UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Enfermedad mental:
un desafío para las familias

Eliana Reyes

Tutor: Celmira Bentura

2010

ÍNDICE:

Pág.

- **INTRODUCCIÓN**.....**1**

- **CAPÍTULO 1:** Tema y justificación.....**3**

- **CAPÌTULO 2:** Salud y Salud Mental..... **5**

  2.1 El proceso de medicalización de la salud y de la salud mental.....**7**

- **CAPÍTULO 3:** El debate Modernidad – Posmodernidad y las transformaciones de las familias.....**13**

- **CAPÍTULO 4:** Estado, Políticas Sociales y el impacto en las familias.....**23**

  4.1 Políticas Sociales en Salud Mental: su evolución histórica.....**28**

- **CAPÍTULO 5:** Cuidados familiares en relación a la Salud Mental.....**36**

  5.1 Mujeres: únicas protagonistas del cuidado y bienestar familiar. ¿Por qué?.....**48**

- **SÍNTESIS**.....**53**

- **BIBLIOGRAFÍA**.....**60**

- **ANEXOS**.....**64**

INTRODUCCIÓN:

El presente documento constituye la Monografía Final, requisito curricular necesario para la obtención del título Licenciado/a en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de la República.

El mismo, intenta conocer y analizar lo que genera un individuo con una patología mental diagnosticada en el funcionamiento y organización familiar, conjugando las siguientes categorías: salud mental y familia.

Para tal finalidad, se diseñó como objetivo general: conocer el "impacto" que genera en la estructura y dinámica familiar una persona con alguna patología psiquiátrica diagnosticada.

Por lo tanto, para facilitar y alcanzar el cumplimiento del objetivo mencionado, se plantearon los siguientes objetivos específicos: explorar las formas de abordaje y atención de la salud mental; comprender la incidencia de los nuevos arreglos familiares en la organización familiar de aquellas familias que poseen un miembro con patología mental; estudiar cómo se distribuyen los roles y las funciones al interior de las familias con un integrante con patología psiquiátrica diagnosticada.

El presente documento tiene como población objetivo las familias integradas por uno o más miembros con alguna patología psiquiátrica diagnosticada, y la metodología que se adopta para el desarrollo de la temática planteada se basa principalmente en una investigación de tipo documental y bibliográfica, recurriendo a datos secundarios que permitan ilustrar lo mencionado.

Por otro lado, se procede a definir determinadas mediaciones, que se presentarán en cinco capítulos y operarán como marco teórico para contribuir con el análisis, la reflexión y comprensión de la temática a desarrollar. Con el mismo, se pretende una aproximación a la esencia del fenómeno, y por sobre todas las cosas dejar el camino abierto para futuros debates,

problematizaciones y discusiones, que sirvan de insumos para el diseño e implementación de Políticas Sociales, que brinden una atención integral a las personas con enfermedades mentales y contemplen a sus familiares y entorno social.

En el Capítulo 1, se plasma la temática que aborda el presente documento, su justificación y relevancia para el Trabajo Social.

En el Capítulo 2, se define, por un lado el concepto de salud y salud mental y, por otro el proceso de medicalización que se instituye en la sociedad como paradigma normalizador, clasificando a los problemas sociales en términos del par dialéctico salud - enfermedad.

Por otra parte, en el Capítulo 3, se retoma el debate realizado por diversos autores sobre modernidad-posmodernidad, contemplando ambos procesos como contexto general de cambios sociales, considerando específicamente los provocados en los modos de vida, la estructura y relaciones intrafamiliares.

En el Capítulo 4, se abordan los cambios acaecidos en el modelo económico destacando las principales mutaciones de las Políticas Sociales y el cambio de perfil del Estado (Estado de Bienestar - Estado Neoliberal), con la finalidad de comprender como estas transformaciones han impactado en las familias.

Finalmente en el Capítulo 5, se analiza la temática de los cuidados familiares en relación a la salud mental y para comprender como las familias distribuyen sus roles y funciones entre sus miembros, se realiza un análisis basado en las estructuras de género instauradas en la sociedad como modelo explicativo.

CAPÍTULO 1: TEMA Y JUSTIFICACIÓN

Este trabajo intenta brindar una perspectiva analítica sobre el "impacto" que genera un individuo con alguna patología mental diagnosticada en la familia que forma parte. El tema planteado conjuga las siguientes categorías: salud mental y familia.

Por un lado, cuando se refiere al término salud mental resulta necesario partir de la conceptualización de salud, considerada como una construcción cultural que es enfocada en términos de calidad de vida e interpelada por condiciones objetivas y subjetivas. Por ende, para realizar un abordaje de este término se procede a adoptar una perspectiva que trascienda la dicotomía salud – enfermedad.

Por otro, dicha temática adopta como otra de sus categorías fundamentales la familia, para su análisis el término trasciende la definición clásica y naturalizada de la familia nuclear (pareja heterosexual e hijos) hegemónica en la sociedad, para trabajar con una categoría que denote la realidad social en la que vivimos y por ende contemple la multiplicidad de arreglos familiares existentes. Por este último motivo, en este trabajo se adopta el plural del término: "las familias".

La elección de dicha temática pretende no sólo entender el desgaste, cansancio, agotamiento y resignación que genera una persona con cualquier patología mental en su familia, sino también comprender como esta institución debe asumir la responsabilidad del cuidado que requiere un individuo con estas patologías, considerando la inequidad de género y la división de tareas al momento de ejercer ese rol. Sin olvidar el proceso de adaptación, por parte de estas familias, frente a las "nuevas condiciones de vida".

El planteo de la temática descripta anteriormente, surge desde una perspectiva subjetiva, debido a que en el marco de la Supervisión Salud (correspondiente a la asignatura Metodología de la Intervención Profesional III, de la carrera Trabajo Social) desarrollé la práctica pre – profesional en el

Anexo del Centro de Salud de Piedras Blancas, donde el área de atención es específicamente salud mental. Es en dicha institución que intervine en diversas situaciones, donde miembros de una familia acudían al Servicio Social del Anexo con esta problemática (por poseer un familiar con patología psiquiátrica, expresando estar cansados, desorientados, consultando alternativas de atención y algunos manifestando la necesidad de acudir, como medida extrema, a la institucionalización de sus familiares).

Ha sido esta experiencia personal que me ha despertado profundo interés reflexivo sobre esta temática, y pensando esta situación desde el punto de vista objetivo la reflexión sobre la misma resulta relevante porque, no sólo permite problematizar, comprender y adoptar una perspectiva integral al momento de intervenir desde la profesión del Trabajo Social, sino también considerar la tensión y el desgaste que estas situaciones generan al interior de la estructura familiar y por consiguiente, el surgimiento y la emergencia de una reestructuración de esta institución y la necesidad latente de intervenciones estatales en esta línea.

Para poder realizar este abordaje teórico y reflexivo resulta necesario precisar ciertas mediaciones, definidas como categorías teóricas (determinaciones abstractas porque se alejan de lo fenoménico), que permitan comprender, entender y reflexionar la situación en toda su complejidad.

Se pretende realizar como plantea Marx (en De Martino; 1999:57), una reproducción intelectual de la realidad "(...) la totalidad concreta, como totalidad del pensamiento, como un concreto del pensamiento, es en los hechos un producto del pensamiento y de la concepción pero de ninguna manera es un producto del concepto que piensa y se engendra a si mismo, desde fuera y por encima de la intuición y de la representación, sino que, por el contrario, es un producto del trabajo de elaboración que transforma intuiciones y representaciones en conceptos".

CAPÌTULO 2: SALUD Y SALUD MENTAL

Para la comprensión de la temática planteada resulta pertinente desarrollar el concepto de salud mental, pero previo a esta explicitación, se procede a definir el término salud.

Cuando se alude a este último concepto, es necesario trascender la dicotomía salud – enfermedad, por tal motivo se retoma la definición realizada por la OMS[1] en 1948, donde define a la salud no como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar mental, social, físico, espiritual y emocional, el cual debe ser un derecho de todos los individuos sin distinción de raza, credo político o religioso.

La definición expuesta, refiere a la salud como derecho desde dos perspectivas: una individual y otra social. La primera, hace referencia al derecho de cada ciudadano a acceder a determinadas condiciones de vida que le permitan gozar de buena salud y la segunda, alude al derecho por parte de la organización social, como colectivo, de responder a las necesidades de salud que estos le demanden. Desde esta última perspectiva, la OMS plantea que los derechos pueden expresarse como obligaciones del Estado, quien se responsabiliza por la salud de sus ciudadanos mediante medidas sociales y sanitarias acordes con las necesidades, para asegurar el ejercicio pleno del mismo. Para efectivizar este cometido, deberá, contemplando las necesidades del contexto, dirigir sus acciones a determinados grupos sociales para lograr una situación de equidad social.

Considerando esta definición, resulta imprescindible reflexionar sobre la perspectiva de salud plasmada en el artículo número 44 de la Constitución de la República Oriental del Uruguay, donde se establece que *"Todos los habitantes del país tienen el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes"*. En esta normativa, el derecho a la salud es concebido

[1] Organización Mundial de la Salud.

como una responsabilidad exclusiva de cada sujeto individual y el acceso a su atención es a través del mercado, como cualquier bien y servicio, donde el rol del Estado consiste en asegurar la cobertura de salud para aquellos individuos que no logran acceder mediante esta vía.

Una vez realizada una breve conceptualización del término salud, se procede a definir el concepto de salud mental, que según Galende, (1994), refiere al bienestar psíquico y al sufrimiento mental abarcando las condiciones generales del mismo y por lo tanto contemplando la vinculación con las condiciones sociales de vida.

Siguiendo el planteo que realiza este autor, en las sociedades que se vieron afectadas por el desarrollo del sistema capitalista se produjo un proceso de aculturación donde las mismas transitaron de una vida comunitaria basada en el grupo, a una forma social basada en el individualismo cada más competitivo. Esta transición produjo problemas en la construcción de subjetividades y consecuentemente emergieron problemáticas relacionadas con la drogadicción, el alcoholismo, las enfermedades mentales, que en su comienzo se vincularon estrechamente con la marginalidad social.

Asimismo Galende, (1994), sostiene que cada sociedad contiene posibilidades de destrucción colectiva, ya sea, porque las exigencias por parte de la cultura hacia los individuos son desmedidas produciendo marginalización, porque no se les exige lo suficiente, o porque la cultura imperante dificulta la resolución de conflictos generando, de esta manera, espacios que predisponen a la formación de matrices patógenas.

Si bien en el área de la salud el predominio de la medicina ha coexistido, existen autores como Weinstein y Galli (en Villamil; 1990), que consideran a la salud mental, no como un espacio donde predomina la psiquiatría y la psicología, sino como un lugar privilegiado para la interdisciplinariedad, basado en la perspectiva de las Ciencias Sociales y con un enfoque bio – psico- social e histórico de la salud.

Contemplando la necesidad de trascender la atención basada en la dicotomía salud-enfermedad, en el año 2005 el sistema de salud vigente se somete a un proceso de reforma que implica el pasaje por diversas fases normativas, que pretenden y procuran superar esta dicotomía al momento de diseñar estrategias de intervención y atención.

Posteriormente, en 2007 se crea el SNIS[2] (Ley N° 18.211) que tal como se expresa en su primer artículo refiere a *"el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país..."*. Con esta legislatura se plantea la posibilidad de trascender la responsabilidad individual en el ejercicio del derecho aludido, para que todos los ciudadanos del país puedan efectivizarlo y de esta manera contribuir a la equidad social.

Considerando lo mencionado, resulta pertinente tener en cuenta que al momento de hablar de salud y salud mental se trasciende la dicotomía salud – enfermedad y el ambiente social, natural y cultural del individuo adquiere un lugar de privilegio para comprender la situación. Cabe resaltar que "la medicalización de la vida humana se extiende de tal forma que en la actualidad la medicina se impone al individuo codificando, en términos de salud – enfermedad, comportamientos que en otras épocas eran totalmente externos a su dominio" (Foucault;1976:1992).

2.1 El proceso de medicalización de la salud y de la salud mental

Esta categoría permite tener presente como el proceso medicalizador se introduce en la sociedad actuando como un paradigma normalizador a través del cual proyectamos y evaluamos las acciones sociales. Este modelo contiene en su interior un peso moral y jurídico, ambos utilizados como parámetros para definir desviantes, ya sean negativos o positivos.

[2] Sistema Nacional Integrado de Salud.

Cuando se alude al término medicalización, en primer lugar, como sostiene Crawford (en Mitjavila; 1998), se hace referencia a como la medicina a ampliado su espectro de intervención actuando en lo que el autor denomina como *"conductas socialmente desviantes"*, que anteriormente eran objetos de otras áreas institucionales de la vida social, como por ejemplo la religión y el derecho.

El segundo sentido que le atribuye a este proceso el autor antes mencionado, refiere al transcurso donde los problemas sociales son clasificados en términos de salud-enfermedad, realizando acciones reguladoras en lo que respecta al ocio, hábitos alimenticios, trabajo, entre otras facetas de la vida cotidiana del individuo, que se encuentran con esta práctica absolutamente invadidas.

A su vez, este proceso cumple funciones de sustitución y complemento de la vida social (funciones netamente "culturizantes") intentando regular, ordenar, disciplinar y uniformizar los comportamientos y las conductas de los individuos.

Como sostiene Menéndez (en Mitjavila; 1998), el saber médico presenta una función normalizadora, que se ejerce a través de un poder legitimado en base a determinados objetivos explícitos (relacionados con la cura real o imaginaria) y a conocimientos técnicos-científicos. El reconocimiento de ese saber médico como calificado es lo que le cede al profesional de esta área determinado poder y autoridad a nivel cultural y social.

Siguiendo esta línea de análisis, se puede afirmar que para que esa medicalización se efectivice es necesario que "algo" sea evaluado, clasificado, caracterizado en términos del par dialéctico normalidad-anormalidad. Esto revela como las prácticas médicas plasman ciertas normas y como instauran en la sociedad determinados modelos de conducta, no sólo dirigidos a la enfermedad, sino también a la salud.

Por otra parte, resulta pertinente para el desarrollo de este trabajo, aludir a la medicalización centrada particularmente en lo sucedido en el área de salud mental, marcando la pertinencia que este concepto presenta en la temática que se pretende desarrollar y considerando el rol que protagoniza nuestra profesión en esta área.

Como se mencionó anteriormente, el concepto de salud mental corresponde a la época moderna, pero autores como Foucault (en Carballeda; 2004), ubican, desde el punto de vista conceptual, el surgimiento de la "locura" en la época clásica, relacionándolo con un hecho histórico en particular, la Revolución Francesa. En ese momento histórico es que se originan los "loqueros", establecimientos vinculados estrechamente a cuestiones políticas, donde el Rey era quien acusaba a los revolucionarios de locos y los enviaba a los asilos u hospicios psiquiátricos.

En las sociedades modernas que se estaban construyendo en Europa, ese poder clasificatorio - en términos de asuntos referidos a salud mental- les es traspasado a los médicos, lo que supone que sea esa profesión la que posee "la verdad". Esa verdad no se intentaba buscar ni en lo jurídico, ni en lo social, ni en lo político, sino que se centraba y concentraba en el saber médico. Una de las posibles explicaciones sobre este hecho está dada por la proximidad de la medicina a las Ciencias Naturales, recordando que en el siglo XIX se produjo el auge de estas ciencias.

A su vez, Foucault (en Carballeda; 2004), menciona que esa verdad médica clasificatoria se va a transformar en prácticas (escenario previo al surgimiento de la intervención) y va a constituir saberes específicos, donde el surgimiento de la psiquiatría, en este planteo, estaría vinculado con la biología.

Posteriormente Pinel (en Carballeda; 2004), planteará incorporar a esas clasificaciones biológicas el componente moral, realizando un tratamiento que sintetice a ambos. En este período la práctica psiquiátrica se encontraba relacionada y jerarquizada por la autoridad, el orden y el castigo. El médico era la figura principal en la cual se concentraban las potestades mencionadas y los

empleados de estos centros debían ejercer un rol de custodios permanentes y servidores de dicho profesional.

El personal de estas instituciones se caracterizó, según plantea García, (1975), por ser de baja calidad y escaso. Principalmente esta escasez de trabajo fue suplida por enfermos convalecientes, quienes debían de desempeñar las tareas que los empleados no estaban dispuestos a realizar (las más desagradables) y no era necesario otorgarles una remuneración.

A su vez, Pinel (en Galende; 1994:113), sostiene que "...el aislamiento es curativo para apartar de lo que enferma, pero esencialmente porque refuerza la autoridad del médico, que puede controlar todos los aspectos de la vida de su paciente, sometiendo al enfermo a una disciplina severa que llama *paternal*".

Asimismo, estas instituciones meramente médicas se caracterizan por poseer una organización y estructura adherida al sistema denominado *"panóptico",* que permite vigilar y controlar en forma constante a los internados.

Por otro lado, cabe resaltar, que la salud mental antes de concebirse como una medicina orgánica se conceptualizó como una medicina social, que durante los inicios del siglo XIX surge el denominado "tratamiento moral" para manipular y neutralizar la enfermedad mental. A su vez, se origina la posibilidad de transformar los asilos y centros hospitalarios (que monopolizaron las instituciones psiquiátricas) en espacios puramente médicos alejándose de las prácticas asistencialistas y de tutelaje.

Durante este período, el psiquiatra va cambiando su actitud respecto a su paciente, concurre al manicomio con la finalidad de hacer ciencia y obtener prestigio social. Para concretar su objetivo, sus intervenciones fueron impersonales, no consideraron a los enfermos como personas y sólo se dedicaron a etiquetarlos y clasificarlos, para así poder incluirlos en el esquema científico – natural predominante en la medicina de época.

Según el planteo de Goffman, (1984), estas instituciones psiquiátricas se denominan "instituciones totales", donde los individuos desarrollan todos los aspectos de la vida en ese lugar (no se produce ese ordenamiento social básico, que habla el autor, donde el individuo puede diferenciar el lugar para dormir, esparcirse y trabajar) común a todos los que allí se encuentran y en presencia de una misma autoridad, donde cada actividad se encuentra programada y a partir de ellas se manipulan varias de las necesidades humanas.

Por otra parte, la concepción y atención de la salud mental mencionada, antes de la Segunda Guerra Mundial, se vio transformada debido a que en este período esta área comienza a gestar y contener métodos y técnicas de investigación. Las mismas se distancian de la concepción tecnocrática, aproximándose a los de la medicina orgánica y adoptando un objetivismo médico, pasando, de esta manera, la enfermedad mental a ser considerada una enfermedad como cualquier otra.

Posterior a este episodio como plantea Castel, (1975), sucede la "tercera revolución psiquiátrica" en la que se plantean una serie de transformaciones al interior de los hospitales. Estas modificaciones implicaron cambios en la infraestructura hospitalaria, en la formación del personal, en la iniciativa de implementar el trabajo en equipo y en trascender la relación unilineal médico-paciente.

En este marco y continuando con el análisis del autor antes citado, las actividades realizadas al interior de los centros hospitalarios van a estar dirigidas exclusivamente al tratamiento y no al control y vigilancia, como lo estuvieron en períodos precedentes, y a su vez se modificará la relación hospital – mundo exterior, colocando principal énfasis en métodos terapéuticos que apuesten a la resocialización de los pacientes, con la finalidad de su posterior reinserción en la vida cotidiana.

Según Castel (1984), la salud mental ha luchado para que su propio objeto, sus métodos y su enfoque sean originales en relación a la medicina

general. En 1937 el manicomio (lugar donde se desarrollaba la práctica psiquiátrica hospitalaria) pasa a denominarse hospital psiquiátrico. Con este surgimiento se comienza a vincular los servicios psiquiátricos con los hospitales generales, evento que contribuye un avance en cuanto al intercambio de saberes, pero a su vez se corre riesgo de que al coexistir el modelo psiquiátrico con el clásico, sea este último el que se imponga y prevalezca.

A mediado del siglo XX, se comienza a gestar un proceso de reforma y revalorización de las problemáticas subjetivas y las relaciones interpersonales, donde el surgimiento del psicoanálisis[3] asume un rol importante en esta transición. En un principio según Castel, (1975), se acudió a él para que brindara alguna solución sobre un problema psicopatológico (tratamiento de la psicosis), y en la propuesta de solución que propuso se vislumbró un cuestionamiento de la ideología manicomial, propia de la psiquiatría e imperante en la sociedad hasta el momento, denominada como *"alienismo"*.

El psicoanálisis, para superar la crisis de la psiquiatría, propone la instalación de instituciones psiquiátricas totalmente renovadas, donde la relación imperante en estos centros será interpersonal, dirigida por un profesional médico, promoviendo el liderazgo del psicoanalista en la institución.

Las reformas mencionadas, sobre todo las producidas en Estados Unidos durante el siglo XX, permitieron generar un nuevo espacio institucional para la salud mental donde el planteo principal no era el aislamiento, sino la creación de un espacio donde los individuos sean atendidos y escuchados.

Es en este periodo que se crean, en algunos países, los Centros Comunitarios de Salud Mental orientados a la prestación de servicios de tratamiento ambulatorio, hospitalización parcial, servicio de urgencia, consulta y educación (a través de programas de prevención para la comunidad). La intención de la creación de estos centros periféricos se basaba en descentralizar el sistema asistencial, otorgándoles autonomía. A su vez,

[3] "... el psicoanálisis es por nacimiento y por esencia una ciencia del conocimiento actuante y de la verdad eficaz". (en García; 1975:111).

además de brindar atención psiquiátrica incorporan problemáticas como la drogadicción, marginalidad social, entre otras.

Todas estas modificaciones e incorporaciones permitieron trascender la intervención meramente médica, por lo cual fue surgiendo la necesidad de incorporar al área de Salud Mental otras disciplinas, entre las que se destacan: Trabajadores Sociales, Sociólogos, Psicólogos, Antropólogos, entre otras, que posteriormente dieron lugar a la creación de los denominados "Equipos de Salud Mental". Destacando que con el desempeño y aporte de cada una de ellas se establecerían acciones e intervenciones interdisciplinarias.

CAPÍTULO 3: Debate Modernidad – Posmodernidad y las transformaciones de las familias

En este capítulo se pretende colocar el debate sobre modernidad-posmodernidad como el contexto general en el cual se enmarca la temática seleccionada, colocando principal énfasis en los cambio generados, por ambos procesos, tanto en los modos de vida, como en la estructura y relaciones intrafamiliares.

Para ello, realizando un análisis histórico se desprende que en la época del Renacimiento se anuncia el arribo de lo que se denomina como edad moderna. Desde esta época se ha ido configurando progresivamente una concepción sobre lo moderno, donde la razón y el individuo ocupan un lugar central.

La modernidad es la era que introduce y pone en práctica las denominadas *"promesas de la Ilustración*[4]*" (racionalidad instrumental y racionalidad emancipatoria);* la racionalidad instrumental alude a cómo a través de elementos concretos el hombre puede llegar a dominar la naturaleza, mientras que la racionalidad emancipatoria busca la conquista de su libertad. A

[4] El concepto de Ilustración refiere a un período del Iluminismo que surge a partir del Siglo XVIII donde la emancipación del hombre aparece como principio fundamental.

partir de este planteo, se pretende lograr una sociedad más disciplinada, ordenada y racional.

La filosofía propia de la Ilustración manifiesta un profundo compromiso e interés tanto por los derechos del hombre, como por sus propias condiciones de vida. Este ideal ha sido pregonado y manifestado en una serie de movimientos reformistas que han impactado, por ejemplo, en cárceles y en instituciones como las asilares.

Según Mardones, (1987), la modernidad se caracteriza por la separación y ruptura de lo que Weber (en Mardones; 1987), denominó *"estructuras de valor"* y lo que Kant (en Mardones; 1987), llamó *razón teórica, práctica y estética*. En esta era las esferas de la ciencia, el arte y la moral ya no conforman una unidad dialéctica y el *desencantamiento* del mundo, ocasionado principalmente, por el vacío que provocó el desplazamiento de la religión como integrador social, aún no ha encontrado sustituto.

Contemplando el planteo de Habermas, (1987), la razón continúa siendo el medio más adecuado para lograr la emancipación del hombre y según el autor, esto sería posible a través de la acción comunicativa, la misma se basa "(...) en un proceso cooperativo de interpretación en que los participantes se refieren simultáneamente en el mundo objetivo, en el mundo social y en el mundo subjetivo aún cuando en su manifestación solo subyacen temáticamente uno de estos tres componentes" (Habermas; 1987: 171).

Resulta claro que para el autor antes mencionado, la razón ilustrada conserva su doble dimensión y aunque la racionalidad instrumental ha subordinado el mundo de la vida cotidiana, se ha intentado llevar a cabo las promesas modernas enfocándose en la otra dimensión de la razón, es decir, la emancipatoria.

El debate modernidad-posmodernidad se nutre del cuestionamiento que realizan los posmodernos a la sociedad moderna, basado en el paradigma de la Ilustración y en el rechazo de la orientación instrumental, que adopta tanto la

razón como el individuo en esa sociedad. Quienes asumen la crítica a la modernidad con mayor compromiso son los románticos y posteriormente sus propuestas fueron adoptadas por Baudelaire y Gautier (en Mardones; 1987), los primeros en utilizar este término.

Por otra parte, los adeptos a la posmodernidad sostienen que las promesas de la modernidad constituyen una falacia en su génesis, que son inviables y la causa de que esto suceda se encuentra en la racionalidad que las formuló. Por este último motivo, es que los posmodernos plantean la necesidad de abandonar el principal fundamento de esas promesas, es decir, la Razón Ilustrada.

A su vez Lyotard, (1998:36), presenta a la posmodernidad como la desconfianza ante las metanarraciones de la modernidad y a raíz de esto el suceso de "(...) la disolución del lazo social y el paso de las colectividades sociales al estado de una masa compuesta de átomos individuales...".

Para los posmodernos, la racionalidad emancipatoria que plantean los modernos sólo va a ser posible para algunos pocos, debido a que el hombre por medio de la razón busca la autoconservación y la dominación de la naturaleza que éste ejerce se vuelve contra sí mismo, convirtiéndose en una especie de "pesadilla" de autodominación.

En este contexto Adorno y Horkheimer, (1985), plantean la necesidad de pensar en otra alternativa, debido a que la progresiva funcionalización e instrumentalización de la razón conduce irremediablemente a la pérdida de sentido y libertad.

Según el planteo mencionado, que surge con esta corriente durante el siglo XX y XXI (posmodernidad), la razón pasa a ser un sujeto socio-histórico y por tanto se retira del campo de análisis el capital, subestimando y no contemplando la relación capital-trabajo. A diferencia de la modernidad, donde el motor de la misma es el capitalismo, en la posmodernidad el debate que

surge se encuentra más estrechamente vinculado a procesos culturales, que sociales, políticos y económicos.

Como se mencionó en el párrafo anterior, el planteo posmoderno hace alusión al triunfo de la diversidad cultural, dado que no existe un hombre abstracto, despojado de toda creencia, rituales y cultura. Esta última, asume un rol destacado y constituye más que un "ropaje", tal como plantean los modernos, debido a que para los adeptos a esta última corriente "(...) las diferencias que presentan los hombres en cuanto a creencias, valores, costumbres e instituciones según los tiempos y lugares no tienen significación alguna para definir su naturaleza" (Geertz; 1992: 44).

Por tal motivo, la pretensión de los posmodernos es construir otra sociedad que instaure valores y estilos de vida distintos a los existentes, donde el uso masivo de las nuevas tecnologías presente, como consecuencia, la emergencia de una economía globalizada e interdependiente.

Este debate producto de la perspectiva de diversos autores sobre esta temática, permite deducir que estamos inmersos en un mundo donde coexisten aspectos modernos y posmodernos, cuyas fronteras son permeables y constituyen un gran híbrido. "(...) Adiós al conocimiento tal como se interpretaba en el pasado; bienvenidos los discursos dúctiles y circulantes" (Lyon; 2005: 34).

A su vez, lo expuesto permite sostener que ambos procesos (modernidad y posmodernidad) han significado e instaurado determinados cambios que han repercutido e impactado en los modos de vida y formas de relacionamiento, llegando a permear algunas de las esferas más privadas e íntimas de las relaciones cotidianas. En esta última se encuentran inmersas las familias, quienes como parte de la sociedad se han visto afectadas por estos cambios, instalándose el "amor romántico" como principio fundamental del matrimonio; la división sexual del trabajo; la extensión de las relaciones sexuales antes del matrimonio; el divorcio como posibilidad de resolución de

conflictos; la intimidad al interior de las mismas, entre otras transformaciones que han sucedido en esta esfera.

Asimismo, estas modificaciones han instaurado dos grandes posturas en la sociedad, por un lado, quienes están de acuerdo con la diversidad familiar y, por otro los que consideran que estas modificaciones han provocado el "derrumbe" de la familia nuclear, como hegemónica en la sociedad. Considerando, esto último, según el planteo de Jelin, (1998) como una amenaza latente para la crianza, seguridad y estabilidad emocional de los niños, la nación e incluso para el futuro de la sociedad.

Con estas transformaciones ocurre un pasaje de un modelo de familia patriarcal, basado en la autoridad (*pater* de familia) y subordinación, a un modelo de heterogeneidad familiar inserto en una sociedad que aspira a ser más igualitaria, democrática, cooperativa y solidaria.

Resulta pertinente reflexionar sobre esta transición de modelo y por ende analizar los cambios que han acaecido en la sociedad y repercutido al interior de las familias, con la pretensión de evitar reproducir naturalmente tanto procesos sociales, como padrones de normalidad para abarcar y comprender las diversas realidades en la cual se expresa la temática planteada.

Con este análisis, a su vez, se pretende reflexionar sobre como las familias deben rever su organización y estructura, al poseer en su interior una persona con alguna patología psiquiátrica diagnosticada.

Con tal finalidad, se procederá a conceptuar a la familia, término que según Jelin, (1998), ha estado asociado a la procreación y sexualidad, donde la familia como institución social, es quién regula y otorga significado social y cultural a estas necesidades biológicas mencionadas. Siguiendo esta corriente de pensamiento, también se asocia a la familia con la idea de techo y hogar, donde se comparte la economía y la domesticidad es colectiva.

Lo que ha ocurrido históricamente, es que se ha ido naturalizando e idealizando el modelo de familia nuclear como hegemónico en nuestra sociedad, caracterizado por la convivencia de un matrimonio monogámico (heterosexual) y sus hijos, con una residencia neolocal, donde la sexualidad, la convivencia y la procreación van a coincidir con el espacio doméstico. Ante esto surge la necesidad, como plantean Durham, (1983) y Jelin, (1998), de deconstruir esa naturalización –desnaturalizarla-, para convertirla en una identidad básica imprescindible para la reproducción del orden capitalista.

A su vez, este modelo de familia se caracteriza por ser patriarcal, con una organización jerárquica donde, por un lado, el hombre es el "jefe de familia", es quien predomina en el ámbito público y concentra el poder, ejerciendo su autoridad.

Por otro lado, las mujeres son quienes desarrollan tareas reproductivas, su ámbito es el privado, sus tareas consisten en la crianza de sus hijos, en la administración y ejecución de tareas domésticas y afectivas, asumiendo junto con los niños un rol subordinado.

Esta realidad denota la existencia de una clara división sexual del trabajo, donde el hombre trabaja fuera del hogar y la mujer realiza tareas dentro del mismo. Este modelo se sustenta con un único salario, proveniente del hombre "pater de familia", siendo esta la imagen idealizada de un grupo doméstico que sólo ocurre en los sectores medios - altos de la sociedad y reproduciendo los estereotipos de lo "masculino" y "femenino" (aspectos relacionados con la construcción social e histórica de género, temática que será desarrollada en el punto 5.1 del presente trabajo).

Por este motivo, Jelin (1998), plantea que históricamente ha sucedido que el salario del "jefe de familia" obrera deba de complementarse con el salario de los hijos e inclusive de las hijas solteras. Durante este período, el salario de las mujeres casadas era considerado secundario, como un aporte inferior, subvalorado y poco reconocido. Si bien en la actualidad existen

avances significativos que pretenden revertir esta situación, no se ha logrado erradicar esta valoración de la sociedad.

Por otro lado, la autora anteriormente citada sostiene que a partir de la Revolución Industrial y el surgimiento de la producción fabril, la familia va perdiendo su rol productivo y comienza a ocuparse de tareas esencialmente reproductivas, donde la casa y el trabajo empiezan a constituirse en lugares separados y claramente distinguibles.

Posteriormente, la autora plantea que se gesta un proceso de cambio relacionado con la visión de la época, sobre la participación de las mujeres en el mercado laboral. En 1930 esta concepción manifestaba la coincidencia del mundo femenino con el mundo doméstico - privado, el trabajar en fábricas era considerado una necesidad y una situación poco deseable que debía superarse y "...la calle era sinónimo de prostitución y vicio" (Jelin; 1998: 42). Sin embargo, durante la década del 60 ocurre en América Latina un aumento considerable de la participación por parte de las mujeres solteras, casadas y casadas con hijos en el mercado laboral, lo que supuso consecuencias en la organización doméstica de la familia y en la composición de la familia nuclear[5].

Si bien el ingreso de las mujeres al mercado de trabajo marcó, según la autora mencionada, un hecho significativo, continúa existiendo en nuestra sociedad una segmentación basada en las diferencias de género. Por una parte, los hombres tienden a participar en todos los sectores de la economía, mientras que las mujeres urbanas (allí se encuentra la mayor tasa de participación, debido a que en las ciudades se han presentado mayores oportunidades de empleo) se insertan en el comercio, los servicios y dentro de éstos se encargan de tareas meramente femeninas, como una prolongación de la labor doméstica.

La sobrecarga de la tarea doméstica de las mujeres – madres no sólo depende de negociaciones intradomésticas, sino de las posibilidades reales

[5] Ver Anexo 1.

que posea el grupo familiar para acceder a determinados servicios, situados fuera del hogar. Éstos pueden provenir del mercado o de la comunidad, como por ejemplo: guarderías, servicios destinados al cuidado de ancianos y enfermos, el acceso al servicio doméstico remunerado y a tecnología doméstica, que permita a la mujer realizar estas tareas ahorrando tiempo y esfuerzo.

Según Jelin, (1998), en la actualidad la reorganización de las tres dimensiones constitutivas del concepto de familia (sexualidad, procreación y convivencia), ha generado una "crisis", no de la familia en sí, sino del modelo de familia nuclear tradicional e idealizado en la sociedad. Suceso que ha motivado la instauración de nuevos arreglos familiares que pueden constituirse por: individuos que forman nuevas parejas, sea con hijos convivientes o no, coexistiendo "lo míos, los tuyos y los nuestros" (familias recasadas o recompuestas); madres solteras; madres con hijos con ausencia masculina formando hogares monoparentales -mayoritariamente con jefaturas femeninas-; parejas homosexuales con o sin hijos y personas que viven solas constituyendo hogares unipersonales.

Estas transformaciones se encuentran estrechamente relacionadas con cambios socioculturales, en lo que respecta al proceso de individuación, donde se ha extendido la autonomía de los individuos. La elección de la pareja basada en el *"amor romántico"*, que implica la posibilidad de deshacer el vínculo contraído cuando el amor haya cesado y la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, le han otorgado cierto grado de autonomía económica debilitando la autoridad patriarcal.

Estos arreglos familiares mencionados, demuestran la diversidad y múltiples formas de convivencia que coexisten en la sociedad constituyendo todas y cada una de ellas, familias. Por este motivo, resulta pertinente que al momento de referir a "la familia" no se lo haga en singular, sino que se adopte el plural del término -"las familias"-.

Considerando lo expuesto hasta el momento, se puede definir a la familia como "(...) um fato cultural, historicamente condicionado, que nao se constitui, a priori, como um lugar de felicidade" (Mioto; 1997:115).

Esta concepción permite ampliar el espectro al intervenir en familia, porque si consideramos a priori a la familia como un lugar donde la protección y la felicidad predominan, se estaría obviando el carácter histórico que presenta el concepto. Para ello, debemos de considerar la dinámica de las relaciones que se establecen en cada familia, las cuales no se constituyen de una forma definitiva, sino que se construyen a partir de negociaciones cotidianas y de su historia, producidas internamente entre sus miembros y el medio social que los rodea.

A partir de lo enunciado, la familia puede constituirse tanto como un lugar de felicidad, protección y contención donde se brinden oportunidades, como también en un espacio en el cual predomine la infelicidad, el sufrimiento, donde la seguridad e integridad física - emocional de sus miembros pueden estar en riesgo.

Por otro lado, para contribuir con el análisis y comprensión de la temática planteada, resulta pertinente distinguir la unidad doméstica del concepto familia. Según Jelin (1998), las unidades domésticas se conceptualizan como un grupo social mínimo, necesario para desempeñar las tareas de mantenimiento cotidiano de los miembros de una familia. En su mayoría, se encuentran integradas por miembros emparentados entre sí, aunque su formación puede ocurrir en base a criterios diversos y su tamaño suele ser disímil.

Sin embargo, los límites entre la familia y la unidad doméstica resultan indefinidos y permeables. Toda unidad doméstica para mantener a sus miembros necesita acceder a determinados recursos y elaborar estrategias para la obtención de los mismos. Según la autora, pueden provenir de diversas fuentes, ya sea mediante trabajo remunerado o no remunerado por parte de los miembros, transferencias del Estado a través de servicios y/o pensiones,

ahorros propios, apoyo de Organizaciones No Gubernamentales, rentas, inversiones, remesas enviadas por miembros de la familia que se encuentren fuera del país, entre otras.

Ese apoyo recibido puede ser en bienes o en servicios, a su vez existen ayudas basadas en la complementariedad al momento de desarrollar las responsabilidades domésticas entre vecinos, abuelos y familiares.

Esto se produce debido a que, la lógica predominante en el mercado laboral consiste en que los miembros individuales de la familia vendan su fuerza de trabajo a cambio de salarios y diversos beneficios sociales; mientras que la unidad doméstica va a basar su existencia, como tal, en la solidaridad que se instituya entre los miembros y en la colectivización de los recursos provenientes de éstos.

Partiendo del ideal de la familia nuclear, se supone que ésta debe ser autónoma y autosuficiente en la obtención de recursos que le posibiliten mantener a sus miembros. Sin embargo, la realidad demuestra que las familias para poder sobrevivir deben enfrentar las necesidades sociales, prestando, extendiendo y compartiendo los recursos que cada una posee.

La dinámica de las familias, en lo que respecta a los vínculos intrafamiliares, redes de parentesco, ámbitos institucionales - como salud, escuela, mercado de trabajo, instituciones políticas, etc. - se encuentra muy delimitada por la situación económica que atraviesa la misma.

A su vez, cabe resaltar que la familia no es un ente aislado del entorno social en el cual se encuentra inserta, sino que es un lugar donde el Estado y diversas instituciones sociales, a través de mecanismos de control social, ejercen una especie de "policiamiento", ya sea conformándola, estableciendo oportunidades, delimitando roles, colocando límites o controlando su funcionamiento. En algunas ocasiones, se encuentra sujeta a una especie de "invasión" por parte de expertos, de profesionales y agencias sociales, donde

los límites de la privacidad familiar, como plantea Mioto, (2001), son directamente proporcionales a la vulnerabilidad social.

Contemplando las modificaciones que han permeado a la familia como institución social, resulta pertinente diseñar políticas públicas que incorporen los cambios mencionados, y contribuyan a la igualdad y democratización en las familias y no a la estigmatización de sus beneficiarios. Frente a esto, a continuación se menciona como el Estado ha respondido a la necesidad de las familias en su proceso de reestructuración y reorganización.

CAPÍTULO 4: Estado, Políticas Sociales y el impacto en las familias.

En el presente capítulo se analizarán las modificaciones que han sufrido las Políticas Sociales con el cambio de modelo económico – político, intentando resaltar principalmente el accionar que supuso reducir la dependencia por parte de las familias a los servicios de la comunidad, con la pretensión de "aumentar" la autonomía e iniciativa familiar.

Para reflejar los cambios en las políticas sociales, se realiza un análisis comparativo de las características de éstas en el Estado de Bienestar (modelo de acumulación keynesiano - fordista) y posteriormente las que adoptaron en el marco del neoliberalismo.

El Estado de Bienestar, Social, de Providencia o Keynesiano es producto de luchas sociales, de un crecimiento desmedido no sólo de la riqueza, sino también de la industria lo que conlleva a un consumo masivo y debe también su surgimiento a las teorías de Keynes. Este autor sostiene la necesidad de que sea el Estado el actor que intervenga en la economía para evitar los cambios cíclicos (crisis) propios del sistema capitalista.

Como sostiene Midaglia, (1997), el Estado de Bienestar surge como fenómeno social y económico después de la Segunda Guerra Mundial; es

durante este período que se encuentra legitimado socialmente y se habla de los efectos desmercantilizantes que provoca.

Este modelo, creó ciertos mecanismos para regular el desarrollo económico, entre ellos puede destacarse, la expansión de servicios públicos (de salud, vivienda, educación), la institucionalización de derechos laborales -para proteger a los trabajadores de situaciones de abuso-; la redistribución de la riqueza, con el fin de lograr que todos los ciudadanos posean un ingreso mínimo, entre otras herramientas que operaron para que toda la población lograra un determinado nivel de bienestar.

Según De Martino, (2001), el modelo mencionado se caracteriza por seguir una organización de producción taylorista, donde la concepción y ejecución del trabajo son consideradas como dos etapas separadas e independientes; por tener un estado regulador e intervencionista (tanto en el área de servicios, producción y comercio); por lograr no sólo un mejor nivel de vida de las personas, sino también de movilización social, en muchas ocasiones vinculadas al Estado - por ejemplo a través de mecanismos corporativistas -.

En el contexto del Estado de Bienestar las políticas sociales eran consideradas como un producto de la inversión, para reforzar el proceso de acumulación y no del gasto. Este estilo de políticas, tal como sostiene la autora antes citada, habilitó la movilización social, la extensión de los derechos ciudadanos e incorporó dentro del capitalismo un tinte reformista. Bajo esta modalidad, los costos de los programas y servicios se financian a través de la implementación de distintas políticas fiscales e impositivas y mediante la redistribución del ingreso, siendo abordadas de una manera colectiva y solidaria.

Este "Estado Benefactor" poseía una importante capacidad fiscal al momento de captar recursos económicos, que posteriormente eran distribuidos por sus burócratas, a través de diversos programas estatales con la finalidad de lograr determinado nivel de bienestar en las familias.

En cambio, el modelo neoliberal comienza a surgir frente a la necesidad latente de redefinir el tamaño y las funciones, desempeñadas hasta el momento por el Estado, tanto en el área económica como en la social, ambas caracterizadas por la desregulación de la economía.

Con esta nueva perspectiva, se instala en la sociedad el ideal de que resulta más beneficioso y ventajoso un rol más activo del mercado y menos participativo del Estado, produciéndose así un pasaje de matriz "estadocéntrica" a otra "mercadocéntrica".

En esta nueva matriz, se plantea la extensión del mercado hacia las relaciones sociales promoviendo la competencia, la acción individual, el rendimiento y la liberalización de ciertas actividades, por ejemplo las comerciales, antes reguladas por el Estado.

Por tal motivo en este modelo, el Estado es considerado como "árbitro" de los bienes de los ciudadanos, delegando y traspasando servicios y recursos financieros haciendo posible, de esta manera, la formación del denominado Tercer Sector.

Es en este contexto, donde las políticas sociales, según plantea De Martino (2001), no sólo van perdiendo el carácter integrador asumido en el modelo keynesiano, sino también pasan a ser consideradas como parte del gasto y no de la inversión.

A su vez, asumen un carácter transitorio, porque se parte del supuesto que el modelo económico implantado producirá crecimiento y generará fuentes de empleo, siendo de esta manera, los programas sociales totalmente innecesarios.

Con las características asumidas en este modelo, la autora antes citada sostiene que las políticas sociales adoptan un doble rol, por un lado, actúan como mecanismo de control social y por otro buscan un impacto electoral, es

decir, no se coloca al individuo como sujeto de derecho, sino que se lo convierte en herramienta meramente tecnocrática que responden al modelo.

Continuando con esta línea de análisis, Vilas (en De Martino; 2001: 5) sostiene que las políticas sociales en el marco del neoliberalismo se dedican a "...actuar en situaciones límites que pueden convertirse en focos de tensión política, alimentando la inestabilidad social, creando factores de inseguridad que afecten negativamente al flujo de fondos financieros externos y cuestionando la gobernabilidad del modelo".

En el modelo mencionado los costos de los servicios, destinados a las familias, deben de ser asumidos en forma individual, es decir, son éstas quienes deben encargarse y asumir los costos de los mismos. Este modelo genera en la sociedad una creciente polarización social, donde surge la necesidad de redefinir las relaciones entre el Estado y el mercado.

Considerando las particularidades inherentes al neoliberalismo, las Políticas Sociales adoptan las siguientes características: son *privatizadas* donde el Estado transfiere servicios y bienes públicos al sector privado. Abandona su función de prestador y asume el rol de financiador de los servicios, regulando los costos, la calidad y eficiencia de los mismos. Esta característica, tal como plantea De Martino, (2001), se justifica por la necesidad coyuntural de hacer frente a la crisis fiscal para poder asegurar la eficiencia de los servicios y según la perspectiva neoliberal, evitar la irracionalidad del gasto social.

A su vez, las políticas sociales son *focalizadas* llegando a aquellos sectores que verdaderamente necesitan de éstas. Este ideal es contradictorio con el principio universalista del modelo keynesiano-fordista. Además de ser focalizadas se caracterizan por ser selectivas, donde los criterios aplicados son los de urgencia y necesidad.

Por último, las mismas son *descentralizadas,* rasgo que se encuentra más vinculado a aspectos operativos que políticos, en otros términos, una

política más estrechamente relacionada a la puesta en práctica que a la definición y diseño, tanto de servicios como de programas. Esta característica es entendida como la transferencia de competencias, funciones y poderes por parte del Estado hacia esferas locales o regionales, con la finalidad de lograr mayor eficacia en el gasto social y la integración de todo el territorio, haciendo posible una gestión autónoma.

Las transformaciones mencionadas han impactado directamente sobre las familias, quienes desempeñan diversas tareas en el mundo privado, entre ellas pueden destacarse la de reproducción de la población, refriéndose no solamente al aspecto biológico (nacimiento y crianza de los hijos), sino también al proceso de socialización de niños y jóvenes, la mantención de los mimos y el cuidado de adultos, ancianos y enfermos (en Aguirre y Fassler; 1997).

Como plantea Parsons (en De Martino; 2001), a medida que las sociedades se complejizan existe una transferencia de funciones por parte de las familias hacia las instituciones, como por ejemplo escuelas, hospitales, asilos, entre otras. El autor referido, sostiene que esto sucede para que las familias logren desempeñar, de una manera más eficiente, las funciones tradicionales que se les asignaban, es decir, por un lado el sostén psicológico hacia los adultos y por otro la socialización de los niños.

Asimismo, las tareas de velar por la seguridad y el bienestar de los miembros de una familia han provocado que esta institución tenga dos salidas posibles: comprar los servicios que se encarguen de esta función en el mercado o asumirla y por ende sobrecargar el trabajo doméstico.

Según De Martino, (2001), con el neoliberalismo, a diferencia del Estado de Bienestar, las políticas sociales dejan de tener como población objetivo a miembros individuales, que por su rol de actores tanto económicos y/o sociales son portadores de determinados servicios, para instaurar la idea de una familia como sinónimo de refugio. Esta entidad privada, autónoma y privatizada, fue convocada a participar en el terreno político como "responsable", al momento de afrontar sus problemáticas y co-gestionar programas sociales.

Este proceso, denominado por la autora antes mencionada como *neofamiliarismo*[6], debería ir acompañado de una sociedad civil que fuese capaz de resaltar los valores que constituyen la vida cotidiana, porque sólo de esta manera la familia dejaría de asumir la responsabilidad de hacer frente a las injusticias, que son propias e inherentes al modelo neoliberal.

Una vez mencionado el proceso de cambio por el que han transitado las políticas sociales, como contexto a nivel macro, es que se alude particularmente, a las modificaciones acaecidas en el plano de las políticas dirigidas al cuidado, atención y protección de la Salud Mental.

4.1 Políticas Sociales en Salud Mental: su evolución histórica

Para analizar las políticas en Salud Mental actuales, en este apartado se hará referencia a la evolución histórica de esta temática para comprender como ha sido abordada y desde que perspectiva.

A través de esta reseña, se pretende pensar y reflexionar sobre potenciales acciones a desarrollar en el área de la Salud Mental, realizando principal hincapié en las políticas dirigidas a la atención, cuidado y rehabilitación de personas con enfermedades mentales beneficiarias de éstas y sus respectivas familias.

Para esto, se contempla las transformaciones, económicas, políticas, sociales, y culturales mencionadas en el capítulo precedente, adoptando como punto de inflexión la segunda mitad de la década del 70, y se procede a analizar la expresión de formas particulares de estos cambios y su incidencia en la producción de subjetividad de los individuos.

---

[6] El término neofamiliarismo alude a una perspectiva que considera a la familia como una unidad económica y política que debe asumir la responsabilidad de afrontar y brindar solución a los problemas inherentes al modelo capitalista imperante en la sociedad (en De Martino; 2001).

Comenzando con el análisis histórico se alude a la época premoderna, donde la enfermedad mental se ubicaba en la órbita del pensamiento mágico, invocando a dioses, espíritus y poderes extraños.

Posteriormente Galende, (1994), plantea que en el Medioevo el marco referencial en el cual se definían las enfermedades mentales eran las representaciones sagradas, siendo abordadas tanto por la religión como por diversas disciplinas místicas.

Según el autor citado, con la Revolución Francesa y Pinel (en Galende; 1994), cambia el enfoque de abordaje y se transita a uno ético – político, donde la disciplina que comienza a encargarse de estas enfermedades es la medicina, por ser la que mejor representa los valores del humanismo iluminista.

Continuando con la misma línea de análisis, se sostiene que en este período las políticas en Salud Mental expresan, según el momento socio-histórico valores religiosos, políticos, filosóficos y morales en los cuales se vislumbra un poder técnico y socialmente legitimado sobre los individuos con enfermedades mentales. Este poder puede provenir de Organizaciones Sociales, del Estado, del sistema político, pero no de la teoría en sí misma.

Sin embargo, la existencia de diversas teorías, que en términos de Khun (en Galende; 1994), representan una *"anomalía científica"*, no pospuso la ilusión de encontrar una ciencia natural para la enfermedad mental. Este anhelo fue abandonado frente a la imposibilidad de trasladarlo al plano de lo real, debido a que en Salud Mental coexisten diversos paradigmas que no permiten definir ni resolver las anomalías, a diferencia de otras ciencias donde se requiere de un paradigma hegemónico a partir del cual se definan como tal y capten sus incoherencias. Esta área está constituida por diversas disciplinas, aspecto que hace cuestionar a algunos autores sobre su carácter científico.

Retomando la evolución histórica, en el siglo XVIII cuando los médicos asumen la responsabilidad de atender la locura esta enfermedad ya se encontraba asociada a la exclusión de la vida social y al encierro. Como

antecedente de esta percepción se encuentra un estudio y análisis realizado por Foucault (en Galende; 1994), sobre el internado –asilo-, donde se plantea la existencia del Decreto Real mediante el cual se creó en el año 1656 el Hospital General, que consistía en un conjunto de establecimientos que se encontraban centrados en París. A éstos, se incorporaron lo que anteriormente habían sido cuarteles militares y otros espacios aportados por la Iglesia, albergando indistintamente a vagabundos, pobres, prostitutas y locos.

Estos establecimientos presentaban una particularidad, no eran médicos sino policiales, constituyeron la base para la formación de los primeros manicomios, y conjuntamente con este suceso surgen las primeras clasificaciones: "locos adormecidos", "desprovistos de memoria y entendimiento", entre otras que persisten en la actualidad.

Como plantea García, (1975), la caridad ejercida hasta el momento pierde vigencia y aparece la "Beneficencia". El Estado –centralista y burocrático- era quien se encargaba de excluir de la sociedad a aquellas personas que impedían el desarrollo de ésta, dentro de este grupo se encontraban los enfermos mentales, (quienes en la época decimonónica eran denominados "locos"). Esta situación generó disminución en la tolerancia, por parte de la sociedad, hacia los enfermos mentales y al resto de los problemas sociales.

Con la Revolución Industrial las personas pasan a ser valoradas según su capacidad de trabajo, quien no pueda desempeñar esta tarea será considerado como no apto y por lo tanto no va a tener otro destino que el manicomio. Esta realidad se produce debido a que el individuo no logra adaptarse a las nuevas condiciones de vida y a que su familia se supone inserta en el mercado laboral, situación que dificulta su permanencia en el núcleo familiar.

Durante el siglo XIX, el manicomio ocupa un lugar esencial en la sociedad y representa la figura central de la psiquiatría, pero en el siglo XX

comienzan a surgir corrientes que critican el sistema asilar – manicomial, caracterizado en párrafos precedentes.

Desde la década del 50 se comienzan a generar propuestas asistenciales vinculadas estrechamente con el Estado Benefactor. Este modelo de Estado se encargaba, entre otras tareas, de la redistribución de ingresos, del bienestar de la población, de proveer los niveles necesarios de salud y de controlar los conflictos que se suscitaran en la sociedad mediante la prevalencia del saber técnico y administrativo.

Subsiguientemente, considerando los años 70 como punto de inflexión, cabe destacar el fin de este modelo de Estado y la instauración de otro inspirado en la ideología liberal[7]. En este contexto de cambios, el Estado reestructura y limita sus funciones, entre otras, la de garante de los derechos de salud, ya que las políticas en esta área tienden a quedar libradas a la lógica del mercado (oferta y demanda), dejando de ser un derecho universal, para adoptar el carácter de "bien de mercado". A su vez, focaliza y descentraliza su accionar, siendo éste asistencialista y dirigido especialmente a los sectores marginados.

Esta tendencia delimita una brecha económica que tendrá sus repercusiones en el acceso diferencial a este derecho, es decir, dependerá del poder adquisitivo que los individuos posean para su respectivo usufructo.

Otras de las repercusiones que conllevó este cambio de modelo de Estado y que impactó en las políticas de Salud Mental fue el desarrollo y la implementación, por parte del neoliberalismo, de planes de ajuste económico.

A partir de este acontecimiento, como sostiene Saidón, (1994), es que en la mayoría de los países latinoamericanos se procedió a definir grupos o poblaciones de riesgo ("drogadictos", "extranjeros sin tierras", "locos"), que guiarán las acciones que el Estado llevará a cabo en el plano social. La

[7] Temática desarrollada en el Capítulo 4: "Estado, Políticas Sociales y el impacto en las familias", del presente documento.

construcción social de estos grupos va a desencadenar inevitablemente en procesos legitimados de control y exclusión social, que se expresan mediante la marginalización y disciplinamiento.

A su vez, Galende, (1994), expresa que en la actualidad existe una relación estrecha entre la simbólica producida por la historia, la cultura y la generación del daño mental. Plantea que en las sociedades pertenecientes al Tercer Mundo, una vez instalado el sistema capitalista, la población se vio obligada a transitar por un cambio abrupto pasando de una vida comunitaria -basada en el grupo y la solidaridad- a una forma sustentada en el individualismo y la competencia. Sometiendo, de esta manera, al individuo a un proceso de aculturación que desencadenó, según el autor citado, en *"verdaderas catástrofes subjetivas"*, donde la enfermedad mental se presentó como fuerte expresión de esa marginalidad social.

En el período neoliberal, la enfermedad mental se percibe como un problema individual, retornando a la noción biologicista de considerarla como una dependencia de un trastorno genético, por ende se abandona la concepción que se adoptó durante la década del 60 al ser abordada como un fenómeno social.

Estos ajustes ocasionados por la transformación del modelo de Estado no suponen una construcción de futuro distinto y prometedor de paliar las injusticias, sino de agudizar las diferencias, conservarlas y limitar las posibilidades de transformación y cambio.

A su vez, la enfermedad mental pasa a ser parte constitutiva de la medicina mental, siendo ésta la disciplina encargada de regular la norma psicológica en la sociedad burguesa, debido a que la Iglesia abandona su rol hegemónico basado en el asistencialismo y el Estado no asume el ejercicio de su poder como "policía" legislando el espacio social de esta enfermedad.

Por otro lado, dentro del modelo neoliberal comienzan a gestarse críticas dirigidas a las instituciones asilares o manicomiales, cuestionando el alto costo en relación con la baja eficiencia de estos establecimientos.

Según Castel, (1984), estas críticas se sustentan en la crisis que transita la psiquiatría, proceso que puede analizarse desde dos perspectivas: la primera refiere a que tanto los problemas como la formulación de soluciones forman parte de la medicina mental y por lo tanto se exige mayor responsabilización para progresar; mientras que la segunda alude a la necesidad de situarse fuera de la psiquiatría para poder analizar y comprender la situación en su totalidad y en la medida de lo posible aportar soluciones.

Dentro de esta segunda perspectiva, el autor antes citado propone que mediante la divulgación y popularización de la temática se finalice con el secreto institucional que regía la medicina mental. A partir de este momento, la mirada de un observador externo comienza a ser amenazante para los psiquiatras, quienes frente a esto comenzaron a cambiar su actitud siendo más minuciosos al momento de respetar las disposiciones legales y reglamentarias, relacionadas con la internación de los individuos con patologías mentales.

Con estas transformaciones se intenta revalorizar y reforzar al individuo y su subjetividad (se lo considera sujeto de derecho), motivo por el cual los establecimientos con estas características ya no resultarían suficientes, viables ni necesarios.

En este contexto, se comienza a gestar un proceso denominado como desinstitucionalización – deshospitalización, lo que produce un fenómeno de transferencia a otros servicios territoriales, como una nueva instancia de atención conjunta con los hospitales psiquiátricos, denominado transinstitucionalización.

Continuando con esta línea de análisis, durante la década del 70 surge en Italia un movimiento denominado como "Antipsiquitría", cuyo máximo exponente es Franco Basaglia. La tesis principal de este movimiento consiste

en cuestionar y reflexionar sobre determinadas conceptualizaciones y tendencias de la psiquiatría y del psicoanálisis moderno.

Asimismo, Basaglia (en Galende; 1994), coloca principal énfasis no en reformar las instituciones asilares, sino en eliminarlas porque parte del supuesto que en ese contexto no es posible la rehabilitación de los enfermos, ya que estos centros se convierten en depósitos de personas enfermas, pertenecientes, en su mayoría, a los sectores más bajos de la sociedad.

Con este accionar, el autor antes mencionado, pretende volver a instalar en la sociedad la temática de la enfermedad mental, apostando a una nueva modalidad de atención y principalmente a la descentralización de la asistencia como alternativa a la internación asilar.

Según Castel, (1984), cuando se hace referencia a este movimiento como fenómeno social, no se alude exclusivamente a la crítica de una disciplina o una actividad profesional particular, sino que se le otorga un sentido anti-autoritario a dicha actividad. Por esta última razón, frente a la represión vivida y ejercida por la psiquiatría, que se ha caracterizado por ser "...arcaica en su estructura, rígida en su aplicación, coercitiva en su objetivo" (Castel; 1984: 22), surge la antipsiquiatría intentando representar la liberación de la época.

Como sostiene Basaglia, (1975), a diferencia de la psiquiatría tradicional y positivista, este movimiento intenta reconocer e incorporar a sus teorías y prácticas los elementos sociales que contextualizan la enfermedad mental, a través de técnicas psiquiátrico-social. A su vez, cuestiona el rol del médico como único garante de la salud del enfermo, para adoptar una concepción más amplia de salud, considerándola como bien colectivo y por lo tanto perteneciente a la sociedad en su conjunto.

A pesar de estos postulados innovadores y dirigidos al cambio, la reestructura o la desestructura de la psiquiatría, como plantea Castel, (1984), no se concretó. La propuesta de constituir un conjunto de prácticas alternativas

e independientes era demasiado ambiciosa considerando la realidad político-económica.

Esta nueva perspectiva de trascender la institución psiquiátrica como instancia de internación crónica, de promulgar su cierre y de transformar la modalidad de atención psiquiátrica (enfatizando en tareas de promoción y prevención), supone la creación de redes sociales y vinculares capaces de establecer nuevos dispositivos de atención extra muros.

Con tal finalidad, surgen determinados programas dirigidos a la externalización y transferencia de las tareas de cuidado desde los Hospitales Psiquiátricos hacia la comunidad y a las familias, entidades que en la actualidad carecen de capacitación y continencia suficiente como para afrontar esta tarea.

Esta propuesta neoliberal de descentralización, no va acompañada de los recursos necesarios que sean concordantes con las condiciones actuales; como plantea Habermas (en Saidòn y Troianovski; 1994: 50) "... un desmantelamiento decidido del Estado Social tiene que dejar tras de sí lagunas funcionales que sólo pueden rellenarse mediante la represión o el desamparo...".

Considerando las transformaciones mencionadas, se sostiene que las políticas sociales actuales consideran a la Salud Mental como parte constitutiva de las condiciones generales de bienestar. Principalmente se centra en el bienestar psíquico y en el sufrimiento mental, por ende se relaciona muy estrechamente con las condiciones sociales de vida.

En este contexto, la familia, la pareja, la vida comunitaria y las políticas constituyen ámbitos productores de valores de sufrimiento, felicidad, de conocimientos, tanto enriquecedores como empobrecedores, al momento de construir el intelecto y la personalidad. Estos ámbitos son propios de cada cultura y en cada momento histórico del desarrollo.

Como plantea Stolkiner, (1994), esta tendencia que surge en el período neoliberal de otorgar mayor protagonismo y responsabilidad, tanto a la comunidad como a las familias, genera mayor desamparo.

Finalmente, se menciona que los cambios aludidos presentan un trasfondo financiero, debido a que estos servicios de cuidado los provee el mercado y en la mayoría de los casos terminan siendo una recarga de trabajo, en su mayoría no remunerado, para las familias y dentro de éstas particularmente para las mujeres (por el rol de género que la sociedad le ha atribuido históricamente).

CAPÍTULO 5: CUIDADOS FAMILIARES EN RELACIÓN A LA SALUD MENTAL

Esta categoría resulta relevante para comprender como los cuidados se distribuyen al interior de las familias y como éstas deben organizarse para poder asumir esta tarea, partiendo de la base que los cuidados constituyen al bienestar de las personas dependientes (ya sean niños, ancianos, enfermos, discapacitados), siendo una dimensión central de la Atención a la Salud en el proceso salud – enfermedad, principalmente en la rehabilitación y prevención.

Por cuidado se entiende, " (...) al conjunto de prácticas y saberes a través de los cuales se brinda atención a una persona que, coyuntural o permanentemente, no puede gestionar por sí misma su bienestar" (Fassler; 2000: 98).

Como consecuencia de las cíclicas crisis económicas -propias del sistema capitalista- y las transformaciones del Estado, mencionadas en el capítulo anterior[8], es que en el ámbito privado y específicamente en las familias las necesidades insatisfechas en relación al cuidado han aumentado

[8] Capítulo 4: "Estado, Políticas Sociales y el impacto en las familias".

considerablemente. Esta problemática resulta más evidente cuando las mujeres se encuentran insertas en el mercado laboral, sean casadas, concubinas o solteras, y reciban escaso o nulo apoyo y/o ayuda de sus parejas u otros familiares. Es en este período, donde las familias deben reorganizar sus vínculos internos y lograr conciliar la vida productiva con la reproductiva.

En contraposición, en el ámbito público este déficit de cuidado se expresa principalmente en la cobertura y atención insuficiente que brindan las políticas sociales dirigidas a las personas con enfermedades mentales, entre otros grupos poblacionales que requieren de diversos tipos de cuidado.

Sobre esta temática Arlie Rusell Hochschild (en Aguirre y Fassler; 1997), basándose en un estudio que realizó, sostiene que existen diversos modelos culturales de cuidados que en la actualidad son objetos de análisis y de debate político.

La autora menciona el *modelo o la solución tradicional,* el cual hace alusión a que son las mujeres quienes deben asumir la responsabilidad de cuidado, permaneciendo la mayor parte del tiempo en sus hogares, resaltando que esta tarea no conlleva una remuneración. Algunos de los propulsores de este modelo, tienden a detener el proceso de liberalización de las mujeres y retomar el camino de la industrialización. A su vez, la autora plantea que algunos hombres encuentran ventajoso el hecho de que sean las mujeres quienes desempeñen exclusivamente estas tareas debido a que el cuidado pasa a ser personalizado. Como desventaja señala que no todas las mujeres están dispuestas a permanecer en su hogar, a postergar la posibilidad de ascenso laboral, de desarrollar sus anhelos y su capacidad de superación. Por esta razón, muchas veces el trabajo pasa a ser la mejor opción de vida y se convierte en una herramienta que brinda la posibilidad de liberación y autonomía. Temporalmente este modelo se puede ubicar en el pasado.

Por otro lado, plantea la solución *moderno - frío,* en cuyas bases se plantea la necesidad de que todas las formas de cuidado humano se encuentren institucionalizadas.

Otro modelo es el *moderno - cálido*, donde parte de la solución de esta temática se encuentra en las instituciones públicas, pero a diferencia del anterior, no se hace un traspaso absoluto de todas las tareas de cuidado a las mismas, sino que tanto mujeres como hombres comparten parte del cuidado para que éste sea personalizado. Lo que se pretende es resaltar esta tarea como un trabajo valorado y reconocido.

Cabe destacar que los dos modelos mencionados anteriormente (moderno - frío y moderno - cálido) se pueden ubicar como proyecciones de futuro.

Por último, esboza el *modelo o solución posmoderna,* donde las mujeres se insertan parcialmente en el mercado laboral y los hombres colaboran mínimamente con las tareas del hogar; no se gestan transformaciones notorias respecto al modelo anterior. Esta autora plantea que la solución posmoderna necesita de un fuerte esfuerzo emocional capaz de reprimir el anhelo de cuidar o ser cuidado y es una transición entre los dos mencionados con anterioridad.

Cada uno de los modelos expuestos, reflejan una determinada definición de cuidado, constituyen una respuesta a las necesidades y carencias de esta tarea y plasman que cantidad y calidad del mismo resulta imprescindible para lograr un óptimo nivel de bienestar.

Ese nivel de bienestar puede analizarse a través de dos protagonistas: por un lado a nivel privado: el mercado y las familias y por otro, el Estado (en la mayoría de los casos por medio de Políticas Sociales). La participación de este último actor ha sido y aún continúa siendo fragmentada y escasa. Esta situación produce que los individuos accedan a los servicios en forma diferencial, la lógica de ingreso se basa casi exclusivamente en la capacidad adquisitiva que las personas y/o familias presenten para poder hacer frente al costo de los mismos.

Asimismo, Aguirre y Fassler (1997), sostienen que tanto el Estado, el mercado y las familias evolucionan de manera conjunta. El mercado identificándoselo como el principal elemento de desarrollo y de asignación de recursos (en función del poder adquisitivo de las personas); en tanto el Estado, en su modalidad de Estado de Bienestar, que con el transcurso del tiempo ha sido reemplazado por un Estado donde sus funciones redistributivas se han focalizado y limitado hacia los sectores más empobrecidos de la población. Su accionar se ha ido retirando en aquellos aspectos que pueden ser resueltos por el sector privado y la distribución de recursos y servicios se encuentra orientada a objetivos de carácter nacional, como los de integración social, ciudadanía y justicia social.

Como sostienen Knijn y Kremer (en Batthyány; 2000), existen diversas formas de proveer cuidados diarios, ya sea mediante trabajo remunerado[9] o no remunerado[10], de forma voluntaria, a través de un acuerdo, asumiendo algún tipo de obligación moral o de carácter profesional. Las formas mencionadas son expresiones del acceso diferencial de cada individuo a dichas prestaciones.

A partir de estos acontecimientos, se sostiene que en una sociedad la función y el compromiso del bienestar social recae sobre los individuos y las familias, como ya se mencionó, dependiendo del la capacidad que éstas posean para desempeñar esa responsabilidad o adquirirla en el mercado.

Adoptando como base la escala denominada como *"Índice o Escala Madrid"* desarrollada por la profesora María Ángeles Durán (en Batthyány; 2000), que sirve como herramienta de cálculo de la demanda de cuidado generada en un país, en un momento determinado, Battyhány, (2000), se propuso crear una escala similar a la mencionada pero específicamente para Uruguay.

---

[9] Concepto que refiere a aquellas personas que realizan determinadas actividades para producir bienes y servicios y a cambio obtener ingresos.

[10] Este término abarca el trabajo doméstico, el trabajo de cuidados familiares y el trabajo voluntario o el orientado a la comunidad.

Con la finalidad de construir la misma, la autora procedió a respetar la proximidad entre los rangos etáreos[11] y la variación de la Escala Madrid (entre 1 y 2). El valor 1 representa a los individuos que son capaces de brindarse y satisfacerse a sí mismos todas las necesidades de cuidados, y el valor 2 alude a aquellos que requieren de un continuo y permanente cuidado diario; mientras que el resto de los valores intermedios corresponden a necesidades de cuidados parciales y temporales.

Para continuar con el estudio mencionado y considerando las especificidades de Uruguay, seleccionó un sistema integrado por 10 jueces, encargados de construir esta escala y realizó proyecciones poblacionales (elaboradas por el CELADE[12]) para los años 2000, 2010 y 2020[13].

Según se desprende de este estudio, Uruguay presenta una demanda de cuidado aproximadamente de 40 puntos porcentuales superior a la población que se proyectó. Se estima que cada adulto en el futuro proporcionará dos unidades y media de cuidado que se distribuirán de la siguiente manera: una dirigida a él mismo y lo restante a otros sectores poblacionales, algunos de ellos representado por, niños, enfermos, ancianos e impedidos.

Estos cuidados son desempeñados principalmente por personas que se ubican en el rango etario de entre 20 y 64 años de edad y dichas responsabilidades son asumidas y ejercidas mayoritariamente por mujeres.

En lo que respecta a esta temática Jelin, (1997), sostiene que la carga de las tareas domésticas, que desempeñan principalmente las mujeres, varía según la composición del hogar, la distribución de tareas y responsabilidades dentro del mismo y también según el acceso de las familias, condicionado por

---

[11] Tomando como base las proyecciones poblacionales disponibles para Uruguay , Batthyány, construyó la escala etáreos que se desarrolla a continuación: de 0 a 4 años de edad requieren dos unidades de cuidado; de 5 a 14 años: 1,7 unidades; de 15 a 19: 1,5; de 20 a 64 años: 1,2 unidades de cuidado; de 65 a74 años: 1,5 unidades; de 74 a 79: 1,7 y finalmente mayores de 80 años: 1.9 unidades de cuidado (en Batthyány; 2000)

[12] Centro Latinoamericano de Desarrollo.

[13] Ver Anexo 2.

la variable económica, a determinados servicios localizados fuera del hogar, sean éstos comunitarios o provenientes del mercado (como guarderías, servicios encargados de realizar el trabajo doméstico[14] del hogar, el cuidado de enfermos y ancianos).

Este acceso asimétrico puede explicarse, entre otras cosas, por el nivel de ingreso y las clases sociales. Cabe destacar que si bien existe una oferta de servicios estatales, mediante políticas sociales o servicios comunitarios, éstos aún presentan un alcance de carácter limitado.

Esta realidad impacta directamente sobre las familias, quienes desempeñan diversas tareas en el mundo privado, entre ellas pueden destacarse la de reproducción de la población, refriéndose no sólo al aspecto biológico (nacimiento y crianza de los hijos), sino también al proceso de socialización de niños y jóvenes, la mantención de los mismos y el cuidado de adultos, ancianos y enfermos (en Aguirre y Fassler; 1997).

Las tareas de velar por la seguridad y el bienestar de los miembros de una familia han provocado que esta institución, como ya se señaló, tenga dos salidas posibles: comprar los servicios que se encarguen de esta función en el mercado o asumirla y por ende sobrecargar el trabajo doméstico. "El cuidado es pago o impago como consecuencia de elecciones políticas, valoraciones compartidas y estructuras de género..." (Batthyány; 2000: 86).

A su vez, la incorporación progresiva de la mujer al mercado laboral ha sido una de las modificaciones que ha repercutido al momento de desempeñar la tarea de cuidado. Ésta es considerada como invisible, realizada históricamente por la mujer (argumento basado en la perspectiva de género) asumiendo y ejerciendo su rol de esposa, madre y ama de casa.

Este acontecimiento ha provocado la reducción del tiempo disponible tanto de las mujeres - madres, como de abuelas y tías (quienes, en muchos

[14] Este término refiere a las actividades que producen bienes y servicios, exclusivos para los miembros del hogar, pero no conlleva remuneración alguna.

casos, colaboraban con esta tarea), hecho que en la actualidad provoca que no siempre existan personas disponibles en una familia para asumir la tarea de cuidado de un miembro que lo requiera.

Como sostiene Aguirre, (en Fassler; 2006), el tiempo constituye una de las principales dimensiones en la organización de la vida de los individuos. Es un recurso limitado y su utilización depende de la ubicación de éstos tanto en la economía, el orden social como en la estructura de género. Al interior de las familias es distribuido y regulado por la existencia de un contrato socio-cultural implícito, en el cual se establece y determina lo que deben hacer los individuos por su condición de mujer o varón.

Considerando lo mencionado, cabe resaltar que la división del trabajo no remunerado es desigual y según una encuesta sobre usos de tiempo en el trabajo remunerado y no remunerado realizada en Montevideo y Área Metropolitana en el año 2003[15], las mujeres destinan más de la mitad de su tiempo al trabajo no remunerado; mientras que los hombres dedican el mismo porcentaje pero al trabajo remunerado[16].

Contemplando esta realidad, Aguirre y Fassler (1997), sostienen que el accionar de cuidado familiar es realizado mayoritariamente por mujeres, debido a que son éstas quienes asumen la responsabilidad de cuidar tanto a niños, enfermos y ancianos. Esta tarea aparece como una cualidad natural del género femenino que implica un aprendizaje que comienza desde edades iniciales, inculcada fundamentalmente por el entorno familiar y posteriormente ese aprendizaje se va reafirmando a través de la práctica y del intercambio de saberes con otras mujeres.

Por el motivo expuesto, Batthyány (2000), expresa que se instala en la sociedad uno de los prejuicios de género más importante, que es pensar la tarea de cuidado como meramente femenina, llegando a extremos de

[15] Esta Encuesta permitió medir la cantidad de trabajo que realizan los integrantes de una familia, estimando el total de horas que destinan a esta tarea. (en Aguirre y Fassler; 2006: 109).
[16] Ver Anexo 3

considerarla como casi una determinación biológica, propia y exclusiva de las mujeres.

Si se parte de la perspectiva de que el cuidado es una tarea instintivamente femenina, se estaría generando una negación e invisibilización del tiempo, esfuerzo, desgaste físico, mental y sentimental que ésta produce en ellas.

La naturalización de este fenómeno se produce debido a la falta de reconocimiento y valoración por parte de la sociedad de esta tarea como fundamental para el bienestar social, donde las instituciones ya sean educativas, de salud, entre otras, parten del supuesto que las mujeres estarán disponibles para cuidar de aquel miembro de la familia que lo necesite, como una tarea complementaria dentro del mundo privado.

A su vez, Batthyány, (2000), sostiene que esta carencia de reconocimieto y la consideración de la misma como exclusiva del ámbito doméstico, suponen una importante limitación para las mujeres al momento de ejercer plenamente los derechos sociales.

Esta misma autora, considera que la tarea de cuidado es un pilar fundamental al momento de construir la identidad genérica de las mujeres. Por este motivo, el lugar que ocupa el género femenino en la familia, en su espacio de trabajo y las relaciones que entabla con sus familiares – parientes están determinadas por su potencialidad y capacidad de cuidar. Por este motivo, la autora expresa que "...cuidado y feminidad son dos caras de la misma moneda..." (Batthyány; 2000: 87).

Continuando con esta línea de análisis, Aguirre y Fassler (1997), sostienen que actualmente se ha generado lo que denominan *"crisis de cuidados"*, debido a la existencia de una insatisfacción al momento de realizar esta tarea. El Estado a través de políticas sociales no ha satisfecho esta necesidad y a nivel privado este déficit resulta evidente, debido a que la

mayoría de las mujeres, insertas en el mercado laboral, no reciben ayuda de sus parejas ni tampoco de otros familiares.

Frente a esta realidad, resulta desafiante reflexionar sobre la posibilidad de incorporar las tareas de reproducción cotidiana en el plano de las políticas sociales. Para ello, es imprescindible, por un lado, trascender la mirada histórica que considera a éstas como invisibles y propias del ámbito familiar y, por otro, adoptar una nueva matriz conceptual con respecto al trabajo no remunerado, que reconozca y valorice todas las actividades que desarrollan los individuos tanto en la esfera doméstica familiar, como en la comunitaria. Este cambio de perspectiva es ineludible para brindar una potencial solución a esta problemática y para desarrollar acciones estatales que cooperen con este cometido.

Según Fassler, (2003), el aumento de necesidades insatisfechas, acompañado de la disminución de oferta de cuidados intrafamiliares, está generando un deterioro en el bienestar de las personas que más lo requieren y una sobrecarga de trabajo que recae fundamentalmente sobre las mujeres.

Si bien existe en Uruguay un déficit de cuidado, en las proyecciones realizadas por Batthyány, (2000), se pudo vislumbrar que esta problemática en el caso uruguayo ha sido amortiguada por mujeres mayores de 55 años, que no se encuentran insertas en el mercado laboral y por ende asumen y responden a estas necesidades. Esta realidad resulta endeble porque la creciente incorporación femenina al mercado de trabajo supone la desaparición de ese efecto amortiguador.

Como sostiene Durán, (1988), las enfermedades y los enfermos, en su mayoría, son atendidos en el ámbito doméstico y cuidados por sus familiares, salvaguardando aquellos casos donde se requiere de institucionalización mediante una internación. En estos casos la tarea de cuidado se traspasa parcialmente a la institución responsable, pero igualmente en estas situaciones la atención, dedicación y cuidado por parte de la familia hacia el enfermo no

desaparece, sino que se expresa en el acompañamiento durante el período de internación y a través de ciertos cuidados paralelos a los institucionales.

Las familias que poseen en su interior un miembro con una patología mental diagnosticada, comienzan a demandar al sistema la incorporación de tareas relacionadas con el cuidado de la salud. Esta responsabilidad de entablar vínculos con este sistema, es desempeñada, según el planteo de la autora antes mencionada, generalmente por la mujer, no sólo para su propio cuidado, sino para el resto de los miembros de su familia. Es quien toma la decisión de consultar al médico, de cumplir con un régimen de visitas a dicho profesional, de acompañamiento y de implementar los tratamientos que éste indique. Según el INE[17] la tasa de participación de las mujeres en el trabajo de cuidados es del 32,5%, mientras que la de los varones ronda el 23,5%[18].

Este accionar de cuidado se caracteriza, como ya se ha mencionado en el presente trabajo, por ser femenino, no remunerado, invisible, sin reconocimiento ni valoración social. Con este término –cuidado- Arlie Russell Hochschild, (en Aguirre y Fassler; 1997: 50), se refiere "al vínculo emocional – generalmente mutuo – entre el que brinda cuidados y el que lo recibe; un vínculo por el cual el que brinda el cuidado se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad. Por lo tanto cuidar a una persona es hacerse cargo de ella".

A partir de la definición expuesta, puede observarse con claridad como esta tarea supone un trabajo personalizado que implica sentimientos, emociones y conjuntamente requiere de tiempo y dedicación.

La presencia de enfermos, sea temporal o continua, provoca un reajuste familiar, por lo tanto poseer la posibilidad de compartir esta tarea de cuidado con el resto de los miembros de la familia se torna imprescindible al momento de reorganizar la estructura y vida familiar.

---

[17] Instituto Nacional de Estadística.
[18] Ver Anexo 4.

Cuando la enfermedad se instala en el seno de la familia, comienza a gestarse, en su interior, un proceso de resocialización, donde el género femenino aún continúa teniendo un rol preponderante al momento de desarrollar las tareas cotidianas.

En muchas ocasiones la tarea de cuidado se cumple por gratificación, es decir, se realiza esta acción porque se quiere a la persona que se cuida, y existen anhelos y expectativas de recuperación. No obstante, cuando esta tarea comienza a demandar una importante carga horaria, a ejercerse por períodos prolongados de tiempo, sin momentos de distensión, y a postergar o renunciar a proyectos individuales, se torna una problemática, no sólo para el individuo en particular, sino también para la familia a la cual pertenece[19].

Específicamente, pensando en los cuidados relacionados con la salud mental, puede sostenerse que tanto los cuidadores como agrupaciones familiares necesitan de capacitación, que les brinde conocimientos sobre enfermedades, tratamientos específicos, cuidados especiales, posibilidad de reinserción en el medio y de rehabilitación. Sin embargo la carencia de este asesoramiento desencadena, generalmente, en mayor soledad y desamparo de quienes ejercen el cuidado y de su entorno socio-familiar.

Sobre esta problemática el grupo "La Esperanza" (en Fassler; 2008), realizó un estudio donde se visualizó que la mayoría de las personas que cuidan a "enfermos mentales" son mujeres, en edad avanzada y generalmente madres de quienes padecen esta enfermedad. A su vez, se constató que en la mayoría de los casos, las familias de estas personas suelen ser pequeñas y con el transcurso del tiempo se va produciendo un aislamiento de éstas, no sólo del resto de sus familiares, sino también del entorno social que los rodea. Este hecho suele producirse por el estigma que acompaña a estas enfermedades y por la dedicación que implica realizar esta tarea.

[19] Ver Anexo 5.

Otro dato que se desprende del estudio anteriormente mencionado y que resulta clarificador para este análisis, es que la mayoría de las familias encuestadas estaban constituidas por madres solas y en algunos casos recibían la colaboración de sus hijos. En cambio, cuando las mismas eran encabezadas por hombres, éstos no desempeñaban la acción de cuidados solos, sino acompañados por su pareja u otros hijos. Este dato, de alguna manera, denota lo expresado en párrafos anteriores, donde se sostiene que el cuidado es una tarea meramente femenina, heredada del pasado por la condición de ser mujer y reproducida en el presente.

Considerando lo analizado, cabe destacar que una familia que posee un integrante con alguna patología mental diagnosticada asume el aislamiento, sufrimiento e incertidumbre que esta enfermedad genera viviendo en soledad el padecimiento de la misma y cargando con el estigma que ésta supone. Es por ello, que en muchos casos, la familia decide esconderlos o reclutarlos en sus hogares, considerando esta opción como una buena estrategia para mantenerlos alejados de su entorno social.

En algunas situaciones, esta decisión suele producirse por un sentimiento de vergüenza que invade a la familia, que encuentra sus orígenes en la sociedad como productora y reproductora de modelos ideales a seguir, y en la poca presencia de acciones estatales que cooperen con este proceso brindando, apoyo, contención, capacitación y posibilidades reales de inserción en el medio, tanto para las personas con patologías mentales como para sus familias.

A modo de síntesis, cabe tener presente que, "...la falta de valoración del papel fundamental que tienen las mujeres en el bienestar de la sociedad, la ausencia de retribución económica por estas tareas son fuertes obstáculos para el ejercicio de sus derechos ciudadanos. La lucha por la igualdad de derechos se da preferentemente en el ámbito público (laboral, político, etc). Sin embargo muchos de los problemas de inequidad que se presentan entre hombres y mujeres en el mundo público, se producen y reproducen en la intimidad de las familias" (Fassler; 2000; 100).

5.1 Mujeres: únicas protagonistas del cuidado y bienestar familiar ¿Por qué?

Para poder brindar una respuesta aproximada a la interrogante planteada se procederá a realizar un análisis basado en las estructuras de género instauradas en la sociedad como modelo explicativo, contribuyendo al análisis y comprensión interna de cómo una familia distribuye roles y funciones a cada uno de sus miembros al momento de proveer a los mismos determinados servicios.

Para comprender esta situación se procederá a definir lo que se entiende por género. En los años 70 es impulsada la utilización de esta categoría denominada como *gender* (género) por el feminismo académico anglosajón. Este término surge con el objetivo principal de diferenciar la construcción cultural e histórico-social que cada sociedad atribuye sobre lo "femenino" y lo "masculino" de la meramente biológica, universal y congénita.

Según Aguirre (en Batthyány; 2004: 25), este concepto refiere "... a las formas históricas y socioculturales en que varones y mujeres interactúan y dividen sus funciones. Estas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo. El género es una categoría que permite analizar papeles, responsabilidades, limitaciones y oportunidades diferentes de varones y mujeres en diversos ámbitos, tales como una unidad familiar, una institución, una comunidad, un país, una cultura...".

Esta división social de tareas determina el rol a desempeñar en la sociedad adquirido e incorporado mediante un proceso de socialización a través del cual se aprenden e internalizan actitudes, comportamientos y valores que cada cultura prefigura y determina como propio de cada género. Este proceso es efectuado por determinados agentes de socialización, como la enseñanza, la familia, los medios masivos de comunicación, entre otros, que transmiten estos valores y actitudes para que posteriormente de forma consciente o inconsciente y en cualquier ámbito de la vida cotidiana sean interiorizados tanto por hombres como por mujeres.

De lo anterior se desprende que se han constituido significativas diferencias en la relación entre los géneros, que radica en el rol (función) que cada grupo social le asigna tanto a mujeres como hombres basado en expectativas, formas de actuar y sentir que son asimétricas en cada uno de ellos.

El concepto de género definido, abarca tanto la dimensión social, religiosa, política como cotidiana y como sostiene Scott, (en Batthyány; 2004), representa una de las formas primarias de relaciones de poder y dominación; en términos de Bourdieu, (en Batthyány; 2004), representa la lógica de lo que él denomina como *violencia simbólica*, aludiendo a aquella violencia que es ejercida sobre un agente social determinado con su complicidad o consentimiento.

Estas relaciones de poder, como tales, poseen una dimensión simbólica que supone la adhesión de los dominados pero no conscientemente, sino una sumisión carente de reflexión inmediata como producto de seres y cuerpos socializados.

Continuando con esta línea de análisis Bourdieu, (2000), sostiene que la lógica de género es una institución que ha estado arraigada en la objetividad de las estructuras sociales y en la subjetividad de las estructuras cognitivas, donde las divisiones del mundo social y en especial las relaciones sociales basadas en la explotación y dominio, que se han generado entre los sexos y las mentes, lleva consecuentemente a clasificar las prácticas según la oposición entre lo "femenino" y lo "masculino".

En términos del autor citado con anterioridad, la taxonomía de lo femenino se relaciona con lo interior, lo húmedo, lo continuo, lo bajo y por ende le atribuye el desempeño de las tareas domésticas (como el cuidado de niños, enfermos y ancianos) que se caracterizan por ser ocultas, invisibles, privadas y monótonas.

Según esta construcción, se espera que la mujer desempeñe un rol reproductivo, donde el lugar privilegiado es el mundo privado, realizando actividades denominadas "domésticas". Éstas son consideradas como objetos de intercambio mercantil en el mercado de trabajo, entre ellas las de planchar, lavar, cocinar, cuidar tanto a niños, ancianos como enfermos; pero paradojalmente estas mismas tareas realizadas en el contexto interno familiar mutan su perfil, abandonado su forma de objeto mercantil, para adoptar una de gratitud y por lo tanto perder el carácter de trabajo y por tal motivo pasar a clasificarse dentro de las denominadas "tareas domésticas". Dentro de este ámbito, el rol que desempeñan las mujeres es el popularmente conocido como "amas de casa", a partir del cual se las clasifica como "inactivas" en el mismo rango que los estudiantes y jubilados (en Batthyány; 2004).

A su vez, estas tareas domésticas se inscriben dentro de la noción de trabajo no remunerado, exclusivo del ámbito doméstico, invisible, carente de reconocimiento y realizado dentro de la esfera familiar para efectivizar y contribuir con el bienestar de los demás miembros. Basados en estas construcciones socio-culturales las sociedades han creado un imaginario sobre la mujer basado en una actitud sumisa, de inferioridad, donde su rol dentro del hogar es como esposa, madre y ama de casa, y su condición de mujer no es considerada ni valorada como tal.

Por otro lado, retomando el análisis de Bourdieu, (2000), la taxonomía de lo masculino se sitúa en el exterior, lo público, lo oficial, lo alto, lo seco, lo discontinuo[20]; caracterización que conlleva al grupo social a asociar al hombre desempeñando un rol productivo, siendo el sostén económico de la familia ("jefe de familia") y desarrollándose en el ámbito público. Es quien posee la autoridad, el poder, el privilegio, otorgándole cierta potestad de ejercerla, muchas veces, de forma desmedida. Además debe demostrar a la sociedad su virilidad, por ende ocultar y reprimir sus emociones y sentimientos, porque éstos son considerados de exclusividad "femenina".

[20] El autor utiliza pares antagónicos para definir lo "femenino" y lo "masculino.

El autor antes mencionado, expresa que estas formas de relacionamiento inscriptas en el orden social conllevan ineludiblemente a la instauración de dos realidades o naturalezas distintas, que se perciben tanto en los cuerpos (bajo la expresión antagónica de gestos, posturas y formas de comportamiento) y en las estructuras cognitivas o mentales, pronunciando diferencias sustantivas tanto en el uso del cuerpo como en las disposiciones éticas de cada uno.

A su vez, estos roles naturalizados y reproducidos de generación en generación no son exclusivos del ámbito doméstico, sino que se expanden a todos los espacios de la vida cotidiana de los individuos y comienzan a transformarse mediante reivindicaciones realizadas por diversos movimientos encabezados, principalmente, por mujeres, que luchan por superar esas diferencias de género y ocupar un lugar más ecuánime en la sociedad.

Por lo tanto, para lograr un avance sustantivo, capaz de superar la segmentación e inequidad, se debe comenzar con un reconocimiento de que los roles y las capacidades atribuidas tanto a mujeres como hombres no son "naturales", lo que significa que no son inamovibles, estáticas ni fijas.

Este cambio supone una "desnaturalización" de los roles de género, por lo tanto un reconocimiento y toma de conciencia de que es la percepción social la que designa la competencia a determinado atributo de género y no la condición genética.

Cabe mencionar, como parte de este proceso transformador, que como sostiene Batthyány, (2004), a principios del siglo XXI las sociedades humanas se enfrentan a procesos de cambios continuos, acelerados y globalizados alcanzando a casi todas las regiones y grupos humanos del mundo.

Durante este proceso de cambio social ocurre un progresivo reconocimiento del rol de las mujeres y mayor participación por parte de las mismas, promulgando paliar las desigualdades existentes en todas las sociedades.

Las transformaciones mencionadas se reflejan en todos los aspectos de la sociedad, un ejemplo claro es lo sucedido en el mundo del trabajo remunerado, donde se ha producido una incorporación sustantiva de mano de obra femenina.

Esta feminización del trabajo, ha generado una reubicación de las mujeres en la sociedad, resaltando su libertad y autonomía, hecho que ha requerido de un equilibrio, o por lo menos de una conciliación entre la esfera laboral y doméstica.

A su vez, esta incorporación al mercado laboral le ha permitido a la mujer, por un lado aumentar el poder de negociación en el esfera familiar frente a los hombres, y por otro adjudicar "(...) una carga insoportable a las vidas de las mujeres por su cuádruple turno diario: (trabajo remunerado, tareas del hogar, cuidado de los hijos y turno nocturno para el esposo)" (Castells; 1997:160)

Cabe destacar que pese al protagonismo alcanzado por el género femenino, el cual fue esencial para las transformaciones sucedidas en la interna familiar, -instaurando distintos arreglos familiares-; no ha logrado aún desdibujar las desigualdades de género, específicamente en la división sexual del trabajo doméstico.

SÍNTESIS

En el presente documento se ha realizado una revisión bibliográfica, interpelando diversas perspectivas analíticas y enumerando determinadas mediaciones, que ofician de herramientas teóricas, con la finalidad de comprender el "impacto" que genera un individuo con alguna patología mental diagnosticada en la familia que forma parte.

Para contribuir con el objetivo planteado, se ha conceptualizado a la salud y a la salud mental desde una perspectiva integral, considerándola como el bienestar mental social y físico, y resaltándola como derecho universal de todos los individuos, sin distinción alguna. En esta definición, se contempla el entorno social, cultural e histórico del individuo, trascendiendo el concepto que la define exclusivamente como ausencia de enfermedad, y por consiguiente a la medicina como única profesión que, a través de su saber valorado social y culturalmente, regulariza, disciplina y normaliza la vida cotidiana de los sujetos.

Sin embargo, esta noción de contemplar a la salud como derecho fundamental de todos los individuos es un tema de debate que se encuentra presente en la agenda pública. Desde nuestro marco legal y normativo la salud es contemplada como un deber de los ciudadanos y recién en el 2005 con la reforma impulsada por el gobierno precedente es que se ha intentado trascender esta visión. En la actualidad se han diseñado propuestas y programas a nivel gubernamental, como es el Programa Nacional de Salud Mental con la pretensión de garantizar este derecho mediante la promoción y prevención de la salud.

Este cambio de concepción, resulta vital para la correspondiente atención de personas con enfermedades mentales y para su respectivo tratamiento. Momento, este último, en que es imprescindible realizar un trabajo profesional e institucional que incluya a la familia y al entorno social del individuo para poder brindarles una atención en forma paralela e integral. Mientras que este cambio de paradigma y de concepción a nivel social e institucional no se realice, va a ser imposible efectivizar lo anterior y

consecuentemente va a resultar dificultoso abordar la temática de salud mental librada de prejuicios y preconceptos. Práctica que encuentra sus raíces en épocas pasadas, cuando la enfermedad mental era señalada como un mal de la sociedad y las estrategias de intervención consistían en reclutar a estas personas en instituciones asilares y totalizadoras.

Junto con estas reivindicaciones, el Trabajo Social como profesión se planteó como objetivo y meta a corto plazo trascender y desnaturalizar esa mirada, proveniente del pasado, condicionada social y culturalmente para intervenir desde una perspectiva investigativa, sustentada en bases teóricas que permitan comprender la situación en forma integral y no mediante prácticas meramente asistencialistas. Para tal finalidad, es imprescindible trabajar en equipos multidisciplinarios adoptando una actitud de apertura a nuevas interrogantes, perspectivas y aportes.

A su vez, resulta fundamental para todos los profesionales que se desempeñan en el área de la salud mental instaurar una visión que permita trascender la intervención del esquema clásico, proveniente de la medicina, para adoptar una mirada que contemple el entorno social de los individuos. Asimismo, pensar en estrategias de intervención en esta área y en espacios que permitan desarrollar acciones orientadas a la atención, prevención y promoción de la salud, continúa siendo un desafío. Ambas propuestas pretenden enfatizar en el desarrollo y diseño de métodos terapéuticos y de atención orientados, a la resocialización de personas con enfermedades mentales -con el objetivo de contribuir con su reinserción en la vida cotidiana- y a la contención de sus familiares.

Sin embargo, hasta que este cambio de paradigma y de modalidad de intervención no se concretice, las instituciones hospitalarias, como únicas alternativas de atención, no van a dejar de ser necesarias ni imprescindibles. Por lo tanto, para que esta atención extra muros sea posible, resulta necesario crear y entretejer redes sociales y vinculares que permitan efectivizar este nuevo dispositivo de abordaje y tratamiento de esta enfermedad.

Por otro lado, en el presente trabajo se ha retomado el debate realizado por diversos autores sobre modernidad – posmodernidad, como contexto general de cambios sociales que han impactado hasta en las esferas más privadas e íntimas de las relaciones cotidianas, como son las familias. Estas transformaciones han alterado la composición, estructura y formas de relacionamiento dentro de las mismas, por lo tanto para comprender el objeto de estudio planteado resulta imprescindible contemplar esta realidad.

Considerando estas modificaciones es que se adopta el plural del término familia –familias-, que contempla la crisis por la que atraviesa la familia nuclear, como hegemónica en la sociedad, y la emergencia de múltiples arreglos familiares. Para evitar que se continúen reproduciendo estigmatizaciones y contribuir verdaderamente a la construcción de una sociedad más democratizada e igualitaria, resulta fundamental difundir esta realidad e incorporarla en el diseño de políticas públicas y/o programas sociales.

A su vez, estas modificaciones acaecidas en la estructura y organización familiar requieren de la intervención del Estado, a través de políticas sociales, para brindar respuestas a sus necesidades. Para esto, se ha analizado como con el cambio de modelo económico y político (modelo de acumulación keynesiano- fordista a modelo neoliberal) las políticas sociales han transitado por un período de transformaciones que han apostado, principalmente, a incentivar y potenciar la autonomía e iniciativa familiar, disminuyendo el grado de dependencia de las familias hacia los servicios instalados en la comunidad.

Con la instauración del modelo neoliberal se produce un pasaje de matriz "estadocéntrica" a una "mercadocéntrica", donde se destaca la necesidad de que el mercado asuma un rol más participativo y el Estado uno menos activo. Con este cambio, los costos de los servicios –destinados al cuidado de enfermos, ancianos y niños- provenientes del mercado y localizados en el exterior de las familias deben ser asumidos por éstas, en forma individual, generando un acceso diferencial. Esta desigualdad, generalmente, se encuentra determinada por la condición económica -recursos

materiales- y social -vínculos y relaciones que contribuyan con la contención familiar- en la que se encuentre posicionado el grupo familiar, lo que provoca en aquellas familias que no logren usufructuar estos servicios una sobrecarga de estas tareas.

Esta sobrecarga de tareas domésticas no sólo está determinada por el acceso a los servicios destinados a éstas en el mercado, sino también por las negociaciones que se logren efectivizar al interior de las familias, hecho que resulta fundamental al momento de distribuir estas labores y compartirlas cooperativamente. Usualmente, quienes asumen la posición de negociador son las mujeres, porque según el rol asignado cultural, social e históricamente es el género femenino quién debe responsabilizarse y encargarse de ejecutar el trabajo no remunerado, carente de valoración y reconocimiento social.

Contemplando lo expuesto en párrafos precedentes, cabe resaltar que tanto el cambio de modelo económico, como la mutación del perfil de las políticas sociales han impactado directamente en los múltiples formatos familiares existentes en la sociedad, porque le han delegado y trasladado la responsabilidad de brindar cuidado y atención a personas con alguna patología mental diagnosticada. Este acontecimiento, ha provocado en el interior de estas instituciones una necesidad latente de reorganización y conciliación entre la vida productiva y reproductiva.

En este contexto, resulta dificultoso poder reivindicar la salud como derecho, debido a que es considerada en la sociedad como "bien de mercado", a que el Estado limita sus funciones y las que efectiviza son meramente asistencialistas, dirigidas a los sectores marginados de la sociedad, o a determinados grupos poblacionales definidos a priori y categorizados por poseer alguna problemática social común.

A su vez, es necesario trascender la concepción tradicional de la enfermedad mental, que la considera como un problema individual y no como un fenómeno social que se enmarca en una cultura y sociedad determinada. Para contribuir con este cambio de concepción, resulta imprescindible apostar

a prácticas profesionales, trabajos académicos e intervenciones estatales que consideren al enfermo mental como un sujeto de derecho. Para esto último, se requiere del diseño de estrategias de intervención que apuesten tanto a la revalorización y reforzamiento del individuo y su subjetividad, como también de su familia y entorno social.

A partir del análisis realizado en el presente documento, se considera pertinente destacar que este desafío de implementar un nuevo modelo de atención, debería ir acompañado de un proceso paralelo de capacitación dirigido a las familias y a la comunidad, para no responsabilizar únicamente a estas entidades y por lo tanto, no generar mayor exclusión y desamparo.,

Actualmente, la realización de las tareas de cuidado resulta dificultosa, debido a que en nuestro país estas labores eran desempeñadas por un determinado grupo etáreo de la población femenina, pero la incorporación progresiva de la mujer en el mercado laboral ha desencadenado en la desaparición de ese efecto amortiguador, y por ende ha originado nuevas necesidades de cuidado. Éstas se expresan, debido a que el tiempo disponible de las mujeres y de otros familiares, que anteriormente cooperaban con el desempeño de esta labor, también se ve reducido y recurrentemente sucede que en las familias no existen personas disponibles para efectivizarlas.

Generalmente acontece que estas tareas se realizan porque se quiere a la persona que se cuida y se anhela una recuperación, es decir, se colocan sentimientos, pero cuando éstas comienzan a ejercerse por períodos prolongados de tiempo, sin intervalos de distensión, y a interferir en la realización de proyectos personales se generan conflictos al interior de las familias y aparecen determinados factores de riesgo que pueden afectar su estabilidad.

Por lo tanto, cuando una familia posee en su interior un miembro, que por su enfermedad, no puede desarrollar su vida autónomamente, debe transitar por un período de adaptación, negociación, reorganización y reestructura para poder brindar la atención y el cuidado que estas personas

requieren y, de alguna manera, amortiguar el impacto que esta situación le genera. Este proceso, le implica reformular sus modos de vidas, sus costumbres y hábitos

Por lo mencionado anteriormente, es que en la actualidad las necesidades insatisfechas, en torno al cuidado y atención de personas con patologías mentales, se plantean como un problema que impacta directamente en las familias y como un desafío a ser abordado para ofrecer potenciales respuestas.

Por otro lado, cabe resaltar que tal como se encuentran organizadas las políticas sociales, planes y programas dirigidos a personas con enfermedades mentales, quienes deben responsabilizarse por ello y encargarse de las tareas que contribuyen a su atención y cuidado son las familias.

Este "vacío" existente en los beneficios sociales y la ineficacia de los servicios actuales, provocan que las personas con patologías mentales y sus familias asuman el aislamiento, sufrimiento e incertidumbre que la enfermedad genera, viviendo en soledad el padecimiento de la misma y cargando con el estigma que esta supone.

Por estos motivos, es que existen familias que deciden esconder o reclutar a estos miembros en sus hogares, considerando esta opción como una buena estrategia para alejarlos de su entorno social. En algunas situaciones, esta decisión suele producirse por un sentimiento de vergüenza que invade a la familia y que encuentra sus orígenes en la sociedad como productora y reproductora de modelos ideales.

Cabe resaltar, que si bien el desafío de generar políticas y/o programas sociales orientados a satisfacer las necesidades de cuidado de personas dependientes -como son aquellas que padecen alguna patología mental- resulta imprescindible al momento de redistribuir estas tareas al interior de las familias, también se requiere de mecanismos que estimulen las negociaciones intrafamiliares. Con la implementación de ambas modalidades se estaría

incentivando la instauración de un sistema cooperativo entre género y generaciones.

Si estos mecanismos se efectivizaran, las tareas de cuidado y atención podrían compartirse entre todos los miembros de una familia, evitando la sobrecarga de éstas en el género femenino. De esta manera, el tiempo destinado a las mismas se vería reducido, porque se estaría redistribuyendo entre quienes cooperen con su desempeño, y se instalaría un sistema familiar basado en la solidaridad. Con esta nueva perspectiva, el problema podría verse amortiguado, pero para que ello se concretice se requiere de intervenciones estatales y de la participación de las familias, como pilares fundamentales para abordar la temática desarrollada.

Para finalizar, se destaca que este documento invita a la reflexión sobre la temática expuesta y pretende resaltar que las personas que poseen alguna enfermedad mental pueden, a través de un tratamiento y una rehabilitación, desarrollar diversas actividades, pero para ello se requiere, por un lado, de un accionar estatal que apueste a la rehabilitación e inclusión de estas personas y a la contención y capacitación de los familiares, y por otro, de una sociedad más comprensiva, integradora y solidaria.

Una vez realizado el análisis de la temática planteada, y observado estos "vacíos", se plantean las siguientes interrogantes, que obran como disparadores para el debate y como insumos a contemplar al momento de diseñar, programar e implementar acciones futuras en torno a la misma, ¿Qué herramientas le brinda la sociedad, en la actualidad, a las familias para enfrentar este dilema?, ¿Las familias están preparadas para reestablecer sus negociaciones intrafamiliares?, ¿A través de qué mecanismos el Estado puede contribuir con éstas?, ¿Estas negociaciones son posibles en la sociedad actual?, ¿Qué mecanismos deberían implementarse para brindar, tanto a las familias como a la comunidad, la capacitación necesaria para brindar cuidado y atención a personas con patologías mentales?, ¿Las familias están dispuestas a cooperar?, ¿Qué rol desempeñaría el Trabajo Social, como profesión, en este proceso?.

BIBLIOGRAFÍA:

- Adorno, Theodor; Horkheimer, Max (1985) "Dietética do esclarecimento". Jorge Zahar, Río de Janeiro.
- Aguirre, Rosario; Fauné, María; Fassler, Clara; Grau, Olga; Jelin, Elizabeth; León, Magdalena; Salinas, Cecilia (1994), "Familias Siglo XXI", ISIS, Montevideo.
- Aguirre, Rosario y Fassler, Clara "La mujer en la familia como protagonista del bienestar social". En: Fassler, Clara; Hauser, Patricia; Iens, Inés (coor.) (1997). "Género, familia y políticas sociales. Modelos para armar". Ed. Trilce, Montevideo.
- Aguirre, Rosario (1998) "Sociología y género. Las relaciones entre hombres y mujeres bajo sospecha". Ed. Doble clic. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología. Montevideo.
- _____ "Uso del tiempo en la vida cotidiana: trabajo doméstico y cuidados familiares. Aportes para pensar la reorganización del bienestar social". En: Fassler, Clara (coor.) (2006) "Familias en cambio en un mundo en cambio". Ed. Trilce, Montevideo. Red Género y Familia. Pp. 108-122.
- Basaglia, Franco "Rehabilitación y control social". En: García, Ramón (comp.) (1975) "Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial". Ed. Barral Editores, Barcelona. Pp. 185-196.
- Batthyány, Karina (2000) "Estado, familia, políticas sociales: ¿quién se hace cargo de los cuidados y las responsabilidades familiares?" En: Revista de Ciencias Sociales, N° 18, Año XIII, Montevideo. Pp. 83-96.
- Batthyány, Karina (2004) "Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino?; una mirada desde el género y la ciudadanía social. CINTEFOR/OIT, Montevideo.
- Bonan, Claudia y Guzmán, Virginia "La participación de las mujeres en el contexto de la modernidad" En: Fassler, Clara (coor) (2006) "Familias en cambio en un mundo en cambio" Ed. Trilce. Red Género y Familia, Montevideo.

- Bourdieu, Pierre (2000) "La dominación masculina". Ed. Anagrama, Barcelona.
- Cabrera, Mariana; Calvo, Carlos *et. al.* (2008) "Uso del tiempo y trabajo no remunerado en el Uruguay. Módulo de la Encuesta Continua de Hogares, 2007". Disponible en Internet: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uso%20%del%20tiempo%202007/Documento%20Uso%20del%20Tiempo%20y%20Trabajo%20no%20remunerado.pdf> 08/10/2010.
- Carballeda, Alfredo (2004) "Lo social y la salud mental: algunas cuestiones preliminares". Ed Mimeo, Buenos Aires.
- Castel, Robert "El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX". En: García, Ramón (comp.) (1975) "Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial". Ed. Barral Editores, Barcelona. Pp. 71-97.
- _____ "Para una crítica de la institución psiquiátrica" En: García, Ramón (comp.) (1975) "Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial". Ed. Barral Editores, Barcelona. Pp. 99-154.
- _____ (1984) "La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis." Ed. Anagrama, Barcelona.
- Castells, Manuel (1997) "La era de la información: Economía, Sociedad y Cultura" Capítulo 4, Volumen II. Ed. Alianza, Madrid.
- De Martino, Mónica (1999) "Una breve aproximación a la producción de conocimientos y procedimientos metodológicos" En: Revista Regional de Trabajo Social Nº 17, Año XIII. EPPAL, Montevideo.
- De Martino, Mónica (2001) "Políticas Sociales y Familia". En: Revista Fronteras N° 4, Departamento de Trabajo Social, Montevideo. Pp. 103-114.
- Durán, María Ángeles (1988) "De Puertas adentro". Ministerio de Cultura, Instituto de la Mujer, Madrid.
- Durham, Eunice (1983) "Familia e reproducao humana". En: Perspectivas Antropológica da Mulher. Ed. Zahar, Río de Janeiro. Pp. 13 – 44.

- Espinosa, Julián "El nacimiento de los Manicomios" En: García, Ramón (comp.) (1975) "Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial". Ed. Barral Editores, Barcelona. Pp. 33-51.
- Fassler, Clara; Hauser, Patricia; Iens, Inés (1997) "Género, familia y políticas sociales. Modelos para armar". Ed. Trilce, Montevideo.
- Fassler, Clara "Cuidados: ¿una responsabilidad femenina? En: Red Género y Familia; UNICEF (2000). "Políticas públicas. Propuestas y estrategias, desde una perspectiva de género y familia", Montevideo.
- _____ (coor.) (2008). "Mesa de diálogo: políticas de salud y cuidados. Una mirada desde el género". Ed. Trilce, Montevideo.
- Fiasché, Ángel "Políticas de Salud Mental". En: Saidón, Osvaldo y Troianovski, Pablo (comp.) (1994) "Políticas en Salud Mental". Ed. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- García, Ramón "Orden manicomial y reeducación de la violencia" En: García, Ramón (comp.) (1975) "Psiquiatría, antipsiquiatría y Orden Manicomial". Ed. Barral Editores, Barcelona. Pp. 13-29.
- Galende, Emiliano (1994) "Psicoanálisis y Salud Mental". Ed. Paidós, Buenos Aires.
- _____ "Modernidad, individuación y manicomios" En: Saidón, Osvaldo y Troianovski, Pablo (comp.) (1994) "Políticas en Salud Mental". Ed. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires.
- Geertz, Clifford (1992) "La interpretación de las culturas". Cap. 2. Ed. Gedisea, Madrid.
- Habermas, Jürgen (1987) "Teoría de la acción comunicativa". Tomo II "Crítica de la razón funcionalista". Ed. Altea, Taurus, Alfaguara, Madrid.
- Jelin, Elizabeth "La tensión entre el respeto a la privacidad y las responsabilidades del Estado" En: Fassler, Clara; Hauser, Patricia; Iens, Inés (1997) "Género, familia y políticas sociales. Modelos para armar". Ed. Trilce, Montevideo.
- _____ (1998) "Pan y afectos. La transformación de las familias". Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Lyon, David (2005) "Posmodernidad". Ed. Alianza Editorial, S.A., Madrid.

- Lyotard, Jean Francois (1998) "la Condición Posmoderna. Informe sobre el saber". Ed. Cátedra Madrid.
- Mardones, José María (1987) "Modernidad y Posmodernidad. Posmodernidad y Cristianismo. Un debate sobre la sociedad actual". En: Materiales para el debate contemporáneo. Revista CLAEH N° 15, Montevideo.
- Midaglia, Carmen (1997) "Reforma del Estado en el campo social: elementos para una discusión" En: Revista Fronteras N° 2, Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo. Pp. 91-102.
- Mioto, Regina (1997) "Familia y Servicio social: contribucoes para o debate. En: Servicio Social & Sociedade. Ano XVIII, Nº 55. Ed. Cortez Editora, San Pablo. Pp. 114 – 130.
- Mitjavila, Myriam (1998), "El saber médico y la medicalización del espacio social", Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología, Montevideo.
- Ortega, Elizabeth (2002) "El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista"
- Rodríguez Villamil, Martha (1990) "Experiencias en Salud Mental Comunitaria". Ed. Nordan Comunidad, Montevideo.
- Saidón, Osvaldo "La salud mental en los tiempos de ajuste". En: Saidón, Osvaldo y Troianovski, Pablo (comp.) (1994). Ed. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires.
- Stolkiner, Alicia "Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental". En: Saidón, Osvaldo y Troianovski, Pablo (comp.) (1994) "Políticas en Salud Mental". Ed. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires.