

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Salud mental - depresión en el adulto mayor

Estela Muniz

Tutor: Teresa Dornell

2012



DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Quisiera dedicar y agradecer este trabajo en una primera instancia a mi hijo Cristian y a mi esposo Sergio, por todo el apoyo moral y emocional que me brindaron durante todos estos años que me llevó culminar mi carrera; a mi madre, porque siempre creyó en mi y deseó aún más que yo misma que este día llegara. Y sobre todo a mi padre, cuya salud fue parte del motivo de esta producción teórica.

De igual manera agradezco con mucho cariño a mi tutora, Teresa, por su guía, y a todas las personas que me ayudaron y colaboraron para realizar dicho emprendimiento.

ESTELA.



Índice

Introducción	4
Capítulo I:.....	7
Aproximación a la conceptualización y reconstrucción histórica del devenir de los procesos: salud/enfermedad y medicalización, retomándolos como categoría analítica.	7
1.1- Aproximación a la conceptualización del proceso Salud/ Enfermedad.	7
1.2- La Salud como un Derecho	10
1.3- Medicalización	12
Capítulo II:.....	17
Proceso Salud/Enfermedad Mental	17
2.1- Salud Mental (Breve reseña histórica del proceso Salud/Enfermedad Mental)	17
2.2- Una aproximación a la evolución de la Salud Mental en nuestro país	22
2.3- Conceptualización del proceso Salud/ enfermedad mental	26
Capítulo III:	28
Depresión	28
3.1- Conceptualización de la Depresión	29
3.2- La relación Adulto Mayor – Depresión: Sus Diferentes formas y maneras	31
Depresión A.M y desafiliación del mundo laboral	32
Depresión A.M y proyecto de vida	35
Depresión A.M y arreglos familiares	36
Reflexiones finales	40
Bibliografía.	43
Fuentes Documentales	45
Anexos	47



Introducción

El presente documento constituye la Monografía Final exigida curricularmente para acceder al título de la Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El tema de dicha monografía pretende incursionar en la conceptualización, identificación y el impacto de la salud/enfermedad mental en la depresión del Adulto Mayor.

Como lo menciona su título esta indagación pone énfasis en el conocimiento de la depresión en los Adultos Mayores, el lugar en que se coloca la temática en las diversas sociedades, tanto a nivel personal como familiar, médico y social.

Es una aproximación a la visualización en la mirada de los otros, y la propia: ¿qué los lleva a deprimirse? ; ¿Qué lugar ocupa la salud?; ¿Es posible salir de una depresión? ; ¿Cuáles serían las variables que condicionan el tránsito por esta crisis vital de la vejez, desde un lugar de mayor sanidad o de mayor disfuncionalidad?

La elección de la temática elegida surge de la inquietud investigativa de quien escribe y tiene su origen en la experiencia de campo realizada con Adultos Mayores (en adelante A.M), en la práctica pre-profesional de la carrera de Licenciado en Trabajo Social - Metodología profesional tres (MIP3) – y, en la propia formación académica desde el aporte del Trabajador Social en cuanto a utilizar el método dialéctico. Método de trabajo que permite reflexionar y ser críticos a través del proyecto ético político y del rol profesional guiado por la norma del código de ética y, sobre todo, en un interés que surge de la propia experiencia personal desarrollada en el ámbito familiar.

La metodología utilizada para la elaboración del desarrollo de la temática está fundada en datos bibliográficos y estadísticos. La indagación que se llevó a cabo trata de aproximarse a satisfacer de la mejor manera las interrogantes e inquietudes cuando la depresión se conforma en una enfermedad desde la visión de la salud mental. Intenta ser un estudio exploratorio sobre trabajos e investigaciones realizadas por diferentes autores desde distintas disciplinas profesionales. Sin pretender ser una exhaustiva producción por motivos de preceptos académicos.



Mayor interés surgió en el área elegida a medida que se va aproximando al tópico considerado "alarmante" a nivel global, regional y específicamente nacional, el fenómeno demográfico que se está desarrollando en el mundo contemporáneo.

Uruguay no queda ajeno al envejecimiento de la población. Sus causas demográficas son múltiples: características a nivel local producidas por factores diversos como la baja tasa de natalidad, una mayor expectativa de vida a consecuencia de tiempos de crisis económicas e institucionales y dada específicamente por sucesivas oleadas inmigratorias de jóvenes y adultos jóvenes en edad reproductiva y económicamente activa de la población uruguaya.

A modo de objetivo general, ubicamos la depresión en el Adulto Mayor como una problemática social, cultural y política que resulta un desafío para la profesión del Trabajo Social, comenzando por las características propiamente dichas de la demografía país envejecido. Se trata de repensar, problematizar, desnaturalizar y reflexionar sobre esta franja etárea, que nos compromete y compete como ciudadanos.

Este objetivo general será desarrollado en tres capítulos específicos.

El primer capítulo de este trabajo presenta la definición de la Salud desde la óptica de la Organización Mundial de la Salud. Intenta abordar a qué se refiere esta categoría cuando se habla en términos de salud/enfermedad; el desarrollo del proceso de la medicalización en sus comienzos a nivel mundial, su despliegue a nivel nacional en la modernización, culminando como "proyecto" de un Estado Nación. De esta manera se trata de explicar y entender el por qué del saber y poder médico, el valor y percepción social que se tiene sobre estos "expertos" y su diferencia establecida sobre cualquier otra profesión.

Además, desde una perspectiva Universal, se intentará visualizar el concepto de salud y su par dialéctico, el de enfermedad; para luego poder entender cómo se produce la transversalidad de los mismos, por la incidencia de la medicalización.

Por último, se hace referencia a generalidades de la Salud como un Derecho y para una mejor comprensión del proceso histórico acerca de la medicalización de la sociedad capitalista e industrial, se considera pertinente hacer referencia a las manifestaciones de la Cuestión Social; categoría según Pastorini.



El siguiente capítulo, especifica el proceso de la Salud/Salud Mental desde la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se problematiza y se intenta cuestionar brevemente la Salud Mental desde la responsabilidad social.

En éste segundo capítulo se analizará en el campo de lo Particular, la conceptualización de la Salud Mental desde la óptica de la OMS. Se examinará cómo el concepto del proceso de Salud Mental ha evolucionado en su devenir histórico y las formas de atención en puntualmente en nuestra sociedad.

Por último, en el tercer capítulo se comienza definiendo la enfermedad o patología, síntomas y signos de la depresión para poder "evaluar" en una primera instancia un diagnóstico, particularmente en el A.M, destacando las influencias en las áreas biológicas, psicológicas y sociales. El conocimiento de este capítulo es a modo de una aproximación como aporte a la pretensión de un trabajo interdisciplinario, que ayude a transformar la calidad de vida¹ y la realidad de la salud del A.M, trabajándose el concepto de la cotidianidad de la profesión con los mismos. Se intentará arribar al campo de lo Singular, delimitando el problema atendido desde el Universal, la salud y la enfermedad, a través de la conceptualización de la depresión como patología, y cómo incide en particular al A.M.

También se abordará el concepto de vejez, y las posibles causas que lo pueden llevar a deprimir. La vida cotidiana de los A.M planteada por la autora Agnes Heller, los cambios del rol de las familias y las relaciones familiares. Qué pasa con la desafiliación en el mundo del trabajo con el A.M, y en su ámbito familiar; qué alternativas tiene el mismo después de que queda excluido en esta etapa denominada "pasiva", desvinculado del mundo del trabajo. Esta problematización surge desde la premisa que el hombre se objetiva a través del trabajo y por medio de éste conforma su identidad. Se analizará cual es su proyecto de vida y qué capacidad tiene el A.M, frente al contexto. Se culminará con reflexiones finales.

¹ Definición de Calidad de Vida: Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de dependencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".



Capítulo I:

Aproximación a la conceptualización y reconstrucción histórica del devenir de los procesos: salud/enfermedad y medicalización, retomándolos como categoría analítica.

1.1- Aproximación a la conceptualización del proceso Salud/ Enfermedad.

En este capítulo se comenzará por definir qué se entiende por salud y enfermedad, y cómo las mismas se han visto modificadas considerablemente a lo largo del tiempo. Se concibe necesario también, para una mejor comprensión del abordaje al objeto de estudio (la depresión en el adulto mayor), el estudio de la evolución y desarrollo del proceso de medicalización en la sociedad toda, y en particular en nuestro país.

Desde una perspectiva universal², es necesario visualizar el concepto de salud y su par dialéctico, el de enfermedad; para luego poder entender cómo se produce la transversalización de los mismos por la incidencia de la medicalización, en especial en el A.M.³. De acuerdo a los datos y proyecciones poblacionales⁴ respecto a los escenarios actuales y a futuro a nivel mundial, latinoamericano y nacional, se advierte una presencia cada vez mayor de personas de 65 años y más, con expectativa de vida más larga, quedando de manifiesto el desafío, para todas las sociedades de lograr una mejor calidad de vida para esta población objetivo.

El concepto del proceso salud/enfermedad ha sido y es, una constante inquietud de la humanidad ligado fuertemente a los momentos socio culturales económicos e históricos.

² En este trabajo el Universal hace referencia a la Salud, el Particular a la Salud Mental y el Singular a la Depresión, específicamente en el Adulto Mayor.

³ En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término "Adulto Mayor", para las personas mayores de 65 o más años de edad. Padilla, (2002) esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizado por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios.

<http://www.espaciovisual.org/fundacion/id16.html>

⁴ Los datos confirman que desde el año 1950 la cantidad de personas de 65 años y más casi se ha multiplicado por 5 (de 130 a 630 millones) y han pasado a representar de un 5% a un 10% de la población del planeta. Para el año 2050, se esperan que nuestras personas mayores sean 1900 millones, un 20% de la población mundial. Figueira, F. apud. Berriel, F y Pérez, R y Rodríguez, S. (2011) "Vejez y envejecimiento en Uruguay." Fundamentos diagnósticos para la acción. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.



"La salud es una categoría biológica y social, que se encuentra en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción del individuo con su medio (...); que permite al individuo el cumplimiento de su rol social, que está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico (...)". La salud no es un estado abstracto; es la capacidad de los individuos y las comunidades de interactuar con el medio, de adaptarse a él y de poder transformarlo de forma positiva". (Doménech, D; apud Villar, H; Capote, R. 2007:5)

En este sentido se podría decir que la salud y la enfermedad trascienden y a la vez están sujetas a la conceptualización que de las mismas se pueda realizar en un momento socio cultural determinado. Las patologías del hombre no son un simple proceso biológico, sino que son determinadas y socialmente condicionadas según la época histórica, la cultura y la civilización de la que se trate.

Se entiende que la salud del individuo es un proceso biológico, socialmente condicionado y determinado, no sólo por factores y leyes biológicas, sino también como unidad indisoluble entre él y su medio. Desde este concepto, se hace necesario el desarrollo de potencialidades constantes de superación y transformación de las condiciones de existencia del hombre y el colectivo, como una totalidad.

"Lo que significa que la salud del individuo, de los grupos que integra y de la comunidad, es el producto de la interacción con el medio. Por lo tanto hablamos de salud cuando existe un equilibrio del individuo con el medio." (Obduglia, E 1986:76). En este sentido, cuando se habla de enfermedad, se refiere a manifestaciones diferentes y contradictorias del mismo proceso, sus características son multicausales y se encuentran interrelacionadas intrínsecamente entre el individuo y el medio ambiente natural y social en el que habita.

Antiguamente la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ definió a la salud como la "ausencia de enfermedades", en términos solamente negativos. Sin embargo esta misma Organización pretendiendo abarcar a todos los seres humanos a través

⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS), es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Inicialmente fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS. La primera reunión de la OMS tuvo lugar en Ginebra, en 1948. Los 197 Estados Miembros de la OMS gobiernan la Organización por medio de la Asamblea Mundial de la Salud. La Asamblea está compuesta por representantes de todos los Estados Miembros de la OMS. <http://definicion.de/oms/>



de un elevado nivel de salud, en el año 1946 la redefinió como *"Un estado de completo bienestar físico, mental y social"* (Berlinguer, G 1994:75).

En este punto, se visualiza la Salud, no como un término negativo considerado hasta ese momento, como representación de la ausencia de enfermedad. Se amplía pues el concepto Salud y se le agregan las condiciones físicas, mentales y sociales. (Berlinguer, G 1994). Esta última definición -muy cuestionada por su estaticidad desde la academia científica y desde otros ámbitos- marcó un punto de inflexión en su momento; pero también marcó aspectos muy positivos e innovadores. Entre los aspectos innovadores está el definir por primera vez a la salud en términos positivos: no sólo como la ausencia de enfermedades e invalidez, sino como un estado óptimo positivo que se sintetiza en la frase "completo bienestar", concepto que se equipara con la salud. Se incluyen además, las áreas mental y social, cuando antes sólo se visualizaba la física.

Según esta corriente un hombre sano es aquél que puede mantener un estado de bienestar y equilibrio no sólo físicamente, sino también mentalmente y en su vida social.

Entre los aspectos cuestionables en la definición de la OMS, se puede destacar el hecho de equiparar al bienestar con la salud. Esto no siempre es así; puesto que en muchos casos se puede estar "bien" y no tener "salud" o por el contrario: sentirse "mal" y tener "salud".

Se critica también el hecho de ser una definición estática, no logrando abarcar el aspecto dinámico del proceso salud/enfermedad; dado que se considera como "persona con salud" a la que goza de un completo bienestar físico, mental y social, siendo la salud positiva dinámica y no estática. Se puede considerar también como una definición "subjetiva", pues no habla del aspecto objetivo (capacidad de funcionar) de la salud.

(Buck, C; Llopis, A; Najera,E; y Terris,M 1988) no están de acuerdo con la definición de la OMS, por considerarla ideal, estática y subjetiva. Consideran que se debería separar de la definición de salud de la OMS la palabra "completo", por no ser un absoluto, tanto la salud como la enfermedad, puesto que existen distintos grados de salud como de enfermedad. Desde el punto de vista de estos autores, la



definición de salud de la OMS tiene dos aspectos, uno objetivo y otro subjetivo, siendo el primero la capacidad de funcionamiento, y el aspecto subjetivo el de bienestar. Lo mismo sucede con la enfermedad, presentando éstos dos mismos aspectos, el objetivo y el subjetivo; el aspecto objetivo es el que afecta la capacidad de funcionamiento, en tanto el aspecto subjetivo es el malestar.

En este sentido se podría decir desde una postura dialéctica, que es pertinente concebir la realidad como un todo complejo; donde el todo explica las partes y a su vez, las partes al todo. Por lo tanto el proceso salud/ enfermedad no será analizada como un fenómeno aislado. En palabras de Villar, se podría decir que la salud y la enfermedad son estados que no se producen aislados uno del otro, "(...) sino que constituyen manifestaciones de un mismo proceso dinámico en continua interacción dialéctica, con rupturas, cambios, y contradicciones, tal como el organismo vivo está también en continua transformación y adaptación." (Villar, H; Capote, R 2007: 7)

Siguiendo con la línea de pensamiento de este autor, se puede deducir: que la salud y la enfermedad conforman una unidad, opuestos complementarios desde un proceso dinámico. Este proceso repercute de alguna manera sobre cada individuo, proceso del que el ser social deviene en sus diferentes dimensiones como lo son: lo biológico, lo social, lo singular y lo genérico; y que están a su vez determinados por las propias conductas de las personas.

Por otra parte es de destacar que en la actualidad aparece la salud como un Derecho básico, tanto es así que en la mayoría de los países la salud esta consagrada como uno de los derechos humanos.

1.2- La Salud como un Derecho

(Generalidades)

La protección de la salud es un derecho humano fundamental que está vulnerado por diferentes motivos culturales, de género, familiares, políticos y socioeconómicos, como lo plantean diversos autores. El derecho a la salud, ha llevado a lo largo de los años a que numerosas legislaciones tanto a nivel internacional como nacional, participaran para lograr alcanzar el objetivo de "salud para todos". Por lo que el derecho a la salud está estrechamente relacionado y depende de la consecuencia de otros derechos humanos. La salud del individuo es



una categoría fundamentalmente social. Su estudio y comprensión no puede ser hecho al margen de la sociedad y su proceso de desarrollo, sino que debe ser hecho a partir del conocimiento concreto de una sociedad determinada, en determinado momento histórico. (Blanco, R; Portillo, J; San Martín, H 1991).

Desde una legislación internacional: se comparte lo señalado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, (el 10 de diciembre de 1948) en lo que compete directamente a la intervención en el plano jurídico internacional, aprobando y proclamando la Declaración Universal de los Derechos Humanos; realizando un manifiesto común de respeto a la dignidad de los seres humanos, en cualquier sistema político, social o económico, distinguiendo en particular el derecho de vida: *"toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales(...)"* (Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 25).⁶

Hablar de "tener salud", abarca el tener cubiertas las necesidades fundamentales afectivas, nutricionales, sociales, culturales y no exclusivamente lo biológico; o sea tener en cuenta la totalidad del organismo, con todo lo que ello implica. Los gobiernos tienen "el deber" de poner al alcance de los individuos todos los recursos necesarios para que se cumplan esos derechos fundamentales nombrados en el párrafo anterior, por lo que la salud es una responsabilidad de gobierno y del individuo, de la familia y de la comunidad; el individuo tiene derecho a la salud y la responsabilidad de mantenerla.

Desde una legislación Nacional⁷: La creciente mercantilización que ha sufrido el sector de la salud ha conllevado a un gran número de actores a quedar excluidos de la atención de la Salud; sin duda que se podría decir que en nuestro país (Uruguay) el período del primer gobierno de izquierda⁸ ha sido un punto de inflexión

⁶ Declaración Universal de los Derechos Humanos.

<http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948->

[DeclaracionUniversal.htm?gclid=CP_u_sKGI7ECFW1j7AodNWTYjw](http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948-DeclaracionUniversal.htm?gclid=CP_u_sKGI7ECFW1j7AodNWTYjw)

⁷ La promoción de los Derechos Humanos supone un proceso de sensibilización y de educación sobre el tema, porque la protección de los Derechos Humanos depende de que las personas conozcan sus derechos y los mecanismos que existen para hacer respetar esos derechos. Todos los miembros de la sociedad deben conocer las obligaciones y responsabilidades que les incumben conforme al Derecho Nacional e Internacional, deben saber que hay responsabilidad en caso de violar los Derechos Humanos; pero que también pueden actuar para defender los derechos de las personas. Todos debemos tener presentes nuestras responsabilidades para con nuestros semejantes.

http://www.clubdeempresasdeluruguay.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1159:los-derechos-humanos-en-el-uruguay&catid=87:sociedad&Itemid=70

⁸ Períodos que abarcan años 2005 a 2010.



en lo que refiere al tema de la atención de la salud con respecto a gobiernos anteriores. Es a través de la implementación de la Reforma de la Salud llevada a cabo por este gobierno que pasó de ser un sistema curativo a un Sistema Nacional Integral de Salud. El objetivo medular es asegurar el acceso universal de cobertura a servicios integrales de salud orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, planteándose como estrategias fortalecer la Atención Primaria de Salud⁹ (APS), al igual que fortalecer la atención en el segundo y tercer nivel de atención¹⁰

1.3- Medicalización

Teniendo en cuenta lo antes dicho, el enfoque en este punto se realizará abordando la temática de la medicalización, para así luego poder pensar de qué manera influye e impacta el saber y el poder médico a través de ésta. Esto permitirá luego desarrollar la incidencia de la salud/enfermedad y la medicalización en el adulto mayor.

Como se expresó en el párrafo anterior, la salud/enfermedad es conceptualmente un proceso complejo y multidimensional, que se construye y se manifiesta acorde con las influencias de cada época, cultura y civilización; es decir en la interacción directa de lo social con lo biológico. De esta manera se podría considerar que el abordaje de la salud/enfermedad no es privativo de la medicina.

En el devenir histórico de todas las sociedades ha sido una constante reflexión la conservación y el tratamiento de la salud/enfermedad, para poder enfrentar y dar repuestas concretas a las urgencias de la vida y la muerte; ya sea designando entidades como por ejemplo lo fueron los Dioses, chamanes, curanderas, utilizando y evaluando diferentes medicamentos, para finalmente transmitir dichos conocimientos a generaciones futuras. (Romero, S 1993). En el caso de nuestra cultura occidental, con sociedades industrializadas modernas o en vía de serlo, (Barrán, J 1993: 18) sostiene que *"(...) la medicalización de la sociedad no es, por tanto, un fenómeno casual, sino uno de los efectos de la consolidación y legitimación de la hegemonía política a partir de la modernidad. Durante la evolución que la ha transformado en clase dominante, la*

⁹ Concepto de Atención Primaria de Salud (APS) "Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puesto al alcance de todos los individuos de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". Alma Ata 1978. <http://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011-FINAL-tapas.pdf>

¹⁰ Programa del Frente Amplio período 2005-2010.



burguesía ha permeado en un sentido instrumental todos los productos de la actividad de los hombres. Es decir, ha mutado los productos materiales y espirituales en mercancías. La ciencia misma fue convertida en un instrumento al servicio de los intereses y objetivos económicos del capitalismo."

Se capitalizó así la supremacía de la ciencia médica sobre el resto de las medicinas. Dicho en otras palabras, la responsabilidad colectiva e individual se delegó al real saber y entender de la medicina científica, consolidándose de esta manera como fuente legítima, única y oficial para el tratamiento de las enfermedades. Para otros autores como (Labisch, A 1993) la medicina científica, capitaliza su supremacía siendo considerada una disciplina relevante y especial: relevante, porque afecta el funcionamiento físico y corporal de la existencia humana; y especial, porque abarca un amplio espectro dentro del canon de las ciencias.

En el Uruguay de fines del siglo XIX, el proceso de modernización capitalista acontecido, aportó transformaciones. Esto provocó que durante las tres primeras décadas del siglo XX, se desarrollara la conocida época de la vergüenza, la culpa y la disciplina; siendo el Estado, la iglesia, la escuela y el hospital los principales protagonistas. La primera modernidad se enmarca en la década del 70, que Barrán, J (1993) denomina la "Época de la Civilización".

Siguiendo al autor, en este proceso de modernización, la medicalización se extendió hacia toda la sociedad uruguaya. Esta medicalización estuvo asociada a un fuerte proceso de secularización, que tuvo un momento de notable expresión durante las tres primeras décadas del siglo XX, cuando se concretara la separación de la iglesia del Estado.

Según (Menéndez, E 1984:165) *"...el proceso de medicalización supuso la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud/enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social", lo que aparejó una escisión entre el saber médico y el saber popular. Desde la perspectiva de la legitimación del control, "se puede no sólo prevenir y curar, sino que se puede controlar, normalizar y legitimar a través de categorías científicas. Es en función de esta potencialidad que el 'control' de la salud deviene tan necesario como el 'control' de la enfermedad."*

Por todo lo expuesto, debe entenderse que la medicalización abarca más que la dualidad salud – enfermedad. Implicando política, estrategia y control social con el consecuente disciplinamiento de formas de hacer, sentir y pensar, que impone estilos de vida civilizatorios, instaurando un aparato burocrático que favorece y da por seguro la internalización y socialización de la vida moderna.



Antiguamente, el saber popular de la época, se fundaba en la atención al enfermo básicamente en el seno familiar, siendo la mujer, madres y abuelas las depositarias de ese saber que a través de remedios caseros o recetas, transmitidas de generación en generación, intentaban curar o por lo menos aliviar a los enfermos.(Barrán, J 1993).

La práctica médica científica, como respuesta de la sociedad al fenómeno salud/enfermedad, es como se vio anteriormente, propio de la sociedad occidental. Por ende Uruguay no escapa a dicha aseveración, convirtiéndose si se quiere en un representante destacado de la misma. La figura del médico se convirtió en el inspirador moderno de la conciencia individual, en el seno de las familias liberales. Debido a su prestigio social y poder económico, ocupó un lugar predilecto en la sociedad. En un lapso de treinta años, pasó del monopolio de valores supremos de la modernidad, como el curar y el saber científico, a conquistar los espacios más influyentes, relativos a su profesión, el imaginario social y la riqueza. (Barrán, J: 1993) La clase médica en todo momento fue apoyada por el Estado, particularmente porque su saber presentaba la cultura científica ante la ignorancia popular.

En la génesis del Estado moderno, el discurso médico desempeñaba una función disciplinante, para la creación del hombre nuevo que el orden imperante requería. (Barrán, J 1992) Por consiguiente, si bien el discurso médico no es el único dentro del campo sanitario se podría considerar como el hegemónico.

Según (Portillo, J 1993), en su entender señala tres aspectos del discurso médico. La relatividad de dichos profesionales ocupa el primer lugar, dado de que sus afirmaciones no son verdaderas, absolutas e imperecederas, aunque se quiera hacer creer lo contrario. La calidad de su práctica discursiva, va cambiando en relación a su condición socio-histórica de producción. A pesar de pretender lo opuesto, el discurso médico no es infalible: la medicina conoce y cura menos, de lo que cree y hace creer. La dimensión mercantil del discurso médico ocupa el segundo aspecto. Detrás de ella se mueven poderosas industrias como la farmacéutica, el comercio de la aparatología y las corporaciones médicas. La medicina asume un rol capitalista, determinando el discurso médico de acuerdo a sus intereses económicos. El último de los aspectos sería la dimensión simbólica de dicho discurso, siendo un aspecto netamente relevante y trascendente. Se refiere al vínculo histórico entre el chaman y el médico. En el transcurso de la historia, para dar respuestas a los



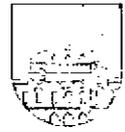
problemas referentes a la vida y a la muerte, las diferentes sociedades humanas han necesitado de alguien que solucione o pretenda solucionar dicho problema. Generalmente el discurso médico es cognitivo, pero no es comunicativo, se limita a transmitir información impidiendo la interacción subjetiva.

Se afirma la medicalización en nuestro país, entendiéndolo por la misma a:

"...la permeación y el dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médico..."
(Portillo, J 1993:7)

La medicalización se da como proceso, se inserta en la vida social, llega a creer en el dominio del saber médico, y por consecuencia su poder; inclusive el proceso se introduce en ámbitos donde nunca había estado, se asigna salud-enfermedad en lugares donde la medicina estaba ausente hasta el momento, la misma invade la sociedad en pleno.

Para llegar a comprender mejor el proceso histórico acerca de la medicalización de la sociedad capitalista e industrial, se considera pertinente hacer referencia a las manifestaciones de la Cuestión Social; categoría según (Pastorini 2002:91) plantea que: *"(...) la Cuestión Social es el conjunto de problemas sociales, políticos y económicos que se generan con el surgimiento de la clase obrera dentro de la sociedad capitalista (...) se refiere a los aspectos derivados del proceso de constitución y desarrollo del propio capitalismo. Así las acciones estatales destinadas a atender la cuestión social tienen como objetivo asegurar las condiciones necesarias para el desarrollo del capitalismo y la consecuente concentración del capital, y no solo corregir los efectos de este proceso. De esta manera la Cuestión Social -siguiendo a la autora- está directamente relacionada con el trabajo y su forma contractual, características de las sociedades industrializadas, donde llega a expresarse un máximo de las desigualdades y a su vez un antagonismo proveniente de la sociedad capitalista. La medicalización de la sociedad es en efecto la consolidación y legitimación de la hegemonía política a partir de la modernización; con la transformación de la clase dominante, la burguesía ha permeado toda la sociedad. La nueva sensibilidad se vincula con el "pasaje de la preocupación por la enfermedad a la moderna obsesión por la salud" según (Barrán, P 1990); tal es así que el cuidado del cuerpo sano paso a ser primordial para mantener la fuerza de trabajo y ser funcional al sistema que necesitaba para la producción "hombres sanos y fuertes", y así asegurar las condiciones necesarias para el desarrollo del capitalismo.*



No obstante; debe tenerse presente el conocimiento claro y preciso de las condiciones de salud y enfermedad de la población en estudio para definir políticas sociales que hagan al tema, y den repuestas en nuestro país a la cuestión social. En cuanto a la relación salud/enfermedad, medicalización y manifestaciones de éstas, se profundizará y desarrollará en el último capítulo.

Teniendo en cuenta el tema desglosado hasta aquí, el enfoque del próximo capítulo se realizará desde una concepción de salud/enfermedad mental, para así ir acercándose al problema objeto de estudio.



Capítulo II:

Proceso Salud/Enfermedad Mental

En el presente capítulo se analizará en el campo de lo particular, la conceptualización de la salud mental desde el punto de vista de la OMS; y por diferentes autores, cada uno desde su óptica en particular, quienes interrogan el universal. Se analizará el concepto de Salud Mental en su devenir histórico y la evolución de las formas de atención en la sociedad uruguaya. Logrando así ir aproximándose paulatinamente al objetivo general que orienta y articula el trabajo: realizar un estudio exploratorio en la conceptualización, identificación y el impacto de la salud/enfermedad de la depresión en el adulto mayor cuando esta se conforma en una enfermedad desde la visión de la salud mental.

Se considera -como ya se ha venido expresando en el capítulo anterior- al proceso de salud/enfermedad mental, como una relación dialéctica del hombre con su medio. La salud mental parte integral de la salud de las personas, que está determinada y a su vez determina las condiciones de vida, la posibilidad de integrarse al medio, así como desarrollarse plenamente en el ámbito intelectual y afectivo-emocional.

El análisis aquí será desarrollado en el siguiente orden: partiendo desde una visión "macro" con una breve reseña histórica del proceso salud/enfermedad mental, la aproximación a la evolución de la salud mental en nuestro país y modos de atención de la misma, para así posteriormente arribar hacia una visión "micro" de la conceptualización del proceso salud/enfermedad mental.

2.1- Salud Mental (Breve reseña histórica del proceso Salud/Enfermedad Mental)

El tema Salud/enfermedad Mental tiene una larga trayectoria a lo largo de la historia, está lleno de significados y connotaciones negativas, miedos y prejuicios.

Desde el punto de vista conceptual la construcción de la salud mental actual, puede ser ubicada junto con el origen de la modernidad. A través de distintas literaturas se puede observar la correlación existente entre el origen de la psiquiatría y la Revolución Francesa en 1789. Es así que a partir de allí por variables políticas, surgirían las características de las prácticas del momento y actuales: su pretensión clasificatoria. Según (Foucault, M 1961), a



poco tiempo de la Revolución hacen su aparición rumores, referente a la población en los loqueros. Por lo que se afirmaba que en los asilos estaban internados los revolucionarios enviados por orden del Rey, al ser acusados de locos, pero sin embargo; por otro lado, también se mencionaba que los asilos fueron utilizados por los enemigos de la revolución como escondites, donde se hacían pasar por locos.

Existen diferentes concepciones de salud/enfermedad mental empleadas a lo largo de la historia, de tal forma que (Huleche, A; Delgado, L 1998) esbozan diferentes concepciones manejadas en el devenir histórico. Hacen referencia a una concepción primitiva, donde la locura aparecía como una categoría de lo sagrado, relacionado con lo demoníaco o con lo divino. Las creencias de la época sostenían que el "loco" estaba poseído por los espíritus de los demonios, por lo que la Iglesia tenía el poder legitimado de apartar esos demonios del cuerpo de los "locos".

Es así que en las diferentes culturas de la antigüedad, la enfermedad mental aparece relacionada con las creencias de un pensamiento mágico, o como posesión de espíritus negativos, donde es concebida como castigo divino, augurio de desorden o de muerte. De esta manera, aquellos que padecían un trastorno mental, eran considerados como pecadores y donde la "curación" de esa "posesión" demoníaca, se traducían en morir en la hoguera, período donde se instaura la inquisición.

Con el surgimiento de las grandes ciudades, en el sistema medieval, comenzó la época del encierro, convirtiéndose éste en algo permanente y perpetuo, el cual implicaba un tratamiento basado en el aislamiento de todos aquellos que sufrían algún trastorno mental quienes eran encadenados y encarcelados, dando comienzo de esta manera al sistema custodial manicomial.

"Las tradiciones, las creencias religiosas, las supersticiones, los prejuicios, y en general, los valores culturales de una sociedad, asumen un importante papel en la especialización de la locura y por ende en las formas de tratarla". (Coto, M; Ramirez, A 1985:27).

Como ya se mencionó, a las enfermedades mentales se la atribuía una posesión demoníaca y se las trataba con métodos mágicos religiosos, y éstas no eran entendidas como algo propio de la persona, sino como algo externo a ella, o sea no se explicaban por ninguna causa natural.



Recién en el siglo XVI, se comienza a dudar de las causas sobrenaturales de la enfermedad mental, y se comienza a pensar en el origen físico de los mismos. (Serrano, 1996).

“El proyecto de la modernidad formulado en el siglo XVIII por los filósofos de la ilustración consistía en sus esfuerzos por desarrollar la ciencia objetiva, la moralidad, la ley universal y el arte autónomo de acuerdo a su lógica interna. Al mismo tiempo este proyecto pretendía liberar los potenciales cognitivos de cada uno de estos dominios para emanciparlos de sus formas esotéricas. Los filósofos de la Ilustración quisieron utilizar esta acumulación de cultura especializada para el enriquecimiento de la vida cotidiana.” (Habermas, J. apud Rozas Pagaza 1998:10)

A partir del siglo XVIII, en el marco del Proyecto Ilustrado como origen de la modernidad en los países europeos se estaba construyendo las bases de la nueva sociedad. Desde esta óptica se comienza a observar a la sociedad desde una perspectiva vinculada con la lógica de la modernidad, donde estas concepciones comienzan a modificarse. El concepto de salud/enfermedad mental se ha ido cambiando, existen ciertos consensos de que no hay una definición precisa acerca de la salud mental. Así como dice (Ramos, J. 1997:12) *“(…) que el concepto de salud mental va a depender de momentos históricos particulares basados en posicionamientos ideológicos de cada sociedad y cada cultura”*. O sea que para entender la o las concepciones de salud/enfermedad mental debemos contextualizar la época histórica de los tiempos a analizar.

Este proyecto iluminista, vinculado a la idea del conocimiento, se puede tomar como un punto de inflexión importante en lo que respecta a quitar el velo oculto y romper así con la mitología y la irracionalidad que lo ataban a las fuerzas de la magia, reivindicando la razón. En búsqueda de la autonomía y emancipación del hombre, racionalizando las relaciones con la naturaleza. De esta manera fue la razón la que prevaleció en su potencial de emancipación en oposición a la religión. La modernidad constituye una concepción de la sociedad que promueve un proyecto sociocultural hegemónico, el de la burguesía.

Los trastornos mentales son vistos como un alejamiento voluntario de la razón, por lo que debían ser corregidos por medio de la internación. Esto implicó la racionalización de la organización social y el dominio de la naturaleza, que era necesaria para conservar el nuevo orden impuesto por la clase dominante, a través del control, disciplinamiento y dominio de la vida cotidiana bajo la influencia de la ideología del positivismo.



O sea que a principios del siglo XIX la iglesia es desplazada por el orden científico, de esta manera *"el loco" deja de ser considerado como un poseído para ser visto como un sujeto peligroso que por alejarse de los patrones normales de la sociedad debe ser encerrado y aislado.*"(Huleche, A; Delgado, L. 1998: 58). Es entonces que estas personas pasan a ser consideradas como "disfunciones sociales" por lo que se hace inminente el aislamiento de los supuestos alienados de la sociedad regida bajo los parámetros "normales" necesarios y funcionales para mantener el sistema.

En esta época, los enfermos mentales son internados en hospitales como delincuentes, las instituciones que aparecen en la edad moderna como respuesta social a esta "problemática" encierran a todos aquellos considerados irracionales para este período que le da tanto valor a la ciencia, razón humana, y al progreso social por medio de esta, en detrimento de la religión. Los pensadores de la Ilustración consideraron que el mundo había estado oculto por la mitología y la irracionalidad, por lo que la ignorancia y la injusticia que sufrían los hombres podían superarse gracias al triunfo de la razón. Por lo que (Amico, L. 2005:18) sostiene que: *"(...) aunque los enfermos mentales" ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable durante la ilustración. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objetos de desprecios, burlas y maltratos."* Esto implicó la racionalización de la organización social y el dominio de la naturaleza en pro de mantener el nuevo orden impuesto por la clase dominante.

"La locura en este período forma parte de la persona, específicamente del pensamiento irracional de la misma, con el avance de las ciencias biológicas, la "mirada" comienza a centrarse en el cuerpo y en el perfeccionamiento de las técnicas de control sobre el mismo." (Vergara, M. 2007:43)

De esta manera es que se comienza a creer que la locura era parte de la persona y se aleja la creencia de que era algo externo a ella, como se les atribuía primitivamente a las enfermedades mentales un origen espiritual diabólico y las trataban con métodos religiosos, o como se le atribuyó posteriormente a esta creencia en "don" divino. Creencias que fueron producto de construcción social, económica, simbólica y cultural; que representa sus mitos, valores y modos de control social. Particularmente el "loco" era considerado como alguien peligroso.

(Claramut, C y Tristán, A. 1983:23), plantean que: *"(...) el modelo de control utilizado en este período es el órgano-mecanicista que tomaba la enfermedad mental como resultante directa de alguna lesión cerebral, por lo que se buscaba controlar el comportamiento por medio del cerebro. Esta concepción biológica de la enfermedad mental tenía su base en la influencia de las ciencias naturales y de las ciencias positivistas. Se*



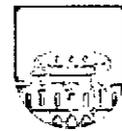
crean con este fin distintos dispositivos de control y normatización, que a través de las instituciones de atención psiquiátrica determinan lo "normal" y lo "correcto", imponiendo modelos de vida civilizatorios para garantizar el orden impuesto."

Es así que, en los orígenes, la psiquiatría esta conformada y atravesada por tres ejes centrales, siendo éstos: el aspecto médico, el espacio social y luego se le agregaría la dimensión jurídica. Por lo tanto, el médico "diagnosticaría" al paciente desde lo biológico dándole el carácter clasificatorio donde se justificaba el encierro manicomial en instituciones psiquiátricas pero ya no visto como castigo sino vinculado a lo "terapéutico" para llevar adelante su tratamiento. Es así que en el área social, el "loco" era considerado portador de una enfermedad mental. Esto derivó en el acompañamiento de la salud y la higiene, provocando importantes cambios en la vida cotidiana de la sociedad de la época. Todo esto se relaciono desde un principio con lo inmoral, lo indigno y con la vagancia. No eran dignos de valores hegemónicos. Por ende vigilancia y control acentuados en valores de la modernidad. El trabajo pasó a ser un valor fundamental, reconociendo el cuerpo no sólo como un valor a cuidar por la dimensión económica, sino también política. Era necesario un cuerpo sano y disciplinado para la acumulación de bienes en el mercado de trabajo.

A fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX es que comienzan mecanismos y tratamientos respecto al "cuerpo", relacionados con la reforma del sistema judicial; donde la categoría de "peligrosidad" se hace presente. Por lo cual la intervención jurídica tampoco queda ajena a la realidad psíquica de un sujeto al ser evaluado a través de pericias psiquiátricas, si la salud psíquica de un individuo le permite ser conciente y por ende responsable de sus actos o por lo contrario más allá de lo que haga no posee la capacidad de visualizar sus acciones, siendo en estos casos imputable.

Además, es en la década del 60' es que se produce un quiebre profundo con la perspectiva biologicista, surge el denominado "movimiento de la antipsiquiatría" que rechazaba y criticaba el modelo psiquiátrico tradicional y el concepto tradicional de enfermedad mental como patología biológica. Por lo que el movimiento promueve con firmeza la desinstitucionalización de las prácticas de asilar; entendiendo como producto de los mecanismos de control de la sociedad moderna, tanto a este modelo tradicional y de la enfermedad mental como tal.

En pleno siglo XX las enfermedades mentales comienzan a ser explicadas teniendo en cuenta otros factores como los psicológicos y sociales y no solo los biológicos como habían sido considerados anteriormente; es por tanto que de esta manera cambia la lógica



de la "mirada" y el afán clasificatorio que marcaba la brecha entre el enfermo y el médico psiquiatra, desde su saber. Entra de esta manera en escena el psicoanálisis y la psicofarmacología, intentando dejar atrás el modelo organicista anterior.

"Sigmund Freud significó una figura clave en este aspecto ya que se produjo una verdadera ruptura epistemológica a través del descubrimiento del inconsciente, desmedicalizando la enfermedad mental e introduciendo así otros factores como los psicológicos, y antropológicos ignorados hasta ese momento". (Sierra, H. 1998: 2-3) Es en este período que la introducción de los psicofármacos significó parte imprescindible de tratamiento de enfermedades psiquiátricas, lo que presentó una disminución de pacientes hospitalizados.

A modo de síntesis en relación a las formas de representar la enfermedad mental en el desarrollo del devenir histórico, podríamos decir, que: la primera "etapa" consideraba la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina, posteriormente interpretaría a esta enfermedad como una desviación social, luego como fue considerada como una enfermedad física y finalmente fundada en distintos modelos de psicológicos y socio cognitivos.

2.2- Una aproximación a la evolución de la Salud Mental en nuestro país

"La enfermedad mental,...fue sobretodo sentida y descrita como la gran desobediencia a los valores establecidos. Esta opción convirtió a la psiquiatría del novecientos en una tecnología suave que procuró el ajuste del sujeto al status-quo". (Barrán, J. 1995: 171-172)

En su comienzo la modalidad de la práctica de intervención en salud mental estaba vinculada con la moral y una mirada de la cotidianeidad sustentada en los valores de la burguesía, quienes establecían la distinción entre lo "normal" y lo patológico. De la misma manera surge la psiquiatría basada en aspectos éticos sociales de la locura, pero con origen biológico. Así como dice (Carballeda, A 2004:2), *" (...) en su origen y en la construcción de su modalidad como práctica, la psiquiatría, se ordena alrededor del orden, la autoridad y el castigo" con estas bases "a partir de la medicalización, el encierro deja de ser entendido como castigo y se lo va a empezar a vincular con lo 'terapéutico', esta idea de encierro va a ser característica de la modernidad, y va ir mucho más allá de la institución psiquiátrica, se va a introducir en la minoridad o en la cárcel."*

Los manicomios, "loqueros", y/o hospitales psiquiátricos fueron los principales instrumentos de control para los enfermos mentales, de esta forma el poder clasificatorio en cuestión de salud mental sería transferido a la figura del médico, en su saber específico para



dilucidar la verdad. La locura sería ahora patrimonio de la psiquiatría fomentada por el poder y saber médico legitimado en el proceso de medicalización que vivió la sociedad moderna.

"En el reconocimiento como loco, la sociedad, por intermedio del psiquiatra, lo ubica en la categoría de los enfermos mentales. A partir de separarlo, encerrarlo, aislarlo, cierta tradición médica ha hecho del psiquiatra un personaje que detenta una especie de autoridad moral y policial." (Abraham,A; Bernal,S.; Rodriguez,C. 1998:153). Específicamente el hospital psiquiátrico como institución representante del principal instrumento de control para los enfermos, como ya se ha dicho; y el médico psiquiatra fue la figura que centralizó ese poder. Es a través del diagnóstico psiquiátrico que el "loco" terminó siendo reconvertido en enfermo mental y de esa manera sometido a tratamientos que eran muchas veces en contra de su propia voluntad. Es por medio del desarrollo de dichas instituciones que se ejerce un poder sobre los individuos.

En el caso uruguayo los manicomios surgen a fines del siglo XIX sustentados por valores de la modernidad y bajo la influencia del positivismo.

La atención de la Salud Mental en el Uruguay comenzó con un modelo de atención de forma asilar, en un principio con un "Asilo de Dementes", creándose así en el año 1880 el Manicomio Nacional que tiempo después se llamó Hospital Vilardebó, hospital que sigue siendo un referente importante aún en la actualidad en lo que a atención de Salud Mental se refiere.

Fue en el año 1912 donde se instituyó las Colonias de Alienados (Etchepare y Santín Carlos Rossí), estos eran los servicios donde se internaban e internan a las personas con trastornos de Salud Mental, dentro del ámbito público.

¿Cuáles son las funciones de estas colonias?

Albergar a aquellas personas que se encuentran con un trastorno psíquico y que el mismo imposibilita que el individuo sea auto válido en el sentido de proporcionarse los recursos necesarios para la satisfacción de las diferentes necesidades de la vida cotidiana; así mismo esas mismas dificultades se presentan dentro del contexto familiar, cuando éste existe.

Es a partir de esta realidad que las colonias tendrían como objetivo, dirigido fundamentalmente a la rehabilitación y recuperación de ciertos niveles de autonomía condicionadas por el tipo de trastorno, el tiempo del mismo, el deterioro que se haya



generado, la existencia o no de un sistema familiar que sostenga este proceso de reinserción social.

En muchas situaciones la rehabilitación dirigida a un egreso no se visualiza como un objetivo realizable, es a partir de allí que los procesos de institucionalización adquieren una relevancia significativa. La consecuencia que provoca la institucionalización genera en muchos casos una acentuación de los deterioros y de las pérdidas que el propio trastorno psíquico ya produce.

A pesar de esto y como consecuencia de los abandonos por parte de muchos de los referentes de cada uno de los pacientes estas instituciones dentro del proceso de institucionalización se constituyen en las únicas unidades de soporte y referencia, para mitigar, cubrir y hacerse cargo de la realidad de estos individuos.

Los manicomios y sus formas de atención, comenzaron a ser cuestionados a comienzos del siglo XX. Surgen diferentes movimientos en Europa, Estados Unidos y Argentina a modo de protestas, generándose así, prácticas alternativas. En defensa de los Derechos Humanos por considerar "inhumano" las técnicas cotidianas en las cuales se abordaba la enfermedad mental exigiéndose cambios en la estructura sanitaria edilicia. Lo que se intentaba buscar era transformar de alguna manera los mecanismos institucionales, ya que el sistema custodial no cumplía con los principios básicos de la condición humana; donde se vulneran una multiplicidad de derechos, reduciendo la capacidad de desarrollo y la potenciación de la autonomía personal. Es así que con los avances científicos y el acceso a tratamientos con medicación se da un cambio en la atención a las personas con problemas de salud mental.

En el año 1985, se crea el Plan Nacional de Salud Mental, y sería puesto en práctica 10 años después en 1995, que significó la incorporación de conocimiento a nivel de la organización y el desarrollo de lo que es una Salud Mental público y social.

El Hospital Vilardebó redefine su organización, con una reformulación de la política de asistencia el abandonar el tratamiento de modelo asilar; y queda establecido que sea el hospital de agudos, mientras que las Colonias Echepare y Santín Carlos Rossi pasan a ser hospitales de enfermos crónicos.

Es importante destacar el avance en cuanto que se comienza a desconcentrar de los grandes edificios la atención y la internación de las personas con trastornos de Salud Mental



con la creación de salas de internación y policlínicas de atención en los hospitales generales de todo el país.

Con la aprobación de este programa se comienza a pensar la atención de Salud Mental desde la estrategia de prevención y rehabilitación con responsabilidad de la familia y de la comunidad quienes deben involucrarse en el tratamiento y cuidado del enfermo mental.

Para lograr los objetivos del Programa Nacional de Salud Mental y proporcionar una mayor cobertura del problema en lo que refiere a la atención, las autoridades del Ministerio de Salud Pública plantean basar su estrategia en la Atención Primaria de Salud, fortaleciendo la atención en el primer nivel, de igual manera fortalecer la atención el segundo y tercer nivel de atención.

En el primer nivel es fundamental la participación de la familia y la comunidad, en la rehabilitación y prevención de la salud mental. *"Los procesos de rehabilitación requieren trabajos con las competencias, sino se trabaja con las competencias de las personas es muy difícil que un proceso de rehabilitación tenga éxito. Esto se da en la rehabilitación de enfermedades crónicas e implica transferir competencias a la propia persona enferma y generalmente a su entorno familiar o grupal". (De Lillis, M. 2007: 14).*

El segundo nivel de atención, es integrado por el trabajo realizado por los equipos técnicos de salud mental. Actualmente se desempeñan en las policlínicas instaladas en los hospitales y mutualistas, y la atención de sala en hospitales generales.

En lo que refiere al tercer nivel, es más especializado y hace referencia a la internación del paciente en espacios con mayor infraestructura y tecnología.

El nuevo modelo de atención de la salud mental, con la real participación del paciente, la familia y la comunidad, más los psicofármacos que han producido cambios con efectividad, ha llevado a que la atención en algunos casos pasara de ser de años o meses a períodos mas cortos.

Con el Plan se busca que haya una disminución de internaciones, desarrollando un tejido social con el apoyo de familiares y redes comunitarias, a través de un tratamiento ambulatorio. En la actualidad existen personas con diagnósticos de trastornos psíquicos que





no pueden ser integrados a sus familias, pero están insertos en la comunidad a través de grupos familiares que los reciben a cambio de remuneraciones o casas de salud.

El modelo de atención de la salud mental propuesto por el Programa Nacional de Salud Mental coincide con la política del Nuevo Sistema Integral de Salud, donde se hace hincapié en el trabajo en la Atención Primaria de Salud. La salud como un Derecho y los programas de promoción y prevención en salud siguiendo las indicaciones aportadas por la OMS al respecto de la atención de la salud mental.

2.3- Conceptualización del proceso Salud/ enfermedad mental

Para la Organización Mundial de la Salud, la Salud Mental es un concepto complejo donde se debe tener en cuenta una serie de variables:

“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” OMS (2009).

En la conceptualización de dicha definición sobre salud mental, se plantea las capacidades y potencialidades de los individuos para trabajar y ser productivos; es un estado de bienestar que permite manejar las tensiones y estrés de la vida cotidiana, creando vínculos interpersonales y con la comunidad.

Otra definición de salud que se considera aporta a la investigación:

“La salud es una categoría biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social. Permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad, y constituye un inestimable bien social”. (Villar, H; Capote, R. 2007: 7)

Dicha definición de salud fue planteada en el proyecto de ley, de la reforma política, del Modelo de Atención Integral a la Salud, desde (Villar, H. ; Capote, R. 2007), donde se propuso el Sistema Integral de Salud.

Esta definición expresa las dimensiones biológicas, psíquicas y social que hacen al concepto de salud mental como relación dialéctica del hombre con su medio, donde esta varía según la cultura y el devenir histórico de cada sociedad y de cada individuo; a través



de sus subjetivaciones y objetivaciones, en su vínculo con su entorno para lograr "cumplir" su rol social. La salud mental es parte integral de la salud de las personas, que está determinada y a su vez determina las condiciones de vida, la posibilidad de poder integrarse al medio. También cambia la forma que cada sociedad va dando respuestas a sus problemas de salud.

Se podría aseverar que "(...) la salud mental es tanto la expresión de problemas emocionales, cognitivos y de comportamiento como construcciones culturales y sociales, históricamente determinadas, es decir, tiene una carga valorativa que explica por qué definiciones de lo normal y de lo que es patológico varían según el contexto y de acuerdo a los enfoques teóricos y los criterios de diagnósticos utilizados vigentes, y los modelos médicos predominantes." (Amico, L. 2005: 20)

Se considera que la definición de salud mental está determinada por lo que la sociedad de acuerdo a sus valores dominantes orienta las expectativas sociales y a su vez las enmarca como normales, patológicas o desviadas; y además las patologías de los individuos están relacionadas directamente y condicionadas con factores genéticos que trae consigo cada sujeto y las historias de vida personales.

Por lo que se ha podido apreciar hasta aquí, en cuanto al tema salud mental es muy amplia y profunda abarcando diferentes definiciones según la óptica de cada cultura, con las características en común por todas ellas, el bienestar subjetivo, la autonomía y el potencial emocional.

A partir de lo planteado en este segundo capítulo, referente al tema salud/enfermedad mental, se denota avances muy relevantes en el devenir histórico en cuanto al tratamiento y entendimiento de la propia enfermedad; dejando de estar únicamente asociada al hospital psiquiátrico siendo ya reconocida en la comunidad a través de equipos y servicios de unidades de salud mental. Esto implica cambios en el concepto de la salud/enfermedad mental logrando abarcarlo ya no sólo desde el factor biológico sino tomándolo desde su totalidad reconociendo la interrelación, e impacto de factores sociales, económicos, políticos y culturales.



Capítulo III:

Depresión

En este capítulo se arriba al campo de lo Singular delimitando el problema entendido desde el Universal: la depresión como patología en el proceso salud/enfermedad mental; cómo incide e impacta la depresión en particular al A.M en lo que refiere a calidad de vida en su vida cotidiana.

En este trabajo monográfico, se intentó hacer una aproximación a la conceptualización del proceso salud/enfermedad mental y la medicalización en su devenir histórico. El marco teórico metodológico en el que se abordó la temática, entiende a la realidad como un todo complejo, como síntesis de múltiples determinaciones. El método dialéctico supone trascender las manifestaciones fenoménicas para comprender la realidad concreta. Es así, que las partes solo pueden comprenderse en el movimiento que hace a la totalidad. (Kosik, K 1967).

El A.M en su proceso de envejecimiento y vejez, se podría decir que se encuentra más vulnerable debido al mismo proceso a través de los cambios inherentes a este; que de alguna manera lo predispone a padecer alguna enfermedad mental como sería sufrir una patología de depresión. Expresándose esta a través de diferentes manifestaciones que serán desarrolladas en éste capítulo. El cual se desplegara por medio de tres elementos sustantivos como lo son, la desafiliación del mundo del trabajo, proyecto de vida, vida cotidiana y arreglos familiares.

Óptica de (Sánchez, C. 1990) sobre el proceso del envejecimiento: *"Hay que entender el envejecimiento como un fenómeno natural relacionado con el cambio biológico, psicológico y social que les ocurre a las personas a través de todo el ciclo de vida. El envejecimiento es un concepto cultural además de ser un proceso biológico y varía de un período histórico a otro"*.

Muchas veces la edad cronológica no coincide con la edad biológica por deterioros físicos y/o psíquicos de las personas, pudiendo observarse individuos que tienen una determinada edad pero presentan un grado de deterioro significativo que trasmite la impresión de un sujeto mucho mayor de la edad que posee. Por otro lado de acuerdo a la autora el envejecimiento se va a definir según la cultura y el período histórico al cual



refiera. De acuerdo al Programa Nacional del A.M.¹¹(2005), "...no existe una conciencia sobre el proceso de envejecimiento en ninguna de las etapas vitales del individuo".

3.1- Conceptualización de la Depresión

Teniendo en cuenta lo antes mencionado es que se torna indispensable para contribuir a una comprensión y problematización del tema basarse en las definiciones médicas y psicológicas para poder llegar a entender de forma más integral la depresión en el adulto mayor desde sus síntomas, signos y comportamiento.

Beck, A. (1979) define a la Depresión en los siguientes términos:

"Estado anormal del organismo que se manifiesta, a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas, una pérdida de espontaneidad,..."

Esta definición da cuenta de ciertas señales y sintomatologías anormales en el organismo de las personas deprimidas, de la misma manera ese estado de ánimo es muy particular porque es totalmente subjetivo. Según lo planteado por el autor el estado de ánimo bajo y actitudes pesimistas serán expresados de distinta manera en cada individuo.

(Seligman, M. 1973) expresaba acerca de la depresión: *"Es un estado de intenso abatimiento que produce un desgaste de la motivación y pérdida de interés por la realidad. La persona, además siente aversión por si misma sintiéndose inútil y culpable."*

Este estado de abatimiento del individuo frente a la vida, le provoca que nada tenga sentido, se manifiesta desinteresado por la realidad, tiene bajo aprecio por si mismo, culpándose y sintiéndose inservible.

"Las conductas depresivas incluyen enunciados verbales o disforia, autodepreciación, culpabilidad, aflicciones materiales y fatiga; una baja tasa de conducta motora; y quejas de orden somático como insomnio, pérdida de apetito y dolores de cabeza. Desgraciadamente, estas conductas pueden darse en un amplio número de combinaciones, y, para complicar más las cosas, a menudo se dan en unión con otros problemas psicológicos como la ansiedad generalizada u hostilidad." (Grinker, M.; Nunny, N. apud Craighead, Kazdin. y Mmahoney 1981).

Las conductas depresivas no sólo tienen consecuencias en estados de ánimo (disforia, autodepreciación) sino que incluyen la salud física: dolores de cabeza, fatiga.

¹¹ Ver Anexos. Programa Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. (2005).



Estos síntomas combinados con problemas psicológicos provocan en las personas ansiedad u hostilidad, causando así un pensamiento negativo de sí y del mundo que los rodea. Por tanto la persona depresiva percibe la realidad desde la negatividad, poca flexibilidad, surgiendo de esta manera la desesperanza, la falta de sentido, el abatimiento, la fatiga y falta de ansias de lucha por salir de esta situación.

Es un trastorno que afecta a la persona en su integridad, envolviendo su cuerpo, sus emociones y sus pensamientos. La depresión afecta a las personas de distintas maneras; algunas pueden poseer mayores recursos emocionales para superarla, mientras que otras quedan atrapadas sin poder salir. Ciertas personas tienen una actitud más débil que otras que la enfrentan con valentía y mayor fuerza de voluntad, actuando aquí la personalidad que puede ser más vulnerable o no. (Beck, A. 1979)

Según el género, se da un mayor nivel de depresión en el sexo femenino. La Organización Panamericana de la Salud, expresa que la depresión es el trastorno de salud mental que más afecta a las mujeres en el mundo, duplicando a los hombres. A su vez es un trastorno frecuente en la vejez; y es la patología que más se asocia al suicidio. OPS (2009) apud Berriel, F.; Pérez, R.; Rodríguez, S. (2011)¹²

Se identifica y caracteriza el estado depresivo por los siguientes signos y síntomas: aburrimiento, percepción de vacío, tristeza extrema, inmovilidad, pesimismo, irritabilidad, incapacidad de concentrarse y apatía generalizada. Otros fenómenos que indican depresión son: pérdida de apetito, pérdida de peso, dolor torácico, tristeza, el humor decaído, pérdida del deseo sexual, pesimismo sobre el futuro, autocrítica y autoacusación, dolores diversos, problemas de relacionamientos sociales y familiares, ideación suicida, deseo de escapar, retardo o agitación, lentitud de pensamiento y dificultad para concentrarse; también existen una serie de signos "vegetativos", como los trastornos del apetito y del sueño.

A diferencia con la mayoría de las enfermedades físicas, los médicos que trabajan con pacientes psiquiátricos deben centrar sus habilidades diagnósticas en los pensamientos, sentimientos y acciones de las personas a las que exploran. Los síntomas de los trastornos psiquiátricos consisten en cambios del funcionamiento físico, psicológico o social,

¹² Prevalencia de depresión en las personas mayores del Uruguay. "Los casos de depresión grave tienen mayor prevalencia en las mujeres, que tiende a estabilizarse a medida que avanza la edad. En el caso de los hombres por el contrario, los casos de depresión grave tienden a disminuir con la edad, posiblemente a consecuencia de la tasa de mortalidad." (Vejez y envejecimiento en el Uruguay. Fundamentos Diagnósticos para la acción. Inmayores, Área de las Personas Adultas Mayores. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Berriel, F; Pérez, R; Rodríguez, S. 2011)



comunicados de forma subjetiva por el paciente, que pueden indicar enfermedades o mala adaptación. Linn, L. (1974) apud Beck, A. (1967).

En general, los investigadores y clínicos están de acuerdo respecto a cuáles son los síntomas y signos centrales de la depresión en todas las fases del ciclo vital, los síntomas no varían con el tiempo y perduran más allá de las diferencias del entorno y el ciclo en que el paciente se encuentre. Los signos, por otra parte, son indicios objetivos de la enfermedad. Los síntomas y signos de la depresión senil consisten no sólo en las manifestaciones y evidencias observables de distrés en el individuo, sino también en los trastornos de la interacción de este individuo con su medio ambiente. De hecho, uno de los parámetros más fiables de funcionamiento mental anormal es el trastorno de la calidad de las relaciones interpersonales. Linn, L. (1974) apud Beck, A. (1967).

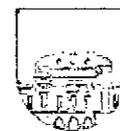
(Beck, A. 1967), demostró la existencia de una notable continuidad en la descripción de los síndromes depresivos desde la antigüedad hasta la época actual. Son muchos los factores que pueden contribuir a la depresión, a modo de ejemplo: las experiencias vividas, historias de vida, estructuras de personalidad entre otras.

Los sentimientos de las personas con depresión no están determinados por las situaciones mismas, sino, que es la percepción e interpretación de los hechos lo que influye sobre las emociones y comportamientos inadecuados. A partir de esto la realidad de las cosas se pueden presentar de manera distorsionada. Por ejemplo, al mirar un vaso mitad lleno y mitad vacío, verán la parte que le falta y no aquella que ya tienen. De la misma manera percibirán los sucesos de la vida cotidiana.

3.2- La relación Adulto Mayor – Depresión: Sus Diferentes formas y maneras

"La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos, como enfermedad mental, aumentan con la edad. El 10% aproximadamente de los A.M en nuestro país poseen trastornos depresivos; este porcentaje aumenta de un 15% a un 35% en los casos de la población institucionalizada y entre un 10% a 20% internados en hospitales" OPS (2009) apud Berriel, F.; Pérez, R.; Rodríguez, S. (2011)

Diferentes factores podrían intervenir e influir en una posible depresión como patología en los A.M como consecuencia de: jubilación, salida del mercado laboral como pérdida de la actividad profesional conjuntamente con el rol y status que comporta, viudez y pérdidas vitales, como pérdida de familiares y amigos, dependencia física y/o económica,



proyecto de vida que no sea positivo, institucionalización, diferentes estructuras familiares, entre otras. (Sánchez, C. 2000)

Si bien se destaca la relevancia de cada uno de estos y de otros motivos por los cuales los A.M. pueden deprimirse, en este trabajo se pondrá el énfasis en tres de los aspectos que se consideran si no los más importantes, quizás los más frecuentes. Como ser: retiro del mercado laboral, proyecto de vida y estructuras familiares.

Tomando en cuenta que la esperanza de vida ha aumentado considerablemente es fundamental para una buena calidad de vida y bienestar contar como recurso y estrategia un proyecto de vida positivo hacia el futuro. Esto implicaría cambios económicos, sociales y culturales a planificar hacia un futuro no muy lejano

En general se asume que las personas están inmersas en un proceso continuo de adaptación a lo largo de toda la vida. Sin embargo el proceso de cambio que exige e interviene en la salida del mundo laboral en esta etapa del ciclo vital, puede llegar a ser sufrido como una de las pérdidas más "dolorosas" que pueden experimentar si no se está preparado para dicho acontecimiento que sin duda es predecible. (Sánchez, C. 2000)

Depresión A.M y desafiliación del mundo laboral

La jubilación es un estadio de la vida donde se observa cultural y socialmente de manera negativa, puede llegar a ser un proceso conflictivo, se visualiza como pérdida de identidad, en muchos casos es un retiro obligatorio, por alguna afección física o psicológica; no siendo éste opcional. (Sánchez, C. 2000)

También es llegar a los 65 años de edad, límite establecido en las relaciones contractuales marcadas por la OIT¹³.

En nuestro país más del 80% de los A.M tienen pensiones o jubilaciones pero no siempre estos ingresos son suficientes para satisfacer las necesidades de atención y cuidados que requieren. Existe además un porcentaje en ascenso de A.M que carecen de ingresos de jubilaciones o pensiones contributivas, en tantos proceden del sector de trabajo informal o trabajo precario. Por estas causas muchos de ellos no generaron derechos a

¹³ Organización Internacional del Trabajo.



beneficios sociales, recibiendo una pensión en caso de una incapacidad severa o de lo contrario hasta que sea muy añoso para recibir una pensión a la vejez¹⁴.

También están aquellos A.M que perciben el retiro laboral como una liberación del estrés, de no tener que cumplir con horarios y corridas diarias, con deseo de comenzar a disfrutar de otros aspectos de la vida, que quizás, por falta de tiempo no podía hacerlo durante el período de actividad laboral. En este sentido existen redes de apoyo institucional al A.M aportadas desde el Estado Central y de los departamentales, a través de políticas, planes y programas orientados a la integración social, recreación y deporte, entre otros.

Se identifican a nivel nacional 16 programas¹⁵, enfocados exclusivamente a la intervención de la población A.M; destacándose algunos programas para los que no cuentan con recursos económicos para cubrir sus necesidades vitales. A modo de ejemplo: refugios, el área de prestaciones sociales tradicionales del Estado como es la salud, la transferencia monetaria y el de la pobreza, los cuales dependen del BPS. Programas de educación sin un límite de edad que comprenden bibliotecas públicas y de alfabetización, entre otros. De esta manera el Estado dispone de distintas actividades e intereses en cuanto al bienestar, ocio y tiempo libre de los A.M.

Retomando el aspecto de la jubilación, esta transición "activo" a "pasivo" implica una modificación completa de la organización y de cambio de la vida personal, como familiar, si la tienen.

Por lo anteriormente expresado se da el temor a la vejez. Al estar solo/a, o enfermo/a, o solo/a y enfermo/a, se presenta la angustia, se presentan dilemas familiares, como ¿con quién vivirá el viejo/a? o ¿dónde? El fantasma de la "dependencia" aparece, si bien puede suceder en cualquier instancia de la vida, pero es en la vejez que se acentúa de forma notoria.

El A.M tiene oportunidades de encontrar actividades independientemente de estar o no inserto en el mercado laboral. Por que es una etapa, diferente, como en realidad lo es cada etapa por la cual como seres humanos se debe transitar.

¹⁴ Ver Anexos. Programa del Adulto Mayor.

¹⁵ (Vejez y envejecimiento en el Uruguay. Fundamentos Diagnósticos para la acción. Inmayores, Área de las Personas Adultas Mayores. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Berriel, F; Pérez, R; Rodríguez, S. 2011)



"En resumen, el significado del retiro dependerá en gran medida de la importancia adscrita al trabajo. Entender el retiro entraña comprender la naturaleza y los lazos entre los individuos y sus empleos." (Sánchez, C. 2000: 130)

Lo que no es un tema menor es que *"La consecuencia mayor y más inmediata del retiro es el cambio en la situación económica."* (Sánchez, C. 2000: 133) El retiro empobrece a la mayoría de las personas ancianas, por lo que deben en muchos casos abandonar determinados hábitos que ya no pueden solventar. El anciano puede a raíz de ello aislarse, sentirse solo, afectando su estado emocional. (Sánchez, C. 2000).

La restricción económica es muchas veces el origen de la inactividad, el aislamiento y la soledad que muchas personas ancianas padecen.

"Muchas veces la disminución de ingresos puede llevar a una situación de mayor dependencia en la familia, lo cual puede perturbar el sentirse capaz de mantenerse por cuenta propia y de tomar decisiones. El retiro también podría contribuir en la causalidad de sentimientos de ansiedad, depresión y de temores hacia el futuro, porque las personas se sienten vulnerables al no saber qué hacer con el tiempo libre o por la falta de recursos económicos." (Sánchez, C. 2000: 135).

Al retirarse del mercado laboral se pierden vínculos, de los cuales muchos nunca serán recuperados, sí sustituidos por la familia, los vecinos, otros jubilados. También se puede presentar cierto aumento significativo de angustias por pérdidas reales como es el empleo a partir de la jubilación y pérdidas simbólicas, como la pérdida del rol profesional tras esta salida del mercado laboral. Este también puede conllevar a una posible depresión o sentimientos de ansiedad, por temores a perder autonomía debido a la disminución de sus ingresos teniendo de alguna manera que readaptarse a su nuevo estadio para saber que va a hacer con su tiempo libre.

El segundo aspecto es otra de las variables que inciden en la posibilidad de que el A.M pueda o no desarrollar un cuadro depresivo. Estarán dadas por la estructura de personalidad ya que ésta es un factor sumamente importante en esta instancia de la vida, como en otras, incidiendo en la manera en la cual este adulto se insertará y transitará por este nuevo posicionamiento en su ciclo vital, pudiendo o no llegar a conformar un proyecto de vida positivo, con despliegue de elementos más o menos sanos.

En esta etapa del ciclo vital también aumentan los temores de la muerte personal, miedos que se hacen presentes cada vez que alguna persona de su entorno deja de estar presente físicamente.



Muchas son las personas que se sienten plenas y felices en esta etapa de disfrute y goce para unos. Depende también esto no solo de la situación socio-económica sino también de la preparación para este momento que tenga el individuo.

La persona jubilada debe pensar en un proyecto de vida alternativo al retiro laboral. Ahora puede que el tiempo sobre, o al menos se organice al gusto de la persona y no del jefe, instituciones o similares. Tienen la capacidad de elegir, de tomar una decisión de cómo quieren vivir su vejez. Sería necesario pensar en proyectos vitales, tales como comenzar desafíos personales para alcanzar un envejecimiento activo, si así lo desea. El mismo lleva a la movilización, ¿qué hago ahora?, ¿dónde seré útil?, respuestas que sólo pueden ser contestadas creando un proyecto de vida, construyéndolo, planteándolo y plasmándolo.

De esta manera el individuo se objetiva a través del proyecto, exteriorizando lo interior, lo subjetivo, cuando se esfuerza por concretar un objeto diferente de él mismo.

Depresión A.M y proyecto de vida

Según (Sartre, P. 1970:78) *"El proyecto que es al mismo tiempo fuga y salto adelante, negativa y realización, mantiene y muestra a la realidad superada, negada por el mismo movimiento que la supera"* Considerando lo planteado por el autor, el A.M puede encontrar un proceso de inicio hacia un proyecto donde la toma de decisiones es fundamental. Siempre dentro del campo de los posibles a su realidad para poder objetivar y objetivarse a la vez. Cuando el autor alude a los términos fuga y salto adelante se refiere a que el individuo es consciente de la actualidad, aunque no siempre es así, hay diferentes formas de aceptar esta realidad de su presente, y siente la necesidad de avanzar, pero a su vez no elimina aquellos aspectos de su vida que ha superado, si no que los concibe como algo superado y no eliminado. Debe superar el pasado para dar ese salto adelante.

Siguiendo a (Sartre, P. 107-108) plantea, *"...el vaivén determina progresivamente la biografía profundizando en la época, y la época profundizando en la biografía"*.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente el vaivén que alude el autor, es un movimiento que el individuo debe realizar, es un movimiento donde se traslada hacia el pasado, superándolo, y no eliminándolo, considerando a su vez las condiciones históricas del momento. Al crear su propio proyecto el sujeto elaborará a través de su subjetividad, las condiciones que le toca vivir, su situación particular y su tiempo, lo que lo habilitará, en mayor o menor medida desde ahí elaborar determinadas estrategias de vida.



Es en la vida cotidiana donde se viven estos procesos, donde el sujeto subjetiviza y objetiva las condiciones en que vive. Donde se internalizan las contradicciones de su tiempo y construye su forma singular de reaccionar ante esas contradicciones.

"La vida cotidiana es la vida de todo hombre. La vive cada cual sin excepción alguna, cualquiera que sea el lugar que le asigne la división del trabajo y de la vida privada, las distracciones y el descanso, la actividad social sistematizada, el tráfico y la purificación". (Heller, A. 1987:39-40)

Las actividades de la vida cotidiana del A.M precisan de algunas habilidades para cuidar de ellos mismos, y de su entorno por tal constituyen un factor crítico para la salud y el bienestar. La independencia física, mental y económica suele tener un factor positivo importante en la calidad de vida y en la salud mental de los A.M. Desde lo biológico el envejecimiento tiene que ver con cambios en la apariencia física, disminución del vigor y pérdida de habilidades físicas para hacer frente a enfermedades o condiciones que enfrenta la persona por exposición a determinadas condiciones ambientales. En lo referente a la dimensión psicológica se trata de cambios referidos al funcionamiento mental, la personalidad, los impulsos, emociones y motivaciones.

Cada una de estas dimensiones aparecen interrelacionadas y afectándose entre sí en -este caso a las personas de edad avanzada- todo esto esclarece y reafirma la naturaleza individual y heterogénea en envejecimiento. En este sentido, (Heller, A. 1970:42) haciendo referencia a la concepción de sujeto sostiene que *"...el individuo es siempre ser particular y ser específico..."*

Como plantea la autora, el sujeto en este caso el A.M como ser específico, está atravesado por la historia de la humanidad, que determina un estado de situación y lo coloca en un tiempo y lugar concreto. Es siempre un ser particular, único e irrepetible, no vive su realidad como lo hacen sus pares ni como lo hicieron sus antepasados. Esta dualidad se caracteriza en la vida cotidiana, como lugar en donde se despliegan todas sus capacidades y actividades.

Depresión A.M y arreglos familiares

El tercer aspecto es sumamente relevante a destacar, el papel y rol protagónico que cumplen las familias en al vida del A.M. Las familias contemporáneas en general no pueden acompañar al A.M como lo hacia tradicionalmente pudiendo así llegar a afectar el estado de ánimo. Sin embargo, hasta hace unos años no se cuestionaba el modelo familiar que se tomaba como "normal", que es el modelo nuclear. Con modelo nuclear se hace referencia a



la "convivencia de un matrimonio monogámico y sus hijos, que conforman su propio hogar en el momento del matrimonio" (Jelin, 1998:16), quedando relegado a lo privado la sexualidad, la procreación y la convivencia.

La naturalización del modelo nuclear de familia como "la familia", es producto del imaginario que se fue creando en occidente y que ocultó otros procesos y fenómenos que se daban a la misma vez. Este hecho llevó a que se ocultara que siempre han existido otras formas de organizaciones familiares, de convivencia, de sexualidad, etc. Todos estos son procesos que quedaban ocultos, ya que el único aceptado era el de la familia nuclear. Sin embargo, a lo largo del tiempo este tipo de familia ha entrado en crisis, apareciendo otros tipos de arreglos familiares y de cambios en las tres dimensiones que definen a la familia clásica; la sexualidad, la procreación y la convivencia. Es así que, la familia ya no constituye al decir de (Mito, R. 1997:115) "a priori, un lugar de felicidad"

(Siguiendo a Jelin, 1998: 18)"...lo que tenemos en curso es una creciente multiplicidad de formas de familia y de convivencia". Es así que la familia ha comenzado a transformarse, el matrimonio monogámico ya no tiene "el monopolio de la sexualidad" ya no se da que el padre sea el proveedor y la madre se quede en la casa ocupándose del cuidado del hogar, de los niños y de los ancianos, sino que se dan nuevos procesos como por ejemplo la entrada de la mujer cada vez más al mercado laboral. También crece cada vez más la tasa de divorcio y la creación de nuevas parejas, hogares uniparentales, generalmente asociados a personas de edad avanzada que han quedado viudos, parejas homosexuales; madres solteras. Todas estas son familias con las que nos encontramos hoy en día y las que cada vez se hacen más "comunes".

(Mito, R.1997) plantea que la intervención en la familia dentro del espacio institucional se basa en la idea de que la familia es una unidad, por lo cual los problemas presentados por ella, deben ser analizados dentro de una perspectiva de totalidad. Reconocer a la familia como totalidad implica reconocerlas dentro de un proceso de continuas transformaciones. La relación familiar juega un papel primordial en el sentimiento de bienestar psicológico. En las personas mayores se da un proceso de reestructuración familiar motivada por la salida de los hijos del hogar, (nido vacío), la jubilación, incorporación de nuevos miembros o pérdidas. El cambio de la familia extensa tres generaciones a la nuclear, la incorporación de la mujer al mercado laboral, las dificultades para que las familias desempeñen el papel de soporte comunitario con casas más pequeñas y un importante aumento de los costos supone un cambio decisivo en las pautas de relación con los



mayores. No obstante la familia sigue desempeñando ese soporte comunitario y de apoyo de manera fundamental.

Con respecto al A.M, el cuidado de ellos, cuando se hace necesario pasa a ser una problemática a resolver para las familias, afortunadamente con la ayuda institucional muchos lo logran; por ejemplo a nivel nacional, se cuenta con el Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeiro del Campo que brinda atención geriátrica integral de personas mayores, ofrece servicios de corta, mediana y larga estancia e inserción familiar y comunitaria.¹⁶

Es de suma importancia destacar que a través del Ministerio de Desarrollo Social como rector de políticas públicas se creó el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, sancionado a través de la ley 18.617 de 2009, que se puso en marcha a partir del 1º de enero de 2012.

Con la “reforma social”¹⁷ y a través de diferentes Programas y Planes a Nivel Nacional se afirma la voluntad política de “apuntar a respetar, proteger y garantizar los derechos de los grupos sociales en situación de vulnerabilidad”¹⁸ en articulación con los gobiernos departamentales, Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública, Banco de Previsión Social, Ministerio de Turismo y Deporte, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Educación y Cultura.

Para finalizar y desde el Trabajo Social éste campo en el área de la Salud Mental en general y en particular con los A.M. se presenta como ámbito de privilegio y casi exclusividad por el contacto directo de los profesionales en la vida cotidiana de los sujetos. En este sentido se utiliza de guía el Código de Ética como herramienta para nuestras prácticas e intervenciones.

Priorizando desde el Trabajo Social algunos objetivos como manifestar necesidades y favorecer en la creación de aquellos recursos para satisfacer y conformar a las mismas. Lograr movilizar a través de la búsqueda de transformaciones en la sociedad en lo que refiere a conceptos y actitudes con respecto a la salud mental y frente a la ancianidad. Por último promover la participación de los AM. en la planificación, ejecución y discusión de

¹⁶ Ver Anexos. Programa del Adulto Mayor.

¹⁷ Llamada así por el Ministro del Ministerio de Desarrollo Social, Daniel Olesker.

¹⁸ Vejez y envejecimiento en el Uruguay. Fundamentos Diagnósticos para la acción. Inmayores, Área de las Personas Adultas Mayores. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Berriel, F; Pérez, R; Rodríguez, S.(2011)



Facultad de Ciencias Sociales



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

acciones para mejorar su vida cotidiana y su calidad de vida, conociendo y respetando sus valores y normas culturales e intervenir con una perspectiva histórica.



Reflexiones finales

A lo largo de este trabajo se intentó describir y hacer referencia a distintos factores y variables en relación al modo en que se mira y se vincula a la sociedad con los Adultos Mayores, y más específicamente, con los que padecen una patología depresiva.

La Salud/Enfermedad mental es uno más de los "problemas"¹⁹ determinados por un sistema capitalista, enmarcado en la hegemonía y legitimidad del orden burgués, que lleva a que la mayor parte de la población mundial no logre tener una salud plena desde ese equilibrio que propone la definición de salud de la OMS entre el hombre y su medio ambiente natural, familiar y social. En este sentido, hablar de tener salud abarca el poseer cubiertas las necesidades fundamentales, afectivas, nutricionales, sociales, culturales, ambientales y no exclusivamente las biológicas. Las determinaciones macrosociales, económicas y políticas reproducen las peores desigualdades y la exclusión.

Estas determinaciones, muchas veces dificultan el acceso a los servicios de salud de los individuos de igual manera, dado que los sectores más desposeídos están excluidos de la inserción o tejido social. Esta situación deja en descubierto las desigualdades y diferencias entre los sectores de las clases sociales a las que se pertenezca -alta o baja- y entre los servicios privados y los servicios públicos.

Muchas veces el acceso a los servicios de salud -a pesar de su disponibilidad para todos, no es de igual manera para todos los individuos debido a dificultades de las condiciones de inserción social de los sectores más desposeídos y vulnerables. Estos problemas de accesibilidad a los sistemas son los que generan desigualdades y diferencias entre los distintos sectores (clases sociales-servicios privados y servicios públicos) y esto se traduce en diferentes tiempos de espera, acceso a análisis y/o tratamientos y al propio relacionamiento humano que el usuario recibe.

La ciencia y la tecnología en los avances y conquistas de la medicina han llevado a la medicalización de la vida cotidiana de los seres humanos en pro de una vida mejor y más prolongada. Así el médico se constituye en el aval legítimo para intervenir y decidir sobre la salud o enfermedad de los individuos. La naturalización de las prácticas médicas se instalan

¹⁹ Se considera a la salud/enfermedad un "problema" porque tiene implicancia directa con un sistema capitalista que aún los Estados Nación Democráticos no han podido resolver.



en las sociedades a través del saber y poder médico que muchas veces no llegan a ser cuestionadas.

De esta manera se puede hacer referencia a una cosificación del cuerpo en los ámbitos de la medicina moderna. La medicalización en las prácticas médicas facilita la necesidad del control del cuerpo.

Es manifiesta la creciente dependencia de los sujetos hacia la medicina, hasta llegar al límite de entender que solamente se puede estar saludable y mantenerse a partir de la intervención médica rutinaria.

En la relación de producción y reproducción del sistema, aparecen los excesivos exámenes y análisis de laboratorios donde muchas veces son súper dolorosos y no tan efectivos o necesarios y sobre todo de elevados costos. Se visualiza como un valor de uso complejo dado que reúne distintos valores particulares, incluso donde parecen inocentes, por detrás encontramos las industrias farmacéuticas, transformándose en intereses lucrativos para quienes se vuelven cada vez más ricos y en bienes de consumo para quienes se los pueden costear.

Asimismo, existe un envejecimiento biológico que es natural en el ciclo de vida humano, y un envejecimiento que se construye social y culturalmente que se refiere a los hábitos y roles asignados por diferencia de género sociales impuestos a los A.M. Por lo que la definición de salud/salud mental se construye de acuerdo a cada momento histórico y circunstancia determinada, producto de la interacción permanente de la transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad.

Las diversas formas de abordar la enfermedad mental tienen su implicancia en una trayectoria que los ha estigmatizando con prejuicios que van desde tratarlos como "locos", vagos, criminales hasta llegar a considerarlos como un problema social. La categoría salud mental es de difícil definición, pues se trata de un término cuyo contenido es en gran medida valorativo. Resulta imprescindible alejarse de las generalizaciones y prejuicios sobre los A.M, y aún más sobre aquellos que sufren una patología de origen mental.

La salud mental es parte de la salud. Los individuos con algún trastorno mental muchas veces son incomprensidos, por ejemplo, los que están sufriendo una depresión. Es así que las propias familias pueden llegar a creer que es falta de voluntad de los A.M el no tener ganas de hacer las actividades de la vida cotidiana, desinterés en su arreglo



personal, entre otros. Esto implicaría que los familiares y la propia sociedad no saben reconocer un A.M deprimido.

Los datos estadísticos poblacionales a nivel mundial, regional y nacional, revelan en los escenarios actuales y futuros un progresivo ascenso de la esperanza de vida de los individuos. Los riesgos para la salud y calidad de vida más importantes proceden de las áreas psicosociales vinculadas principalmente a los entornos y las construcciones sociales de la vejez; como la ansiedad, depresión, falta de proyección futura, suicidio, demencias entre otras; cabe aclarar que estos trastornos no son exclusivos de la vejez.

Al mismo tiempo, desde la ciencias médicas, específicamente desde el área de salud mental, se puede correr el riesgo de enfocar los problemas de enfermedades mentales de forma fragmentada, a través de medicalizar esas dificultades a nivel subjetivo y dando soluciones psiquiatrizantes, ante problemas que merecen un abordaje integral y que incluyan a las diversas dimensiones que atraviesan al sujeto en su vida cotidiana. Esto quiere decir que se debería tener en cuenta la totalidad de las dimensiones, sociales, políticas, económicas y culturales que intervienen en cada sujeto de manera distinta. Que se contribuya a nivel social a comprender, concientizar y problematizar al envejecimiento poblacional en general.

Afortunadamente este proceso de cambio, como estrategias de intervención y prevención se viene dando desde los Organismos Internacionales, con la participación de varios países incluyendo al nuestro, que apuntan a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores y hacer uso de sus derechos. A pesar de todos los esfuerzos políticos, sin duda queda mucho camino por recorrer referidos a los A.M y su salud.



Bibliografía.

- Abraham, A y Bernal, S y Rodríguez, C. (1998) De la locura y la marginación social. En: La función social de la locura. Una mirada desde el poder. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires: Espacio.
- Amico, L (2005) La institucionalización de la locura. Buenos Aires: Espacio.
- Barrán, J (1993) Aspectos de la medicalización de la sociedad en Bayce, et al: "La medicalización de la sociedad", Montevideo, ecoteca.
- Barrán, J (1994) Historia de la Sensibilidad en el Uruguay. Tomo II. El disciplinamiento (1860-1920). Montevideo: Banda Oriental.
- Barrán, J (1993) Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo I. El poder de curar. Montevideo: Banda Oriental,
- Berlinguer, G. (1994) Ética, Salud y Medicina. Montevideo: Nordan
- Blanco, R y Portillo, J y San Martín, H. (1991) Teoría Social de la Salud. Montevideo: UdelaR.
- Buck, C y Lliopis, A y Najera, E y Terris, M. (1988) El Desafío de la Epidemiología. Problemas y Lecturas Seleccionadas. Edición N° 505 EE. UU. Organización Panamericana de la Salud.
- Ebole, O (1986) Hacía un Servicio Nacional de Salud en cuadernos del Claeh N° 37 Montevideo.
- Filgueira, F. apud. Berriel, F y Pérez, R y Rodríguez, S. (2011) Vejez y envejecimiento en Uruguay. Montevideo: mides.
- Foucault, M (1981) A propósito del encierro penitenciario. En: Un diálogo sobre el poder Madrid: Alianza.
- Foucault, M (1961) Historia de la locura en la época clásica. Tomo I. Genealogía del Poder N° 18. Brevarios del Fondo de Cultura Económica.



- Foucault, M (1990) La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta.
- Heller, A. (1985) Historia y vida cotidiana. Buenos Aires: Grijalbo.
- Huletche, A y Delgado, L (1998) Yo soy y no quiero ser. Acerca de la discriminación y la certeza. En: La función social de la locura. Una mirada desde el poder. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad de Mar del Plata. Buenos Aires: Espacio.
- Jelin, E. (1998) Pan y afecto. La transformación de las familias. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kosik, K. (1967) Dialéctica de lo Concreto. México: Grijalbo.
- Labisch, A. (1993) Características y condiciones de la actividad médica en la modernidad. apud Bayce, et al: "La medicalización de la sociedad". Montevideo, ecoteca.
- ✶-Menéndez, E (1984) "El modelo médico hegemónico". En revista paraguaya de Sociología, Año 21, Nº 61.
- Miotto, R. (1997) "Familia y Servicio Social" Contribuciones para o debate; En: Revista Servicio Social & Sociedades. Año XVIII. Nº 55, noviembre 97. Cortez Editorial, Sao Paulo.
- Pastorini, A. (2002) "La cuestión social y sus alteraciones en la contemporaneidad" en: Temas de Trabajo Social. Montevideo: DTS, fcs.
- Portillo, J. (1993) La medicina el imperio de lo efímero; en Bayce, et al: La medicalización de la sociedad. Montevideo: ecoteca.
- Romero, S. (1993) Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay ¿una revolución cultural?, en Bayce, et al: "La medicalización de la sociedad", Montevideo: ecoteca.
- Rozas, P. (1998) Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en trabajo social. Buenos Aires: Espacio.
- Sanchez, C. (1990) Trabajo Social y Vejez. Buenos Aires: Humitas.
- Sartre, P (1970) Crítica de la razón dialéctica. Segunda edición. Buenos Aires: Losada, Apéndice: "Cuestiones de método" Ensayo "El método progresivo-regresivo".



Fuentes Documentales

-Atención Primaria de Salud. Disponible en:
<http://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011-FINAL-tapas.pdf> (2011)

-Carballeda, A. Lo social y la Salud Mental: Algunas Cuestiones preliminares Universidad de La Plata, 2004 (Mimeo).

-Claramut, C y Tristán, A (1983) Alienación y neurosis en la mujer: estudio de un grupo de mujeres consultantes de psicología en cuatro clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.

- Código de Ética para el Servicio Social o Trabajo Social del Uruguay. Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay. Aprobado en Mayo de 2001 ADASU.

-Coto, M y Ramírez, A (1985) Las Políticas Estatales en el Campo de la Salud y Enfermedad Mental en Costa Rica 1946-1980 Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.

-Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en:
<http://www.un.org/es/documents/udhr/> (Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas © 2012)

-De Lillis, M. Psicología y Políticas Públicas. Seminario realizado 16/4/2007, coordinado pro CPU.

- Doménech, D; apud Villar, H y Capote, R (2007) Modelo de Atención Integral a la Salud. Aporte de la práctica de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria. Montevideo: UdelaR.

- Organización Panamericana de la Salud. Adulto Mayor. Disponible en:
<http://www.espaciovisual.org/fundacion/id16.html> (2003)

-Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://definicion.de/oms/> (1946)





Facultad de Ciencias Sociales



-Sierra, H (1993) Salud Mental y fin de siglo. Conferencia dictada el 27 de setiembre de 1998 en Rafaela, Argentina. Transcripción literal.

-Vergara, M (2007) Tres concepciones históricas de proceso salud-enfermedad. En: Revista Hacia la Promoción de la Salud. Volumen 12.

-Seligman, M. (1973) Fall into helplessness. Psychology Today.