones deseantes, económicas, sociales, institucionales.” (Fernández, 1989, p. 153) Denota una concepción de la sexualidad falocéntrica, como única forma de relación sexual, se observa una naturalización de los mandatos hacia los hombres con la sexualidad: activa y como criterio de masculinidad. Dice Butler (2001) en este sentido: “La heterosexualidad obligatoria y el falogocentrismo se entienden como regímenes de poder/discurso que habitualmente contestan de maneras distintas a las grandes preguntas del discurso de género” (p.39)

Desde un enfoque de género, si se invierte la situación y la misma hubiese sido planteada sobre la sexualidad de una mujer con padecimiento psíquico, nos preguntamos: ¿se hubiera dado la misma respuesta? ¿Se tomaría con la misma naturalidad llevar a una mujer a un prostíbulo? “Dentro de un lenguaje completamente masculinista, falocéntrico, las mujeres conforman lo no representable. Es decir, las mujeres representan el sexo que no puede pensarse, una ausencia y una opacidad lingüísticas” (Butler, 2001, p.59).

En esta intervención se descontextualiza la historia de vida de la persona, las circunstancias por las cuales este hombre no ha podido vivir plenamente su sexualidad. Estuvo institucionalizado casi toda su vida, con un escaso contacto con mujeres, pocas instancias de intimidad personal, de un cuarto propio, de elegir cuándo salir a encontrarse con alguien. Los coordinadores respondieron ante esta situación diciendo:

Ellos no pueden... así como no pueden trabajar, no pueden tener pareja, ni vida sexual” (OP, multifamiliar).

Se observa en relación al tema de la sexualidad de las personas con padecimiento psíquico que el abordaje por parte de los técnicos tiene un predominio del Modelo Rehabilitador (Palacios, 2008), donde la persona con discapacidad se define por la minusvalía, por lo que no puede, justificado por un discurso médico-científico centrado en la enfermedad, donde la sexualidad está asociada meramente a lo biológico, es decir a la genitalidad, que no considera los factores sociales que obstaculizan el acceso a los derechos. Es pertinente preguntarse: ¿las personas con padecimiento psíquico no tienen derecho a vivir su sexualidad?, ¿no son capaces de tener una vida sexual?, ¿O el problema es que la sexualidad es un tema invisibilizado en el campo de la SM? En palabras de Fernández (1989) reflexionar sobre el tema de la sexualidad en el campo de la SM implica, :

(...) un juego de de-construcción/re-construcción que al poner en evidencia los silencios de enunciado, los objetos denegados, los impensables en su doble dimensión, teórica y profesional, haga posible pensar de otro modo los problemas recurrentes de la disciplina y cree condiciones para pensar lo hasta entonces impensable. (p.21)

En este sentido, desde el enfoque de DDHH, se encuentra como antecedente la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006) de las Naciones Unidas, ratificada por Uruguay en la ley n.º 18.418 “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” (2008). En el artículo 25, se garantiza el acceso a servicios de salud de las personas con discapacidad con perspectiva de género, incluyendo a la salud sexual y reproductiva. Como política de sensibilización, el Ministerio de Salud Pública (MSP) elaboró las Guías en Salud Sexual y Reproductiva (MSP, 2012) que dedican un capítulo al abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas con discapacidad. Allí se plantea que una de las principales barreras a el acceso de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad física o psíquica está en que se las considera asexuadas: “Sin embargo las personas con discapacidad son sexualmente activas. Hay la creencia

errónea de que debido a su situación de discapacidad, estas no pueden gozar de una sexualidad placentera ni de una vida sexual activa.” (MSP, 2012, p. 13)

En suma, en el abordaje de los técnicos a la temática de la sexualidad de las personas con padecimiento psíquico se observa la ausencia del enfoque de género y de DDHH, donde prevalece un Modelo Rehabilitador (Palacios, 2008) de las personas con discapacidad, donde el usuario tiene un rol pasivo en la situación y no tiene derecho a decidir sobre su propia vida. Esta situación demanda la necesidad de abordar las problemáticas planteadas en el campo de la SM desde la interdisciplinariedad y la capacitación en áreas como la sexualidad y el género, para poder dar respuestas integrales a las inquietudes y demandas de los usuarios y de los familiares. En palabras de Fernández (1989): “Esto implica, asimismo, la posibilidad de sostener la tensión entre las *especialidades disciplinarias* y los *saberes transversalizados*.” (p.27)

El grupo de **Psicoeducación** surge a partir del PIPSM (2011) en convenio con mutualistas, está destinado a familiares de personas con TMS que acceden al CPSP a través de ellas. Es coordinado por un psiquiatra y una psicóloga. Se realizaron tres instancias de observación participante en el Grupo de Psicoeducación, de las cuales se pueden inferir las siguientes estrategias de intervención grupal: entre los técnicos no se observa un trabajo de co-coordinación y hacen un abordaje multidisciplinar, es decir, se observa que cada uno interviene desde su saber hacer disciplinar. Esto es confirmado en las entrevistas:

Nos preguntaban cosas concretas, a veces de la medicación que era más dirigido hacia el psiquiatra. A veces más conductual, de la higiene, cómo hacer, qué estrategias utilizar, porque el tema de la higiene, a veces se ve afectado por esta enfermedad. Las conductas básicas del ser humano se ven afectados, la higiene, la alimentación, el sueño, entonces bueno, ta... toda la parte conductual trataba yo de intervenir y de poder dar como otra mirada más desde un lugar psicológico y conductual. (E4)

Se evidencia una separación disciplinar entre la mirada psicológica y psiquiátrica, y, por otro lado, también se observa una relación de saber-poder (Foucault, 1964) entre disciplinas:

Y también desde el psiquiatra, de su experiencia, de escucharlo, era bastante enriquecedor a la formación. En alguna oportunidad el psiquiatra se enfermaba y en dos o tres oportunidades, ponele me dejó a cargo del grupo; y también fue una experiencia que estuvo muy buena, que mí me daba un poco de miedo, porque claro: la palabra del psiquiatra y del médico es como la más esperada por los familiares y es

entendible porque es por lo que se manejan en general en esta patología. A lo primero a lo que recurren es al psiquiatra, pero él depositó mucha confianza en mí, me dejó a cargo muchas veces y surgieron otras cosas en esas instancias. Donde capaz los familiares hacían más catarsis de cómo se sentían ellos y no tanto de sus hijos. Entonces fueron instancias diferentes cuando estaban conmigo sola. (E4)

En la forma de coordinación grupal investida en la figura del psiquiatra, se observa un fenómeno similar al que Fernández (1989) denomina: *coordinador-oráculo*. En este estilo de coordinación, el coordinador es el único que detenta el saber de lo que le sucede al grupo. En el caso del grupo de psicoeducación el saber no es sobre los contenidos latentes del grupo, sino el saber específico de la psiquiatría sobre la enfermedad mental, como palabra que detenta un mayor conocimiento de ella. En las instancias observadas en el grupo de psicoeducación el encuentro se dividió en dos momentos: primero una instancia informativa impartida por el psiquiatra sobre diversos temas relacionados a la enfermedad mental, y un segundo momento, donde se promovía a que los familiares presentaran preguntas. En la tabla 6, se muestran los temas tratados en la parte informativa del grupo de psicoeducación:

Tabla 6

Tabla de observación participante. Registro de temáticas en grupo de psicoeducación mediante cuaderno de notas.

- Imaginario de la esquizofrenia y peligrosidad.
- Marihuana y esquizofrenia: discurso contra la legalización.
- Los “grupos de DDHH” alias “los derecho-humanistas”: Frases: “una falla de la ley es con las internaciones compulsivas, los grupos derecho-humanistas dicen que eso es una violación a los DDHH (...) cuál es la libertad, si no tiene libertad la persona por su enfermedad mental”.
- Diagnósticos, frases: “la familia sí tiene que saber el diagnóstico... para saber qué hacer y qué no”.
- La culpabilización de la familia: la hipótesis de la Escuela de Palo Alto, criticó el concepto de “madre esquizofrenógena”, lo planteó como caduco. Una de las familiares dijo “yo he escuchado eso hoy en día”. Esto muestra la popularización de estas teorías que terminan teniendo un efecto culpabilizante de la familia.
- Psicopatología: “contra los síntomas negativos no hay medicación”, “en los pacientes a veces hay agujeros: por la medicación, el electroshock”.

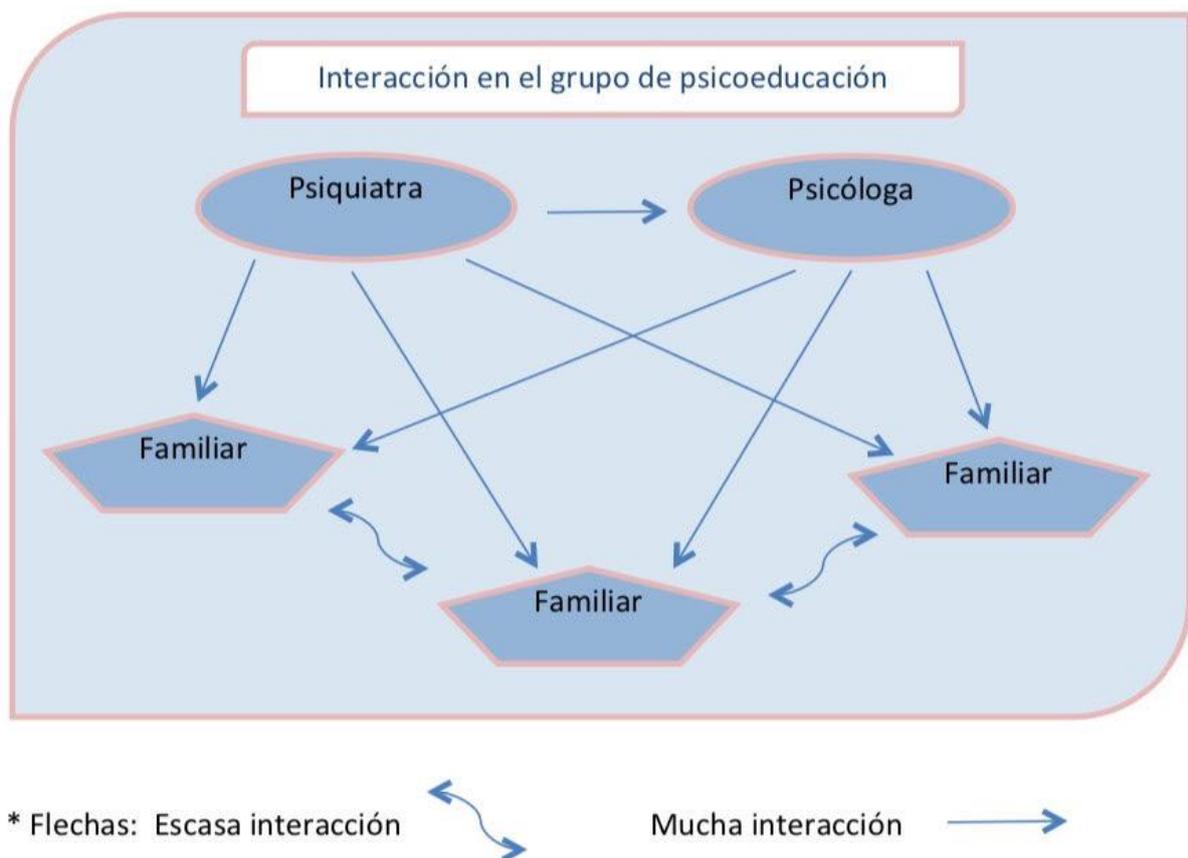
(Fuente: elaboración propia).

Es importante mencionar que estas temáticas fueron traídas por el psiquiatra, no surgieron a demanda de los familiares. Por ejemplo: se trató el tema del consumo de

marihuana como un problema, cuando los participantes presentes no plantearon tener familiares con un consumo problemático de sustancias. Por su parte, El tema de la ley de SM y la postura crítica sobre ella tampoco fué planteado por los familiares, incluso se podría inferir que el planteo de la misma se vincula con con mi presencia en el campo como investigadora. Luego de la parte informativa, se busca que las familiares participen, planteen dudas y problemáticas a trabajar. Una forma de incentivar la participación, es citando cosas que los familiares dijeron en entrevistas individuales. Sobre una mesa se encuentran las historias clínicas de los usuarios del CPSP y en ocasiones se leen fragmentos de las historias frente a todos los participantes. También se comparte con los familiares información de la historia clínica que tiene que ver con lo que se trabaja en psicoterapia individual con el usuario, no respetando la confidencialidad del encuadre psicoterapéutico. Según lo observado, se denomina como grupo pero sin embargo se trabaja de forma individual con cada participante, se habilita escasamente la interacción entre familiares. Por lo cual, en base a la observación participante se presenta la siguiente figura sobre la interacción en el Grupo de Psicoeducación:

Figura 2

Figura de interacción en el grupo de Psicoeducación



(Fuente: elaboración propia).

Respecto a los objetivos del grupo de psicoeducación en las entrevistas realizadas se observan que el abordaje en el Grupo de Psicoeducación es desde una mirada psicopatológica, que atiende principalmente a los síntomas y el trabajo sobre las conductas basales de los usuarios:

La psicoeducación es un elemento crucial, en el trabajo con la familia, para ver lo que pueden esperar y lo que no, porque sino se van a frustrar enormemente y va a ser todo mucho más terrible, para saber más lo que no hay que hacer que lo que hay que hacer, los familiares siempre preguntan: “¿que hay que hacer?” y en realidad hacer por hacer... sería vigilar la toma de la medicación, mirarla de reojo o hacer toda la fuerza que si no la quieren tomar que la tomen, y el no consumo de drogas. (E10)

En suma, se observan diferencias en las estrategias de abordaje grupal entre las Multifamiliares y el Grupo de Psicoeducación en: sus objetivos, en el rol de los/as coordinadores/as, en la interacción entre los familiares y en la construcción de las demandas de las temáticas trabajadas. Por un lado, las Multifamiliares tienen como objetivo funcionar como espacio de contención y encuentro entre familiares, donde se parte de la catarsis a la posibilidad de elaborar su situación en conjunto con técnicos y familiares. El Grupo de Psicoeducación, por otro lado, tiene una modalidad de coordinación que tiende a ser más directiva en el abordaje grupal, con mayor relevancia de la información y el asesoramiento a los familiares; por lo que la interacción entre ellos se realiza de forma más dirigida. El acceso a ese grupo se realiza mediante el convenio con mutualista, lo que implica que no necesariamente el centro atiende a la persona con padecimiento psíquico y, por otro lado, tiene un número limitado de consultas en el grupo, lo cual implica un abordaje focalizado y acotado en un límite de tiempo.

Y finalmente, se encuentra un tercer dispositivo grupal destinado a los familiares en el CPSP: la **Asociación de familiares de Sur Palermo**, que como se explicó anteriormente, en este grupo no se realizó observación participante. En las entrevistas se detectó la presencia de este grupo y es de interés analizarlo desde la dimensión institucional (Fernández, 1989). La asociación de familiares de Sur Palermo surge a demanda del equipo técnico del centro, con el objetivo de separar lo político de lo terapéutico en los grupos destinados a familiares:

Después hicimos el grupo de familias del CPSP, pero eso era más para lo reivindicativo, sino las reuniones se volvían una cosa reivindicativa, entonces fue

necesario separar lo reivindicativo por un lado y lo terapéutico del otro. Y la lucha por los derechos, que el familiar es fundamental en eso... pero también van pocos. (E9)

En las multifamiliares se reiteraban las reivindicaciones respecto a las necesidades existentes en el campo de la SM, por lo cual se hace necesario preguntarse por aquello que late-insiste (Fernández, 1989): ¿qué sentido tiene esta insistencia?, ¿por qué se reiteran las reivindicaciones?. Pudimos saber que estas reivindicaciones tienen que ver con la dimensión del contexto sociohistórico, porque en Uruguay persisten las instituciones asilares y manicomiales que en su intervención generan un malestar y sufrimiento institucional en el usuario y su familia, donde se viven situaciones de vulneración de derechos. Desde la dimensión institucional (Fernández, 1989) en el CPSP las reivindicaciones en el grupo multifamiliar se interpretan como obstáculo para el trabajo terapéutico. De este modo, se propone la formación de la Asociación de familiares de Sur Palermo como estrategia para separar las reivindicaciones políticas y sociales de las multifamiliares. Este dispositivo visibiliza cómo se aborda lo político desde la dimensión institucional de los grupos: ¿las dimensiones políticas se pueden separar de lo terapéutico?, ¿las reivindicaciones necesariamente implican un obstáculo para favorecer un proceso terapéutico? Fernández (1989) toma a la noción de grupo-isla para denominar a esta tendencia a recortar al grupo de su contexto social, político e histórico; que disocia a lo individual de lo colectivo. Postula, además, a la noción de *atravesamiento* como herramienta que potencia lo grupal:

En cada acontecimiento grupal operan todas las inscripciones transversalmente; obviamente, no todas se vuelven evidentes pero siempre están ahí, altamente eficaces, altamente productivas. La noción de *atravesamiento* se ofrece como una herramienta válida en el desdibujamiento de los grupos islas, como también para repensar lo singular y lo colectivo por fuera de la tradicional antinomia individuo-sociedad. (p. 159)

Cómo se construye la demanda de esta Asociación de familiares de Sur Palermo, es una dimensión a analizar desde lo institucional:

E: ¿Ese grupo surgió por iniciativa de los familiares o como propuesta de ustedes?

E9: Nuestra... porque existía el grupo de la Esperanza, existía el grupo del Vilardebó... entonces dijimos "acá tiene que haber un grupo" que pelee por el centro, que pelee para conseguir fondos para el centro, que pelee por la inclusión de su familiar a nivel político... y social y la sensibilización de la comunidad. (E9)

Si bien esta Asociación busca promover la participación de los familiares en las políticas públicas y el acceso al ejercicio de derechos para los usuarios, reproduce al mismo tiempo, el Modelo Rehabilitador (Palacios, 2008), ya que no surge por parte de los familiares y se los visualiza como los únicos capacitados para luchar por los derechos en el campo de la SM. Es clave preguntarnos en este sentido: ¿las personas con padecimiento psíquico no pueden participar en las políticas públicas y luchar por sus derechos? En este sentido, también se separa lo político del abordaje terapéutico a las personas con padecimiento psíquico, pero, en este caso, como un impensado, como sujetos imposibilitados de tener participación política. Respecto a la participación en salud, resulta imprescindible habilitar procesos de apropiación de sentido: “Colaborar en un proceso sentido como ajeno no es lo mismo que constituirse en sujeto activo de toma de decisiones en lo referente a los propios procesos de salud-enfermedad-cuidados.” (Bang & Stolkiner, 2013, p. 133)

En síntesis, los grupos están inscriptos en instituciones, el contexto histórico y social es inseparable de ellos; la cotidianidad de los familiares de personas con padecimiento psíquico severo es inseparable de lo político. “De alguna manera, cuando se invisibiliza la política de los grupos -sus propios juegos de poder- familiarizando, edipizando sus rebeliones y sumisiones, tras un aparente tecnicismo aséptico se ejerce una violencia: *la apropiación de sentido, que politiza, despolitizando su lectura.*” (Fernández, 1989, .p 68)

7.2.4. Dispositivos de abordaje familiar individual y psicoterapias

El dispositivo de abordaje familiar individual y psicoterapias, implica instancias de trabajo con las familias del usuario del CPSP de forma individual y prestaciones de SM mediante psicoterapias. Las entrevistas individuales con la familia se realizan en todos los programas del centro y se adaptan a las necesidades emergentes en el proceso de usuario en los diferentes espacios (CT, Residencias Asistidas, Egresados, CASF-D y grupos terapéuticos). Por otro lado, a partir del PIPSM en convenio con mutualistas, el CPSP brinda atención en psicoterapias a usuarios de SM. En los abordajes psicoterapéuticos se trabaja con las familias cuando es necesario en el proceso del usuario; se mantienen entrevistas con la familia y se informa al usuario sobre los objetivos buscados. Sobre las estrategias utilizadas en las psicoterapias en el trabajo con las familias, los técnicos brindaron las siguientes respuestas:

En el abordaje, como te decía, yo no establezco una estrategia preestablecida, tengo pacientes con los que tengo que trabajar mucho con la familia, porque son familias muy

complejas [...] Desde la clínica apelo a la confrontación, a mostrar de alguna manera estos aspectos del vínculo, sobre todo trabajar desde lo vincular. Después más que la palabra y poder mostrar consecuencias o comparar situaciones para que ellos puedan ver lo que uno está buscando que visualicen, no tengo otra estrategia. Hay momentos en los que uno se da cuenta que con determinados pacientes es esto lo que se puede, no se puede más y con las familias también. Por lo menos lograr determinados objetivos y seguir apuntalando para que la persona siga sosteniendo sus objetivos y lograr cierta autonomía en algunas cosas aunque sea, y lo demás... queda a lo que tan receptiva pueda ser la familia. (E5)

Se observa aquí, un abordaje centrado en lo vincular y en los aspectos del funcionamiento familiar que afectan al bienestar del usuario, utilizando como herramienta la confrontación. Otro técnico, agrega los desafíos que implican los cambios sufridos por la población que accede al CPSP en el trabajo en psicoterapias:

La población cambió mucho, las compañeras que hacen seguimiento psicológico (yo lo hice en su momento también) tienen que hacer una cosa muy abarcativa: familia... porque la situación es tan difícil... ya no es "la mente del usuario" sino el entorno que sostiene a esa mente. Y a veces el dispositivo tiende a olvidarse de eso. Porque cada usuario que llega es protagonista de una historia, una novela, en la que uno... de repente es el que provee a la familia con su pensión y son 5 viviendo de esa pensión de \$10.000. O la familia se desvive por ese usuario y capaz que estaría bueno que la familia hiciera sus cosas, sus actividades y que eso le haría bárbaro también al usuario. (E2)

En esta respuesta se observa el énfasis en el aspecto social, en la necesidad de contextualización del usuario y de su grupo familiar. Las intervenciones psicológicas no pueden ser dirigidas solamente a los aspectos del funcionamiento psicológico de la persona y al funcionamiento familiar, sino que estos debieran estar contextualizados socialmente para ser comprendidos. Ya que cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica lo que se puede ver como "funcionamiento del grupo familiar" podría darse en respuesta a un contexto de vulneración al acceso de derechos como la vivienda, el trabajo o la educación.

Otra técnica, plantea otra perspectiva de abordaje familiar y menciona diferentes estrategias de intervención:

A veces tenemos que poder llegar a algunos acuerdos porque la situación en la casa lo requiere y ahí citamos a los dos. Hay una situación de un usuario que vive con su pareja que también es usuaria de SM (no viene acá) y se ha ido a vivir el hijo de ella

hace poco con ellos. Y ahí vamos a hacer un abordaje familiar para poder explicarle al niño qué es lo que pasa, las situaciones que se han dado, a veces se han dado situaciones de violencia y en eso también... ¿Cómo actuamos?, ¿qué hacemos con eso?, ¿a quién nos dirigimos? Si es necesario alertar a la escuela, estamos en contacto con la escuela, nos pusimos en contacto con SIPIAV⁵, y bueno, ahí decidimos de qué forma ir abordando. Hemos ido hablando y ahí lo que se necesita es ir haciendo acuerdos: con el chiquilín, con la madre (que no está aceptando tratamiento) y con el padrastro (que es nuestro paciente), que hace lo que él puede. Entonces, si bien es una persona la que viene al centro, que es él en particular, nosotros no podemos desconocer la situación en la que está y hacer un abordaje familiar en ese sentido. (E7)

En esta respuesta, se observa un abordaje familiar desde una concepción Comunitaria Transformadora (Rodríguez, 2007), es decir se trabaja con la familia como contexto, no solo desde su funcionamiento y la dinámica vincular o para que cambie y genere bienestar en el usuario, sino para que haya una transformación en el contexto. Ante la vulneración de DDHH, como en este caso con el niño, se integró y articuló con las redes comunitarias necesarias para esa situación. El trabajo no se restringe a lo que sucede dentro del consultorio, sino que se articula con los recursos comunitarios necesarios. El cambio no es visto como *“del sujeto”* o *“de la familia”*, sino que es parte de un entramado social, y si se trabaja con ese entramado social, de forma que se fortalecen los procesos de transformación.

En síntesis, se identifican diferentes estrategias de abordaje familiar en el dispositivo de psicoterapias del CPSP que se pueden analizar desde la PSC a partir de dos concepciones planteadas por Rodríguez (2007): la concepción restrictiva del abordaje comunitario y la concepción transformadora de abordaje comunitario. En la primera respuesta, se observa un abordaje restrictivo comunitario, se trabaja con la familia desde la influencia que puede causar en el proceso terapéutico de la persona con padecimiento psíquico. En este sentido, se esperan cambios en la familia desde una mirada vincular, sin considerar y problematizar el contexto socio-histórico, político y económico. En la segunda y tercera respuesta se observa en cambio, un abordaje comunitario transformador, se trabaja con la familia considerando la mutua influencia ella y la persona con padecimiento psíquico. Los cambios son parte de un proceso complejo que implica la problematización del contexto en el que está inserta la persona, problematizando las dimensiones políticas, históricas, económicas y sociales e involucrando también el trabajo en conjunto con otras instituciones ante problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2008).

⁵ Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV).

Respecto al PIPSM, se observan algunos obstáculos en los requisitos que pone para las prestaciones en SM para el trabajo con la población usuaria del CPSP. La primera limitante son los tiempos que el PIPSM dispone a las psicoterapias, ya que como máximo pueden durar 3 años. También se han presentado dificultades ante la falta de constancia en las sesiones (que pueden ser frecuentes en la población que atiende el CPSP) y en situaciones donde hay internaciones, las cuales tienen una duración de un mes:

Con el tema de las órdenes, de que no las traen, faltan mucho, que eso interrumpe el proceso terapéutico, cuando ellos vienen por mutualista, la mutualista no te permite que tenga más de dos meses de atraso en las órdenes. Entonces este año, me pasó con esa paciente que estuvo internada un mes, y en ese tiempo ya venían los padres sin traer las órdenes, entonces estuvo en riesgo que ella pueda sostener la prestación.
(E5)

Ante estas limitaciones que encuentran los técnicos en el desarrollo de las prestaciones en SM, buscan estrategias que permitan flexibilizar los requisitos en el trabajo con la población que atiende el CPSP, a efectos de dar una mejor respuesta a sus necesidades.

7.2.5. Dispositivo CASF-D

El dispositivo CASF-D está destinado a personas con carencia de apoyo socio-familiar y deterioro, se trabaja con un grupo terapéutico y talleres con los usuarios. Con las familias se realiza seguimiento individual y abordaje grupal mediante las multifamiliares. El equipo está compuesto por una trabajadora social y una psicóloga. Como se dijo anteriormente, es un grupo que surge ante las demandas específicas que tiene esta población y se asocia a los cambios que generó el convenio con BPS. Las técnicas que trabajan en el dispositivo CASF-D caracterizan de la siguiente forma a la población y como explican la carencia de apoyo:

A veces son familias muy humildes, que están muy deterioradas o han muerto, no sé, que las familias se desentienden, no está presente a veces por razones físicas o porque la madre tiene alcoholismo... son familias que están con muchas problemáticas. (E7)

Esto da la perspectiva de que la población que asiste a este grupo cuenta tanto con escaso apoyo familiar como con una reducida red de apoyo social que podría deberse a diversos

factores: como la vulnerabilidad socio-económica, el fallecimiento o la enfermedad de cuidadores principales. La Trabajadora Social alega que cuando llegan a este grupo, se observa en los usuarios y en la familia en general, la falta de orientación e información respecto a las características de la enfermedad y cómo abordarla:

Pero sí, puede ser la falta de estímulos y el desconocimiento de la familia también, algunos están muy solos y eso hace que sea más difícil entablar un vínculo con el médico tratante, explicar qué está pasando, de poder ajustar la medicación, también la participación... (E12)

En este sentido, las profesionales entienden que la participación de los usuarios en el grupo terapéutico se ve afectada por el entorno y el apoyo con el que cuentan:

Quienes no faltan nunca son aquellos que tienen a las madres o a algún hermano mucho más presente. Pienso en voz alta... pero sí, los que tienen a la familia más presente son los que no faltan. Con los que ya viven en pensiones... ya es más dificultoso, más difícil de sostener, está todo mucho más desorganizado. De repente no hay quien acompañe al médico, te preguntas cómo es que toma la medicación, si la toman bien... capaz que no es la medicación sino la desorganización en cuanto a la toma. (E12)

También se observa en este grupo la tardía derivación a rehabilitación luego de detectada la enfermedad, así como el tránsito por diferentes instituciones donde los usuarios y familiares tienen experiencias de expulsión:

Y sí, hay algunos que llegan tarde, hay algunos que llegan acá después de los 40 años, principalmente al CASF-D, es cierto, y ahí la familia ya está como "bueno, lo mando ahí a ver que pasa...". Incluso a veces nos han dicho "nosotros estamos esperando que lo echen, como lo echaron de otros lados"... Y después cuando ven que eso no pasa, que pasan dos años y la persona sigue, viene y está estable, ahí hay más posibilidad de negociar algunas cosas con la familia. (PSI-T7)

Esto habla de la importancia de la disposición a la hospitalidad a la que hacen referencia Derrida, Dufourmantelle & Segoviano (2000), cuando el usuario y su familia llegan al centro, donde la contención y la flexibilidad ante las necesidades del usuario y su entorno es primordial para promover procesos de transformación. Agrega la psicóloga:

Después con el CASF-D es paradójico, porque es para personas con carencia de apoyo social y familiar y es uno en los que más tenemos reuniones familiares. (E7)

La estrategia es volver a hacer nexo con las familias, con la red de apoyo social informal con la que cuenta el usuario, como plantean Musitu, *et al* (2004) En este sentido, vale preguntar: ¿la carencia de apoyo familiar y social tiene que ver con los avatares institucionales que atraviesan los familiares en el acompañamiento a una persona con una enfermedad crónica? Ya que cuando llegan al CPSP y se brinda un espacio para lo familiar (López & Rodríguez, 2017) se favorece el mayor compromiso de las familias en el acompañamiento al usuario. En relación con esto reflexiona la psicóloga:

Yo me acuerdo que veía mucho esto en el Vilardebó, cuando veía una historia de las gordas, vos empezás a leer la historia y al principio iba todo el tiempo la familia: un hermano, los padres... Y ves que a lo largo de los años la familia se va desgastando y va dejando de aparecer, entonces después de cierto tiempo cuando ya se han dado muchas internaciones, muchas descompensaciones... la familia está, pero llega saturada, como hasta donde puede. (E7)

En el equipo técnico que trabaja en el CASF-D se observa una estrategia de trabajo en red, fortaleciendo el apoyo social formal e informal (Musitu, Herrero, Olaizola, Cantera, Montenegro, 2004):

Entonces lo que nosotros nos proponemos ante situaciones así es cuidar esos vínculos que a veces ya penden de un hilo... Tenemos un caso en el CASF-D de una hermana que estaba medio borrada y a partir de empezar a hablar con nosotros, empezó a estar más presente, pero al costo de un desgaste muy grande para ella, entonces empezó a regular eso... Que sepan que existen recursos y apoyos... En ese sentido con la trabajadora social lo que tratamos es de dar cierta tranquilidad en cuanto, a veces, informar de los recursos que existen, también de como viene el paciente, a veces ellos a lo que los ven mejorar, lo ven más integrado, incluso la familia se siente más motivada a venir y participar con nosotros. (E7)

Estas estrategias demuestran la importancia de incluir a la familia en el tratamiento, en la comunicación constante y en la necesidad de fortalecer los vínculos cercanos de los usuarios, subsanando al mismo tiempo, los procesos de desgaste institucional y falta de acompañamiento de los familiares de personas con padecimiento psíquico severo.

7.2.6. Dispositivo de Viviendas asistidas

El dispositivo de viviendas asistidas surge ante la necesidad de residencia de los usuarios del CPSP y consiste en el subsidio de tres casas donde los usuarios conviven, reparten las tareas y los gastos. Por parte del centro, se realiza un seguimiento del que participan técnicos psicólogos desde el rol de operador terapéutico y como coordinadores. Se trabaja de forma individual y grupal, tanto con los usuarios como con las familias. El seguimiento técnico tiene una mayor carga horaria al comienzo de la conformación de la casa y tiende a disminuir en la medida que los usuarios van adquiriendo mayor autonomía. Así describe el surgimiento de este dispositivo la fundadora del CPSP:

Empezamos con la primera, que es donde vivía un usuario, en su casa, con su hermano. Su hermano se iba a casar y se iba a vivir con su pareja y quedaba el apartamento que alquilaban. Entonces decidimos hacer una vivienda ahí. Vinieron dos usuarias más. Y después buscamos otra casa, un familiar compró una casa y la dio en comodato al CPSP por 5 años que se renueva. Ese fenómeno de las casas está bancado por los familiares, se hace un presupuesto de la casa, el alquiler, la comida y en seguimiento. (E9)

Las viviendas sistidas funcionan y se sustentan mediante una cuota mensual que aportan las familias, el CPSP administra los gastos y brinda el dinero de forma semanal a los residentes, quienes administraran sus gastos personales. Agrega la fundadora:

Que si lo pensás en un primer momento era impensable, vivían antes en casas de salud, que de salud no tienen nada donde tenían un nivel de dependencia terrible. Entonces ahora, se administran solos la medicación, hacen las compras, hacen la comida, hacen la limpieza, se encargan de todo. El coordinador hace una reunión semanal con los residentes, sin los técnicos y se hace una reunión semanal el coordinador con los técnicos. (E9)

Se busca que el funcionamiento cotidiano de las viviendas no tienda a la institucionalización: los usuarios pueden recibir visitas, salir, no hay controles de entrada ni salida. Una vez por semana se trabaja grupalmente para tratar los problemas de convivencia. Con las familias se trabaja de forma individual y grupal, los técnicos observan las siguientes inquietudes por parte de los familiares al comienzo del proceso de viviendas asistidas:

Una vez cada tanto se hace reunión con todos los familiares, porque también importa la familia, la dificultad inicial de la familia es el despegue y no sentirse culpable, porque “vos estás abandonando a tu hijo” y al contrario, no es una abandono, es el fortalecimiento, porque el día en que vos no estés, tu hijo va a poder vivir solo, ya pasó en dos de las personas que están viviendo en las residencias, están viviendo solos. Y ya adquirieron una forma de funcionar que les permite ser autónomos y tener una mejor relación con la familia, la familia se libera de ese lugar de cuidador y ya está más en el lado del vínculo afectivo del familiar. Entonces eso es algo a trabajar con la familia, que en general es una preocupación de los familiares: “¿qué va a pasar cuando nosotros no estemos?”. Pero les cuesta, o si no lo hacen como un depósito, se sacan de arriba un problema, eso tampoco queremos. Nosotros lo que queremos es trabajar con la familia para que reestablezcan un vínculo lo más normalizado posible. Y no esa distancia que después ni te hablás... que se liberen de la carga y puedan incluir a la persona de manera normalizada. (E9)

En este sentido, la coordinadora de una de las casas también observa dos tipos de reacciones de los familiares ante el dispositivo de viviendas asistidas: por un lado, cuando está la tendencia a la sobreprotección y por otro cuando la familia se desliga ante esta solución de la vivienda:

El trabajo con los familiares a veces no es fácil, no? Tenés muchas visiones también: hay familiares que son como más restrictivos con el usuario, tienen miedos y les cuesta más dejarlos que tomen la independencia, que apunten a generar autonomía, hay miedos de todo lo que pueda pasar. Y hay otros que no, pueden hacer un poco más, hay familiares que acceden tanto que se van borrando, su presencia en los lugares, y los ves una vez cada tanto cuando pasa algo... Pero también ha habido situaciones difíciles con familiares, de enfrentar situaciones de personas que les cuesta sostener la vivienda y de tener reuniones sistemáticas con familiares que no son fáciles.... En más de una ocasión, reuniones muy tensas también. También ha habido de las buenas, y siempre lo positivo es la evolución que van teniendo los usuarios y eso hace que también cambien los miedos de los familiares, y empiezan no solo a confiar en el equipo, sino a ver que los usuarios pueden gestar esa autonomía. También es un trabajo de hormiga, no solo con el usuario, sino con el familiar, al comienzo hay que trabajarlo mucho a la par, sino sin quererlo pueden terminar boicoteando los trabajos, la reinserción. (E3)

Más allá de las diferentes reacciones con las que se encuentran, los técnicos rescatan la importancia de trabajar con la familia en el dispositivo de viviendas asistidas: trabajar las primeras ansiedades, orientar en la adquisición de mayor autonomía por parte de los usuarios y que los familiares encuentren nuevos lugares para acompañar a la

persona con padecimiento psíquico, ya no desde la convivencia, sino desde el favorecimiento de procesos de mayor autonomía, donde la confianza y el trabajo conjunto con el equipo técnico son la base:

Siempre es importante trabajar con el familiar, porque también es el que te va a apoyar en las estrategias que vayas decidiendo con el usuario. Y si todos apuntamos para el mismo lado, va a ser mucho mejor el resultado. (E3)

7.2.7. Dispositivos de Red

Denomino *Dispositivos de Red* a otros escenarios que interactúan con el CPSP: hospitales psiquiátricos y el sistema de salud público y privado. Lo interesante de este dispositivo es observar los obstáculos y los facilitadores que encuentran los técnicos en el trabajo con estos escenarios: cómo interactúan con ellos, qué estrategias de trabajo utilizan y cómo perciben el abordaje familiar en estos escenarios.

Con respecto al trabajo con hospitales psiquiátricos tanto públicos como privados, se ven similares apreciaciones, así pues, se observa la ausencia de un abordaje familiar grupal:

Yo no he visto. Por ejemplo en el Vilardebó no he visto que existan... Existen experiencias muy puntuales... se hacen... existe un grupo de psicoeducación para bipolares y funciona 8 meses y después desapareció... Y así siempre... son como parches... (E12)

El trabajo con las familias en la internación en hospitales psiquiátricos es exclusivamente en la consulta con el psiquiatra o con el equipo de sala. Lo mismo sucede en clínicas públicas y privadas:

Eso está difícil... Ehh... No, no son muchos los casos en los cuales alguien venga y te cuente que habló con el psiquiatra (ya sea en la mutualista o en el hospital público), le explicó que pasaba, se sintió contenido y pudo hablar con el trabajador social, esos son muy poquitos los casos, realmente no es lo común, no hay. Eso también lo vi en el Vilardebó, es muy difícil que haya un abordaje a la familia, de hecho a mi me daba gracia porque los psiquiatras dicen "psicoeducación sobre tal cosa" y se habían reunido 15 minutos, le habían dicho "Necesita micronarcosis" y eso era todo... En eso creo que falta mucho trabajo en ese sentido. En las mutualistas y en los hospitales públicos. (E7)

Esto confirma que el abordaje es unidisciplinar por parte de la psiquiatría, puesto que la visión es médica y hay una ausencia de las miradas social y psicológica en el abordaje a las familias. La situación que menciona la entrevistada, lleva a preguntarnos si psicoeducación es simplemente impartir información o posibilitar la escucha, la contención y a partir de ahí construir proyectos terapéuticos posibles. También los técnicos encuentran obstáculos para comunicarse con los centros de internación:

Las clínicas privadas de internación me parece que son bastante similares al Vilardebó. De hecho me ha pasado de ir a ver pacientes a una clínica privada y de repente son un poco más limpios, pero después toda la dinámica es muy similar. Totalmente, es igual al Vilardebó... Yo no recuerdo de haber tenido alguna devolución de una clínica privada, que se haga una reunión familiar y haya una devolución... no se si no se hace, pero eso nunca me llegó. (E7)

Como estrategia, ante las dificultades para obtener información o instancias de trabajo en conjunto cuando un usuario es internado, algunos técnicos se acercan a los hospitales psiquiátricos:

En general pasa al revés, la persona es internada y cuando alguien nos avisa, nosotros vamos. También depende del trabajo del técnico, como hablábamos hace un rato, de cada programa, nosotros los visitamos.

E: ¿Pero depende de la impronta de cada técnico?

AP: Claro, nosotros hacemos abordajes en la internación siempre.

E: Pero claro ¿tampoco es que esté contemplado desde la rehabilitación?

AP: No, no. No hay, esa palabra que no me sale (risas). No hay este... como se dice...

E: ¿Protocolo?

AP: Protocolo. Eso. (E8)

Si bien no es una práctica que se realiza en la generalidad del centro, no está protocolizado, aunque hay equipos técnicos que tienden puentes de comunicación con los centros de internación.

Otro de los obstáculos que identifican los técnicos en el acercamiento de las familias a los Hospitales Psiquiátricos, tiene que ver con el imaginario social sobre el manicomio, la locura y el encierro, así como con la desinformación:

En el Vilardebó, también... bastante dificultoso. El apoyo familiar bastante dificultoso, generalmente era una línea muy delgada, poder correrse de ese rol en que la familia te

ponía “vos sos la responsable” - “los responsables son ustedes”. Pero era difícil que se acerquen al proceso de la internación, sobre todo comprender qué era lo que estaba pasando. Tanto en el hospital como afuera, también mucho miedo a lo que es el Vilardebó y a lo que es la clínica... Mucho miedo a eso que estaba pasando: “¿Qué tiene mi hermano?, ¿qué tiene mi hijo?”. El no querer acercarse creo que es por ese miedo que le genera y el desconocimiento también. (E12)

Otra técnica, observa dos tipos de reacciones de los familiares en cuanto a los Hospitales Psiquiátricos, por un lado, el temor ante la internación y por otro, la tendencia a considerar la internación como primer y única respuesta ante cualquier tipo de síntoma:

Ahí siempre hay algo que creo que es general que es un temor a la internación, por parte de los familiares. Está el lado opuesto también que es “hay que internarlo” por cualquier cosa, la persona se pone triste porque perdió un trabajo y le fué mal en algo, lo que sea, y ya esta tendencia a patologizar todo... y ahí se trabaja con los familiares que el usuario está atravesando una situación de estrés que es algo natural que nos pasa a todos y que no quiere decir que haya que internarlo en ese momento. Pero muchas veces hay recuerdos muy feos de las internaciones, las descompensaciones... (E7)

Esta tendencia observada por los técnicos de considerar a la internación como primer y única respuesta ante cualquier tipo de síntoma, es reflejo de como se brindan las respuestas a nivel del Sistema de Salud, donde la principal estrategia de intervención en el campo de la SM es la internación, prevaleciendo la carencia de recursos con estrategias de prevención. En el trabajo con las mutualistas se observa un panorama similar al de los Hospitales Psiquiátricos, hay una ausencia de un abordaje familiar grupal:

A veces escuchás que... por ejemplo en COSEM hicieron tal cosa, había un grupo para familiares, este... pero son cosas muy esporádicas... como que al sistema de salud no le interesa mucho, no le da mucha bola. (E11)

Otro obstáculo identificado por los técnicos en el Sistema de Salud está relacionado a las dificultades en el acceso a psicoterapias y consulta psicológica:

Por ejemplo, cuando uno hace una derivación de un paciente a psicoterapia con psicólogo en el SS, no hay. No hay. Y sin embargo fue planteado en el ámbito privado, a nivel nacional y ASSE no lo concreta. Es así... si uno deriva un paciente para que tenga consulta en psicología... va a sacar hora para dentro de 3 meses y hay pocos psicólogos ... (E12)

Estas dificultades que presenta el PIPSM en mutualistas y el PNSM en policlínicas de ASSE, es decir, la dificultad en el acceso a psicoterapia y la insuficiente cantidad de psicólogos, promueve que el abordaje continúe siendo unidisciplinar por parte de la psiquiatría.

Respecto a las experiencias que traen los familiares en relación a la atención en los centros de salud, los técnicos se encuentran con el predominio de la falta de escucha, de orientación y de contención:

Yo tengo más el discurso de la familia, si es por el discurso de la familia, no. Lo cual puede ser que realmente sea no, y por el otro es que lo que le hayan dicho no quieran escucharlo [...] Creo que no hay igual una predisposición a escuchar a la familia, a las familias que vienen acá (como ayer, ¿viste?). Dicen que no se sienten escuchadas, vienen y lo hablan acá, lo hacen en las individuales (unifamiliares) y en las multifamiliares... Mucha necesidad de poder hablar y de ser escuchadas. (E2)

Para los familiares, las dificultades que encuentran en el sistema de salud se manifiestan e insisten (Fernández, 1989) en los grupos terapéuticos y multifamiliares:

Es un tema súper reiterado en el grupo terapéutico y sí, desde la familia también. Como que hay mayor accesibilidad a algunos recursos, sobre todo en cuanto a la atención concreta de poder conseguir una hora, de poder conseguir los medicamentos, cosas súper básicas que no deberían ser un problema pero que en algún momento lo fueron. Pero después está en el debe todo lo que es una articulación real de los servicios. Las internaciones siguen teniendo cómo... Se han humanizado un poco, pero siguen teniendo un gran componente de encierro, de no tener en cuenta a la persona a sus intereses, sus vivencias. (E8)

En este sentido, uno de los técnicos propone a la escucha y el vínculo terapéutico como estrategia fundamental en el trabajo con las familias:

Uno tiene que escuchar a la familia y volverse aliado, pero no cómplice. A veces uno sostiene unas dinámicas familiares que no están buenas, pasa, con los usuarios. Pasa en las familias que por tener un chico con determinada patología se aíslan de sus entornos, tienen poco contacto. Entonces tienen poco contacto con el afuera, poca confrontación, de repente se vuelven familias que quedan encapsuladas en líneas de pensamiento único, es una cuestión de *feedback* y vos lo notás... Entonces a veces está bueno ampliar la mirada y generar otras... y a veces le cuesta a la familia, necesita estar, necesita que tenga aliados. (E2)

Otro de los obstáculos encontrados se vinculan con la escasez de centros de rehabilitación y de recursos que permitan una intervención temprana, oportuna y preventiva:

Después carencias muchas a nivel de lo preventivo, poca cosa; poca detección temprana, poco trabajo con los gurises jóvenes que hacen los primeros episodios para justamente revertir y que tengan una atención más integrada, humanizada, que las internaciones no sean más violencia de la que ya viven y eso se repite con los chicos también. Pensando en las internaciones de adolescentes que tienen que estar más articuladas con INAU⁶ y demás. (E2)

En síntesis, en el dispositivo de Red del CPSP se observa la interacción que tiene con otros escenarios como el sistema de salud (público y privado), con hospitales psiquiátricos y clínicas privadas de internación; si identificamos los obstáculos y las necesidades en la atención a los usuarios y sus familias, encontramos: escasez de dispositivos de abordaje familiar grupal, escasez de centros de rehabilitación, así como la ausencia de dispositivos que trabajen la prevención y la promoción en salud. Predomina la atención unidisciplinar psiquiátrica y la ausencia de escucha, de contención y de orientación a la familia. Y por último, dificultades en el acceso a psicoterapias, lo cual, tiene efectos en los usuarios y en los familiares en relación con la desinformación, con el desgaste por los obstáculos institucionales, y con no contar con espacios y con profesionales dispuestos a escucharlos.

Finalizada la descripción de los dispositivos de abordaje familiar en el CPSP, en los siguientes apartados (8.2.7 y 8.2.8) se pasará al análisis de las categorías emergentes en las entrevistas, que fueron traídas por los entrevistados o introducidas por la investigadora en la pauta de entrevista. Las dos categorías son: género y situación de abuso sexual. En la categoría género se incluyen las respuestas que dieron los técnicos sobre la participación mayoritaria de las madres como cuidadoras principales y a la interpretación que realizan de este dato. La categoría Situación de abuso sexual fue mencionada en 4 entrevistas y refiere, precisamente, a una situación de abuso sexual detectada en una usuaria, a partir de la cual se manifestaron diferentes perspectivas de abordaje entre los técnicos.

⁶ Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

7.2.8. ¿Familia o mujeres cuidadoras?

Respecto a la participación de los familiares en los dispositivos del CPSP, se les preguntó a todos los/as técnicos/as: ¿quiénes participan en los dispositivos del grupo familiar?, ¿quiénes cuidan y acompañan al usuario a lo largo del tratamiento? Las respuestas por unanimidad muestran que las principales cuidadoras de las personas con padecimiento psíquico son las mujeres, y dentro de este grupo, las madres. Este dato condice con los antecedentes de la investigación, tanto nacionales (Fassler, 2009) como internacionales (Chuaqui, 2006). Lo que resulta relevante para la presente investigación es conocer la explicación que encuentran los técnicos a este suceso: ¿a qué causas atribuyen que las mujeres sean las principales cuidadoras de las personas con padecimiento psíquico? A continuación, se observan las respuestas brindadas:

Tabla 7

Tabla de causas atribuidas por los técnicos a que las madres sean las principales cuidadoras de las personas con padecimiento psíquico.

¿Quiénes son los principales cuidadores de los usuarios del CPSP?	Explicación que encuentran a este suceso los/las técnicos/as.
1- Sí, sin dudas... Son las madres las que más participan, ahora hay presencia de algunos hombres más, pero... Es mínima, en comparación son las mujeres las que más. (E3)	1- Y bueno... Lamentablemente quizás tenga que ver con <u>el machismo</u> , no?... Y también en varios de los casos son madres solas, el padre no está, no está presente, no estuvo. Son madres que han criado a sus hijos solas, en varios casos... o en otros están separadas y fueron ellas las que se hicieron cargo... Hay una caso solo que es el padre y se hace cargo, que yo tenga más presente... no tengo números exactos. (E3)
2- Las madres. Siempre las madres. Padres muy pocos. Te diría en porcentaje un 5% de padres, después eran todas madres. (E4)	2- Muchas madres, muchas veces divorciadas por lo general. Y también eran las que convivían, estaban separadas y eran las que convivían con el paciente. Entonces estaban empapadas en eso y eran las que necesitaban la ayuda para el tema de la convivencia. Pero puede ser por eso, y puede ser también porque <u>el vínculo materno</u> siempre es otro, es la alianza, vienen a ser las sobreprotectoras, creo yo por lo menos que a veces son muy sobreprotectoras. Que, tenés un hijo enfermo, con una enfermedad crónica, es como inevitable no intentar protegerlo. (E4)
3- La madre, a veces, tengo pacientes que son los hermanos, pero se da en situaciones donde la madre es añosa y de alguna manera pasan a ocuparse. De alguna manera prima la madre. (E5)	3- Creo que pueden haber varias lecturas, puede ser que efectivamente el padre no esté y la madre es la que se tiene que encargar de alguna manera. Puede que tenga que ver con esto que hablábamos de que las madres están tan en esa <u>simbiosis</u> con el hijo que no permiten al tercero que entre, entonces anulan al padre y el padre queda en ese rol, de alguna manera encasillado en ese rol. Por otro lado también puede ser porque <u>naturalmente</u> en los primeros años de vida o los primeros meses de vida es la madre y el bebé, no? y ese vínculo que se reproduce ahí después queda fijado para siempre, entonces queda esa dupla, como por años reproduciéndose. (E5)
4- E: ¿La que están más presentes en general son las madres?" E8: Sí. Seguro.	4- Yo creo que hay una <u>cuestión cultural</u> , una cuestión de... es como la crianza y en la medida que se van presentando dificultades han quedado dependiendo de las personas mas cercanas que pueden ser ambos, pero después por una cuestión cultural predomina que sean las mamás las que se siguen haciendo cargo de la situación, de las dificultades, de los momentos de crisis. Pocas veces tenemos papás que se acercan, pero tenemos también.(E8)
5- Las madres, sin dudas. (E12)	5- Yo creo que tiene que ver con una <u>cuestión de género</u> , que sean las madres las que cuidan. (E12)

(Fuente: elaboración propia).

Como se observa en la primera columna de la tabla 7, la totalidad de los/las técnicos/as percibe desde su práctica profesional que las cuidadoras principales de los usuarios del CPSP son las madres. Y de no estar presentes las madres, se hacen cargo otras mujeres de la familia (hermanas, tías, primas). En la segunda columna, las explicaciones adjudicadas a este dato son diversas y se pueden englobar las respuestas en dos grupos: las que encuentran una explicación social y las que encuentran una explicación natural a este suceso. En el primer grupo, la explicación social se encuentra en tres respuestas: 1, 4 y 5. En el segundo grupo, que adjudica una explicación natural a este dato se encuentran las respuestas 2 y 3.

En el primer grupo (respuestas 1, 4 y 5) se encuentra una explicación social al dato sobre las madres como principales cuidadoras, solo en una respuesta se menciona al género como explicación de la repartición de las tareas de cuidado. La respuesta 1 refiere al machismo, lo cual se asocia a la idea de construcción social de las relaciones entre varones y mujeres con la consecuente distribución de tareas en el grupo familiar. Y por último, la respuesta 4 asocia a lo cultural que sean las mujeres las encargadas del cuidado.

En el segundo grupo, se observan las respuestas 2 y 3 asociadas a una atribución natural de la repartición de tareas en el cuidado, en base al vínculo materno como explicación a este suceso. En la respuesta 2 se hace énfasis en el vínculo materno y se construye una imagen idílica de cuidado y sobreprotección, como única forma posible que configura a la maternidad como institución (Rich, 1986). En la respuesta 3 se aprecia el énfasis en el vínculo materno y el vínculo primario con el bebé en los primeros años de vida, lo que constituye una explicación desde la teoría psicoanalítica, para la que la figura de la madre se representa desde un vínculo simbiótico con su hijo, una fusión indiferenciada que produce enfermedad, psicosis. La figura del padre se representa como tercero con función de corte a la simbiosis maternal (Muñoz, 2009) y se da por supuesto en esta respuesta que la ausencia del padre en los cuidados es por la inhabilitación del vínculo maternal. Parecería que se considera a la maternidad como deber natural y ahistórico de las mujeres (Lagarde, 2003). Pero se suma a esto, una psicopatologización del vínculo materno mediante la simbiosis, y al mismo tiempo, una invisibilización del rol y de la responsabilidad paternal. El padre queda en un lugar de ausencia o de pasividad, no se le adjudica la responsabilidad social del cuidado ni se le adjudica el causal de la enfermedad (como sí sucede con las madres). Esto lleva a reflexionar sobre la vigencia y reproducción de teorías psicoanalíticas de forma acrítica y ahistórica, con la ausencia de un abordaje que integre los factores culturales, sociales, políticos e históricos que llevan a que sean las mujeres las principales cuidadoras de personas con un padecimiento psíquico severo.

Se puede decir, que en la generalidad de las respuestas se observa la ausencia del enfoque de género en los abordajes familiares en el CPSP. Este enfoque, puede ser una

herramienta para tener una mirada integral de las problemáticas de las familias de las personas con padecimiento psíquico, en todo caso de quienes cuidan, lo cual está determinado por la maternidad como institución (Rich, 1986). Una estrategia de intervención en este sentido, puede ser planteada desde la corresponsabilidad de género en los cuidados, lo que involucra la promoción de la responsabilidad de género entre mujeres y varones de forma equitativa en las tareas de cuidado. (Fassler, 2009)

7.2.9. ¿Cómo intervenir cuando en la familia se vulneran los DDHH?

En este apartado se aborda un tema mencionado por los técnicos en diferentes entrevistas, que refiere a una situación de abuso sexual detectada en una usuaria. A partir de ello se manifestaron diferentes estrategias de intervención entre los técnicos. Con la subcategoría *situación de abuso sexual* se codificó cada momento en que esta situación fue aludida, un total de siete ocasiones.

Según los datos brindados por los entrevistados, en uno de los grupos un técnico detecta que una usuaria está viviendo una situación de abuso sexual por parte de su padre, con quien vive. La intervención ante esta situación fue llevada adelante por un técnico del equipo y se buscó en un principio el recurso en el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Ante las demoras en la respuesta, se consultó en la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) y por medio de una denuncia se agilizó la respuesta ante esta situación. Luego de realizada la intervención, la usuaria pasa a residir en un hogar de MIDES.

En lo expresado por los/las técnicos/as sobre cómo abordar esta situación de abuso sexual desde el CPSP, se observan dos estrategias de intervención distintas que se distribuyen en la siguiente tabla:

Tabla 8

Tabla de estrategias y dimensiones de la intervención ante una situación de abuso sexual en el CPSP

Dimensiones de la intervención	Estrategia de intervención 1	Estrategia de intervención 2
Rol institucional y Rol técnico	No le corresponde a la institución (E1) No corresponde al rol de coordinador de grupo (E1)	Si yo digo hay una situación de abuso a una gurisita, pero no hago nada... estoy en el horno, ese es un compromiso conmigo, no es con la institución. (E2)
Rol disciplinar	Algo que nos falta en el equipo del centro son Asistentes Sociales para abordar estas situaciones complejas (E5)	Entonces me parece que es nuestra responsabilidad conocer qué cosas hay, no solo esperar, "ta, se lo tiro a la asistente social y ella va a saber qué hacer". Nosotros tenemos que saber esas cosas. (E7)
Trabajo interinstitucional	El coordinador trabaja con el grupo, no está para coordinar con otras instituciones (E1)	Siempre, siempre estamos tratando de articular con otras instituciones. (E7)
Enfoque de DDHH	Ta, el tema es que hay cosas que si bien exceden nuestro rol, no tenemos más remedio que hacerlo para sostener a los usuarios. (E1)	Esta chiquita, vive en (XXX) al costado de la vía, en un terraplén... ya hay muchos derechos vulnerados. (E2)

(Fuente: elaboración propia).

En primer lugar, surge la discusión sobre el rol institucional en esta intervención. Cuando se dice que no le corresponde a la institución intervenir en estos casos: ¿se refiere a que el CPSP no trabaja específicamente con situaciones de abuso sexual? ¿A que la población con la que trabajan son personas con TMSP? ¿Se pueden recortar las problemáticas de cada persona y tener una institución para cada una de ellas? ¿O ese abordaje lo tiene que hacer el técnico, el equipo? Esta línea de pensamiento se observa en esta frase:

Y ahora la llevaron a un hogar, intervino la policía, no sé en qué anda eso y estuvimos charlando. Es un hogar general del MIDES, ahora el MIDES iba a abrir un hogar para gente con las dificultades de ella, no sé específicamente cuales... porque ella no solo tiene un retardo y un trastorno psiquiátrico, sino que tiene un presunto abuso... no se para cuáles de las problemáticas de la usuaria es el hogar. (E1)

Ante las problemáticas, ante las personas en sus diferentes dimensiones y avatares que transversalizan su vida: ¿alcanza con pensar en instituciones?, ¿con pensar en disciplinas?, ¿es lo prioritario?, ¿o lo importante es dar una respuesta, la mejor posible, buscar los recursos necesarios e informarse?, ¿es posible pensar en las diferentes patologías y problemáticas de las personas para abordarlas por separado?. El abordaje de las problemáticas sociales complejas, haciendo acuerdo con Carballada (2008) implica elaborar respuestas desde la interdisciplina e intersectorialidad:

Sin embargo, la complejidad de la cuestión social actual da cuenta de una serie de problemáticas y temas que se hacen inmediatamente transversales y sobrepasan la especificidad de cada institución, desde su comprensión y explicación hasta el sentido de la intervención. En otras palabras, las “problemáticas sociales complejas” también se caracterizan por su movilidad y permanente metamorfosis. (...) Estas cuestiones muestran la necesidad de pensar la intervención en escenarios complejos, atravesados por múltiples lógicas y con la preeminencia de una u otra desde planos muchas veces azarosos. (p. 4)

La construcción de respuestas a problemáticas sociales complejas (Carballada, 2008) necesitan de un abordaje comunitario y de la articulación en red: con instituciones, con referentes y organizaciones. Las estrategias pueden desarrollarse articuladamente en varios niveles: en la conformación y el sostenimiento de redes interinstitucionales y el fortalecimiento de redes comunitarias. Una técnica agrega al respecto:

Yo creo que algo de lo que los técnicos tenemos que poder empaparnos mucho, es de conocer bien los recursos que hay, hasta dónde llegan nuestras capacidades, conocer las normas, muchas veces hay situaciones con las que no se hizo nada porque no sé... El técnico que estaba en ese momento, en ese lugar, no sabía que capaz que podía derivar a esta persona al consultorio jurídico, por ejemplo. (E7)

Es importante que la intervención ante problemáticas sociales complejas (Carballada, 2008) no quede solamente a criterio del técnico que esté a cargo. Una estrategia en este sentido, puede ser la construcción de mapas de ruta y de protocolos de acción a nivel institucional; la diagramación desde el equipo de acuerdos y de estrategias comunes. En este sentido se encuentra en Uruguay como insumo el *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud* (MSP, 2018).

Si se analiza esta intervención desde el enfoque de DDHH en esta intervención, se observa en la estrategia de intervención 1 que se actúa para “sostener al usuario”. Aquí se ve una ausencia del enfoque de DDHH, ya que no se interviene para garantizar los DDHH del usuario. Mientras que en el segundo posicionamiento se puede ampliar la mirada al contexto donde está inserta la usuaria e identificar la vulneración de DDHH, en este sentido la protección de derechos es una estrategia fundamental y la intervención se orienta a la recuperación de capacidades y habilidades que se vieron obturadas por las circunstancias que generaron desigualdad, en acuerdo con Carballada (2008):

Desde esta perspectiva, el concepto de re-inscripción llevado a la intervención social implica la de-construcción de procesos de estigmatización desde un abordaje singular de padecimiento objetivo y subjetivo. Pero, básicamente, re-inscripción significa recuperar la condición socio-histórica del sujeto. De allí la intervención se enuncia como posible dispositivo de reconstrucción de subjetividades, entendiendo a la necesidad como producto de derechos sociales no cumplidos, considerando a la intervención como un medio y no un fin en sí misma, dado que contribuye a la integración de la sociedad desde una perspectiva inclusiva. (p.8)

Para abordar la complejidad de situaciones con las que se trabaja en el centro, surge también por parte de los técnicos del CPSP la necesidad de trabajar en territorio como posible estrategia a futuro:

Como el Hospital Vilardebó tenía en su momento trabajadoras sociales que iban a las casas (...) si vos tenés el trabajo en territorio ampliás la mirada. (E2)

Las estrategias pueden ser múltiples y pensadas en cada situación y en este sentido hacemos acuerdo con lo que plantea Carballada (2008): “Las “problemáticas sociales complejas”, expresan de diferentes formas esas cuestiones que, en definitiva, atraviesan todo el escenario de la intervención, generando nuevos guiones, papeles y tramas, donde lo que sobresale es lo novedoso del padecimiento, especialmente desde su heterogeneidad.” (p.3)

En suma, a partir de las estrategias de intervención 1 y 2 identificadas ante una situación de abuso sexual, resultan instrumentales las formulaciones de Rodríguez (2007) desde la PSC sobre los abordajes comunitarios quien define dos modalidades de intervención: desde la concepción restrictiva y la concepción transformadora de abordaje comunitario; estas dos concepciones del abordaje comunitario no deben ser tomadas como

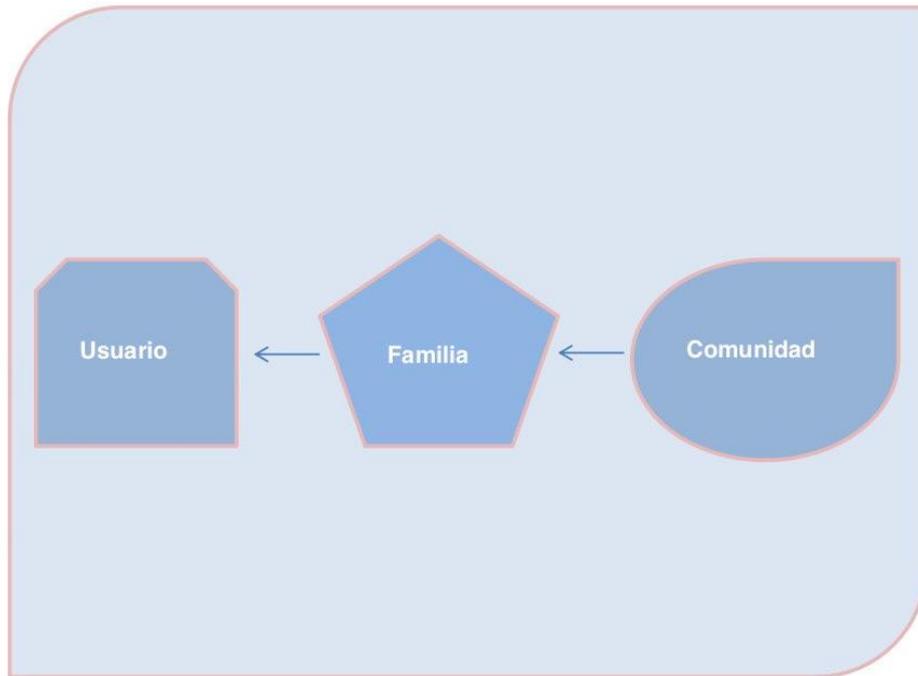
líneas puras y dicotómicas, sino como instrumentos para la reflexión acerca de la prácticas. Siguiendo a esta autora en la estrategia de intervención 1 (expuesta en la tabla 10) se observa una Concepción Restrictiva de abordaje Comunitario. Desde esta concepción, se enfatiza la intervención en el entorno inmediato para producir cambios en los sujetos. Así es como se trabaja con la familia, en el caso del CPSP para favorecer el bienestar de la persona con padecimiento psíquico severo. Pero sin embargo, la intervención se realiza prescindiendo de la problematización de las condiciones que generan desigualdad social, esto suele tener un efecto culpabilizante en la familia dado que es colocada como la única responsable de las problemáticas abordadas. En el caso del abordaje a la situación de abuso sexual, no se puede acudir al trabajo con la familia en primer instancia, porque es en el núcleo familiar y de convivencia que se están vulnerando los DDHH. Por lo cual, si bien consideran que trabajar con otras instituciones no está dentro de su rol, acuden a ellas para atender las demandas ante la problemática puntual, no hay intervenciones conjuntas con otras instituciones. En las intervenciones “el hincapié está puesto en el sujeto, reforzando la búsqueda de salidas individuales a problemas que son colectivos.” (Rodríguez, 2007). Se recorta al sujeto de su contexto y no se problematizan las dimensiones sociales, económicas y políticas que son parte de su sufrimiento. Por eso, ante estas problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2008) que necesitan de la intervención de otras instituciones, perciben que ese trabajo excede su rol.

Por otro lado, en la estrategia de intervención 2 predomina la concepción que Rodríguez (2007) denomina transformadora del abordaje comunitario. Desde esta perspectiva, la intervención incluye al entorno inmediato de los sujetos pero no solo por la influencia que tiene sobre estos, sino que el énfasis está en la mutua influencia entre el sujeto y el ambiente. Al mismo tiempo, se problematizan los factores sociales, económicos y políticos que generan la vulneración de DDHH. En este sentido el trabajo interinstitucional y en red, incluye la coordinación de recursos y existe una articulación con la intencionalidad de trazar proyectos comunes que involucren activamente a la población destinataria.

En las figuras 3 y 4 se ilustran las dos concepciones encontradas en el abordaje a las familiares en el CPSP:

Figura 3

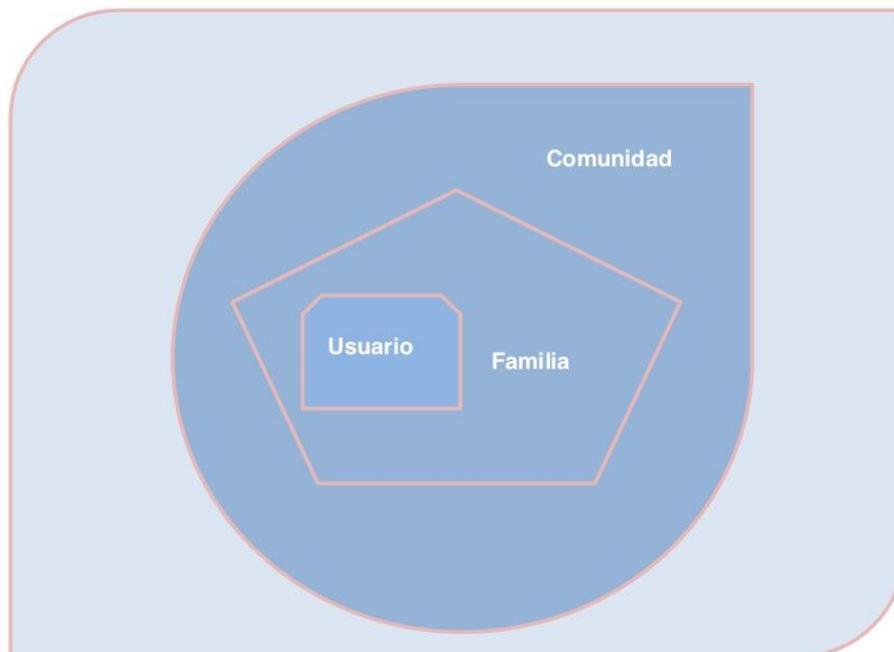
Figura de abordaje familiar desde una concepción Comunitaria Restrictiva.



(Fuente: elaboración propia).

Figura 4

Figura de abordaje familiar desde una concepción Comunitaria Transformadora.



(Fuente: elaboración propia).

Las figuras 3 y 4 resultan ilustrativas sobre cómo se abordan a las familias en el CPSP, desde las concepciones restrictiva y transformadora, es decir, cómo se aborda a las personas con padecimiento psíquico, sus familias y a la comunidad donde se encuentran.

Agrega Bang (2014) en este sentido:

En estos abordajes, resulta necesaria una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad. Estos padecimientos, portados por cuerpos singulares, presentan su correlato en la trama social, en tanto emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva, que exceden la posibilidad del abordaje puramente individual. (p. 111)

En síntesis, el abordaje a las problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2008) como se enuncia en esta situación de abuso sexual y las estrategias de intervención planteadas, demandan del trabajo en equipo y abordajes interdisciplinarios e interinstitucionales. Y sobre todo, de flexibilidad en la intervención, de espacios de reflexión y discusión entre los técnicos a nivel institucional; partiendo del reconocimiento de los múltiples determinantes y entrecruzamientos de las problemáticas en el campo de la SM, desde un abordaje comunitario transformador (Rodríguez, 2007) y con un enfoque de DDHH como estrategia fundamental.

7.3. Teorías y trayectorias formativas: ¿qué construyen en relación a la familia en el campo de la SM?

Contrariamente al grafismo, al dibujo o a la fotografía, contrariamente a los calcos, el rizoma está relacionado con un mapa que debe ser producido, construido, siempre desmontable, conectable, alterable, modificable, con múltiples entradas y salidas, con sus líneas de fuga. Lo que hay que volver a colocar sobre los mapas son los calcos, y no a la inversa.

(Deleuze, *et al*, 2004, p. 26).

En este apartado se abordan las experiencias de los técnicos en relación a las trayectorias formativas universitarias de grado y de posgrado en los abordajes familiares en el campo de la SM. En primer lugar, se analizan las trayectorias formativas de los técnicos según la disciplina en la que se han formado: psicología, trabajo social y psiquiatría; dado

que se observan diferencias en el acercamiento al campo en este sentido. En un segundo momento se trabaja sobre las teorías que utilizan los técnicos en los abordajes familiares en el campo de la SM.

Se busca conocer las experiencias y trayectorias formativas de los técnicos en el campo de la SM y los abordajes familiares, de modo de identificar desde dónde se piensan y fundamentan sus intervenciones, así como cuáles son los facilitadores y los obstáculos que encontraron en la formación para trabajar en este campo.

Se comienza con las trayectorias formativas de grado y se aprecian diferentes experiencias respecto a lo disciplinar en el acercamiento al abordaje familiar en el campo de las SM. Desde el trabajo social, la formación de grado en relación al campo de la SM es escasa, aunque se encuentran herramientas en cursos de formación y posgrado. La formación en el abordaje familiar resulta central en la formación de grado en trabajo social:

En la concepción del trabajo social nosotros entendemos que el trabajo con la familias, así sea un integrante, es importante, yo vengo del área de la sistémica... El trabajo con familias tiene que estar, como una de las redes significantes [...] Sobre todo el cómo trabajar con la familia como red. Tenemos un año entero de la formación que es trabajo con familia, grupal, familiar e individual. Pero a lo que más se le da pelota es a lo familiar. (E12)

Se advierte desde la disciplina de trabajo social el trabajo con las familias con el sentido de red como estrategia de intervención. Por otra parte, desde la psiquiatría, se percibe una preparación para el campo de la SM en la especialización en la residencia de psiquiatría. Se observa que esta es hospitalocéntrica principalmente, pues se realizan las prácticas en hospitales psiquiátricos y generales. Se manifiesta una diferencia generacional entre psiquiatras jóvenes y psiquiatras viejos, al tener los primeros mayores acercamientos al trabajo en rehabilitación. En relación al abordaje familiar, desde la formación en Medicina y posteriormente en Psiquiatría, se manifiesta que el trabajo con la familia es central:

En la medicina en general siempre está pensada la familia... Está el paciente y la familia, siempre el contacto con la familia. Es muy importante... Y la psiquiatría por tener ese objeto de estudio y tratamiento, más todavía. Entonces de repente, recae el peso de la psicoeducación en la consulta, no existe algo formal como grupos para familiares, que sería mucho más práctico... existe en los centros de rehabilitación, a nivel de salud pública y en otros lugares no hay, no existe. (...) Con la familia siempre se trabaja, la familia es fundamental, los datos de un tercero, de la persona que vive con el paciente, que conoce... La información que te aporta el paciente es la información de él; pero su entorno es vital, para conocer quién es, es vital. Sobre todo

por la falta de conciencia de enfermedad de los trastornos psicóticos, porque la persona que tiene un proceso psicótico precisamente tiene eso, la falta de conciencia de enfermedad. (E11)

Se divisa al abordaje familiar a nivel individual en la consulta en policlínica o en internación, pero las estrategias grupales con familias solo se encuentran a nivel de la rehabilitación. La estrategia de intervención se centra en la información: por un lado, la información sobre el usuario que aporta el familiar ante la ausencia de conciencia de enfermedad y por otro lado, la información que imparte el psiquiatra como psicoeducación. Desde la formación de grado en psicología, se observa predominantemente el acercamiento al campo de la SM de carácter hospitalocéntrico, en Hospitales Psiquiátricos mediante la asignatura de psicopatología:

Yo había ido al Musto en aquel momento y... El Musto me impactó muy mal, porque como yo trabajaba iba al Musto de tarde y vi gente atada, vi a los guardias siendo los verdaderos dueños de la situación... No había un médico, no había un psiquiatra, no había un psicólogo [...] Yo había ido a la cárcel de Santiago Vázquez por una situación de amigos del barrio, yendo a visitarlos y era lo mismo... Para mi era lo mismo... Yo en el Musto quedé impactado. Que yo lo conocía el Musto porque jugaba al fútbol en frente, era del barrio, los usuarios se escapaban y jugaban al fútbol con nosotros... Por la zona no tenía problema, sabía que mucha gente tenía resistencia con el Musto porque era lejos, por lo que implica esto de alejar la enfermedad. (E2)

En estas experiencias en la formación de grado en Psicología en el campo de la SM predomina el abordaje psicopatológico, en el que los técnicos recuerdan prácticas deshumanizadas:

Yo detestaba las prácticas del hospital, "Esto es la esquizofrenia" [...] había docentes, no las voy a nombrar... que yo las detestaba porque decían "esto es la psicosis" [...] frente al usuario. (E2)

Las pasantes psicólogas entrevistadas, que egresaron recientemente de la UCU y de la UdelaR presentan experiencias similares:

A mí no me gustó mucho, porque a nivel docente no me gustaba cómo manejaban la parte humana, cómo presentaban el Vilardebó y los pacientes. A mi me shockeó un poco ese lado, sentía que faltaba la parte humana. Era nuestro primer contacto... Se elegía un paciente del Vilardebó y el docente hacía una entrevista donde la persona

contaba la experiencia que vivía, veíamos el diagnóstico, las recaídas e internaciones, hacía cuánto estaba internado, etc. (E13)

Las pasantes manifiestan la presencia de cursos optativos relacionados al campo de la SM desde el enfoque de DDHH o de la rehabilitación, cursos que no son básicos y obligatorios. Esto deja de manifiesto que los acercamientos en la formación en psicología al campo de la SM desde otras miradas que no sean la manicomial y psicopatológica depende del interés personal del estudiante. Cabe preguntarse: ¿entonces, con qué imaginarios egresan los psicólogos a cerca del campo de la SM, sobre la locura, sobre la familia?

Acerca de los abordajes familiares los psicólogos sostienen que no han recibido formación suficiente en el grado, sino que encontraron herramientas para el trabajo con las familias en cursos y en posgrados. En relación a la familia en el campo de la SM se identifica que en la formación en Psicología, es estudiada desde un punto de vista psicopatológico, colocada en relación a la etiología de la enfermedad:

En la formación nuestra la familia quedó en un lugar como... que tenemos esa mirada de “la familia algo habrá hecho”; “que fue primero el huevo a la gallina”; “si la familia es así porque el usuario es así o el usuario es así por la familia”. (E2)

Todos los técnicos comparten la vivencia de que a partir de su experiencia en el CPSP han podido resignificar los encuentros con los usuarios de SM y sus familias:

Fue desde otro lugar totalmente diferente ya te digo... Era más desde lo cotidiano. (...) Era como otra cosa, era rehabilitación y lo otro no era rehabilitación era más como un diagnóstico me parecía a mí, por lo menos en tercero, cuando hacíamos la parte de psicopatología. Era más como diagnosticarlo, cómo diferenciar un síntoma del otro, o un tipo de esquizofrenia del otro, era como más desde ahí que nos enseñaban, a mí por lo menos me enseñaban. Acá veías un tema más de rehabilitación psico-social. (E4)

Si pasamos al segundo aspecto indagado en este apartado, veremos las teorías que utilizan los técnicos en el trabajo con las familias en el campo de la SM. Las respuestas en este sentido fueron brindadas desde la especialización de los profesionales, en la que se encuentra formación en psicoanálisis, psicología sistémica y cognitivoconductual. No se observa el trabajo con las familias desde una mirada psicopatológica o en relación con la etiología de la enfermedad como se muestra en el Capítulo 3 de esta tesis, allí se realiza una revisión de la producción científica vinculada a la familia en el campo de la Enfermedad Mental/Salud Mental.

En una de las entrevistas surge la noción de caja de herramientas “donde las teorías puedan pensarse desde lo múltiple y no desde lo uno.” (Fernández, 1989, p. 23) Las teorías son instrumentales en cuanto a las problemáticas a abordar, pues habilitan a pensar en situación (Fernández, 2007) las necesidades de los usuarios y de las familias:

Yo creo que desde acá, desde la rehabilitación me ha servido tener una mirada como integradora de distintos marcos teóricos, no he podido trabajar como desde una línea así: “pura”. Tengo formación psicoanalítica pero no desde una aplicación ortodoxa del psicoanálisis, pero sí me ha permitido pensar un montón de cosas, pero también he tenido que estudiar mucho desde lo vincular y he tratado de seguir profundizando por esa línea y también desde lo cognitivoconductual que pareciera a veces que quedara disociado, como en líneas distintas pero a mi me ha servido integrarlo en los abordajes. Sobre todo desde el abordaje grupal somos dos coordinadoras, mi compañera tiene una formación cognitivaconductual y yo una formación psicoanalítica y llevamos al grupo, sentimos que nos complementamos. (E8)

Es preciso retomar en este punto, la noción de *mapa* (Deleuze, et al, 2004) donde las teorías ofician como calco si se trasladan acríticamente, automáticamente, a las complejas problemáticas abordadas en el campo de la SM. Un movimiento rizomático en este sentido, implica poder construir y producir a partir de los mapas, es decir, que las diferentes teorías se puedan conectar, alterar y transformar en la medida en que el contexto histórico y los problemas abordados lo van demandando.

7.4. La disposición del trabajo de equipo y las condiciones de posibilidad de la interdisciplina en el CPSP

La disposición del trabajo de equipo y las condiciones de posibilidad (Parnet & Deleuze, 1998) de la interdisciplina transversalizan todo abordaje familiar que se proponga un centro que trabaja con problemáticas relacionadas al campo de la SM. Por ello, es preciso conocer cómo se piensa lo disciplinar, cómo se integran las diferentes miradas y abordajes, qué estrategias utilizan para el abordaje interdisciplinar y qué efectos tiene la mirada interdisciplinar en el abordaje a las familias en el campo de la SM.

Para el análisis del trabajo de equipo y las condiciones de posibilidad de la interdisciplina se tomaron en cuenta: la disposición del trabajo según disciplinas, la interacción entre los diferentes programas del CPSP, las reuniones de equipo y la toma de decisiones; así como los obstáculos que identifican los/las técnicos/as en las condiciones de posibilidad para el abordaje interdisciplinar en el campo de la SM.

El CPSP se autodenomina como Centro de Rehabilitación Psicosocial Integral para personas con trastornos mentales severos y persistentes, cuando se trata de la composición del equipo, lo definen como interdisciplinar. Frente a esta definición institucional se pueden ver diferentes experiencias y posicionamientos en los/as técnicos/as. En algunas entrevistas manifiestan que el trabajo es interdisciplinar por la existencia de diferentes disciplinas en el centro; entonces parecería que la existencia per se de diferentes disciplinas: ¿implica un abordaje interdisciplinar?.

El abordaje interdisciplinar supone una articulación de miradas disciplinares y articulación de estrategias, lo cual está determinado por cómo se dispone el trabajo entre disciplinas y no solamente por su coexistencia en un centro. En este sentido, en la siguiente entrevista se observa un abordaje multidisciplinar:

Yo no voy a hacer visitas a los familiares ni la psicóloga se mete a dar un consejo al psiquiatra tratante por la medicación, yo creo... Yo creo que zapatero a sus zapatos, con comunicación, que es lo interdisciplinario, pero el CPSP ha sido siempre muy interdisciplinario. (E10)

Desde este punto de vista, el entrevistado define la interdisciplina de forma que cada disciplina interviene separadamente, sobre lo específico que aborda y la forma de interacción entre ellas es la circulación de información. Si bien el entrevistado percibe esta dinámica como interdisciplinar, esta disposición del abordaje disciplinar es multidisciplinar.

Desde otro punto de vista, se encuentra una mirada más crítica sobre el abordaje interdisciplinar en el campo de la SM, donde se manifiesta la dificultad en la articulación, los puntos de desencuentro entre disciplinas y la ausencia de estrategias conjuntas:

El trabajo interdisciplinario está muy teorizado pero poco concretado. Nosotros acá adolecemos de este problema [...] Cuesta pila integrar las miradas. Están las disciplinas básicas y aún así no hay una verdadera articulación. Hay psiquiatra, hay trabajadora social, hay psicólogos; pero no hay ámbitos de trabajo, de estrategias a largo plazo combinadas, integradas realmente. Y me parece que es de alguna manera reflejo de lo que sucede en otros ámbitos también, nosotros coordinamos mucho... Puntualmente desde la coordinación de los grupos terapéuticos somos de estar en contacto con otras instituciones y nos encontramos un poco con lo mismo. (E8)

La reflexión sobre la ausencia de condiciones de posibilidad de un abordaje interdisciplinario en el campo de la SM implica pensar las relaciones de poder-saber (Foucault, 1964). Históricamente, las problemáticas relacionadas a la SM se han reducido a

la intervención en el hospital psiquiátrico y el saber-poder (Foucault, 1964) de la psiquiatría. Asimismo, el manicomio no surge como producto del conocimiento psiquiátrico sobre la enfermedad mental, pues, como afirman Galende & Kraut (2006):

La psiquiatría positivista del siglo XIX se encontró con la situación jurídica del encierro obligatorio del enfermo en estas instituciones asilares, pero no lo dice y menos lo denuncia; al contrario, el médico se hace cargo de esta situación y la legítima, cambia su rostro nítidamente ligado a los establecimientos de detención para recubrirlo con el prestigio naciente de la medicina. (p. 41)

El reconocimiento de que las problemáticas relacionadas al campo de la SM deben ser abordadas de forma integral e interdisciplinar para comprender su complejidad y dar respuestas oportunas, requiere de generar transformaciones en las relaciones de saber-poder (Foucault, 1964) de las disciplinas en el campo de la SM, donde históricamente las decisiones y el proyecto terapéutico quedan en manos exclusivas del psiquiatra. En este sentido, Stolkiner (1999) propone como estrategia para promover un abordaje interdisciplinario la renuncia a pensar que una sola disciplina es suficiente para dar respuesta a un problema:

Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente. En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud. Pone en juego la relación que cada sujeto establece con la disciplina. (p. 2)

En el caso de Uruguay, hasta el año 2017 rigió la normativa de ley 9.581 *Psicópatas* (1936), en la cual la asistencia a las personas con padecimiento psíquico se centró en el hospital psiquiátrico, quedaba a criterio del médico psiquiatra todo lo que respecta a la internación y tratamiento. En una de las entrevistas se manifiesta este aspecto y se da como presupuesto obvio e inalienable que el principal responsable es un médico psiquiatra:

E6: Este ejemplo, para darte la pauta de que si bien está la postura jerárquica de la responsabilidad del médico psiquiatra, está lo otro también...

E: ¿La responsabilidad en qué sentido?

E6: Viste que eso es algo que es muy nominal, porque siempre se habla, alguien tiene que haber responsable por parte del centro o eventualmente si pasa algo en general; si

pasa algo, las responsabilidades nosotros sabemos que son compartidas, que si vos ves a una persona que se está por descompensar y vos no hacés algo y no intervenís; no hablás con la familia y no hablás con la persona también, ahí está fallando tu rol. (...) La pregunta de qué implica la responsabilidad... es una buena pregunta... yo no... no sé bien qué implica... Lo he hablado con otros colegas que trabajan en otros lados y que también opinan lo mismo, de que el psiquiatra tratante es responsable ante nosotros (en otro centro, por ejemplo) de lo que le pase a la persona. Sí, claro, está bien eso. Pero todos somos responsables en alguna medida. Es como esa cosa medio defensiva de la medicina, vos vas al médico y te dice "Bueno, usted tiene un tumor y se va a morir". Me cubro y de paso te digo que te vas a morir y no es por culpa mía. Pero la responsabilidad me parece que es un poco eso, hacerse cargo de lo que se hace en determinada circunstancia. Que lo que se hace es con la persona y con la familia, en determinada situación. (E6)

En esta reflexión, se ve en un primer momento una naturalización de la tarea del médico psiquiatra como el principal responsable del tratamiento y de la atención en situaciones de crisis. Luego de la pregunta sobre la responsabilidad, el entrevistado logra deconstruir este presupuesto, y visibiliza que la responsabilidad es de todos los técnicos que trabajan en el campo de la SM. Un abordaje interdisciplinar implica que la responsabilidad es del equipo que interviene, trabajar con problemáticas sociales complejas supone la inclusión de diferentes miradas, en las que prime la búsqueda de la mejor respuesta a los problemas y no una única mirada disciplinar. Respecto a la toma de decisiones en el equipo, una técnica agrega:

Eso a la interna de esta institución pasa, como pasa en el afuera también y a veces ahí se generan fricciones sobre todo por el posicionamiento respecto a las decisiones sobre el armado de proyecto de vida de la persona en cuestión, el usuario que consulta. A veces es difícil que no... este... no pelearse con esa otra mirada más directiva, más de lo que deben hacer. Creo que eso es lo que más ha costado. (E8)

La unidisciplinariedad de la psiquiatría en la toma de decisiones afecta también el encuentro entre familiares, usuarios y profesionales:

E: En el vínculo entre profesionales, usuarios y familiares: ¿qué cosas tendrían que cambiar?

E12: ¡Los médicos! La jerarquía de los profesionales [risas] se me ocurre eso... Que haya una mayor participación en los procesos, en la toma de decisiones de las personas. También entiendo que es muy difícil. (E12)

En la codificación del material producido en el trabajo de campo con la categoría *Interdisciplina* surgieron como nuevas subcategorías: psiquiatras viejos y psiquiatras jóvenes. Se repitió la temática en once oportunidades y ello, refiere a las diferencias generacionales en la formación de los psiquiatras:

E12: Lo que pasa que ahí te encontrás con dos escuelas me parece... Por un lado están los médicos más jóvenes que tienen un abordaje mucho más integral y por otro... Los médicos que... que no sé si logran tomar el contexto de la persona. Me ha pasado muchas veces eso... que la enfermedad es la persona y no visualizan que esa persona está viviendo esto; y le pasó algo a nivel familiar o porque pasó algo a nivel laboral; o porque le pasó algo a otro nivel. Son más vulnerables al estrés, entonces desencadena cosas que en otra persona no desencadenaría. Y hay otros médicos que hacen un abordaje muchísimo más integral, que incluso son permeables y aceptan las miradas de otras profesiones. Porque a veces que el psicólogo, el trabajador social le mande una notita... mmm [hace un gesto; risas].

E: Él sabe más [risas]

E12: Claro, él sabe en una especificidad, y hay cosas que nosotros sabemos que él no sabe. (E12)

En esta parte de la entrevista se observan las estrategias que encuentran algunos técnicos para generar líneas de fuga (Parnet, Deleuze, 1998) al abordaje unidisciplinar por parte de la psiquiatría en el campo de la SM. Es importante integrar miradas y territorios (Parnet, Deleuze, 1998), donde ningún saber predomine sobre otro, sino que deben encontrarse y articularse para generar respuestas integrales a las problemáticas sociales complejas que involucran al campo de la SM.

En el caso de la disciplina de trabajo social, se aprecia en las entrevistas que ante situaciones complejas y de vulnerabilidad social (como se vio en el ejemplo de la situación de abuso sexual, apartado 8.2.7) se demanda su intervención específica. Al respecto agrega una técnica:

E7: Se piensa: "El trabajador social me va a saber decir qué hacer" (...) y es esto: una situación que "Ay, ¿qué hago?" y "Bueno, la mando a la trabajadora social".

E: También es como "me saco el problema, resuelvelo vos"

E7: Piden que la trabajadora social haga un informe [...] y ahí es responsabilidad nuestra saber qué cosas hay, no para no necesitar de la asistente social, pero sí para poder articular. (E7)

Esta demanda del trabajador social ante situaciones complejas que involucran la vulnerabilidad social, muestra un abordaje multidisciplinar donde las problemáticas se

subdividen en disciplinas. Esto significa que no se construye la demanda del trabajador social para pensar las problemáticas en conjunto, articular saberes y estrategias entre disciplinas.

Para finalizar, se analiza la disposición del trabajo en el CPSP según los roles ocupados por las diferentes disciplinas, así como la interacción que hay entre ellas. En la figura 5, se muestra la disposición del trabajo en el CPSP según las disciplinas, que se confeccionó a partir de las entrevistas realizadas. Allí se les preguntó a todos/as los/as técnicos/as cómo estaba compuesto el equipo que integraba, la interacción con otros programas del CPSP y las instancias de reunión de equipo.

Figura 5

Figura de organización del trabajo en el CPSP según disciplinas.



(Fuente: elaboración propia).

La figura 5 se analiza en relación con la disposición del trabajo, con los roles de cada disciplina y con la interacción entre ellas. En lo referente a la disposición del trabajo entre disciplinas, se observa que el único psiquiatra de la institución (que no es director) trabaja solo con el psiquiatra director: no trabaja con otras disciplinas y su rol es hacer entrevistas de ingreso (como se desarrolla en el apartado 8.2.1.), los psiquiatras del CPSP son quienes deciden el acceso de las personas. La única trabajadora social de la institución trabaja con psicólogas, observándose un abordaje interdisciplinar en estos equipos, en articulación de miradas y estrategias de intervención, resultando por momentos en abordajes transdisciplinarios (Stolkiner, 1999).

Por su parte, los/as psicólogas/as del CPSP cumplen diferentes roles: psicoterapia individual, coordinador/a de las comunidades terapéuticas, coordinador de grupo terapéutico, coordinador/a en multifamiliares y grupo de psicoeducación y como talleristas en la comunidad terapéutica (por ejemplo, talleres de música, literatura y estimulación cognitiva). En los psicólogos existe un rol de mayor cercanía y cotidianidad con la población usuaria del CPSP y una diversidad de roles que en algunos casos no tienen que ver específicamente con la formación disciplinar.

Se registraron dificultades durante el desarrollo del trabajo de campo que demuestran la dinámica de trabajo y la circulación de la información en el CPSP. Así se destaca la centralización de la información en el director del centro (quién brindó los números de contacto de los técnicos sin informarles previamente de la investigación) y la falta de comunicación entre diferentes programas (por ejemplo, al asistir a una observación participante en una multifamiliar, los técnicos a cargo no estaban informados de la investigación en curso).

En las entrevistas se manifiesta la ausencia de instancias conjuntas de trabajo en el centro, ya que en cada Programa realizan reuniones de equipo y, si bien hay espacios de supervisión con los directores del centro; se dificulta concretar reuniones de equipo en las que participen técnicos de diferentes programas y disciplinas, donde se pueda discutir y reflexionar sobre las estrategias de abordaje a las personas con padecimiento psíquico y de sus familias. Esta necesidad se manifiesta también en el apartado 8.2.8. en la cual, ante una situación de abuso sexual se perciben dos tipos de estrategias de intervención entre los técnicos. Por lo cual, resulta necesario generar instancias de encuentro y de reflexión entre ellos para discutir y producir acuerdos en el abordaje de situaciones complejas y que estas no queden solamente libradas al accionar individual de un técnico.

En suma, se observa el problema de la interdisciplina en el CPSP de forma indisociable del contexto sociohistórico de la SM; contexto como campo de fuerzas, como relaciones de saber-poder en tensión, en disputa, con movimientos de resistencia (Foucault, 1983) inevitables, en mutación y en transformación. La denominación institucional de su trabajo desde la interdisciplina no significa necesariamente que ésta acontezca, sino que el abordaje interdisciplinar necesita de un trabajo constante de reflexión y de discusión, de una disposición de la tarea y de las prácticas que habiliten al encuentro entre las diferentes miradas disciplinares. En este sentido, se identifica la coexistencia de abordajes multidisciplinares, interdisciplinares y transdisciplinares. Esto muestra la complejidad que involucra transformar prácticas y las relaciones de poder-saber disciplinares, ya que al decir de Stolkiner (1999) toda relación con una disciplina es pasional:

Podemos someternos a ella, refugiarnos en ella, o hacerla trabajar, desafiarla... creemos que hoy solo se puede desarrollar la ciencia (con minúscula) con una actitud irreverente ante la Ciencia (con mayúscula)... la irreverencia no es el rechazo a la negación, es simplemente el no reverenciar. (p.2)

Es necesaria la renuncia a un saber total disciplinar sobre los problemas que atañen al campo de la SM, resistir a las lógicas unidisciplinarias, promover instancias de encuentro, diálogo y debate como condición de posibilidad de un abordaje interdisciplinar hacia lo transdisciplinar.

7.5. Perspectivas en relación al enfoque de DDHH en el contexto de transformación de las políticas públicas en SM en Uruguay

Pero también, entre los dos polos, hay todo un dominio de negociación, de traducción, de transducción específicamente molecular, en el que unas veces las líneas molares están ya trabajadas por fisuras y hendiduras, otras las líneas de fuga, atraídas hacia agujeros negros, las conexiones de flujos, sustituidas ya por conjunciones limitativas, las emisiones de cuantos, convertidas en puntos centros. Y todo eso se produce al mismo tiempo.

(Deleuze, *et al*, 2004, p. 227)

En este último apartado, se trabaja sobre el enfoque de DDHH en los siguientes aspectos: cómo perciben los/las técnicos/as el enfoque de DDHH y qué perspectivas a futuro tienen en relación a los cambios que propone la ley de SM (2017).

Respecto al enfoque de DDHH se encuentran diferentes posicionamientos recuperándose de las respuestas que el enfoque de DDHH es un territorio (Parnet & Deleuze, 1998) de tensión y de disputa en el campo de la SM. Es parte del contexto histórico actual, donde el enfoque de DDHH se plantea como superación del modelo asilar en SM, lo cual genera resistencias y tuvo su correlato en la formulación de la ley de SM (2017). Por un lado, se encuentra el posicionamiento de técnicos/as que se resisten a integrar el enfoque de DDHH en el campo de la SM, por ejemplo:

Es todo un tema ese, porque una cosa es cómo lo ve quien está del lado asistencial (incluyo psicólogos que ven pacientes reales) y otra cosa es cómo lo ve la gente que

milita mucho en DDHH, pero no sabe de la enfermedad mental [...] Pero no saben nada de psiquiatría ¡no vieron nunca a un paciente!” [...] “El grupo de DDHH... hay gente que ha leído mucho a Foucault, Derrida, Deleuze, etc. etc. ¡Todo fenómeno! si lo lograrás entender un poco: Foucault es entendible y muchas de las cosas que ha criticado... algunas son enteramente ciertas. Pero ¿cuál es el problema de toda esta gente? que tiene esta ideología que en el fondo termina teniendo un trasfondo muy antipsiquiátrico... entonces habla desde su ideología, de la pérdida de libertad. (E10)

En esta respuesta se observa un abordaje unidisciplinar por parte de la psiquiatría, con la correlativa asimilación de la SM con enfermedad mental, un saber que se construye a partir de “ver pacientes”: los únicos calificados para abordar las problemáticas en SM son los psiquiatras y algunos psicólogos que “ven pacientes reales”. Se menciona a un “grupo de DDHH” que no existe, sí existen organizaciones de usuarios, de familiares y colectivos que trabajan desde un enfoque de DDHH. Se hegemoniza a un movimiento de participación que es amplio y diverso que se ha construido en los últimos 30 años (Baroni, 2016). Se hace una disociación entre militancia y práctica profesional, como si las prácticas profesionales no tuvieran una dimensión política. En esta dirección, se encuentra esta respuesta sobre enfoque de DDHH en el campo de la SM:

Pah, en realidad sí me parece bárbaro, pero ya te digo, cuando uno no tiene conciencia de enfermedad [...] A veces es como un poco contradictorio eso de los DDHH. Porque yo creo que se debería orientar a una buena calidad de vida y ta... entonces ahí... la autonomía, el poder de decisión está bastante dañado en esta patología, entonces siempre se precisa de un otro. Si es por ahí que va la parte de DDHH, el poder decidir y todo eso, yo creo que no, que no podría ser, pero ta... Eso es lo que te podría decir al respecto. (E4)

En esta respuesta se observa la influencia del Modelo Rehabilitador (Palacios, 2008) puesto que se hace un abordaje psicopatológico de la persona que padece y se considera la ausencia de conciencia de enfermedad con la pérdida de DDHH. En definitiva, no se trabaja con el usuario desde la toma de decisiones y la adquisición de autonomía ligada a la dignidad. En este sentido, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) resalta entre sus principios generales el respeto de la autonomía individual, la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas.

Por otra parte en otras respuestas, se asocia al enfoque de DDHH con situaciones en las que se los vulnera en internaciones en hospitales psiquiátricos:

Ahí todavía está más difícil... Nosotras hemos ido... Al menos dos veces hemos tenido

que hacer denuncias en DDHH (en la Institución) de situaciones en el Vilardebó que se dieron, pacientes que caen ahí, sobre todo judicializados y caen en el olvido... Parece que si un paciente es judicial no tiene derecho a renovar la pensión, es como una cosa... Entonces no puede tener la ayuda especial, entonces si ya salió pero no hay resolución del juez sobre la situación de la persona no tiene cómo seguir su tratamiento... Esos baches que están salados... Que sobre todo al nivel del Vilardebó se ven más porque es el lugar que más conocemos pero deben pasar en todos lados. Es redifícil. La parte de DDHH es la que más me preocupa, yo creo que no se respetan... Ojalá eso mejore, pero es lo más difícil también, más difícil también de controlar... Vos podés hacer una denuncia, el tema es lo que se haga después con eso, yo todavía no sé... Toman la denuncia: "Ay, qué horrible esta situación, bueno vamos a ver" y después no sabés si se hizo algo o no. (E7)

En otro nivel, se menciona al enfoque de DDHH en relación a la práctica profesional cotidiana, recalcando la importancia en los procesos de toma de decisiones:

Super necesario. Imprescindible. Y nosotros desde acá, eso creo que sí ha sido una cosa... Por lo menos desde que yo ingresé acá es algo que está contemplado, que intentamos todo el tiempo integrarlo, que las decisiones que se vayan tomando sobre la vida de los usuarios, sobre sus proyectos de vida sea con ellos, intercambiando, discutiendo si es necesario, peleando, proponiendo, como una cosa participativa directa, ese es el encare. Pero no siempre eso se acompaña desde las otras instancias, sobre todo la brecha grande que sabemos que existe entre la mirada a veces psicológica, la social y la psiquiátrica. (E8)

El enfoque de DDHH en el campo de la SM se plantea como pequeños actos de resistencia (Foucault, 1983) al Modelo Rehabilitador: trabajar desde el encuentro, promover la toma de decisiones hacia la autonomía del usuario, como protagonista y actor activo en su proyecto de vida. En este sentido, otro técnico relaciona al enfoque de DDHH y sus efectos en el vínculo entre técnicos, usuarios y familiares:

Creo que a nivel macro sí, tendría que haber una mayor escucha a la familia y principalmente hacia el usuario de los servicios de SM, pero ahí hay un tema que es lo disciplinar.... A nivel médico y nivel psicológico nos manejamos mucho desde esa imagen que tenemos con el médico (es una opinión personal) para muchos psicólogos los médicos son un especie de ideal y quieren ir hacia eso... Mayor participación de los procesos de rehabilitación tiene que haber, participación de las personas. (E6)

Se plantea en este sentido, la relación de poder-saber (Foucault, 1964) de la Psiquiatría en

el campo de la SM como obstáculo para desarrollar un enfoque de DDHH, es decir, como visión única que tiene más importancia que predomina frente a otras disciplinas, así como sobre los saberes de los usuarios y de los familiares. Y, por último, se encuentra una respuesta que vincula al enfoque de DDHH con la ley de SM (2017):

[Risas];Que pregunta! [Risas] Yo creo que podemos tener mil discrepancias con la ley, pero es un instrumento. Me parece que es mejor que nada, que hay que modificar cosas, hay que modificar muchas cosas. Pero tampoco pensar que no se hace nada en relación a eso. No sé qué te puedo decir... Estamos a años luz a nivel de las políticas públicas, pero desde diferentes lugares, de los centros de rehabilitación, ahí hay otra mirada, no es solo la política pública, la falta de recursos económicos para implementar... Igual, el enfoque de DDHH es mucho más que eso. (E12)

Aquí se toma al enfoque de DDHH en dos dimensiones distintas: por un lado, la ley de SM como instrumento, como avance en la garantía de derechos el campo de la SM; y por otro lado la concepción del enfoque de DDHH es considerada como abordaje en las prácticas cotidianas.

Respecto a la ley de SM (2017) se encontraron diferentes niveles de información e involucramiento por parte de los técnicos: no se ha trabajado a nivel institucional en el CPSP, sino que el conocimiento sobre la nueva ley depende del interés del técnico. Se encuentran respuestas que van desde el desconocimiento, la información sin participación en las políticas públicas y la información con participación en las políticas públicas, como se muestra en la tabla 9:

Tabla 9

Tabla de formas de involucramiento de los técnicos en relación a la ley de SM (2017).

Formas de involucramiento de los técnicos con la ley de SM (2017)	Técnicos
Sin información - sin participación	5
Información - sin participación	7
Información - con participación	2

(Fuente: elaboración propia).

Es llamativa la cantidad de técnicos que desconocen la ley de SM y los cambios que implica. En este número están incluidas las dos pasantes, lo cual da la pauta de que a nivel de la formación no se trabajó sobre los cambios que involucra dicha ley. Este dato necesita ser cuestionado: ¿Cómo se inscribe una práctica profesional que desconoce las normativas

vigentes con los procesos sociales y de transformación que estas involucran? Este desconocimiento implica una práctica descontextualizada del devenir histórico y acrítica con las instituciones asilares y manicomiales, una práctica alejada de las experiencias de participación de los usuarios de salud mental y los familiares en las políticas públicas que fueron parte de la discusión de la ley. Asimismo, se encuentra un segundo grupo de técnicos que conocen la ley aunque no participan en la definición de políticas públicas; así como un tercer grupo que participa en Comisiones programáticas de la ley de Salud Mental (2017).

En suma, se encuentran diferentes formas de participación y de involucramiento en el proceso de discusión, elaboración e implementación de la ley de Salud Mental (2017), los cuales dependen del interés personal de cada técnico, ya que a nivel institucional no se ha informado o trabajado sobre ello. Sobre el enfoque de DDHH también se hallan diferentes posicionamientos, mostrando la complejidad y multiplicidad de perspectivas coexistentes en el campo de la SM, donde el enfoque de DDHH implica una transformación de las relaciones de saber-poder entre disciplinas, técnicos, usuarios de SM y sus familiares.

CAPÍTULO 8. Conclusiones y consideraciones finales

En esta tesis constataron las estrategias y dispositivos que utilizan los/as técnicos/as en los abordajes con las familias de personas con padecimiento psíquico en el CPSP. A partir de la experiencia de los técnicos en los diferentes programas del centro se construyeron los dispositivos de abordaje familiar, describiendo y analizando en cada uno de ellos las estrategias, obstáculos y facilitadores; trazando líneas de visibilidad e invisibilidad.

Son siete los dispositivos que se construyeron tomando como eje el trabajo con las familias en el CPSP son: el dispositivo de “puerta de entrada”, de Comunidad Terapéutica, de abordaje familiar grupal, de abordaje individual y psicoterapias, CASF-D, Viviendas asistidas y de Red.

Los familiares y usuarios ingresan al centro a través del dispositivo que denomino de “puerta de entrada” por derivación del psiquiatra tratante o de “boca a boca”. En el proceso de ingreso y derivación a las diferentes modalidades, el abordaje es unidisciplinar, donde se reafirma la predominancia de un modelo psiquiátrico. Las familias ingresantes acuden al centro con una escasa red de apoyo informal, tal como analizamos desde el planteo de Musitu, Herrero, Olaizola, Cantera, Montenegro (2004), también con un sentimiento de culpabilización respecto a la etiología de la enfermedad. Frente a esto, el equipo del centro utiliza dos estrategias fundamentales, que son la exculpación en el sentido trabajado por Read, Mosher, Bent, et al (2006); y la hospitalidad entendida como disposición a dar lugar, escuchar, no juzgar, informar y orientar. Esto tiene relación con las teorías utilizadas para el trabajo con las familias en el CPSP donde no son abordadas desde las hipótesis sobre la etiología de la enfermedad; en este sentido, se encontraron diversas corrientes en la formación de los/as técnicos/as: psicoanálisis, psicología sistémica y cognitivo-conductual. Emerge en el análisis la noción de caja de herramientas como la define Fernández (1989) donde las teorías son instrumentales en relación a las problemáticas a abordar y habilitan a pensar en situación las necesidades de los usuarios y familiares.

Respecto a los facilitadores en los abordajes familiares el dispositivo de CT posibilita el vínculo cotidiano con el usuario y facilita la comunicación con las familias, oficiando también como espacio de orientación, información y contención; fortaleciendo el apoyo social formal que alivia los efectos de la carga del cuidado.

En este sentido, el dispositivo de viviendas asistidas resulta un importante precedente en Uruguay, como experiencia que permite favorecer procesos de desinstitucionalización de personas con padecimiento psíquico en la búsqueda de la autonomía. Se muestra la importancia de trabajar con la familia como facilitador para elaborar las primeras ansiedades, orientar en la adquisición de mayor autonomía por parte de los usuarios y que los familiares encuentren nuevos lugares para acompañar a la

persona con padecimiento psíquico, ya no desde la convivencia, sino desde el favorecimiento de procesos de mayor autonomía, donde la confianza y el trabajo conjunto con el equipo técnico son la base.

Por otro lado, en el dispositivo CASF-D se integra por familias que presentan en su historia experiencias de exclusión y desgaste institucional en el acompañamiento a las personas con padecimiento psíquico. Resulta estratégico para el equipo volver a hacer nexo con las familias, con la red de apoyo social informal con la que cuenta el usuario; se habilita un espacio para lo familiar de forma de favorecer el compromiso en el acompañamiento al usuario.

Los principales obstáculos mencionados por los entrevistados como registradas en las observaciones participantes se encuentran en el “Dispositivo de Red”, se resumen en: la escasez de dispositivos de abordaje familiar grupal a nivel de la salud pública y privada, así como de centros de rehabilitación y de dispositivos que trabajen desde la prevención y promoción en Salud. Predomina la atención unidisciplinar psiquiátrica y la ausencia de escucha, contención y orientación a la familia. Y por último, se mencionan las dificultades en el acceso a psicoterapias en el marco del PIPSM.

En cuanto a las estrategias de abordaje grupal con las familias, en el dispositivo grupal se describen 3 modalidades diferentes: las multifamiliares, el grupo de psicoeducación y la Asociación de familiares de Sur Palermo. Se encuentran diferencias sustanciales en estos grupos en cuanto a: sus objetivos, el rol de los/as coordinadores/as, la interacción entre los familiares y la construcción de la demanda de las temáticas trabajadas. Se discute también la noción de grupo isla planteada por Fernández (1989), sus implicaciones desde la dimensión institucional y la concepción de participación de los familiares desde el Modelo Rehabilitador (Palacios, 2008), visualizándolos como los únicos capacitados para luchar por los derechos de las personas con padecimiento psíquico en el campo de la Salud Mental.

Se hallaron dos concepciones que coexisten en el abordaje a las familias desde la perspectiva comunitaria planteada por Rodríguez (2007): restrictiva y transformadora, identificadas en el dispositivo de abordaje familiar individual y psicoterapias del CPSP y en el análisis de la categoría “situación de abuso sexual”. La coexistencia de estas dos concepciones tiene como trasfondo la tensión entre dos perspectivas de la SM: por un lado, la concepción de la SM como el campo de disciplinas del que se ocupan los especialistas de la mente y la enfermedad mental (De Lellis, Di Nella, 2008) y por otro lado, la concepción de la SM como campo complejo bio-psico-social, determinado históricamente y atravesado política, ideológica y culturalmente. Estas diferencias en la concepción de la SM tienen efectos en el abordaje interdisciplinario y el trabajo interinstitucional en las respuestas brindadas a las problemáticas sociales complejas.

Respecto a las trayectorias formativas en relación al abordaje a familias de personas con padecimiento psíquico se encontraron diferentes experiencias según la disciplina: Psicología, Trabajo Social y Psiquiatría. De forma general, los principales desafíos en cuanto a la formación de grado; consisten en superar el acercamiento al campo de la SM predominantemente hospitalocéntrico y psicopatológico. Los entrevistados manifiestan haber encontrado herramientas para trabajar en rehabilitación con las familias en cursos específicos de formación y de posgrado.

Si bien el centro se autodenomina como interdisciplinar, se evidenció la coexistencia de abordajes multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios, lo cual muestra la complejidad que implica transformar las prácticas y relaciones de poder-saber disciplinares en el campo de la SM.

Finalmente, en relación al enfoque de DDHH se muestra la multiplicidad de perspectivas que coexisten en el campo de la SM, configurándose en el contexto actual en un territorio en tensión y resistencias, donde el enfoque de DDHH implica una transformación de las relaciones de saber-poder en el encuentro entre disciplinas, técnicos, usuarios de SM y familiares.

En conclusión, este primer acercamiento exploratorio a los abordajes familiares en el CPSP, más que respuestas, deja preguntas abiertas y abre problemas. Demuestra que es sustancial un abordaje de la SM como campo de problemas e integrar los atravesamientos de las dimensiones políticas, históricas, institucionales y económicas; la necesidad de trascender los campos disciplinares y crear condiciones de posibilidad para abordajes interdisciplinarios.

Resulta apremiante la integración de saberes transversalizados (Fernández, 1989) en el campo de la SM, la formación y capacitación en temáticas como la sexualidad y el género. Respecto a la sexualidad se visibiliza la necesidad de abordarla desde un Modelo Social (Palacios, 2008) de la discapacidad y un enfoque de DDHH que visibilice las barreras en el acceso a los derechos, superando reduccionismos médico-científicos centrados en la enfermedad. Se identificó la necesidad de integrar el enfoque de género en los abordajes a las familias, visibilizando la construcción social e histórica del cuidado como tarea asumida por las mujeres; resultando una estrategia fundamental la corresponsabilidad de género hacia la equidad en los cuidados. Se recomienda seguir profundizando en estos aspectos en futuras investigaciones que aborden las temáticas de género y sexualidad en el campo de la SM.

Resulta fundamental tender hacia un abordaje familiar comunitario transformador en el campo de la SM, donde se trabaje con la familia considerando la mutua influencia con la persona con padecimiento psíquico, y por efecto, los cambios son parte de un proceso

complejo que implica la problematización del contexto donde está inserta; incluyendo las dimensiones políticas, históricas, económicas y sociales. Como se ha desarrollado, el trabajo interdisciplinario y articulación interinstitucional es sustancial para construir respuestas oportunas a las problemáticas sociales complejas que acontecen en el campo de la SM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ausburger, A.C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuad. méd. soc.(Ros.)*, (81), 61-75.
- Andreu Avela, J. (2001). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. *Centro de Estudios Andaluces*. Recuperado de: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2015) *Anteproyecto de ley de Salud Mental y Derechos Humanos de la República Oriental del Uruguay*. Recuperado de: http://www.radio.psico.edu.uy/sites/default/files/asamblea_instituyente_propuesta_anteproyecto_ley_de_salud_mental_2015.pdf
- Badaracco, J. G. (1979). El complejo de Edipo a la luz de la experiencia clínica con pacientes psicóticos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, Vol. 59, 59-90.
- Bang, C.L., & Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. 46(4), 123-143.
- Baroni, C. (2016). *Un movimiento contra el olvido. Aportes para pensar el proceso de desmanicomialización en el Uruguay de 1985 en adelante*. Hemisferio izquierdo, 3. Recuperado en: <http://www.hemisferioizquierdo.uy/#!Un-movimiento-contra-el-olvido-Aportes-para-pensar-el-proceso-de-desmanicomializaci%C3%B3n-en-el-Uruguay-de-1985-en-adelante/nnsaa/57712f130cf2c8c6f2c49a76>
- Berenstein, I. (1984). *Familia y Enfermedad Mental*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bateson, G., Jackson, D. D., & Haley, J. W. otros (1956) Hacia una teoría de la esquizofrenia. *Ciencia del comportamiento*, 1, 251-264.
- Batthyány, K., Genta, N., y Perrotta, V. (2014) *Los cuidados no remunerados en salud: el rol de las familias y las mujeres. Primeros resultados de la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Mides*. Artículo Sistema Nacional de Cuidados. Recuperado de: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/27200/1/articulo_sociologia_2014.pdf

- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2012). *Cuerpos que importan—sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós.
- Cano, A. (2011). Notas para una genealogía del manicomio. En Baroni, C. (Comp.). Vilardevoz: locura, autonomía y salud colectiva. Manuscrito en prensa.
- Caqueo Urizar, A., & Lemos Giráldez, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*. 20(4), 577-582.
- Carballeda, M., J. A. (2008). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas. *CS*, (1), 261-272.
- Centro Psicosocial Sur Palermo (2018). Historia. Montevideo, Uruguay.: Recuperado de: <http://www.surpalermo.org/index.php/historia>).
- Cosentino, M.F. (2010). La familia en la psicosis: ¿Aporte o soporte? Contribuciones de García Badaracco y Berenstein durante los años' 70 en Argentina. Recuperado de: www.aappg.org.ar/quienessomos.html
- Cardoso de Souza, R. y Morais, M. (2005). *Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental*. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 13(2), 173 – 179. Recuperado en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200007
- Chuaqui J. (2006). Esquizofrenia, género, deberes sociales y participación de la familia. *Ciencias Sociales Online*. 3(2):58-70. Recuperado de: <https://www.scribd.com/doc/215982910/JORGE-CHUAQUI-ESQUIZOFRENIA-GENERO-DEBERES-SOCIALES-Y-PARTICIPACION-EN-LA-FAMILIA>
- Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental y Derechos Humanos (2016). Plataforma, 30 de junio. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/39174>

Comisión Nacional Ley de Salud Mental y Derechos Humanos. (2017) Comunicado a la opinión pública, 5 de mayo de 2017. Extraído de: https://ladiaria.com.uy/media/attachments/ComisionNacionalporunaLeydeSaludMental_mayo2017.pdf

Cooper, D., & Alfaya, J. (1994). *La muerte de la familia*. Buenos Aires: Planeta.

Cuesta-Benjumea, C.D.L. (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Texto Contexto Enferm*, 13(1), p.137-46.

Deleuze, G., Guattari, P.F., & Pérez, J.V. (2004). *Mil mesetas*. Capitalismo y esquizofrenia. Barcelona: Pre-textos.

De Lellis, M., Di Nella, Y. (2008). Perspectiva de derechos humanos en el campo de la salud mental. In *Psicología forense y derechos humanos* (pp. 149-190).

de León, N. (2013a). *Salud mental en debate: Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Montevideo: CSIC – UdelaR

de León, N. (2013b). *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo: Ediciones Levy.

Estevam, M., Marcon, S., Antonio, M., Bouttelet, D. y Pagliarini, M. (2011). Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (3), 679 – 686. Recuperado en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300019

Deleuze, G. (1990). *¿Qué es un dispositivo?* En Foucault, filósofo. Buenos Aires: Gedisa Editores.

Donzelot, J. (1977). *La policía de las familias*. Madrid: Les Éditions de Minuit.

Fassler, C. (2009). *Hacia un sistema nacional integrado de cuidados*. Montevideo: Ediciones Trilce.

Fernández, A.M. (1989). *El campo grupal: notas para una genealogía*. Buenos Aires: *Psicología Contemporánea*.

- Fernández, A.M. (2007). *Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Fernández, J. & Protesoni, A., L. (2002). *Psicología Social: Subjetividad y Procesos Sociales*. Montevideo: Trádinco.
- Fernández, B. (2015). Salud mental: un concepto polisémico. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 7(2). Recuperado de: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/65/63>
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la Época Clásica III*. Barcelona, España: S.L. Fondo de Cultura Económica de España.
- Foucault, M. (1983). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11(3), 263-273.
- Galende, E., & Kraut, A.J. (2006). *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar.
- García, C.M.M. (2002). La atención a la salud en el ámbito doméstico: cuidados y cuidadores. *Revista Saúde Pública*, 35(5):443-50. Recuperado de: www.easp.es/proyectostem%e1ticos/wwwyuhpe/esp/r13.htm.
- Gergen, K.J. (1998). La psicología social como historia. *Revista anthropos: Huellas del conocimiento*, (177), 39-49.
- Gergen, K.J. (2007). *Construccionismo social-aportes para el debate y la práctica*. Bogotá-Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, CESO, Ediciones Uniandes.
- Guía Intercentros: Rehabilitación Psicosocial (2001). Recuperado de: http://www.psicologos.org.uy/documentos11/20110617_guia_centros_rehab.pdf
- Heierle, C., & Ducharme, F. (2004). Cuidando entre cuidadores: intercambio de apoyo en la familia. *Fundación Índex*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300019

Ibáñez, T. (2003). La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas. *Política y sociedad*, 40(1), 155-160.

INE (2008). *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en el Uruguay. Módulo de la Encuesta Continua de Hogares*. Recuperado de: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uso%20del%20tiempo%202007/Documento%20Uso%20del%20Tiempo%20y%20Trabajo%20no%20remunerado.pdf>

Íñiguez, L. (2005). Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la Psicología social de la era "post-construccionista". *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, (8).

Josfré & Medoza, (2005). Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Ciencia y Enfermería* XI, 11, (1), p. 37– 49.

Lagarde, M. (1996). *El género*. Fragmento literal: 'La perspectiva de género', en *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. España: Ed. horas y HORAS.

Lagarde, M. (2003). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Emakunde*. Recuperado de: http://pmayobre.webs.uvigo.es/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf

Laplanche, J., Lagache, D., & Pontalis, J.B. (1971). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Laureiro, N., Leal, G., Pouso, M., Suhr, N., & Zabala, L. (2017). Modelos de intervención utilizados con familias en Centros de Rehabilitación Psicosocial de Montevideo y Canelones. *XVI Jornadas de Investigación: la excepcionalidad uruguaya en debate: ¿ como el Uruguay no hay?*. Recuperado de: <http://jornadas.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2017/10/Modelos-de-intervenci%C3%B3n-utilizados-con-familias-en-Centros-de-Rehabilitaci%C3%B3n-Psicosocial-Leonardo-Zabala-et-al.pdf>

Lema, V.Z. (1991). *Conversaciones con Enrique Pichón Rivière*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

- López, S. & Rodríguez, A.C. (2017). Lo familiar en la cultura del Uruguay actual. Reflexiones desde la psicología social comunitaria. *Revista de Ciencias Sociales*, 30(41), 111-126.
- Macchioli, F. (2009). La psicosis en la familia: modelo para armar. Jorge García Badaracco y la versión de algunos conceptos psicoanalíticos (1960-1979). *Actas de las Primeras Jornadas de Historia, Psicoanálisis y filosofía*.
- Macchioli, F. (2015). Circulación de saberes y prácticas sobre la familia como objeto de intervención "psi" entre la Argentina y el Hemisferio Norte (1960-1979). *Revista de Psicología-Segunda época*. (15), p. 19-31. Recuperado de: <http://revistas.unlp.edu.ar/RPSEUNLP>
- Moscovich, S. (1969). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Bs. As.: Ed. Huemul.
- Ministerio de Salud Pública. Uruguay. (2012). Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas con discapacidad. Recuperado de: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=promocion-de-salud&alias=381-libro-discapacidad-ssr-2012&Itemid=307
- Ministerio de Slud Pública. Uruguay. (2018). Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de: </ProtocoloparaelabordajedesituacionesdeviolenciasexualhaciaNNAenelmarcodeSistemaNacionalIntegradodeSalud.pdf>
- Musitu Ochoa, G., Herrero, Olaizola J., Cantera Espinosa L., Montenegro Martínez M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Barcelona: UCO
- Montero, M. (2004a). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Montero, M. (2004b) Relaciones entre Psicología Social Comunitaria, Psicología Crítica y Psicología de la Liberación: Una Respuesta Latinoamericana. *Psykhe*, Vol. 13, 2, (17-28)
- Muñoz, A. (2009). Maternidad: significante naturalizado y paradójal: desde el psicoanálisis hasta el feminismo. *Revista Psicología(s)*, 1, 1-11.

- Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Orradre, M. (2000). El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersos en un cambio profundo. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (23), p. 111-122.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Buenos Aires: Cermi.
- Parnet, C., & Deleuze, G. (1998). *Diálogos*. São Paulo: Escuta.
- Read, J., Mosher, L. R., & Bentall, R. P. (Eds.). (2006). *Modelos de locura: aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Barcelona: Herder.
- Rich, A. (1986) *Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e Institución*. Valencia: Ed. Cátedra.
- Rivière, E. (1985). *Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Rodríguez, A. (2007). Desde la promoción de salud mental hacia la producción de salud. *Alteridad*, 2(1), 28-40.
- Roger, M.R., Bonet, I.Ú., Gallego, C.F., Pisa, R.L., Ribas, A.P., Viñets, L.G., & Oriol, R.P. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención primaria*, 26(4), 217-223.
- Rossi de Baeremaeker, M. (2016). *El dispositivo de seguimiento, como estrategia de intervención terapéutica, en el proceso de rehabilitación de pacientes con esquizofrenia: estudio de caso en el Hospital Vilardebó (2014)*. Tesis de Maestría en Psicología Social. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Saforcada, E., Lellis, M. D., & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Sawaia, B. (2003). La comunidad como principio y entidad cívica: una discusión sobre democracia y felicidad centrada en la familia. *Revista Fundamentos en Humanidades*, (4) , p. 9-17.

Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. *Nora Elichiry (comp.) El Niño y la Escuela Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista Campo Psi-Revista de Información especializada*, 3(10).

Taylor, S.J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Vol. 1). Barcelona: Paidós.

Uruguay, P.L. (1986). *Programa Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud Pública. Recuperado en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986_0.pdf

Uruguay, P.L. (2007). Ley N° 18.211 *Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.211.pdf>

Uruguay. Poder Legislativo. (2008). Ley n° 18.418. *Convención sobre los derechos de la personas con discapacidad*. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7205630.htm>

Uruguay, P.L. (2008). Decreto N° 379/008. *Reglamentación sobre Investigación Clínica en Seres Humanos*. Ministerio de salud Pública. Recuperado de: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla D, 800379>.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2012). Guías en Salud Sexual y Reproductiva CAPÍTULO: Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas con discapacidad. Recuperado de: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=promocion-de-salud&alias=381-libro-discapacidad-ssr-2012&Itemid=307

Uruguay, P.L. (2017). Ley N° 19.529. *Ley de Salud Mental*. Recuperado en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484981105513.htm>

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Madrid: Editorial Gedisa.

- Vázquez Sixto, F. (1996). El análisis de contenido temático. Objetivos y medios en la investigación psicosocial. (pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de: https://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/fecc81lix-vacc81zquez-sixto_el-anacc81lisis-de-contenido-temacc81tico.pdf
- Wiesenfeld, E. (2011). Community Social Psychology in Latin America: Myths, dilemmas and challenges, En F. H. E. Almeida Acosta, G. Hinojosa Rivero, O. Soto Badillo, G. Inguanzo Arteaga, M. E. Sánchez y Díaz de Rivera & C. Cuétara Priede (Eds.), *International Community Psychology: Community approaches to contemporary social problems* (Vol I) (p. 95-122). Puebla, México: Universidad Iberoamericana Puebla.
- Willick, M.S. (2001). Psicoanálisis y esquizofrenia: una historia con moraleja. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*. (9), 5. Recuperado de: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000182&a=Psicoanalisis-y-esquizofrenia-Una-historia-con-moraleja>