



**Facultad de Ciencias Sociales**



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA



Universidad de la República

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Trabajo Social

Licenciatura en Trabajo Social

*Tema: ¿Cómo se manifiesta en la cotidianeidad de una familia la presencia de la enfermedad mental?*

Estudiante:

Cecilia Corleto Rapela

Tutora: Celmira Bentura

Lunes 23 de diciembre de 2013

Montevideo, Uruguay

# ÍNDICE

|  |                |
|--|----------------|
| Introducción.....  | pág. 1         |
| <b>Capítulo I</b>  |                |
| <b>1- <u>La salud mental en el Uruguay: el largo camino hacia el reconocimiento de la patología psiquiátrica como una dimensión de la salud en su integralidad</u></b> ..... | <b>pág. 8</b>  |
| 1.1 <i>La Salud: la ruptura de los paradigmas</i> .....  | <b>pág. 8</b>  |
| 1.2 <i>La Salud Mental: la peripecia hacia la visibilización</i> .....   | <b>pág. 10</b> |
| <b>Capítulo II</b>   |                |
| <b>2- <u>Marco teórico: análisis de las categorías</u></b> .....   | <b>pág. 15</b> |
| 2.1 <i>La Salud Mental</i> .....   | <b>pág. 15</b> |
| 2.2 <i>La Familia</i> .....  | <b>pág. 16</b> |
| 2.3 <i>La Vida Cotidiana</i> .....   | <b>pág. 21</b> |
| <b>Capítulo III</b>  |                |
| <b>3- <u>La salud mental: su impacto en la familia y su cotidianeidad</u></b> .....  | <b>pág. 25</b> |
| 3.1 <i>Los entrevistados</i> .....   | <b>pág. 27</b> |
| 3.2 <i>Las entrevistas</i> .....   | <b>pág. 28</b> |
| <b>4- Reflexiones Finales</b> .....  | <b>pág. 39</b> |
| <b><u>La intervención del Trabajo Social con la familia en el campo de la Salud Mental</u></b> .....   | <b>pág. 44</b> |
| <b>5- Conclusiones</b>   |                |
| <b><u>Nuevos desafíos para el Trabajador Social:</u></b>   |                |
| <i>La intervención del Trabajo Social con la familia en el campo de la Salud Mental</i> .....  | <b>pág. 46</b> |
| <b>6- Bibliografía y Fuentes</b> .....   | <b>pág. 48</b> |

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo corresponde a la Tesis o Monografía Final cuya aprobación habilita reglamentariamente al estudiante para la obtención del título en la Licenciatura en Trabajo social.

El Capítulo I refiere primeramente al proceso de cambio de paradigma en lo referente al concepto de Salud, y en especial en nuestro país. Y en segundo lugar al cambio de paradigma en lo que respecta a Salud Mental, también en general y en especial en nuestro país.

El Capítulo II aborda el Marco Teórico del presente trabajo final, atendiendo especialmente las categorías de análisis seleccionadas: *Salud Mental, Familia y Vida Cotidiana*.

El Capítulo III refiere al análisis de las entrevistas a partir de las categorías antes mencionadas.

Las Conclusiones dan cuenta de la verificación de las hipótesis, a lo que se agregan reflexiones finales en referencia al compromiso y la responsabilidad que en la problemática planteada como Objeto de esta investigación tiene especialmente el Trabajador Social.

Finalmente se presenta el espacio con el listado de Bibliografía y Fuentes.

## **La propuesta inicial**

El tema elegido fue “*Impactos de la enfermedad mental en la cotidianidad de la familia en el Uruguay*”.

Este trabajo final es el resultado de los conocimientos teóricos adquiridos durante el cursado de la Licenciatura en Trabajo Social, así como de los conocimientos incorporados en el ámbito de las experiencias que dentro de los espacios de las prácticas que complementaron dicho trayecto académico.

Desde el punto de vista de la praxis, la práctica pre-profesional se enriqueció permanentemente de los conceptos teóricos, en un trabajo de constante retroalimentación, base de la perspectiva dialéctica. Desde esta perspectiva, me proponía trabajar el tema desde esa confluencia de saberes.

Por ello esta Tesis o Monografía Final se proponía abordar la temática enunciada en el objeto de estudio, a partir de los insumos resultantes del Informe final presentado en 2011 para el Taller de Investigación, cuyo tema fue *La salud mental en el ámbito familiar*. En esa oportunidad, quien suscribe integró un equipo de trabajo integrado por otros estudiantes del curso.<sup>1</sup>

Por ello la propuesta de Tesis proponía una investigación que articularía los ejes teóricos con el producto de las entrevistas realizadas a familiares de pacientes con problemas de salud mental, integrantes del Grupo “*La Esperanza*”<sup>2</sup>

Desde el punto de vista de la **justificación**, considero que el tema de la salud mental en el ámbito familiar es uno de los problemas que la sociedad en general, y en particular la sociedad uruguaya tiene como “asignatura pendiente”.

Desde una perspectiva holística, el impacto de la enfermedad mental en el espacio familiar no solo ha dado y sigue dando lugar a los deterioros vinculares en los procesos familiares y las relaciones sociales, sino que muestra además los desniveles o desfases entre las necesidades individuales y colectivas y las respuestas institucionales.

---

<sup>1</sup> El equipo de trabajo estuvo integrado por las bachilleres Paola Cotto, Alén Fernández, Lorena Rodríguez y Cecilia Corleto.

<sup>2</sup> Organización No Gubernamental fundada en 1986 y con personería jurídica desde 1989. Está integrada por familiares y amigos de personas con desórdenes mentales severos del tipo esquizofrenia en Uruguay. <http://gdelaesperanza.blogspot.com/>.

El impacto que en el ámbito familiar produce la patología psiquiátrica del o los integrantes del núcleo familiar nos interpela a todos, en especial a los profesionales que por la especificidad de su trabajo deben atender esa problemática.

En este sentido me proponía agregar elementos a la reflexión permanente que entendemos debe darse a la luz de nuevas situaciones, que se transforman en nuevos desafíos.

Considerando entonces que el problema de la *salud mental* es una de las claves para poder entender el tema de la protección (o desprotección) de uno de los más importantes derechos humanos, el derecho a la salud –desde la perspectiva holística-, entendemos fundamental su consideración en el marco de los desafíos del profesional en Trabajo Social.

El tema de la *salud mental* fue el comienzo de mi interés, porque considero que ha constituido siempre un problema social importante, ya que sus causas y consecuencias exceden lo referido a la dimensión de la medicina como disciplina científica.

En este sentido el análisis de la información relevada hizo que el objeto de mi investigación –desde el marco del Trabajo Social- se convirtiera en la necesidad de vincularlo con el tema de la *familia* y el de la *cotidianeidad*.

Por lo anteriormente dicho, el objeto de la Tesis resulta de la articulación de tres categorías de análisis: *salud mental*, *familia* y *cotidianeidad*.

En lo que respecta al **marco teórico**, en el Anteproyecto se establecía que sería resultado de la praxis. El decir, el proceso analítico dialéctico que articularía los insumos teóricos enriquecidos por la reflexión sobre los productos del trabajo de campo llevado adelante en las prácticas de las asignaturas cursadas. En el caso de la Tesis Final que ahora se presenta, éstos últimos, corresponderían a las entrevistas que tuvieron lugar en el Grupo “*La Esperanza*” antes mencionado.

Entiendo necesario aclarar que el análisis teórico de las tres categorías elegidas se realiza en el Capítulo II de la Tesis o Monografía Final que se está presentando.

El conocimiento y la reflexión teórica sobre las tres categorías mencionadas, *Salud Mental*, *Familia* y *Vida Cotidiana*-, dieron lugar a la

**problematización del Objeto**, es decir a su contextualización a partir de las preguntas que nos ayudarían a entender y comprender lo propuesto.

En este sentido entonces las interrogantes surgidas fueron por ejemplo:

- ¿Qué se considera hoy una persona con problemas o deterioro de su salud mental?
- ¿Cuáles son las situaciones que los profesionales de la salud consideran causantes de este tipo de patologías?
- ¿Que respuestas dan las instituciones públicas encargadas de cuidar la salud de este tipo de paciente?
- ¿Cómo es la participación de las familias en el proceso de los tratamientos aplicados a los pacientes?
- ¿Quién o quiénes son los familiares que se hacen cargo del cuidado del familiar enfermo?
- ¿Qué se transforma o cambia en los Proyectos de Vida de los integrantes de esas familias?

Responder esas preguntas significa formular *el marco teórico* de la investigación propuesta.

El marco teórico de una investigación se relaciona con el paradigma que inspira a la propuesta en su conjunto.

Y desde el paradigma se intenta responder las preguntas, a partir de conjeturas, es decir, de la **formulación de hipótesis**.

Este conjunto de posibles respuestas toman la forma de un sistema de hipótesis.

En el caso de dicho Anteproyecto, el sistema de hipótesis estaría integrado por las respuestas que supongo (conjeturas) son válidas a las seis preguntas que se presentan en el punto anteriormente explicado y llamado *problematización del objeto*:

- A las dos primeras preguntas que me formulaba en ese ítem. creo que no existe un consenso entre los médicos en general –y entre los psiquiatras en particular- para definir la patología mental, pero fundamentalmente para su tratamiento.

- A la tercera pregunta respondo que las instituciones públicas uruguayas han empezado –fundamentalmente desde la aplicación del Sistema Nacional Integrado de Salud- a preocuparse y ocuparse de los pacientes con este tipo de patología.
- A la cuarta pregunta respondo que la participación de los integrantes de la familia de estos pacientes es relativa, ya que no todo el mundo es consciente de la co-responsabilidad que tenemos todos, en especial, los integrantes del núcleo familiar.
- A la quinta pregunta respondo que en general son las mujeres –en especial las madres cuando se trata de los hijos- las que asumen – voluntaria o involuntariamente- el cuidado de esas personas.
- A la sexta y última pregunta respondo de que directamente o indirectamente los Proyectos de Vida de todos los integrantes de la familia se transforman o cambian.

Formuladas las hipótesis, se plantean los **objetivos de la investigación**

Como objetivo general me proponía la problematización del tema elegido para la Tesis, lo que me permitiría además generar hipótesis para futuros trabajos.

De acuerdo a las hipótesis planteadas, me proponía, como objetivos específicos, la investigación de dos dimensiones:

- *identificar* las fortalezas y debilidades del sistema de salud con respecto al tratamiento de los pacientes con patologías mentales. Esto incluye el ámbito de las instituciones como agentes de gestión, así como al personal de la salud en general (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros/as, personal de servicio, administrativos, etc.)
- *Identificar* las situaciones problemáticas en el núcleo familiar del paciente con patología mental. Esto incluye atender varios aspectos (espacio físico, interrelaciones personales, dimensión material, afectiva, etc.).

- Como resultado de la investigación de ambas dimensiones, *relacionar* las fortalezas y debilidades de ambos espacios para comprobar el objetivo general.

Para lograr la verificación de las hipótesis proponía una ***estrategia metodológica***

La estrategia metodológica es la elección de métodos y técnicas entendidas como conjunto de procedimientos comunes a las diversas Ciencias Sociales, sean las adecuadas para relevar, procesar y analizar críticamente los datos recogidos.

Es importante recordar que *“la elección de la perspectiva metodológica debe ser justificada, es decir, el investigador debe explicitar por qué considera que los procedimientos seleccionados son pertinentes para obtener evidencia empírica de aquello que desea investigar”*<sup>3</sup>

De acuerdo a los objetivos de la investigación, me proponía aplicar métodos y técnicas cualitativos/as y cuantitativos/as. La necesidad de emplear ambos caminos se basa en las características del recorte de la realidad que hicimos –el objeto de investigación--, y de los diferentes protagonistas involucrados actuando en esa porción de la realidad.

Por ejemplo análisis bibliográfico y documental (el *análisis de contenido*, por ejemplo), así como de encuestas, de entrevistas, etc. La revisión de la bibliografía y la búsqueda de nuevas fuentes de información tanto escritas (libros, revistas especializadas, documentos, etc.), como orales (testimonios de los protagonistas) de las personas involucradas (pacientes, familiares, y personal de la salud en general, etc.)

Si bien se dice que los métodos y técnicas cualitativas no aspiran a medir, sino a describir e interpretar, sabemos que los avances teóricos en las distintas Ciencias Sociales, así como el perfeccionamientos de los distintos instrumentos de recolección de datos, permiten explicar desde lo cualitativo.

---

<sup>3</sup> Sautu, Ruth, Boniolo, Paula, Dalle, Pablo, Elbert, Rodolfo (2006), *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*, Buenos Aires, CLACSO, pág. 153.



## **Los resultados**

Terminada la investigación, los resultados fueron los buscados desde el punto de vista académico. No obstante, como ciudadana y estudiante que aspira a que cuando egrese pueda ser una Trabajadora Social, los resultados se convierten en un doble desafío, ya que si bien en el tema de la Salud Mental en el Uruguay se vienen comprobando avances en cuanto a la toma de conciencia de la patología en el marco de la definición de Salud como una situación humana multidimensional y multicausal, hay todavía en la sociedad desde el punto de vista de la mentalidad colectiva, cierta discriminación hacia quienes padecen la enfermedad mental. Y además de “mirar hacia otro lado” ante la problemática familiar del entorno primario del paciente.

Esta observación ameritó la estructura y el contenido formal y de análisis de la esta Tesis o Monografía Final.

De acuerdo a ello, la estructura del presente trabajo se compone de una Introducción y tres capítulos, además de las conclusiones.

## **CAPÍTULO I**

### **1 - La salud mental en el Uruguay: el largo camino hacia el reconocimiento de la patología psiquiátrica como una dimensión de la salud en su integralidad.**

#### **1.1 La Salud: la ruptura de los paradigmas**

En 1947 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que *“la Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez”*.

Si bien esta definición ha sido criticada tanto por la amplitud de los conceptos que abarca, como por el carácter inalcanzable de su propuesta, sin embargo da cuenta de cuestiones teóricas muy importantes, y además, avanzadas si tenemos en cuenta que nos separan más de sesenta años de esa afirmación.

Porque si en la actualidad nos parece natural desde una concepción integral de salud acordar con Beatriz Fernández Castrillo en que *“la salud no se produce en las instituciones sanitarias, sino en los espacios cotidianos donde*

*hombres y mujeres producen y reproducen la salud y la vida*"<sup>4</sup> y que *"la salud involucra a las personas y su entorno, lo que considera las relaciones y los vínculos entre ellas y su cotidianeidad"*<sup>5</sup>, no siempre fue así.

Históricamente se ha considerado la salud (o la ausencia de ella) como la suma de hechos biológicos e individuales, por lo que desde el siglo XIX, y en el marco del nacimiento de la llamada "ciencia moderna", el médico – el "experto"- se convirtió en la persona de cuyas decisiones con respecto a salud del "enfermo", dependía algo tanpreciado como la vida.

Esa concentración de poder (el "poder médico" del que habla el historiador uruguayo José Pedro Barrán), ha tenido como consecuencia fundamental la ampliación de la dimensión de intervención de la medicina, lo que ha llevado a la medicalización de la salud.

Esto llevó a que los problemas sociales fueran clasificados en términos de salud/enfermedad, y a que desde el espacio médico se establecieran acciones reguladoras con respecto a situaciones de la vida cotidiana del individuo, como por ejemplo al ocio, al trabajo, y a las costumbres alimenticias.

Este proceso normalizador pretende –desde el ejercicio de un poder legitimado-regular, ordenar, disciplinar y uniformizar los comportamientos y las conductas de los individuos.

Esta acción dirigida a evaluar lo considerado "normal" o "anormal", establece en la sociedad modelos de conducta acerca de lo que es "enfermo" o lo que es "sano".

Ese poder, desde el punto de vista real, ha llevado muchas veces, desde hace algunas décadas, a que los profesionales de cada especialidad médica se autoperciban como fundamentales o esenciales en el campo de la medicina, lo que ha llevado a perder la visión holística necesaria en el tratamiento de las patologías. La hiperespecialización ha sido un ejemplo de ello.

Si a eso le sumamos, en primer lugar, la adquisición de tecnología avanzada que ha hecho que muchos médicos dueños de esos aparatos cobren aranceles exorbitantes por la realización de análisis o estudios específicos, y en segundo lugar, la formación de grupos corporativos que defienden intereses

---

<sup>4</sup> Fernández Castrillo, Beatriz (2009), *Complejidad social y Salud Mental*, Montevideo, Ed. CSIC, Universidad de la República, pág. 22.

<sup>5</sup> *Ibíd.*

económicos y financieros relacionados con salarios altísimos (como por ej. : la huelga de Anestesiólogos), podemos afirmar que la mercantilización de la medicina ha tenido como resultado la mercantilización de la salud.

De esto puede ser un ejemplo la reacción de algunas mutualistas o grupos de médicos que defendiendo intereses económicos se sintieron “invadidos” cuando el gobierno uruguayo inauguró el Centro Uruguayo de Imagenología (CUDIM). El Estado puso de esta manera, la última tecnología (el P.E.T.) para el diagnóstico y tratamiento de patologías importantes, al servicio de todos los ciudadanos.

El proceso de medicalización de la sociedad se ha extendido e incrementado al punto de generar cambios conceptuales de actitudes y conductas de las personas en relación al binomio conceptual de *salud/enfermedad*.

Desde el punto de vista simbólico, este poder “medicalizador” también ha tenido como resultado la pasividad de la gran mayoría de los usuarios de los servicios de salud ante los diversos trámites burocráticos que han tenido que realizar para cumplir involuntariamente con esa estructura de intereses profesionales.

De esta manera se demuestra la contradicción entre los discursos y las prácticas. Porque muchas veces las corporaciones médicas reclaman beneficios por trabajar con lo máspreciado de los ciudadanos, -la salud-, pero olvidando también muchas veces el derecho a la atención digna de su salud, que tienen esos ciudadanos.

## **1.2 La salud mental: la peripecia hacia la visibilización**

Como una de sus especializaciones, la salud mental no ha estado ajena al proceso de la medicina en general.

Si bien las patologías psicológicas o psiquiátricas existieron siempre, Foucault afirma que conceptualmente la “locura” surge en el siglo XVIII, especialmente en la Revolución Francesa, ya que allí comienzan a funcionar

los “loqueros”, que eran asilos u hospicios psiquiátricos donde la monarquía enviaba a los “revoltosos” acusados precisamente de “locos”<sup>6</sup>

Este autor continúa diciéndonos que en el siglo XIX estas patologías pasan a ser “atendidas” por los médicos, tal vez en el entendido de que la Medicina, relacionada con las Ciencias Naturales, por ser una disciplina científica, podría detectar la “verdad” para la cura. Esos saberes específicos van a dar lugar posteriormente al surgimiento de la Psiquiatría

En el marco de la normalización, las enfermedades mentales estuvieron asociadas a la idea de la trasgresión, por lo que la autoridad debía “poner orden” y “castigar” lo indómito.

Para ello se debía vigilar permanentemente (sistema de panóptico) al enfermo, -al que no se lo consideraba como persona- y aplicarle un “tratamiento moral”.

En el siglo XX la enfermedad mental pasa a ser considerada una enfermedad más, la Psiquiatría recibe el aporte del psicoanálisis, y los centros hospitalarios le dedicarán espacios especiales, para luego dar lugar a centros hospitalarios de tratamiento específico de dichas patologías.

Actualmente se considera natural la necesidad de abordar la enfermedad mental en forma interdisciplinaria, dando lugar a los llamados “Equipos de Salud Mental”.

Se cumple de esta manera con el concepto de Pichón Riviere, quien – citado por Beatriz Fernández Castrillo-, sostenía que la salud mental es la aptitud sintetizadora en la resolución de los conflictos que surgen en relación con la realidad. Para Pichón Riviere la salud mental consiste en un aprendizaje de la realidad, en una relación “*sintetizadora, totalizadora y totalizante*” en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto-mundo.<sup>7</sup>

Desde esta perspectiva, y considerando que la salud es un derecho, se entiende que es fundamental que constituya una política de Estado.

En cuanto al Uruguay, el concepto de Estado también ha variado según los gobiernos. En nuestro país podemos comprobar que desde comienzos del siglo XX, y sobre todo a partir del *batllismo*, el Estado cambia el rol de “juez y

---

<sup>6</sup> Carballada, Alfredo (2004), *Lo Social y la Salud Mental: algunas cuestiones preliminares*, Universidad de La Plata, Mimeo.

<sup>7</sup> Fernández Castrillo, Beatriz, op. cit. pág. 23.

*gendarme*” defendido por el *liberalismo*, por el de *Estado benefactor*, que trajo una serie de leyes que daban cuenta de lo que debían ser las “responsabilidades sociales” del Estado para con los ciudadanos.

Pero desde el primer *batllismo* hasta la actualidad, las situaciones han sido muy diferentes con respecto al rol del Estado para con los ciudadanos.

Desde el intento del *neobatllismo* -a mediados de siglo- por consolidar la protección social desde el Estado, hasta las políticas *neoliberales* de la década del 90’ que dejaron librado al mercado los “servicios” (como la salud, la educación, la vivienda), transformando en mercancías, lo que eran derechos.

Esto sin olvidar las políticas neoliberales aplicadas previo y durante la dictadura de 1973.

En este marco, y para intentar eliminar el concepto neoliberal de incluir la salud en el libre juego del mercado, en nuestro país comenzó en el año 2005 un proceso de reforma, que plasmó en el año 2007 en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), sostenido por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), desde el criterio de la contribución solidaria de los trabajadores, trascendiendo la responsabilidad individual en el ejercicio del mencionado derecho.

Esta reforma integral de la Salud incluyó transformaciones en el ámbito de la atención psiquiátrica hospitalaria pública, que empezaron a profundizar acciones renovadoras anteriores. Especialmente en el Hospital Vilardebó, centro de referencia nacional en la materia.

En referencia a esos antecedentes; el Dr. Ricardo Acuña, Médico Psiquiatra, en un artículo llamado “*Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó*”,<sup>8</sup> afirma que la asistencia a la salud mental que brindaba el M.P.S. había comenzado a cambiar a partir de 1996, impulsados por el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) -aprobado por ese Ministerio en 1986- que “*definía tres grandes ejes de transformación en el sector: 1) el reforzamiento de la asistencia en el primer nivel, es decir, estrategia de trabajo en la comunidad; 2) la creación de las Unidades de Salud Mental en los Hospitales Generales y 3) el cambio en el modelo de asistencia de los pacientes portadores de*

---

<sup>8</sup> Revista de Psiquiatría del Uruguay, Volumen 68, N° 2, diciembre de 2004.

*enfermedades crónicas, lo que implicaba la adecuación de las viejas estructuras hospitalarias asilares”.*

De esos cambios se señalan fundamentalmente dos: 1) la consolidación y extensión de la asistencia en las policlínicas comunitarias en salud mental de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), intentando organizar por primera vez la asistencia a la salud mental en el primer nivel, quedando en funcionamiento la red de policlínicas comunitarias integradas por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, auxiliares de enfermería y administrativos, y 2) el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto (inadecuada planta física y precarias condiciones de internación), redefiniendo el rol del Hospital Vilardebó, convirtiéndolo en centro de referencia nacional.

El Hospital Teodoro Vilardebó se encuentra en un edificio cuyas obras comenzaron en 1876. Fundado con el nombre de “Manicomio Nacional”, cambió luego este nombre por el actual en homenaje a quien trabajada e investigara tanto por la salud, en su condición de médico, naturalista e historiador. En 1915 llegó a tener 1500 pacientes internados y fue considerado el mejor en América Latina.

A partir de la actual Reforma de la Salud, y según el informe de quien fuera su director durante el período de gobierno del Dr. Tabaré Vázquez, el Dr. Lizardo Valdéz, el Hospital inició *“un proceso de cambios para mejorar la calidad en el servicio, en relación a la atención de los pacientes, racionalizando gastos, lo que permitió ahorro en medicamentos, una mejor alimentación de los internados y la realización de obras edilicias”* y afirmaba que *“Esta administración tiene como horizonte, eliminar el temor a la patología psiquiátrica”*<sup>9</sup>.

Mas allá de las dificultades, pensamos que las autoridades y la ciudadanía están tomando conciencia de la importancia de la salud mental, y tomando decisiones que son avances en ese sentido.

Prueba de ello es la resolución del MSP por la cual las mutualistas debieron incorporar la atención de la salud mental en forma obligatoria, en el marco de protocolos de investigación de rutina, que proporcionó dicho Ministerio.

---

<sup>9</sup> PRESIDENCIA – República Oriental del Uruguay (2007).

Es una realidad entonces que desde el año 2005 el Estado uruguayo ha recuperado la voluntad para la toma de las decisiones políticas que definan las políticas de Estado.

Se cambia el concepto del “Estado prescindente” -que dejaba en manos de grupos o empresas privadas en cumplimiento de sus deberes para la protección de los derechos de los ciudadanos- por un Estado que –desde políticas de Estado fuertes-, diseñe sistemas que involucren y organicen las prestaciones de servicios que, desde el Estado o con fiscalización del Estado, cumplan con esas responsabilidades estatales para la protección de los derechos que expresa la Constitución de la República.

Es en este marco que se articulan las “herramientas” para dar cumplimiento a esos fines: la Reforma Tributaria (IRPF), la creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) con sus distintos Planes y Programas, y la Reforma de la Salud con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y su vínculo con el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Por lo tanto entendemos que actualmente el Estado uruguayo abandonó el *asistencialismo* para brindar a sus ciudadanos *asistencia*, aunque obviamente quedan todavía algunos temas por profundizar.

En la actualidad el SNIS continúa logrando avances, y específicamente en el tema de la salud mental también.

## **CAPÍTULO II**

### **2 - Marco teórico: análisis de las categorías**

#### **2.1 Salud Mental.**

La familia, abordada como hecho cultural e históricamente condicionada, es el referente fundamental para considerar lo *sano* o lo *enfermo* con respecto a las personas. Una acción de salud “*no puede entenderse si no está referida a las necesidades y capacidades del individuo, y el individuo en particular no será*

*entendido sin la referencia a su ambiente y al contexto social en el cual actúa*<sup>10</sup>.

Por eso se afirma que no se puede hablar de un individuo enfermo, sino que hay que hablar de un grupo familiar enfermo. Becerra y Kennel profundizan en el concepto de la profunda relación entre individuo y grupo, y dicen que *“la salud debe ser entendida como el resultado de un equilibrio dinámico, relativo e inestable entre condiciones que la mantienen y factores que la amenazan. Si los múltiples factores son muy adversos o superan el alcance de la capacidad del individuo para enfrentarlos, pueden aparecer procesos patológicos que se constituyen en la enfermedad”*<sup>11</sup>

La familia marca profundamente la salud de sus integrantes. Desde la perspectiva holística o integral, todos de alguna manera damos cuenta de eso. El equilibrio emocional depende de nuestro contexto, y nuestras debilidades y fortalezas son reflejo de nuestras historias familiares, en el marco de las realidades sociales en que se insertan, influyen y son influidas. La estabilidad o la inestabilidad en el trayecto de los vínculos provocan las certezas o las incertidumbres que se relacionan con esas fortalezas y debilidades mencionadas. Como establece el Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS *“la salud mental no es una condición estática, sino que implica la capacidad del individuo para establecer relaciones armónicas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social, o de contribuir en ello de un modo constructivo”*<sup>12</sup>

Importa entonces destacar que en el abordaje de la salud mental, la dimensión social sea considerada como un aspecto relevante a efectos de explicar el problema.

## **2.2 Familia.**

Es frecuente escuchar en el Uruguay de hoy, -frente a los problemas de inseguridad y a la llamada “crisis de la educación” o “crisis del sistema

---

<sup>10</sup> Becerra, Rosa María, Kennel, Beatriz Liliana (2008), *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*, Bs. As., Espacio Editorial, pág. 11.

<sup>11</sup> *Ibíd.* pág. 14.

<sup>12</sup> *Ibíd.* pág. 16.



educativo"- que el "problema" está en la "falta de valores" consecuencia de la "desestructuración familiar".

En el marco de los discursos actuales –públicos o privados, el tema de la familia aparece en forma casi permanente. Se trata de una unidad de análisis que -aún comprendiendo la enorme transformación que como colectivo social la familia ha experimentado- continúa asociada al entorno primario y directo de los individuos, de las personas, como sujetos sociales particulares, únicos e intransferibles.

Desde las Ciencias Sociales varios autores han contribuido con sus análisis, reflexiones y definiciones en referencia a la familia. Para Regina Tomaso Miotto la familia es *"un núcleo de personas que conviven en un determinado lugar, durante un lapso más o menos largo y que se encuentran unidas por lazos consanguíneos. Tienen como objetivo primordial el cuidado y la protección de sus miembros y se encuentra dialécticamente articulada con la estructura en la cual está inserta"*<sup>13</sup>

Por su parte T. Parsons considera la familia como un subsistema singular en relación con otros como la economía, la política, la educación, etc., siendo sus pre-requisitos funcionales (funciones que determinan su calidad de subsistema familiar): la socialización de los niños y la estabilidad de las personalidades adultas. Por otro lado, ese subsistema familiar no es considerado una sociedad "en pequeño", sino un subsistema claramente diferenciado.<sup>14</sup>

También Elizabeth Jelin aporta una definición muy interesante cuando nos dice que *"el concepto clásico de familia parte de un sustrato biológico ligado a la sexualidad y a la procreación. La familia es una institución social que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a estas dos necesidades. Incluye también la convivencia cotidiana, expresada en la idea del hogar y del techo; una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustento cotidiano, que van unidos a la sexualidad "legítima" y a la procreación"*.<sup>15</sup>

A partir de estas definiciones me parece importante destacar que así como históricamente la *modernidad* trajo cambios en las sociedades que se

---

<sup>13</sup> Tomaso Miotto, Regina (Ficha de clase).

<sup>14</sup> Pearsons, T., (Ficha de clase)

<sup>15</sup> Jelin, Elizabeth (1998), *Pan y afectos. La transformación de las familias*, México, F.C.E. pág. 15

manifestaron en nuevas pautas culturales reflejadas en nuevas formas de relacionamiento humano. El pensamiento de la burguesía gestor de la *modernidad* que irrumpe con el Renacimiento de los siglos XV y XVI, destaca al individuo por sobre lo colectivo. Posteriormente la *posmodernidad*<sup>16</sup> trajo otros cambios, resignificando los espacios y dimensiones de lo social, lo económico, y lo político. Y como la cultura no es una abstracción, sino que expresa los procesos sociales, las sociedades posmodernas han dado cuenta de transformaciones y cambios reflejados en nuevas estructuras políticas, económicas y sociales donde no solo *el individuo* sino *la persona* adquieren otros significados.

Durante la década de los '60 del siglo XX –fundamentalmente en el llamado “mundo occidental”, se mostraron a nivel cultural posiciones de ruptura con respecto a viejos moldes. Posiciones contestatarias y de rebeldía – fundamentalmente desde los jóvenes- se manifestaron por ejemplo en la música, en la moda y en las costumbres en general. Las protestas juveniles, el rock, la minifalda, la píldora anticonceptiva, el “amor libre” marcaron nuevas formas de relacionamiento social. Y esto se daba a nivel mundial en el marco del sistema capitalista que manejaba el orden económico y político, ejerciendo además el control social. Las crisis económicas continuaron sufriendolas los países empobrecidos y dentro de ellos los sectores sociales más vulnerables.

La exclusión y la marginalidad fueron las expresiones más duras de esa realidad.

Incluida dentro de los cambios culturales propios de la llamada “posmodernidad”, la familia nuclear tradicional –modelo hegemónico hasta la década de los 60´- comenzó a transformarse dando lugar a nuevas modalidades familiares. Si bien algunos empezaron a hablar de que “la familia estaba en crisis”, lo que realmente estaba en crisis era un modelo de familia.

Y ese modelo de familia fue consecuencia de cambios en la realidad social producto de la globalización. Globalización como respuesta de los cambios del “nuevo orden” internacional pautado por el capitalismo.

---

<sup>16</sup> Concepto amplio surgido a fines del siglo XX, que se asocia a los cambios culturales que partían de la base de que los cambios que había traído *modernidad* no se ajustaban a las nuevas realidades y que las utopías defendidas por el movimiento de los '60 estaban obsoletas. En contraposición al sesentismo, dentro de las características del *posmodernismo* está la apatía, el desencanto, la defensa del individualismo, el consumo, etc.)

Globalización que implicó un avance en las tecnologías (como por ejemplo las de la información, a partir de la aparición de las computadoras o de los teléfonos celulares), pero que supuso un retroceso en la calidad de vida de la mayoría de la población mundial por la concentración de las riquezas, y la ampliación de la pobreza para la gran mayoría de la población mundial. La exclusión y la marginación supusieron la pérdida de derechos para muchas personas, ya que la falta de trabajo, el trabajo informal o el trabajo formal con bajos salarios, implicó la imposibilidad de acceso a la salud, la educación y la vivienda. Durante las décadas del 80´ y 90´ (neoliberalismo) los fenómenos de la privatización de servicios sanitarios y escolares, la aparición de barrios de viviendas precarias (asentamientos) incrementaron la pobreza y trajeron la indigencia.

En este contexto de subdesarrollo, la familia se transformó en el eje del impacto negativo: la sensación de muchas familias era de no tener *hogar*.

Aunque siempre hubo multiplicidad de formas de familia y de convivencia, la familia nuclear tradicional –modelo hegemónico hasta ese momento- se transformó dando lugar a nuevas modalidades familiares. Las personas integrantes de esos nuevos colectivos familiares comenzaron a tener nuevos roles, a veces por elección y otras veces por obligación. El modelo patriarcal o neolocal fue siendo desplazado a partir de nuevas realidades motivadas por distintas causas. Los movimientos de reivindicación de género (el feminismo), el ingreso de las mujeres al mercado de trabajo, el embarazo adolescente sin paternidad responsable (mujeres jefas de hogar), entre otras razones han modificado la estructura familiar, dando lugar a nuevas formas vinculares entre padres e hijos, pero también incluyendo a los otros miembros de la familia. El modelo de matrimonio monogámico (heterosexual) conviviendo con sus hijos en un espacio doméstico propio ya no es la “norma”. Ante esta realidad algunos afirman que “la familia esta en crisis”, aunque lo que está realmente en crisis es un modelo de familia.

Como afirma Jelin la articulación entre hogar y familia es fundamental a la hora de definir el nivel de bienestar de la organización familiar. Para ello esta autora insiste en que es clave el análisis de las transformaciones a lo largo del curso de vida familiar a partir de la constitución de la familia-unidad doméstica

que ella hace comenzar en el momento de la unión o comienzo de la convivencia de un matrimonio o pareja.

Según el modelo de familia tradicional ese curso de vida es “normal” cuando se completa el ciclo (noviazgo, matrimonio, crianza de hijos, hijos que se independizan, etc.). Pero esto muchas veces no es así, por lo que no se colman las expectativas sociales y la realidad rompe esas “normas” cuando se producen *“abandonos y divorcios que casi siempre implican hogares sin padre, convivencia con otras generaciones o “vuelta al hogar paterno”, niños cuidados por otros parientes y no por sus padres, segundas y terceras uniones que constituyen familias “ensambladas”, muertes, migraciones, etc.”*.<sup>17</sup> Como seguidamente afirma la misma autora, con respecto a estos acontecimientos desestructurantes, *“todas estos, y muchos otros, difícilmente puedan seguir siendo considerados como “accidentes” en un curso normal”*<sup>18</sup>

Las nuevas situaciones familiares desequilibrantes y traumáticas constituyen verdaderos desafíos para los profesionales, los gobiernos y los Estados. Como afirma Regina Tomaso *“el espacio familiar es parte del mundo (real/simbólico) de todas las personas y está impregnada de valores morales, religiosos e ideológicos...”* por lo que para el trabajo profesional con la familia es necesario abordarla *“como un hecho cultural, históricamente condicionada, que nada se constituye a priori como un lugar de felicidad....”* Ya que *“actualmente la presencia de la violencia familiar, especialmente contra los niños, está en las agendas públicas a resolver como problemas sociales. Siendo así que muchas veces la familia en vez de ser un refugio seguro, es un lugar que coloca en riesgo la seguridad física y emocional de sus miembros”*.

Es por ello que dicha autora completa su reflexión concluyendo en que *“la familia está siendo entendida como una institución social históricamente condicionada y dialécticamente articulada como una estructura social en la que se encuentra inserta”*<sup>19</sup>

Dentro de los desafíos actuales se encuentra el problema de la violencia doméstica. Como establece Jelin *“este tema es, en la actualidad, muy concreto y directo. La violencia doméstica en sus diversas manifestaciones –tortura*

---

<sup>17</sup> Jelin, Elizabeth, ob. cit. pág. 68.

<sup>18</sup> Jelin, Elizabeth, ob. cit. págs. 68-69.

<sup>19</sup> Tomaso Miotto, Regina (Ficha de clase)

*corporal, acoso y violación sexual, violencia psicológica, limitación a la libertad de movimiento (esclavitud)- es claramente violación a los derechos humanos básicos...la familia es un espacio paradójico: es al mismo tiempo el lugar del afecto y la intimidad y también el ámbito privilegiado de la violencia”*<sup>20</sup>

Otro de los indicadores de vulnerabilidad que también constituye un desafío es la pobreza, que implica no solamente la falta de recursos materiales sino también de las posibilidades u oportunidades para facilitar la toma de conciencia necesaria para lograr la autonomía de gestión de las personas. Jelin afirma en este sentido que *“el bienestar familiar se halla condicionado por la manera en que los miembros del grupo “aprovechan” las oportunidades que la estructura productiva y socio-política les ofrece en cada momento...los seres humanos no son entes pasivos que reciben las influencias del medio, sino agentes activos de su propia realidad, en condiciones sobre las cuales, una vez dadas, resulta difícil intervenir a partir de la atomización y el aislamiento del mundo “privado” familiar”*<sup>21</sup>.

La vida cotidiana es entonces una caja de resonancia donde de alguna manera se disfrutan y padecen situaciones que articulan el “adentro” y el “afuera”.

### **2.3 Vida Cotidiana.**

Ámbito fundamental de la convivencia social, la vida cotidiana es el espacio donde se expresan y articulan las distintas modalidades de relacionamiento humano en la búsqueda del desarrollo de los proyectos de vida humanos. La misma palabra *“convivencia”* es además la que mejor refleja el sentido de la cotidianidad. Con-vivir quiere decir *“vivir con otros”*. En esa cotidianidad los hombres comparten directa o indirectamente sus necesidades, afectos, valoraciones, dando lugar a las diversas formas de vínculos que van determinando las trayectorias de vida.

Por eso para Agnes Heller *“la vida cotidiana es la vida de todo hombre...es la vida del hombre entero, o sea: el hombre participa en la vida cotidiana con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad. En*

---

<sup>20</sup> Jelin, Elizabeth, ob. cit. pág. 120

<sup>21</sup> Jelin, Elizabeth, ob. cit. págs. 97-98

*ella se “ponen en obra” todos sus sentidos, todas sus capacidades intelectuales, sus habilidades manipulativas, sus sentimientos, pasiones, ideas, ideologías”* <sup>22</sup>

Generalmente se concibe la vida cotidiana como “lo común” o “lo vivido por todos”, con lo cual aparecería la cotidianidad como algo homogéneo. Sin embargo lo que caracteriza a la cotidianidad es la diversidad. La propia A. Heller advierte ese peligro de “ocultamiento” de las diversidades ricas y necesarias, afirmando que *“la vida cotidiana es en gran medida heterogénea, y ello desde varios puntos de vista, ante todo desde el del contenido y la significación o importancia de nuestros tipos de actividad...pero la significación de la vida cotidiana, al igual que su contenido, no es simplemente heterogénea, sino también jerárquica. Lo que ocurre es que, a diferencia del hecho mismo de la heterogeneidad, la forma concreta de la jerarquía no es eterna e inmutable, sino que se modifica de modo específico según las diferentes estructuras económico-sociales”*<sup>23</sup>

Los contextos cambian, las estructuras sociales dan cuenta de procesos dialécticos que resignifican las realidades sociales, por lo que se debe pensar en una heterogeneidad de cotidianidades en constante movimiento.

Los contextos condicionan, porque esos condicionamientos son a su vez el resultado de posibilidades y de faltas de posibilidades para el desarrollo de las potencialidades humanas. En este sentido es muy importante lo que aporta nuevamente Heller cuando nos dice que *“el hombre nace ya inserto en su cotidianidad. La maduración del hombre significa en toda sociedad que el individuo se hace con todas las habilidades imprescindibles para la vida cotidiana de la sociedad (capa social) dada”*<sup>24</sup>

La realidad cotidiana es multidimensional y compleja. Ya en la matriz primera de ese juego de vínculos comienzan las expectativas y los roles. La organización doméstica de la familia constituye el espacio inicial de esa realidad cotidiana *“La dinámica intradoméstica cotidiana constituye un aspecto central de la vida familiar y requiere una consideración explícita, tanto en lo que*

---

<sup>22</sup> Heller, Agnés (1985), *Historia y vida cotidiana*, México, Ed. Grijalbo, pág. 39

<sup>23</sup> Heller, Agnés, ob. cit. pág. 40

<sup>24</sup> Heller, Agnés, ob. cit. pág. 40

*se refiere a los patrones de división del trabajo como a las interacciones y decisiones vinculadas a la asignación de recompensas, del consumo y el presupuesto (de dinero, de tiempo y de respeto)<sup>25</sup>*

En este sentido nos parece importante recordar el aporte que sobre este punto realiza Carlos Eroles <sup>26</sup> al plantear lo que el entiende como los temas que se relacionan con la familia en cuanto contexto social básico:

- 1) *el modo de ser familia*. Refiere a la estructura social familiar, a partir del concepto de que en una sociedad compleja dicha estructura es plural. Actualmente existen diversas formas de integración del grupo familiar, todas valiosas. Las patologías no están en la conformación del grupo familiar sino en las llamadas “enfermedades” vinculares.
- 2) *las funciones familiares*. Refiere a las funciones inherentes a la estructura familiar. Aquí Eroles también alude a la salud vincular. No se trata de que no sea sano que alguno de los miembros de la familia deba ocupar el lugar de otro a partir de la ausencia de ese otro, sino de que ello se produzca sin afectar el desarrollo de la vida familiar.
- 3) *la trama vincular y el desarrollo de las crisis vitales y conflictos de la vida cotidiana*. Refiere a la vida evolutiva de la familia, por una parte y con los conflictos que surgen de las relaciones familiares (de pareja; de padres a hijos).
- 4) *la identidad familiar*. Refiere al derecho a la identidad y a las situaciones que lo dificultan (privación del vínculo, adopción, ruptura cultural, etc.)
- 5) *la satisfacción de necesidades sociales básicas y la calidad de vida*. Refiere al derecho de todo grupo familiar en condiciones de marginalidad, a la cobertura de las necesidades básicas para vivir en condiciones dignas. .
- 6) *vulnerabilidad y/o riesgo social*. Refiere a los factores sociales que conforman cuadros graves en cuanto a la plena vigencia de los derechos o las posibilidades de autogestión del propio destino (maternidad adolescente, adicciones, delincuencia, etc.)

---

<sup>25</sup> Jelin Elizabeth (1998), *Pan y afectos. La transformación de las familias*, México, F.C.E. ps. 135-36.

<sup>26</sup> Eroles, Carlos (2004), *Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*, Bs. As. Espacio Editorial, págs. 42-44.

- 7) *las situaciones límites*. Refiere a los problemas sociales surgidos de circunstancias que modifican abruptamente la vida del grupo familiar (accidentes, abandonos, discapacidades, enfermedades mentales, etc.)
- 8) *las patologías intrafamiliares*. Refiere a cuadros patológicos que resultan en maltrato familiar que impiden el ejercicio de las funciones familiares (como padres enfermos mentales, la violencia física o psicológica, los abusos, etc.)
- 9) *la vulneración de la ética sexual dentro del grupo familiar*. Refiere a las situaciones graves vinculadas con la sexualidad (violaciones, incestos, etc.).

Pero la cotidianidad supone también lo extradoméstico, pues como afirma Jelin *“para su bienestar físico, psicológico y social, el individuo requiere su integración en redes sociales comunitarias, redes que contienen y canalizan la afectividad en las que se vuelca la capacidad de solidaridad y responsabilidad hacia el otro, redes que confieren identidad y sentido. Si en tiempos pasados esta función estaba depositada fundamentalmente en un tipo casi único de familia, sin otras alternativas y opciones, en la actualidad las transformaciones de los vínculos familiares indican la necesidad de promover y apoyar la gestación de múltiples espacios de sociabilidad en distintos tipos y formas de familias, así como también en organizaciones intermedias alternativas o complementarias, que promuevan el reconocimiento mutuo y la participación democrática”*<sup>27</sup>

La vida cotidiana está cargada de alternativas, de elecciones. Los hombres tratan permanentemente de transformar las condiciones que impiden la realización de los proyectos de vida; de los propios y de los semejantes. No siempre con logros. Los condicionamientos y el margen de autonomía o libertad juegan también en este intento.

Como nos dice Heller *“la estructura de la vida cotidiana, aunque sin duda constituye un terreno propicio para la extrañación, no es en modo alguno extrañada por necesidad”*<sup>28</sup>. Y agrega luego que *“hay extrañación desde que existe un abismo entre el desarrollo humano-específico y las posibilidades de desarrollo de los individuos humanos, entre la producción humano-específica y*

---

<sup>27</sup> Jelin, Elizabeth, ob. cit. págs. 137-138

<sup>28</sup> Heller, Agnés, ob. cit. pág. 65



*la participación consciente del individuo en ella*<sup>29</sup>. El capitalismo ha profundizado ese abismo.

Esta autora continúa analizando la importancia de determinadas condiciones sociales para impedir las realizaciones humanas *“la vida cotidiana no es extrañada por necesidad, a consecuencia de su estructura, sino sólo en determinadas circunstancias sociales...la vida cotidiana tiene siempre una jerarquía espontánea determinada por la época, por la producción, por la sociedad, por el lugar del individuo en ésta...esta jerarquía espontánea otorga a la individualidad un margen de movimiento diferente en cada caso”*<sup>30</sup>

Heller continúa analizando la tensión que en la vida cotidiana se presenta cuando se intenta eliminar esa “extrañación”: *“el regimiento de la vida supone para cada cual una vida propia, aún manteniendo la estructura de la cotidianidad: cada cual ha de apropiarse a su modo la realidad e imponerle el sello de su individualidad...pero no es imposible trabajar en el regimiento de la vida mientras las condiciones generales económico-sociales favorecen aún la extrañación”*<sup>31</sup>

Se trata del “camino de doble vía”, del proceso dialéctico donde se significa y resignifica lo individual y lo colectivo. En este sentido, todas las situaciones y las acciones tienen impacto. La vida cotidiana de la familia fundamentalmente.

### **CAPÍTULO III**

#### **3 - La salud mental: su impacto en la familia y su Cotidianeidad.**

Como lo dijimos anteriormente, para abordar el tema de la Tesis, lo hicimos desde las categorías de análisis *Salud Mental, Familia, y Vida Cotidiana*, porque entendí son las que constituyen el mejor marco para la propuesta planteada.

Como ya se ha expresado, la salud mental es un tema que se está visualizando cada vez más, y eso me parece sucede por varias razones, entre las que es fundamental la difusión de los productos de los trabajos individuales

---

<sup>29</sup> Heller, Agnés, ob. cit. pág. 66

<sup>30</sup> Heller, Agnés, ob. cit. págs. 67-68

<sup>31</sup> Heller, Agnés, ob. cit. pág. 69

o grupales que respetan y actúan sobre la relación dialéctica entre teoría y práctica.

Eso sucede también porque actualmente en el Uruguay hay políticas de Estado <sup>32</sup>dirigidas a la cuestión social <sup>33</sup> como fenómeno integral, y porque existe una formación científica, universitaria cuyo objetivo es preparar profesionales comprometidos.

Es frecuente oír, en general, por ejemplo, que *“cada vez hay más gente con depresión”* o *“es impresionante cuántos niños y adolescentes toman antidepresivos”*.

Pero además los uruguayos nos estamos dando cuenta cada vez más de la importancia de la relación entre las condiciones de existencia y el sufrimiento emocional.

Como afirma Beatriz Fernández Castrillo *“en la esfera psicosocial, es difícil precisar si los problemas sociales son origen o consecuencia de los procesos mentales: la dimensión “social” genera factores de externalidad, en donde el eje no depende estrictamente de los individuos; la dimensión “psico” genera factores de internalidad, en donde el eje depende de los individuos. La combinación de ambas en la expresión “Psicosocial” construye un territorio complejo entre el “afuera” y el “adentro”, entre lo individual y lo colectivo, entre lo macro y lo micro. Hablar de la “dimensión psicosocial” no da cuenta de una extraterritorialidad conceptual; es más bien hablar de un campo donde la frontera se vuelve difusa por los efectos recíprocos entre una y otra dimensión. La diversidad de la problemática dificulta la construcción de una perspectiva excluyente y exclusiva que abarque cualquier situación posible en un área tan compleja donde los límites del entramado se entrecruzan y confunden”<sup>34</sup>*

Partiendo del nuevo paradigma de la Salud queda claro que el abordaje de la enfermedad mental no puede reducirse a tratar a la persona que lo

---

<sup>32</sup> La participación del Estado en la *cuestión social* responde a la necesidad de moderar o neutralizar el conflicto que resulta de los *estados de necesidad*.

<sup>33</sup> Expresión surgida en el siglo XIX en Europa y que refería a los problemas generados por la Revolución Industrial a la clase trabajadora. (pobreza, explotación, mala calidad de vida). Para Robert Castell (Castel, Robert. *La metamorfosis de la cuestión social*, Paidós. 1995). teniendo en cuenta el componente transformador de la cuestión social, ésta se puede definir como *“una aporía (incertidumbre) fundamental en la cual la sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura...”* . De allí la vinculación entre *cuestión social* y *conflicto social* . (Clemente, Adriana, *Cuestión social y quehacer profesional en Trabajo Social*, Conferencia presentada en el Congreso Nacional de Trabajo Social de Araxa, Mar del Plata, R. A., 2044).

<sup>34</sup> Fernández Castrillo, Beatriz, op. cit. pág. 39.

padece. Las personas pertenecemos a grupos o colectivos que -más allá de la profundidad de los vínculos entre quienes los integran-, producen acciones y situaciones que tienen impacto sobre el propio grupo o colectivo.. Por lo tanto todas las personas formamos parte de ese proceso de retroalimentación permanente durante el cual somos impactados y contribuimos a impactar. Por esta razón *“los males del individuo, la familia y la sociedad forman un continuo”*

35

Para reafirmar este concepto Becerra y Kennel parafraseando a Ackerman <sup>36</sup> sostienen que en el abordaje de la enfermedad mental debemos tener en consideración tres niveles: “a) lo que está pasando psíquicamente en una persona, b) lo que sucede entre esta persona y su ambiente humano, y c) lo que está perturbado en el proceso social del mismo ambiente”.<sup>37</sup>

También de los testimonios de los integrantes del Grupo *Esperanza* se confirma lo que afirman Becerra y Kennel cuando nos dicen que *“no es, pues la naturaleza del conflicto sino los recursos totales que tengan para enfrentarlo, elaborarlo o manejarlo, y también el carácter patológico del grupo familiar del que forma parte, lo que debemos tener en cuenta para evaluar el grado de salud o enfermedad de los individuos o grupos”*<sup>38</sup>

A modo de complemento de lo anterior, y como afirma Beatriz Fernández *“no sanan ni enferman los cuerpos ni las almas, sino las personas incluidas en sus redes de vínculos”*.

Desde la perspectiva de la integralidad del fenómeno de la salud y la enfermedad, Fernández – citando las palabras pronunciadas por el profesor Martín de Lellis en una conferencia que este dictara en 2007 en la U.B.A., nos recuerda que *“generalmente se habla de lo mental y de lo físico como instancias divididas, pero también está lo cultural, o sea lo mental, que es cada vez menos posible de pensar fuera de lo cultural, lo mental deviene del sistema simbólico en el cual se inserta, se desarrolla y se socializa la persona.*

---

<sup>35</sup> Becerra, Rosa, Kennel, Beatriz (2008), *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*, Bs. As., Editorial Espacio, pág. 16.

<sup>36</sup> Ackerman, N., *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*, Bs. As., Ed. Hormé, (sin fecha), en Becerra, Rosa, Kennel, Beatriz, *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*, Bs. As., Espacio Editorial, pág. 16.

<sup>37</sup> En Becerra, Rosa, Kennel, Beatriz (2008), *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*, Bs. As., Espacio Editorial, pág. 16.

<sup>38</sup> *Ibíd.* pág. 17.

*Ponemos lo mental y lo físico, pero están lo mental, lo físico y lo cultural como tres instancias que deberían estar fuertemente soldadas”<sup>39</sup>*

En esta línea, Eroles sostiene que así como *“la familia es el núcleo fundamental de la sociedad, y en ella el ser humano nace, crece y se desarrolla, en su tarea socializadora, la familia cumple con la trascendente función social de preservar y transmitir los valores y las tradiciones del pueblo, sirviendo de enlace a las generaciones”<sup>40</sup>*

Dentro de este contexto la función materna sigue siendo fundamental. En este sentido el mismo autor nos recuerda que *“es la función encargada de las conductas nutricias, no sólo a través del alimento (pecho, comida) sino de poder incluir esto en un clima de afecto y continencia corporal; es la que permite que el primer contacto con el mundo exterior se dé en un clima continente que le permite al infante desarrollar la confianza básica necesaria para vivenciar al mundo como acogedor y no hostil; le presta su yo, mientras le ayuda a construir el propio; ofrece su cuerpo como extensión reaseguradora y estable.. La función materna tiene un carácter aglutinante, centralizador y cohesionante, pero que también puede actuar reteniendo e inhibiendo el crecimiento”<sup>41</sup>*

Los testimonios también dieron cuenta ampliamente de ello. No solamente por lo que respondieron, sino también por las peripecias de su propio contexto familiar. Sus propias historias son claves en este sentido.

### **3.1 Los entrevistados**

El grupo con el cual se trabajó estuvo constituido por seis personas: que aparecerán con nombres ficticios a efectos de preservar el anonimato. Patricia, Pedro, Ana, Laura, Elena y Silvia. Son familiares de personas con patologías mentales, integrantes del Grupo *Esperanza*. Silvia es la presidenta de la Organización.

Pedro hace veinticuatro años que contiene y apoya a su hijo que sufre esquizofrenia.

---

<sup>39</sup> En Fernández Castrillo, Beatriz, op. cit. pág. 22.

<sup>40</sup> EROLES, Carlos (Coord.) (2004), *Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*, Bs. As. , Espacio Editorial, pág. 131.

<sup>41</sup> *Ibíd.* págs. 142-143.

Elena tiene 4 hijos varones, uno de ellos tiene Síndrome de Down, y otro, Matías que tiene 37 años y un diagnóstico de esquizofrenia.

Laura tiene varios hijos, uno de ellos, Marcelo tiene esquizofrenia. Tiene 34 años de edad y se le diagnosticó la enfermedad cuando tenía 24 años.

Patricia, madre de Rodolfo, que tiene 21 y diagnóstico de esquizofrenia.

Ana, maestra jubilada, viuda, madre de Daniel, de 30 años con diagnóstico de esquizofrenia.

Silvia, presidenta del Grupo *Esperanza*, y madre de una adolescente con diagnóstico de esquizofrenia.

### **3.2 Las entrevistas**

Las entrevistas fueron realizadas durante los meses de setiembre y octubre de 2011.

Se trabajó a partir del eje relacionado con los aspectos referidos al cuidado del integrante del núcleo familiar que posee el trastorno o enfermedad mental, y para ello se plantearon temas concretos relacionados con dicho eje. .

Si bien cada experiencia es intransferible por la propia especificidad, todas presentan algunas características comunes.

Los entrevistados manifestaron sus propias historias como familiares, dando cuenta de sus propias peripecias, que en general confirman el lugar complejo y no siempre visible y asumido, de la patología psiquiátrica

Como familiares, todos han apelado al apoyo de los médicos como primera referencia ante la confirmación de ese tipo de patología sufrida por un familiar. Las experiencias con respecto al **rol del médico** tratante son también variadas. Desde el médico que poniendo distancia, advierte los graves problemas que vendrán cuando la enfermedad se profundice, hasta la médica que preocupándose por atenuar el dolor del familiar, demuestra su compromiso humano buscando diferentes alternativas para lograr una solución.

*Siempre tendría que ser mejor, pero no solo es el médico que medica y diagnóstica, debe haber mucho más; que se hace después? Quien prepara al*

*familiar para lo que vendrá? Esta el curso de psicoeducación que se da una vez por año, pero los médicos deberían apoyar a las familias, sugerir y hasta indicar la rehabilitación (que muchos médicos no lo indican) ellos tendrían que indicar eso y hacer el curso, hay que fomentar que se haga el curso” (Silvia).*

*“Matías tiene 37 años de edad y fue diagnosticado recién cuando tenía 34 años. Los médicos lo trataban como un cuadro de depresión. Los médicos se equivocaron. Se perdió mucho tiempo” (Elena)*

*“el médico sólo revisa al paciente físicamente, luego rebotan por otros profesionales, hasta que dan un diagnóstico de una enfermedad que no te dicen qué hacer para sobrellevarla. El médico tiene que tener capacidad para evaluar y diagnosticar rápidamente. Además no te dicen si se puede rehabilitar, y si se puede donde y cómo hacerlo” (Pedro).*

*“algunos médicos son muy crueles...uno me dijo que la esquizofrenia de mi hijo era como un cáncer. Que lo que el cáncer hacía con el cuerpo la esquizofrenia lo hacía con la mente. Otro me dijo que mi hijo iba a terminar enjaulado...cuando salí del consultorio me tuve que tomar un taxi porque no sabía para dónde quedaba nada...me sentí morir” (Ana)*

*“después de mucho andar de consultorio en consultorio fuimos a una doctora que nos atendió amablemente. Nosotros estábamos desorientados, y ella nos indicó hasta los trámites que teníamos que hacer para seguir atendándolo” (Laura)*

*“Cuando el medico le comunica a la familia que su hijo o algún miembro de la familia tiene esquizofrenia es como una bomba. Se hace muy duro, es malo para el enfermo y para su entorno. La situación diaria es muy difícil” (Pedro).*

Más de un entrevistado señaló que ante la falta de información por parte de los médicos, recurrían a Internet para saber algo más de las enfermedades.

Si bien dependiendo del caso, personas con distinto vínculo con el paciente, asumen algún rol en el cuidado de este tipo de pacientes, **el rol materno** es fundamental. Las madres son generalmente las que cumplen un papel esencial.

*“tanto mi esposa como yo nos hicimos cargo de la enfermedad de nuestro hijo, pero fue mi esposa la que estuvo desde el principio con él,, ya que a mí me costó un tiempo largo aceptar la realidad”* (Pedro)

*“fue una enfermera, que lo primero que hizo fue criticarme porque yo estaba con él, que lo estaba sobreprotegiendo y que la sobreprotección es lo peor que hay, yo lo comenté con mi marido todo eso y me dijo: Mira, él lo comento con sus amigos, no hay ninguna madre que no sobreproteja a un hijo que esta en una situación de esas o similar. Porque te empiezan a poner las pesas de la culpa, eso es lo primero que hacen los profesionales, ponerte las pesas de la culpa”* (Ana)

*“los familiares deben aprender porque los resultados son catastróficos, es una catástrofe que entre a la casa, porque es una enfermedad que se puede controlar pero no curar. Al hombre sobre todo le cuesta mucho asumir, a los padres les cuesta más que a las madres, y éstas últimas lo hacen más rápido”* (Patricia).

*“una enfermera me dijo que yo sobreprotegía a mi hijo. Pero mi marido murió y mis otros dos hijos hicieron su propia vida. Además muchos profesionales te empiezan a poner la culpa, y al final la madre es la que siempre está al firme”* (Ana)

*“al hombre sobre todo le cuesta mucho asumir, a los padres les cuesta más que a las madres y éstas últimas lo hacen más rápido”* (Silvia).

En cuanto a **las relaciones sociales** de las personas que sufren este tipo de patología, esas relaciones generalmente son conflictivas. Ya se trate de cuadro de esquizofrenia o de trastornos depresivos, los vínculos son escasos y

muchas veces no existen, ya que el aislamiento suele ser una de las formas más frecuentes de comportamiento de estos pacientes.

En el caso de Elena, la esquizofrenia de su hijo se desencadenó a partir de un viaje que realizó mediante una beca, ya que era un buen estudiante y estaba por ingresar a la Facultad de Medicina. El padre del hijo de Elena era médico y consultó inmediatamente, por lo que el diagnóstico fue muy rápido.

En fin, la enfermedad lleva a reconocer que aquel hijo que fue ya no es más, es como si te lo hubieran cambiado, *“toda la familia asumió el problema y colaboraron todos. Si no se sabe como tratarlos la convivencia es imposible la convivencia”*

En su caso nos dice que es muy triste y doloroso renunciar a lo que uno soñaba. Es el ver a un hijo que no era tu hijo, esa es la realidad, y todo eso cuesta mucho, no es muy fácil.

Cambios de vida, enseñar a los otros hermanos, pues hubo enfrentamientos fuertes con cada uno, a veces cuando algo no les gustaba se comenzaban a pelear, es muy bravo.

*Una vez se peleó con un hermano y le pegó un palazo, se fue a la playa y comenzó a meterse al agua, esa fue una situación de crisis en que devino una internación”.*

La vida de su hijo enfermó cambió rápidamente. Luego de la enfermedad no estudió más. Abandonó en segundo año de Facultad de Medicina porque no podía concentrarse. Pero el haber estudiado por su carrera temas de salud y enfermedad, aprendió a conocerse en la enfermedad y a cuidarse.

Pero Elena siempre estaba a su lado.

Cuando el enfermo está en un período de calma muchas veces intenta comenzar vínculos.

*“Su ideal es tener una novia, él esta loco y chocho por tener una novia y por tener su pareja, claro, no tuvo nunca ni pareja ni novia pero bueno él esta enloquecido por enamorarse, y yo también lo deseo, encontrar una buena muchacha que lo entienda, él sería re feliz” (Patricia).*



*“Ahora está ‘más normal’, toma iniciativa, prepara la comida, lava la cocina, tiende la cama, etc. Se quiere anotar en la ACJ (Asociación Cristiana de Jóvenes). En el día de ayer concurrió a una clase de yoga. (Elena)*

*“Ellos tienen que saber que se tiene que respetar, saben que tienen la necesidad de defenderse. Se valora mucho el tener la llave de la casa, limpiarla, realizar mandados, etc. De todas maneras, los límites siguen siendo constantes, tiene que ver con el vivir y convivir con los derechos de los demás” (Elena)*

*“Después de mucho tiempo mi hijo va recuperando su vida social. Actualmente está viviendo con tres compañeros, luego de aprender a convivir con la enfermedad y con la medicación” (Pedro)*

*“Luego de la enfermedad, mi hijo no estudió más. Llegó hasta 2º año de Medicina. Ahora vive solo, y es fundamental el apoyo que tiene de los vecinos” (Elena)*

*“A mi hijo le fue difícil, porque tiene un carácter de darse mucho y no sabe elegir, y ahora la relación que tiene es de los amigos que se hizo ahí adentro (donde estuvo internado), amigos de su generación, pero le quedan muy pocos porque se pierden por los procesos de la vida, se casan, se mudan lejos...” (Ana)*

*“Una compañera de trabajo de mi hijo me avisó que él “hacía cosas raras”...encontrás pocas personas fuera de tu familia que entiendan el problema de la enfermedad mental. Además con la enfermedad hay un rechazo y trae dificultades en el trabajo. Es común escuchar “no digan que tienen esquizofrenia”. (Laura)*

*“Los síntomas que se empiezan a observar en la vida cotidiana, se refieren a la concentración de ellos, y a cómo se relacionan con los demás. Comienzan a perder las amistades y se encierran en sí mismos. No logran aceptar la enfermedad y por ende no toman la medicación.” (Silvia)*

*“Porque lo más feo que tiene de esta enfermedad que de la nada el hace un problema, hace un mundo, y el único que lo baja a tierra es mi cuñado por que a mi me echa de la casa como mil veces, con el hermano ni se ve, con los sobrinos grandes ya ni salen, y amigos con el que le quedó prácticamente ni se frecuentan” (Ana),*

En lo que se refiere a **los tratamientos**, no es lo normal que la primera propuesta de los médicos se convierta en la solución exitosa y definitiva de los problemas de salud de quien lo necesita.

*“Hay condiciones esenciales para el tratamiento de los pacientes: Lo principal es el diagnóstico, hoy hay que exigirlo, pero hace 25 años no había generalmente diagnóstico y costaba mucho obtenerlo. Hay algunas familias que les cuesta asumir el diagnóstico. -Luego importa la medicación (es insustituible) y la importancia de tomarla, y que el paciente lo asuma y se haga responsable de ella. Generalmente la medicación es un trabajo que recae en las madres, y las madres que pueden estar con ellos. –Luego de tener el diagnóstico y la medicación debería obtenerse rehabilitación psicosocial; esto es indispensable para poder volver a aprender lo que perdió. Y luego el apoyo de la familia. Es muy importante el grupo en la ayuda a las familias. Es fundamental la educación y preparación de las familias en la temática, es un tema muy complejo” (Silvia).*

*“La enfermedad se puede presentar manifestándose de dos maneras: A partir de alucinaciones o ideas delirantes, o con el encierro, el ocultamiento, el temor por el “afuera, es cuando la persona está encerrada en su habitación, cuando “se achancha”. (Laura)*

*“No siempre los médicos recomiendan el tratamiento que el paciente necesita. La persona esquizofrénica puede presentar un cuadro de alucinaciones, ideas delirantes, etc., o de depresión, cuando se pasa encerrado en su habitación, cuando se “achancha”” (Elena).*

*“Y después empezaron unos tratamientos que estuvo como veinte días internado, después otro tratamiento que yo que se si son buenos o son malos, hasta hoy me lo cuestiono, si haces bien o haces mal en permitir mucha cosa, dicen los médicos que la micro narcosis es inocua, incluso hoy lo dice mi hijo también, pero es espantosa, es espantoso todo porque vos te enfrentas a algo que no tenés ni idea, el médico te zampa, es tal cosa, porque a mí me lo dijeron, es un cuadro de psicosis aguda o algo peor, entonces vos lo que te preguntas: ¿qué es lo peor? Entonces me dijeron que era una esquizofrenia y bueno a partir de ahí empezás a ver hasta brujos, lo que venga y lo que te diga que te lo cura, cualquier cosa, aunque nadie te lo cura empezando por ahí, y uno lo aprende después de muchísimos años, pero bueno...”* (Ana)

*“Al principio Marcelo se olvidaba tomar la medicación. Eso le pasa a muchos pacientes, por eso la familia tiene que controlar permanentemente que los tomen porque ni no se pueden descompensar”* (Laura)

*“Hay médicos que no les sirve que el enfermo se cure del todo...hay gente que gana mucha plata con la salud de la gente...y hay otros, como el que me dijo que lo iban a tener que encerrar en una jaula, que como lo quería empezar a tratar de cero le quitó la medicación que venía tomando para verlo en su “estado normal”, y eso le hizo un daño muy grande...retrocedió y se enfermó más”* (Ana)

*“A mí me han dado diez mil diagnósticos, unos dicen que es psicosis maníaco-depresiva, otros dicen que es esquizofrenia, otros dicen que es un esquizo afectivo, y yo llegué a esta conclusión: a mí que me importa cómo se llama la enfermedad, yo tengo que atacar la enfermedad y ver como hago para vivir lo mejor posible”* (Ana)

*“No hay apoyo de ninguna institución. Si tiene apoyo aquellas personas que le falta una pierna, una mano. Pero de la mente no tienen apoyo. Para personas declaradas incapaz conseguir una pensión es muy difícil”* (Laura).

En cuanto a **la colaboración** parece importante abordar no solamente la colaboración o no de los integrantes de la familia que se requiere en este tipo de cuidados, sino también la existencia o no de instituciones de servicio o apoyo a las familias con personas que sufran de patologías psiquiátricas. En la realidad, la colaboración depende de muchos factores.

Hay personas que como *Olga*, que con más de 25 años de experiencia de trabajo con familiares de pacientes que presentan problemas de salud mental, siendo hoy orientadora familiar, integra el “*Grupo de la esperanza*”, desde donde se colabora con este tipo de casos.

Desde su propia experiencia (tiene un hijo esquizofrénico), ella aporta su colaboración apoyando a las familias para que tengan la actitud que corresponde frente a este tipo de patología, que *“generalmente se presenta en la adolescencia, muchas veces como resultado de una experiencia estresante...y a los jóvenes se los ve como vagos, y se los increpa...sin embargo lo correcto es tratar la crisis, no gritarles ni enfrentarlos...hay que darles cariño, abrazarlos. A veces se piensa que es rebeldía, producto de la adolescencia, pero es la enfermedad, y generalmente es genético”* (Olga).

*“Trabajó como enfermero en el Hospital de Clínicas junto conmigo, pero actualmente ya no trabaja porque fue jubilado por discapacidad. Yo me tuve que jubilar por años de servicio, y para poder cuidarlo.. Mi jubilación es poca, y la pensión de Marcelo solo le alcanza para pagar el psicólogo”* (Laura)

A nivel institucional el apoyo público es mínimo. De ahí que sean tan importante las asociaciones o grupos de apoyo que como organizaciones no gubernamentales cubren la inexistencia de esos espacios públicos de contención, colaboración y seguimiento.

*“Lo grupos de enfermos bipolares, y sus familias se reúnen en Conventuales (Canelones e Ibicuí)); pues antes estaban juntos y luego se separaron los de esquizofrenia por un lado y bipolares por otro. Es importante los cursos de psicoeducación que se dan, hay también en el Vilardebó; es fundamental recomendárselos a las familias”* (Silvia)

*“Está faltando el ¿después que?, ¿Que hacemos con el cuidador?, ¿Quién me va a suplir cuando yo me muera?*

*Respecto a las carencias como la falta de información, de criterio. Cuando el usuario es paciente con esquizofrenia esta esperando por el turno, los enfermeros no se dan cuenta que es un paciente diferente y que sus tiempos no son los mismos que el de otros, es decir, cualquier persona podría esperar hasta ser atendido, pero un paciente con esquizofrenia no lo puede hacer.*

*Deben existir centro de rehabilitación que contenga a la familia y al paciente, pero además que los costos sean menores.*

*Es importante que las instituciones se encuentren en todo el país, ya que en el interior las ausencias son mayores.*

*Es importante cuidar al cuidador. ¿Quién cuida al cuidador? , Nadie!!” (Laura) .*

*“La enfermedad destruye a la familia, y es verdad, yo te diría que no conozco ninguna familia que no este destruida, destruir en el sentido de que cada uno hace la suya viste, desaparecen los amigos, desaparece todo, de alrededor de el, no? Eso es una realidad de la que intentamos nosotros, como familiares y en las situaciones que yo he estado formando grupos, intentamos que la gente entienda que es lo peor que pueden hacer pero lamentablemente no se entiende, se sigue sin entender y bueno, los hermanos se casaron, y bueno....” (Ana)*

Como afirmábamos al comienzo, más allá de lo concreto y específico de la experiencia de cada entrevistado, hay como un denominador común en estas historias de vida.

Tal vez la estigmatización de este tipo de pacientes, la invisibilidad de muchas situaciones (los prejuicios, por ejemplo), la falta de coordinación entre los profesionales de la salud, o, en definitiva, la carencia de una perspectiva holística para el abordaje de los problemas humanos, hacen de la enfermedad mental un problema social a resolver todavía.

*“Al principio es muy difícil la colaboración de la familia. Hay como un impacto. Los familiares deben aprender por que los resultados son*

*catastróficos, es una catástrofe que entra a la casa, por que es una enfermedad que se puede controlar pero no curar” (Silvia).*

*“El aspecto económico: es muy importante, el Estado debería acompañar, al igual que también las mutualistas. Además de que exista la posibilidad de que tengan acceso a una vivienda, medicación, diagnóstico, etc. Capacidad de poder ir más allá, de poder atenderse siempre, de poder ir más allá del tratamiento. Es importante escuchar a la familia frente a estas necesidades” (Elena)*

*“Marcelo tiene varios hermanos, pero ninguno se ocupa de su enfermedad, recién ahora lo aceptan, al inicio de la misma sentían vergüenza”.*  
(Laura)

Los entrevistados dibujaron una realidad compleja, donde la familia tiene un rol fundamental en cuanto a la prevención de las patologías mentales así como en lo referente al tratamiento, acompañamiento y superación de este tipo de enfermedades cuando éstas son potenciales o a partir de la aparición de los síntomas y/o la obtención de un diagnóstico.

Porque *“la familia constituye la pauta básica o matriz para el desarrollo de la experiencia de “el estar con otros”, de “la capacidad para ser con el otro”*

“42

---

<sup>42</sup> Becerra, Rosa, Kennel, Beatriz, ob. cit. pág. 39.

## REFLEXIONES FINALES

Se puede afirmar que a partir del cambio de paradigma de *Salud* en general y de *Salud Mental* en particular, en la segunda mitad del siglo pasado, ha comenzado un proceso positivo en cuanto a la importancia de los factores estructurales para la consideración de lo saludable en el Proyecto de Vida de las personas.

No obstante ello, existen aún en la sociedad uruguaya ciertas percepciones y posicionamientos frente a las patologías psiquiátricas que todavía no tienen en cuenta la importancia del nivel de autoestima en la realización personal. Ya prácticamente no existe la idea de que el enfermo mental es un “loco” o un “poseído” al que hay que exorcizar, pero para mucha gente el problema del que carece de salud mental se soluciona solamente con encontrar “la pastilla” adecuada.

Las grandes compañías farmacéuticas productoras de medicamentos han incidido en fomentar esta creencia, incrementando la mercantilización de la medicina.

De todos modos actualmente la psicoterapia y las medicinas alternativas complementarias son aceptadas por mucha gente que ha abandonado los prejuicios a la hora de buscar soluciones de fondo a sus problemas emocionales.

Además, en nuestro país la reforma de la Salud impulsada por el gobierno desde 2005 ha producido un cambio en el sistema sanitario nacional, cuyo eje con respecto a la Salud Mental se ubica en considerarla en la dimensión del primer nivel de atención abordando la promoción, la prevención y el diagnóstico para mejorar la calidad de vida de la población.

En nuestro país se vienen llevando adelante acciones importantes en el marco de la Reforma del Sistema de Salud. Y en especial en lo que atañe a *salud mental*. Comenzó a funcionar el Plan de Salud Mental. Por el cual los servicios de ASSE, las mutualistas y los seguros privados deben ofrecer a sus usuarios asistencia psicológica. Con esta resolución “*el sistema hace un poco*

*más verdadera su idea de ver al usuario en una dimensión integral, aunque el plan tiene variadas limitaciones y cuestionamientos de recibo”*<sup>43</sup>

No obstante ello, todavía no existe en nuestro país un consenso entre los médicos especialistas en Salud Mental para definir la patología mental, y especialmente su tratamiento. De esto dan cuenta prácticamente todos los entrevistados. Los diagnósticos tardíos, así como los errores en la prescripción de ciertos fármacos por parte de algunos psiquiatras, estarían reflejando esa falta de consenso.

En cuanto a la respuesta que las instituciones públicas uruguayas han empezado a dar al problema de los pacientes con patologías mentales, las decisiones tomadas para cambiar el sistema de salud en nuestro país van en la dirección correcta. La incorporación de los servicios de atención psicológica, así como la creación de espacios para la atención de las adicciones reflejan el cambio de paradigma en la concepción integral de la salud.

Además la transformación en la asistencia del Hospital Vilardebó como hospital de atención de agudos y centro de referencia nacional de atención psiquiátrica, ha puesto en eje el enfoque interdisciplinario para el abordaje del problema de la salud mental de los ciudadanos.

Sin embargo el “debe” más importante está ubicado –como también han manifestado los entrevistados-, en el apoyo oficial para la contención, el apoyo y el acompañamiento de los pacientes luego de la atención primaria, y fundamentalmente a los familiares que deben hacerse cargo del enfermo.

Situación que trae consecuencias muchas veces dolorosas –de las que también dan cuenta los testimonios de los entrevistados-, ya que no todos los integrantes del núcleo familiar se hacen cargo ni de la persona ni de sus necesidades.

Esto implica que generalmente las mujeres –en especial las madres-, sean quienes cumplan con el cuidado de su familiar enfermo, postergando así su propio Proyecto de Vida, cayendo muchas veces en situaciones de desequilibrio emocional.

---

<sup>43</sup> Contreras, Mariana, “*Estás mal de la cabeza, o qué te pasa?*” en Semanario BRECHA, 9/8/11, págs. 14 y 15.



En este sentido fue relevante el anuncio que hiciera el Ec. Daniel Olesker el día que al asumir como Ministro de Desarrollo Social. En esa oportunidad Olesker recordó que el MIDES había llevado adelante desde su creación y hasta ese momento dos proyectos para cumplir con el deber del Estado para con los sectores sociales más necesitados de protección social: primero el Plan de Emergencia y como continuación de este, el Plan de Equidad. Según comentó Olesker, a su gestión le correspondería –y sería su prioridad- lo que llamó “la tercera reforma social” para continuar afirmando la matriz de protección social. Esta “tercera reforma” consistiría en la protección de tres sectores: la primera infancia, los discapacitados y los adultos mayores. E inmediatamente agregó que ello se haría no solamente por estos tres grupos de vulnerabilidad, sino también por proteger los derechos de aquellas personas que –según los datos estadísticos el 99.9 % son mujeres- están a cargo del cuidado de las personas integrantes de estos tres grupos de fragilidad social.

Y finalmente aclaró que sobre todo por si estas personas –que por opción o por obligación estaban al cuidado de ellos- pudieran trabajar –si querían- por su propia realización personal, tener también su propia vida, sus proyectos personales.

La necesidad de este servicio – “la tercera reforma” de la que habla Olesker-, es apremiante.

Ya que además, generalmente, al no estar preparados para enfrentar la nueva situación, el núcleo familiar entero se desestabiliza y entra en crisis. Los vínculos comienzan a deteriorarse y la vida cotidiana de toda la familia cambia. En relación con el tema elegido, el **objetivo general** de mi Tesis era problematizar el asunto a efecto de dar cuenta del *complejo y profundo impacto que produce en la vida cotidiana de la familia la existencia de una o más personas con patologías psiquiátricas.*

El cumplimiento de ese de ese objetivo general fue el resultado del análisis de todos los testimonios. Todos coincidían en ese complejo y profundo impacto.

Pero tal vez el más representativo de esa problemática es el testimonio de Silvia, quien además de ser madre de una hija esquizofrénica, hace 25 años que trabaja con pacientes psiquiátricos y con sus familiares, y es actualmente presidente del Grupo *Esperanza*.

Es por ello que tomo aquí el producto de la entrevista que a ella le hicimos para demostrar el objetivo alcanzado.

La enfermedad mental de un integrante del núcleo familiar produce un fuerte impacto, que hace de quien padece la patología y de su entorno familiar víctimas de esa fragilidad social que se mencionó anteriormente.

La esquizofrenia –que es la patología preponderante en el Grupo Esperanza-, es una enfermedad que surge por lo general en la adolescencia; por que es el momento crítico, de stress en la vida de las personas. Los desencadenantes pueden ser variados, pero a partir de ese momento comienza un viaje sin retorno. Los pacientes pueden tener mejores o peores momentos, pero como dice Silvia, *“la familia está en permanente vigilia”,* porque la crisis pueden desatarse en cualquier momento, y hay que saber abordarla, pero también hay que tratar de evitarlas. Pero también saber como hay que tratar la crisis ya que *“no gritarles o enfrentarlos, mantenerse serenos y escucharlos, se los debe agarrar fuerte con cariño para que aflojen, pero no castigarlo, sino abrazarlo, pero nunca gritarles”.*

A veces se piensa que es rebeldía producto de la adolescencia pero es la enfermedad. Y generalmente pesa lo genético.

Silvia insiste en que *“La convivencia es muy difícil, se exige mucha renuncia..., es muy importante aprender y aprender, no hay más remedio. Es la única manera de poder adaptarse al cambio que produce la enfermedad”.*

Hay familias para las cuales es difícil atender al familiar enfermo, porque no pueden dejar de trabajar, pero también hay mucha resistencia y hay gente que no quiere, que solo piensa en sacarse de encima el problema.

*“las cuidadoras naturales son las madres, cuando falla la madre es muy difícil. Con los hermanos es difícil por que van formando su propia familia, con sus hijos, entonces ya es mucho para ellos; por ejemplo es raro que los hermanos lo lleven a su casa, ya sea por los horarios de trabajo, por el espacio o por que no lo aguantan. La cuidadora nata es la madre, el padre como trabaja afuera generalmente está menos. Y si bien la madre está muy sobrecargada muchas veces igualmente es la que está presente”.*

Para Silvia la convivencia es difícil *“porque la gente no entiende y los tratan como vagos o locos, y tiene que borrarse esa palabra, porque no son tontos ni retrasados mentales”*

Muchas veces las familias se desintegran, porque la enfermedad *“genera un desastre en las familias; muchas veces el matrimonio se separa, la mujer queda y el padre muchas veces se niega a colaborar incluso económicamente por que dice que el hijo es un atorrante y la mujer queda sola y sin medios económicos, que peor que eso!! La mujer va hasta que aguanta, es tremendo, y mira que aguantan, pero el tema económico pesa mucho; es una catástrofe”*.

Silvia plantea que la psicoeducación es fundamental para los familiares. No solamente porque todos –toda la sociedad-, debemos conocer el problema, sino también porque la madre no puede seguir siendo la única persona que se ha cargo de la situación. *“Por lo general queda la madre. Pero hay que trabajar para cambiar eso, por que los padres mueren. Hay pocos hermanos que asumen y se hacen cargo totalmente de sus hermanos, además es difícil por que el enfermo no se hace simpático tampoco, es complicado. En muchos casos los hermanos (dada su propia familia, por el espacio, lo económico, los tiempos, o hijos chicos, etc.) los llevan a una institución.*

*Ahora la composición familiar es mas chica, no como las familias grandes de antes, cambió la sociedad y las costumbres”*

Silvia insiste en la importancia de la psicoeducación, *“en todas las etapas de la enfermedad lo principal es la educación, hay que aprender a tratarlo, y que aprenda a adaptarse el y los demás. Surgen miedos terribles, angustia, llanto, y muchas veces la familia le cuesta aceptar, pero hay que enseñarlo, es la única manera, enseñar”*.

Ante el tema de lo que se necesita para sobrellevar la situación, Silvia afirma que si bien supone gastos económicos extras, *“la familia sufre igual en cualquier situación social, pero obviamente al tener menos dinero es más difícil por que hay que mantener y alimentar a una persona que no produce. Hay lugares públicos como el patronato y el Vilardebó, pero hay que querer ir; está el médico gratis, los medicamentos; la rehabilitación, pero hay que ir siempre, hay que aprender que tiene que apoyar, inducir y hasta obligar que vaya el enfermo. En condiciones económicas más adversas es más difícil, pero en*

*buenas situaciones también se complica por que los enfermos no quieren ir (por las caras y demás), por eso es que el familiar y el enfermo deben aprender, los dos deben comprender y apoyarse, y sobre todo el familiar que es el sano. Hasta que el enfermo no aprende a compartir y tolerar a los demás la cosa no marcha”.*

Silvia continúa insistiendo en que las instituciones de apoyo a esta problemática -públicas y privadas- son escasas. En el ámbito público está el Hospital Vilardebó y el Patronato. Y afirma que *“debería de haber más y que los médicos deriven a los pacientes por que con la medicación solo no alcanza, controla la enfermedad pero y todo lo que se pierde (actividad, interés, concentración, etapas de su vida que no recuperaran nunca más); por ello es indispensable la rehabilitación, les ayuda a vencer algunos tabú, que los miren mal, tienen que aprender a comprender y tolerar al otro, si no son siempre como parias, a parte de todo y que no se integran, ser más sociables, además de aprender cosas que les son útiles (que muchas veces estas son como una excusa: fotografía, dibujo) aprenden a expresarse y a conocerse”.*

Silvia insiste en que deben crearse ámbitos o espacios para que las personas con estas patologías pudieran trabajar, ya que socialmente saben que hay que trabajar. Pero *“trabajar sin la previa rehabilitación los lleva al fracaso y la posterior desilusión”.* Y advierte de que generalmente no los toman para los trabajos, y que ellos pueden aprender por lo que piensa que es necesario prepararlos *“porque sin rehabilitación van a una derrota segura, es cruel.*

En oportunidad de la entrevista, a Silvia se le solicitó que mencionara cinco aspectos que más afecta a las familias con un integrante del núcleo familiar que padece una enfermedad mental. Y ella respondió.

*“-Uno es reconocer la enfermedad, es un shok, produce desmoralización, un dolor enorme, la ignorancia que se sufre.*

*-La dificultad económica.*

*-Se rompe el matrimonio muchas veces por esta causa, y las diferencias de ideas que se suscitan una debacle, se rompe la familia.*

*-Para el enfermo es dramático, se siente un paria. Y cuando se juntan dos enfermos es una catástrofe, al ser genético es catastrófico, al haber un*

*bebé quien los cuida, dos enfermos? Es catastrófico! Y es muy difícil controlarlos”.*

Evidentemente el impacto de una persona con patología psiquiátrica sobre la vida cotidiana de su núcleo familiar es muy fuerte. La articulación de factores estructurales (sociales, culturales, económicos) a lo que se agregan componentes genéticos, da cuenta de un panorama complejo, pero con espacios que habilitan acciones para superar situaciones dolorosas.

La responsabilidad es de todos. Pero el Trabajador Social tiene un rol fundamental.

## CONCLUSIONES

### Nuevos desafíos para el Trabajador Social:

#### La intervención del Trabajo Social con la familia en el campo de la Salud Mental

Antes de que el Trabajo Social fuera reconocido como una disciplina científica, el *trabajo social* se realizaba como una práctica no profesional –como una “tarea social”- dirigida a prestar asistencia a las personas con carencias y necesidades sociales. Independientemente de las buenas intenciones de quien o quienes pretendían espontáneamente solucionar los problemas de su “prójimo”, *“tales prácticas se desarrollaban bajo el soporte de la fe, la experiencia, la intuición y la voluntad o el compromiso personal de quienes las ejercían”*<sup>44</sup>

Si bien algunas de esas intervenciones no profesionales pudieron haber aliviado las carencias o necesidades sociales de ciertos individuos o grupos, el no reconocimiento (por desconocimiento o por defensa de intereses particulares) del Trabajo Social como disciplina científica, transformaron esas intervenciones en acciones voluntaristas convertidas en asistencialismo. Asistencialismo que hacían personas, grupos y Estados.

De ahí que la consideración del trabajo social como una profesión y su inclusión en los espacios universitarios sea –en muchos países- relativamente nueva, y haya comenzado cuando se tuvo conciencia de que *El Trabajo Social es una disciplina cuyo objetivo es la intervención en la resolución de los problemas sociales de individuos, familias, grupos, unidades territoriales, organizaciones, movimientos sociales, en relación a su calidad de vida y a sus potencialidades no resueltas, contextualizados en el marco de las relaciones sociales. Su intervención se realiza a nivel tanto disciplinario como interdisciplinario”*<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Vélez Restrepo, Olga, *Actuación profesional e instrumentalidad de la acción*, en Tonon, Graciela (comp.) (2005), *Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social*, Bs. As., Espacio Editorial, pág. 17.

<sup>45</sup> Facultad de Ciencias Sociales, Plan de Estudios de la Licenciatura en Trabajo Social, pág. 4.

Carmen Terra nos dice que el término “*intervención*” nos lleva a las nociones de “*querer actuar*”, “*tomar parte voluntariamente*”, “*entrar en el debate*”, “*mediar*”, por lo que la intervención “*es el conjunto de los objetivos y procedimientos puestos en práctica por los diferentes actores sociales en un determinado escenario, a fin de relacionarse e interactuar, incidiendo en la construcción y transformación de su sociedad*” <sup>46</sup>

La especificidad del concepto de *intervención* en Trabajo Social se relaciona entonces con la praxis, es decir, forma parte de ese proceso dialéctico que caracteriza la realidad social.

Desde este concepto, “*la noción de actuación inscribe al Trabajo Social dentro de una compleja trama de relaciones sociales e institucionales, planteando un giro epistemológico, metodológico y político importante para la profesión*” <sup>47</sup> Desde el punto de vista *epistemológico*, porque el reconocimiento del *otro* como sujeto implica la consideración de su subjetividad, por lo que el Trabajador Social deberá tener en cuenta la pluralidad de visiones y experiencias para lograr los consensos en la mediación que buscará las soluciones. De allí que desde la perspectiva *metodológica*, el profesional no debe ser considerado el “experto”, sino el mediador que acompaña al verdadero sujeto de la acción, que es ese *otro*. Y desde el punto de vista *político* porque las contradicciones y tensiones presentes en esa realidad social demandan del Trabajador Social criterio y responsabilidad ética.

En el marco de una nueva relación entre Trabajo Social y Ciencias Sociales, y en el entendido de superar el viejo esquema de separación entre la producción de conocimiento (cientistas) y la ejecución (técnicos), finalmente la formación en Trabajo Social obtiene la categoría de Licenciatura.

Finalmente se reconoce –como establece el Plan de Estudios vigente– que “*el Trabajo Social es una disciplina cuyo objetivo es la intervención en la resolución de los problemas sociales de individuos, familias, grupos, unidades territoriales, organizaciones, movimientos sociales, en relación a su calidad de vida y a sus potencialidades no resueltas, contextualizados en el marco de las*

---

<sup>46</sup> Citada por Claramunt, Adela (s/f), *Trabajo Social, Ciencias Sociales y formación universitaria: una aproximación para el debate*, F.C.S., pág. 10.

<sup>47</sup> Vélez Restrepo, Olga, op. cit. pág. 22.

*relaciones sociales. Su intervención se realiza a nivel tanto disciplinario como interdisciplinario*<sup>48</sup>

Si bien su objeto refiere a la *dimensión social* de áreas-problema en diversos planos de la vida humana, el Trabajo Social se diferencia de las demás ciencias sociales, en que además de generar conocimiento científico para intervenir técnicamente

Es por ello que, -como lo expresa también el Plan de Estudios de nuestra Licenciatura- se establecen dos *dimensiones* para la intervención profesional:

- la dimensión asistencial: *“El Trabajo Social realiza tareas para que las instituciones de bienestar social coloquen sus recursos y servicios en función de la habilitación de los derechos de los beneficiarios en el campo de la salud, la vivienda, la educación, el trabajo, etc., e Intermedia y gestiona la vinculación entre las instituciones de prestación de servicios y sus beneficiarios, y entre los recursos estatales y privados y su administración, desburocratizando los procesos de relación entre los prestadores de servicios sociales y los Sujetos que los reciben.”*<sup>49</sup>
- la dimensión educativo-promocional: *“Estimula la formación y coordinación de grupos a fin de que se conecten, problematicen su situación y se planteen aspiraciones respecto a sus niveles y calidad de vida, detectando y movilizand recursos que las satisfagan. Contribuye a que los Sujetos (individuos, grupos, organizaciones, unidades territoriales, etc.) superen su autopercepción y el alcance de su acción en tanto actores sociales, facilitando el análisis de los factores sociales y culturales involucrados en su situación a fin de definir alternativas de acción, una toma de decisiones democrática, seleccionando aquéllas que sean viables respecto a sus posibilidades concretas de obtener logros. Aporta a la traducción de los lenguajes de los diversos grupos y subculturas y a la divulgación en términos cotidianos de conocimientos básicos de las disciplinas científicas, movilizand información y capacitando en el manejo de técnicas y de procesos. Facilita los*

---

<sup>48</sup> Facultad de Ciencias Sociales, Plan de Estudios de la Licenciatura en Trabajo Social, pág. 4.

<sup>49</sup> *Ibíd.* pág. 5.



*procesos de negociación entre individuos, grupos, organizaciones y entre éstos y los organismos estatales de distinto nivel. “*<sup>50</sup>

El contacto con la realidad de los otros, y cuando esos otros sufren, es una prueba para el compromiso humano. Pero si además de personas tenemos la vocación por el trabajo social, el compromiso es mayor.

Por eso nos parece importante concluir este trabajo con las reflexiones de quien desde el trabajo con los otros nos dejó un ejemplo de compromiso.

*Decía Paulo Freire que “el papel del trabajador social que opta por el cambio, en un momento histórico como éste, no es propiamente el de crear mitos contrarios, sino el de problematizar la realidad de los hombres, proporcionar la desmitificación de la realidad mitificada...El trabajador social no puede transformar su palabra en activismo, ni su acción en manipulación...Será tanto más humanista cuanto su quehacer sea más verdadero, sea praxis su acción y su reflexión sea con los hombres con los que tiene que estar en comunión, en colaboración, en convivencia”*<sup>51</sup>

Fundamentalmente para que los pacientes dejen de ser “pacientes” en el sentido de la paciencia o la resignación.

Si algo no vimos en los entrevistados fue resignación. Tienen paciencia, pero una paciencia activa, que los hace juntarse, compartir experiencias, contenerse mutuamente, y lo más importante, difundir la información sobre los casos clínicos que presentan sus familiares, para que la sociedad tome conciencia.

---

<sup>50</sup> Ibid. pág. 6

<sup>51</sup> En Eroles, Carlos, op. cit. págs. 30-31

## **BIBLIOGRAFÍA**

- ARAÚJO, Ana María (2002), *Impactos del desempleo. Transformaciones en la subjetividad*, Montevideo, Ed. Argos.
- ARRIAGADA, Irma, *Familia*, (Ficha de clase)
- BARG, Liliana (2009), *La intervención con familia. Una perspectiva desde el Trabajo Social*, Bs. As. , Espacio Editorial.
- BARG, Liliana (2006), *Lo interdisciplinario en Salud Mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*, Bs. As., Espacio Editorial.
- BECERRA, Rosa María, KENNEL, Beatriz Liliana (2008), *Elementos básicos para el Trabajo Social en Salud Mental*, Bs. As., Espacio Editorial.
- CLARAMUNT, Adela (s/f), *Trabajo Social, Ciencias Sociales y formación universitaria: una aproximación para el debate*, F.C.S.
- CUSTO, Esther (2008), *Salud Mental y Ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social*, Bs. As., Espacio Editorial.
- DE MARTINO, Mónica, *Políticas sociales y familia. Estado de bienestar y neo-liberalismo familiarista*, en Cátedra MIP III, Tomo I, materiales impresos del CECSO
- EROLE, Carlos (2004), *Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*, Bs. As. Espacio Editorial.
- FERNÁNDEZ CASTRILLO, Beatriz (2009), *Complejidad social y Salud Mental*, Montevideo, Ed. CSIC, Universidad de la República.
- EROLE, Carlos (2004), *Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*, Bs. As. Espacio Editorial.
- HELLER, Agnes (1985), *Historia y vida cotidiana. Aportación a la sociología socialista*, México, Ed. Grijalbo.
- JELIN, Elizabeth (1998), *Pan y afectos. La transformación de las familias*, México, Fondo de Cultura Económica, en Cátedra MIP III, Tomo I (materiales impresos del CECSO).
- PARSON, T, *Familia, conceptos básicos a recordar*. (Ficha de clase)
- REBELLATO, J. L. (2009). *Ética y práctica social*. Ediciones Populares para América Latina. Montevideo, Uruguay.
- SATIR, Virginia (1991), *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*, México, Ed. Pax.

SAUTU, Ruth (2003), *Todo es Teoría. Objetivos y métodos de investigación*, Buenos Aires, Ed. Lumière.

SAUTU, Ruth, BONIOLO, Paula, DALLE, Pablo, ELBERT, Rodolfo (2006), Buenos Aires, CLACSO.

TOMASO MIOTO, Regina, *Familia*, (Ficha de clase).

TONON, Graciela (comp.) (2005), *Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social*, Bs. As., Espacio Editorial.

WALSH, Maryellen, *Esquizofrenia. Hablando claro con familias y amigos*, Montevideo, Grupo de la Esperanza.

## **FUENTES**

CONTRERAS, Mariana Contreras, Mariana, “¿Estás mal de la cabeza, o qué te pasa?”, en *Semanario BRECHA*, 9/8/11, págs. 14 y 15.

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, Plan de Estudios de la Licenciatura en Trabajo Social, Montevideo, F.C.S.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY (2007), *El Hospital Vilardebó trabaja en su transformación integral*.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA DEL URUGUAY, Volumen 68, Nº 2, diciembre de 2004.