UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Estigma

Natalia Tabeira

Tutor: Celmira Bentura

2011

La manera como se presentan las cosas no es la manera como son; y si las cosas fueran como se presentan la ciencia entera sobraría.

Marx, K

Índice

- Introducción.....pág. 4
- Capituló 1: La construcción de la locura en el devenir histórico. .....pág. 7
- Capituló 2: Familia y Políticas Sociales: Una relación para repensar.....pág. 24

  2.1) Transformaciones de la familia.....pág. 25

  2.2) Cambios en las políticas sociales y su repercusión en las familias.....pág. 34

- Reflexiones finales.....pág. 42
- Bibliografía.....pág. 47

Introducción:

El presente trabajo corresponde a la Monografía final exigida curricularmente para finalizar la carrera y acceder al título de Licenciado en Trabajo Social.

En el transcurso de la práctica curricular realizada en el hospital Vilardebó y en las distintas situaciones abordadas fue una constante la problemática que las familias tenían para continentar a sus miembros con diagnóstico psiquiátrico, hecho que llamo poderosamente la atención de la estudiante, debido a que la misma atraviesa a las más diversas familias, independientemente de la situación socio-económica.

A partir de la mencionada experiencia surgió la interrogante siguiente: ¿Por qué las familias no pueden contener debidamente a sus miembros con trastorno mental? La monografía girara en torno a esta interrogante, tratando de comprender tal fenómeno social.

Estudiar la salud mental significa comprender su especificidad a través de las determinaciones y mediaciones que la transversalizan como parte de una totalidad histórica-social. Comprender el tema planteado implica un proceso de aproximación a partir de distintas aristas, entendiendo a la realidad como un todo complejo, como síntesis de múltiples determinaciones. El método dialéctico supone trascender las manifestaciones fenoménicas para comprender la realidad concreta. Esta se entiende como totalidad, donde el

todo explica las partes y éstas al todo. Es así, que las partes solo pueden comprenderse en el movimiento que hace la totalidad. (Kosic, 1967)

El Trabajo Social en el área de la salud mental tiene un rico campo de intervención, donde sus aportes pueden contribuir de forma radical en dicha área. Por mucho tiempo la salud mental fue monopolio de la medicina, en la actualidad esto ha cambiado al entender que lo social es un determinante, aparte de lo biológico, de la salud mental de los individuos.
Como colectivo profesional debemos apropiarnos de este espacio de intervención, e interdiciplinariamente contribuir en la temática.

La metodología utilizada para la elaboración de esta monografía se basa fundamentalmente en la presentación, selección y análisis de datos relevantes para el abordaje del tema seleccionado. Se recurrirá para esto a bibliografía y fichas documentales, herramientas que se utilizan para intentar comprender el fenómeno de la realidad social.

El primer capítulo se centrará en la construcción socio-cultural del concepto de la locura y su tratamiento en el devenir histórico. Se considera que la definición de locura está determinada por lo que la sociedad y la cultura entienden por normal y anormal en determinado momento histórico. Tal definición determina la vida cotidiana y las subjetividades de las familias y sus integrantes con diagnóstico psiquiátrico de una forma negativa, pues la locura es vivida como un estigma a llevar, un atributo desacreditador, que devalúa a la persona que lo posee. El proceso de medicalización cumplió un rol central en la conformación del estigma social mediante su poder clasificador, segregando lo "diferente". En el seno de las familias este discurso se hace

presente, moldeando subjetividades y dividiendo al grupo en "cuerdos" y "locos".

El segundo capítulo trata de la relación "políticas sociales-familias". En la actualidad asistimos a la proliferación de una variedad de arreglos familiares, donde no existe un tipo "único" de familia. Las intervenciones que realiza el Estado, a través de políticas sociales, parece no identificar esta pluralidad de familias, viendo solo un tipo, donde el amor filial, el esfuerzo y el sacrificio resolverán las distintas dificultades que el contexto le imprime. Pero lo cierto, que no todas las familias son vividas de esta manera, pudiendo ser espacios de infelicidad. Razón de sobra para que no puedan resolver el bienestar individual de sus integrantes.

La ideología de los Estados Neoliberales imponen a las familias reprivatizar el ámbito público, es decir que encuentren soluciones domésticas para el bienestar individual. Pero las familias desbordadas ante las sucesivas crisis económicas, los cambios en el mundo del trabajo, entre otros problemas, no encuentran la forma de readecuarse ante estas exigencias, siendo un factor agravante de la situación de las familias para continentar a sus miembros con diagnóstico psiquiátrico.

En un nuevo marco de políticas de salud mental, donde la deshospitalizacion y abolición de los manicomios son los referentes a seguir, las familias con integrantes con trastorno mental son abandonadas a su suerte.

Por último se presentará las reflexiones finales y la bibliografía utilizada.

Capítulo 1:

La construcción social de la locura en el devenir histórico:

El personaje del "loco" ha existido en los distintos momentos históricos y en las distintas sociedades, soportando la segregación y la exclusión por parte de sus contemporáneos. Los discursos que avalan dicha exclusión han cambiado su forma y su contenido desde la Edad Media hasta la Modernidad. Pero ha sido una constante en los distintos discursos el eminente peligro que significan estos personajes para el orden social y en defensa del equilibrio social se encerró a todo aquel que representó un potencial peligro.

Durante el renacimiento la locura fue vinculada a la posesión demoníaca, a la brujería, a lo sagrado. Esta época es lo que Michel Focault (2006) denomina el embarco de los locos, debido a que existían navíos que llevaban de un puerto a otro, su carga de insensatos.

"Durante los siglos XV y XVI se registran casos de locos expulsados de las ciudades, (...); a menudo esos locos son confiados a marineros que los transportaban a otras tierras. Generalmente se trataba de locos vagabundos, lo cual anuncia desde ya que la locura y la pobreza caerán en una misma exclusión social." (Murillo, 1997: 162)

Esta época también se caracterizó por la persecución a aquellos que practicaran la brujería, quedando la locura vinculada e ésta. Se creía que las almas débiles (especialmente las de las mujeres) eran vulnerables a ser tentadas por el diablo, el cual las utilizaba para llevar a cabo su plan maléfico. Bajo esta idea se realizaron caserías para capturar a las personas que practicaran la brujería, las cuales eran condenadas, en la mayoría de los casos a morir en la hoguera. (Amico, 2005)

El cristianismo dirá que la locura es producto del pecado y la degeneración religiosa. El ateismo, la blasfemia, entre otras, son las causas de ésta. (Focault, 2006)

Entrado el siglo **XVI** las visiones sobrenaturales sobre la locura desaparecen. Dando lugar a visiones basadas en lo físico. Los avances en la ciencia médica conllevan a entender a la locura a partir de desbalances humorales. Se busca el origen del mal en la mente y en el cuerpo (Amico, 2005: 18)

En la época clásica se dominó la locura a través del gran encierro, surgieron los grandes hospitales, los asilos, los manicomios. Se institucionalizó a loco para ocultarlo, para que no deambule por las calles de la ciudad; ya que la locura era entendida como algo indeseable y molesto para el resto de la sociedad. (Castel, 1980)

En este gran encierro no se hacían distinciones entre edades, sexo, patologías. Así como tampoco entre locos, delincuentes, prostitutas, homosexuales. Sus pabellones encerraban la más diversas situaciones,

compartiendo indiscriminadamente el mismo espacio de encierro. El factor común de aglutinamiento es el eminente peligro de ruptura social que representan. Quedando oculta, tras las paredes del hospicio, la heterogeneidad de sus residentes.

Sobre esto Focault (Amico, 2005: 18) dice:

> *"La finalidad de su aislamiento no era su tratamiento sino proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales."*

Las condiciones de existencia en estas instituciones, eran adversas y deplorables. Los internos debían soportar el hacinamiento, el frió y oscuridad de sus celdas, condiciones nefastas de higiene, mala alimentación y malos tratos (duchas frías, el cepo, torturas, etc.). Así como también tratamientos inhumanos como las purgas, sangrías y eméticos (Castel, 1980).

> *"Se sabe bien que en el siglo XVII se han creado grandes internados; en cambio, no es tan sabido que más de uno de cada cien habitantes de París, ha estado encerrado allí, así fuera por unos meses. Se sabe bien que el poder absoluto ha hecho uso de lettres de cachet y de medidas arbitrarias de detención; se conoce menos cuál era la conciencia jurídica que podía alentar semejantes prácticas. Desde Pinel, Tuke y Wagnitz. se sabe que los locos, durante un siglo y medio, han sufrido el régimen de estos internados, hasta el día en que se les descubrió en las salas del Hospital General, o en los calabozos de las casas de fuerza; se hallará que estaban mezclados con la población de las Workhouses o Zuchthäusern. Pero casi nunca se preciso*

claramente cuál era su estatuto, ni qué sentido tenía esta vecindad, que parecía asignar una misma patria a los pobres, a los desocupados, a los mozos de correccional y a los insensatos." (Focault, 2006:41)

El bien supremo en esta época es la razón, la cual se impondrá a la sin razón mediante la violencia. Los trastornos mentales son entendidos como un alejamiento voluntario de la razón. Mediante el encierro y la disciplina se le devolverá la razón al insensato. (Amico, 2005: 18)

En el Antiguo Régimen bastaban las órdenes emanadas del Estado, la justicia y la familia[1] para encerrar a los insensatos. En la modernidad esta situación cambia su entramado. Sobre esto Castel (1980: 14) dice:

"La cuestión moderna de la locura se desprende de la ruptura tradicional de poderes y, concretamente, del desmoronamiento del antiguo fundamento de legitimidad política. En el Antiguo Régimen, la administración real, el aparato judicial y la familia se repartían el control de los comportamientos no conformes (...) con la abolición de las letters de cahet desaparece bruscamente una pieza esencial del dispositivo viniéndose a bajo todo el edificio".

[1] La responsabilidad recae en aparatos contradictorios entre si; de ahí su fragilidad.
Las órdenes judiciales consistían en detenciones ilimitadas e incapacitación de los insensatos.
Los magistrados mediante una "orden particular" disponían los encierros. También las familias podían propiciar el internamiento en el correccional y la tutela de los bienes del insensato.
Las mayorías de los encierros se hacían mediante "orden del rey" o "leerte de cachet". Bien a iniciativa de la familia o del orden público. (Castel,1980)

Al ser tildado de arbitrario el dispositivo de control del siglo XVIII, será necesario un cambio en la manera de abordar dicha temática. Nuevos actores entraran en escena, es aquí donde la medicina cumplirá con la función de justificar el secuestro de los perturbadores del orden social.

El siglo **XIX** se caracterizará por el apogeo de la psiquiatría, la constitución del manicomio como ámbito exclusivamente médico y la creación de un nuevo estatuto de tutela, el estatuto del alienado. El poder de clasificación entre sanos y enfermos pertenecerá a los médicos.

> *"Hay que recordar que el hospital se convirtió en un medio prioritariamente médico tan sólo en el siglo XiX (...). Bajo el Antiguo Régimen la población de los hospitales no se compone sólo de enfermos. Es el producto de un muestreo muy especifico operado entre los indigentes reducidos al último grado de abandono, así como de todos aquellos que es preciso desgajar de su medio de vida por el peligro que representan para el equilibrio social".* (Castel, 1980:71)

La joven Psiquiatría tendrá su base en lo biológico y se asociara consecuentemente con la moral. El médico francés Philippe Pinel (Castel, 1980) propondrá un "tratamiento moral" de la locura, ya que entiende que las causas de las mismas están en las perturbaciones de las pasiones. Su contribución fundamental a la psiquiatría es cambiar la concepción que se tenia del enfermo mental, y hacerlo digno de un tratamiento terapéutico por el solo hecho de su condición de ser humano.

"A partir de la medicalizacion, el encierro deja de ser entendido como castigo y se lo va a empezar a vincular con lo "terapéutico", esta idea de encierro va a ser característica de la modernidad, y va ir mucho mas allá de la institución psiquiátrica, se va a introducir en la minoridad o en la cárcel."
(Carballeda, 2004; 2)

La idea es aislar al enfermo de las influencias nocivas del entorno, que lo llevan a un desborde de sus pasiones. El objetivo del manicomio es consolidar en el alienado la escala de valores burgués; neutralizarlo y reeducarlo. Se valdrá de técnicas disciplinarias (purgas, duchas frías, etc.) para volver a dar paso a la razón.

Para Focault (2007) este cambio no significó un trato mas humano de la locura. Debido a que las cadenas y el látigo serán sustituidos por formas más sutiles de castigo y represión. Se encerrará, se clasificará y analizará a la locura; y de esta manera, para dicho autor, la racionalidad moderna se mostrará como lo que es, voluntad de dominio.

El psiquiatra tendrá la facultad de internar para curar al enfermo, aún contra su voluntad. También podrá desplazar en él todo su arsenal terapéutico (psicofármacos, electrochoques, celdas de aislamiento, etc.) para liberarlo de su padecimiento.

Para Focault (2007: 21) dentro del manicomio se dará un dispositivo táctico (donde los individuos ocuparan un sitio y funciones determinadas), el cual posibilitará el ejercicio del poder.

El saber le otorga al médico un poder, que lo vuelve omnipotente frente a su objeto de estudio (el loco), el cual pasa al plano de la sumisión y de la dominación. Al respecto Galende (en Amico, 2005:25) dice:

> *"La institución manicomial instituye una relación compleja en la que es visible la estructura asimétrica del poder del `especialista´ y sumisión del enfermo, quedando al mismo tiempo denegada, y por lo mismo, `invisible´, la dimensión del representante del poder, en su dimensión social, del especialista y la institución, y la del `representado´ que asume el paciente. En lo más visible de la relación disciplinaria el poder está en la posición de sujeto de la enunciación (el especialista) tiene la palabra, la capacidad de nombrar, y por lo tanto el poder que le "otorga" el saber, mientras que el enfermo está en posición de sujeto del enunciado, ya que `es hablado´, significado por el saber de la disciplina y sus especialistas o, a lo sumo, se limita a responder, si puede y como puede".*

El poder clasificador que le es otorgado al médico conlleva a que la totalidad de la persona sea absorbida por el diagnóstico médico, situación que se extiende al resto de la sociedad. Por ejemplo se deja de ser "María" o "Juan" para ser simplemente "la loca" o "el esquizofrénico".

> *"Por lo tanto, en el transcurso del tiempo, con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, el loco pierde parte de su condición humana y adquiere el rótulo de enfermo, de simple portador de síntomas de una extraña enfermedad, que debían ser eliminados, porque el loco "es*

peligroso" y por eso es preciso detectarlo precozmente, separarlo del medio, internarlo, y curarlo". (Amico, 2005: 23)

Es necesario detenerse sobre el significado que tuvo la medicalización a finales del siglo XIX en la sociedad y que se extiende hasta nuestros días; debido a la gran importancia que tiene para la comprensión de la realidad de las familias con integrantes que padecen trastorno mental.

La característica del mencionado fenómeno fue la creciente expansión de la medicina, en nombre del saber médico y científico, a todas las esferas de la vida humana. Siendo la medicina la única voz con derecho a decidir y clasificar quien es el sano y quien es el enfermo. Desde la posición dominante que tuvo y tiene la medicina ha silenciado otras voces, que expresan distintas formas de ver y entender a la enfermedad.

Ana María Fernández dice que:

"la medicina no es solo el arte de curar; es también meditación sobre el sufrimiento, la vida y la muerte. Los médicos no solo hablan de sus especialidad; hablan permanentemente de la vida, la sociedad, los valores, diciéndonos así cómo tenemos que vivir, sufrir, gozar, parir, enfermar, morir." (en Mitjavila, 1992: 38)

La medicina ha transformado las relaciones vinculares de las personas entre si, y a producido conductas, pautas, comportamientos y hábitos que se han diseminado por todo el tejido social. Dicha transformación fue posible por

el papel normalizador y de disciplinamiento, que la medicina tuvo sobre los cuerpos, los hábitos y la propia subjetividad social.

> *"La enfermedad del cuerpo físico fue metáfora creativa para prestar atención al cuerpo social, y las enfermedades sociales no alcanzaron sólo a definirse en las endemias y epidemias, sino que implicaron anomalías o desajustes que quebraban la convivencia armónica y hacían descender los niveles de vida dentro del núcleo social."* (Porzecanski, 1993: 98).

El alcance de la medicina sobrepaso la curación del dolor físico, llegando a ser árbitro de problemas sociales, que muchas veces tenían que ver con conductas no deseadas por el orden social imperante.

Para Pichon Riviere (en Giorgi, 1992:65):

> *"en nuestra sociedad existe un aparato de dominación destinado en última instancia, a perpetuar las relaciones de producción, vale decir, relaciones de explotación. De allí emerge toda una concepción de lo "sano" y lo "enfermo", que legitima un tipo de adaptación a la realidad, una forma de relación consigo mismo y con el mundo: acrítica, ilusoria, alienante".*

El Estado, a través de la educación y la medicina, ejercerá el control y disciplinamiento de las formas de sentir, pensar y hacer de la sociedad; "creando" mano de obra útil para el modelo de acumulación imperante.

"La medicalización del espacio social no es apenas el resultado de impulsos endógenos del saber médico. Por el contrario, se trata de procesos generalmente asociados a transformaciones económicas, sociopolíticas y culturales de alcance societal." (Mitjavila apud Ortega, 2003: 24)

El discurso médico legitimara y sociabilizara los nuevos valores; será quien designe lo "normal" y lo "anormal", lo "malo" y lo "bueno", lo "sano" y lo "enfermo", el "cuerdo" y el "loco". Y en esta contraposición lineal se definirá lo "diferente", se dividirá la sociedad en dos grandes grupos antagónicos. Esta dicotomía se encuentra latente en el colectivo social y en las formas de ver a aquellos que quedan por fuera de los parámetros de la normalidad.

"La concepción de la salud mental desde los parámetros reseñados de la sociabilidad capitalista, promueve una subjetividad que no ve más allá de la estructura normalizada y estandarizada impuesta e internalizada. Este fenómeno trasciende los diferentes saberes y tanto la cotidianidad del saber científico como el sentido común actúan bajo esta racionalidad. De esta forma, se evidencia la internalización del resto del colectivo social del proceso de medicalización, lo cual no queda en una simple vivencia subjetiva sobre el comportamiento del "otro", sino que la propia trayectoria vivida subjetiva y objetivamente por los colectivos de pertenencia de los sujetos determinará sus condiciones de existencia presentes y futuras. Las posibilidades de transformación y superación del ser, su "campo de los posibles" estará determinado por el momento

histórico, el espacio social y la estructura social, ideológica y política impuestas." (Silva, 2007:39)

Los posibles proyectos de vida de una persona con diagnóstico psiquiátrico, se ven determinados por la realidad concreta, es decir, la división entre normales y anormales repercute en el campo de los posibles de éstos.

El mundo se divide así entre normales (aquellos que posen todas las cualidades pertenecientes a los humanos) y anormales (aquellos que se apartan del prototipo de hombre). Siendo los anormales aquellos que les *falta algo* en su *naturaleza* corporal o funcional, no tiene lo que hay que tener: no tiene ni el cuerpo, ni la inteligencia, ni los sentidos necesarios para ser *normal*. Esta distinción se hace desde la cultura; las relaciones están determinadas por reglas; reglas que determinan lo sano y lo enfermo.

Las personas con diagnóstico psiquiátrico, entre otras, constituyen un grupo separado dentro de la sociedad en tanto no responden a patrones de normalidad socialmente establecidos, donde se diferencia entre "lo que esta bien" y "lo que está mal", "lo lindo" y lo "feo", "lo normal" y "lo anormal", y en esa diferenciación quedan muchos sujetos por fuera, desviados de la norma.

Como se vea y se entienda a la enfermedad mental va a depender de la cultura y la sociedad en la que se viva. En la sociedad occidental es vivida como lo diferente, lo anormal, lo desviado, como algo que produce lástima; así se escucha decir "pobre ciego", "pobre es bobo". Y esta forma de entender a la enfermedad mental se ve arraigada en las familias y en la propia identidad de las personas con diagnóstico psiquiátrico. Esto se ve reflejado en la dinámica familiar y en la relación de sus miembros.

La sociedad y la cultura crean estereotipos sobre la locura, que conviven con el discurso médico, y se apoyan y toman fuerza mediante el discurso popular y los medios de comunicación. Ejemplo de esto, son las imágenes que proyectan los programas de televisión, las películas, donde se expone a "manicomios" como lugares aterradores, donde sus residentes están enchalecados y totalmente descompensados. Todo aquel que ha tenido la posibilidad de recorrer tales instituciones, sabe que esta imagen dista mucho de la realidad.

En el lenguaje cotidiano se utilizan expresiones tales, como, ¡Estoy enloqueciendo!, ¿estas loco?; llevando implícito el mensaje de lo incoherente, ilógica y desmesurada de una determinada acción. Así como también existe una gran gama de chistes que hacen alusiones a la locura, exagerándola y ridiculizándola.

El estereotipo de locura se caracteriza por la peligrosidad, agresividad y la cronicidad de la situación; convirtiéndose para las personas con diagnóstico psiquiátrico en un rótulo, en una cruz a cargar, en un estigma que se hace presente a la hora de crear y mantener vínculos afectivos, laborales, sociales, entre otros .

Es pertinente detenernos en el concepto de estigma que desarrolla Goffman (1963), pues aporta al a comprensión de la realidad de las personas con diagnóstico psiquiátrico. El término estigma fue creado por los griegos para referirse a signos corporales, que representan un atributo desacritador[2].

Los individuos que portan un estigma tienen en común que es un atributo que los coloca en una posición de desventaja, de inferioridad en

[2] Para distinguir a los esclavos, criminales o traidores se realizaban corte y quemaduras, a los cuales le llamaban estigma.
Sin embargo para el cristianismo este concepto significaba una señal divina.
En la actualidad el concepto de estigma tiene un sentido más amplio, pero siempre se refiere a un atributo negativo.

comparación con los "normales", es decir, con los que cumplen con las expectativas físicas y mentales que la sociedad demanda.

El individuo estigmatizado es considerado un ser incompleto, tal idea es introyectada y asumida por las personas con diagnóstico psiquiátrico, aceptando su condición devaluada. Los "normales" visualizan solo su atributo desacreditador (los cuales pueden ser deformaciones físicas, perturbaciones mentales o de origen racial, religioso y étnico) anulando el resto de los atributos de la persona. La vergüenza se apodera del individuo estigmatizado, de su familia y su entorno, los cuales intentan ocultar, encubrir su condición. Determinando negativamente su integración y su vida cotidiana.

El siglo **XX**, en general, se caracteriza por los cuestionamientos al manicomio, al entender este espacio como violador e inhibidor de los derechos humanos. Distintos movimientos denunciaran la nocividad de estas instituciones y propondrán alternativas a tal situación.

En una primera etapa surge el movimiento higienista, su objetivo es prevenir los diversos problemas sanitarios del conjunto social.

> *"La Higiene Mental surgió a principio del siglo XX en EE. UU. Sus protagonistas buscaban el cambio de la situación de las terapias, de los hospitales y de los enfermos internados en las instituciones asilares, enfatizando la necesidad de la prevención. Este higienismo se oponía al alienismo y al monopolio de las respuestas que daban la psiquiatría y su institución, el manicomio." (Vainer,2007)*

En una segunda etapa la OMS y otros organismos internacionales destacaran el rol predominante de lo social en el campo de la salud mental. Se busca transformar a los manicomios en comunidades terapéuticas.

> *"La comunidad terapéutica plantea que la instituciones un todo orgánico, donde no deben existir fuertes formas jerárquicas; es decir el hospital debería reformular su estructura de forma que en su interior las relaciones entre personal y paciente se tornaran más humanas y democráticas."* (Amico, 2005: 50)

Este movimiento tiene como novedad la integración de nuevos profesionales, como es el caso del Trabajador Social; así como también se integra a la familia en el proceso de recuperación de la persona con trastorno mental. Se busca insertar a las personas con diagnóstico psiquiátrico en la comunidad, que recuperen su autonomía personal y los vínculos con el exterior.

> *"Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas sociales"* (Galende en Amico. 2005: 51)

En la segunda mitad del siglo XX surgirá el movimiento de antisiquiatría, el cual:

"derrumbó el secreto del manicomio, y la miseria humana que albergaba conmovió a la opinión pública, que se fue convencido de la escasa peligrosidad social del loco y la injustificable crueldad de su encierro, al mismo tiempo que los locos fueron siendo sustituidos en el imaginario colectivo, de los horrores, por otros chivos expiatorios (delincuentes, drogadictos, etc.). (Amico, 2005: 53)

La antisuiquiatría intenta romper el estigma que durante años ha acompañado al loco, es decir, la idea de cronicidad y peligrosidad. Se re-interpela la posición del médico, como agente capaz de decidir sobre las vidas de las personas psiquiátricas.

La desintitucionalización y la deshospitalización van a ser los modelos a seguir. Se pretenden que solo en los momentos de descompensación se justifiquen las internaciones, siendo estas lo mas breve posibles. Se entiende a la comunidad como el mejor lugar para la recuperación, evitando el aislamiento de su entorno social.

Como alternativa al manicomio, surgen los hospitales de día y de noche, casas de medio camino autogestionada por las propias personas con diagnóstico psiquiátrico, talleres ocupacionales. La psiquiatría comunitaria busca contener a las personas en las distintas etapas de su enfermedad, y apunta a la reinserción social.

Según Carballeda los principios básicos de la antipsuiquiatría fueron:

"el rechazo del modelo médico tradicional aplicado a la psiquiatría, y del manicomio, auténtico productor de trastornos irreversibles. El enfermo mental no es un ser anormal que deba ser cambiado, sino la víctima inocente de un sistema patógeno que proviene de un medio que manifiesta constantemente las contradicciones y conflictos de la sociedad (malestar de la cultura). La enfermedad mental es la invención oportunista y opresiva de la sociedad y de la psiquiatría. La familia y el grupo, después de perturbar a ciertos sujetos, los declara enfermos y los "aniquila" con el tratamiento." (Amico, 2005: 53)

La falta de información fidedigna y desconocimiento que posee la sociedad conlleva a la discriminación de las personas con diagnóstico psiquiátricos. Discriminación fundada en creencias tales como la peligrosidad, agresividad e inrecuperabilidad de estas personas, en su inadaptación a la realidad y al orden establecido. Discriminación que se hace presente a la hora de conseguir trabajo, de formar parte de un grupo, en fin de insertarse en los distintos ámbitos de la sociedad.

Hace varios años que se inició la reforma psiquiátrica y el loco paso a ser ciudadano. Pero erradicar el estigma de la conciencia colectiva es una tarea muy difícil. El loco se ve encerrado tras los muros invisibles del prejuicio y la discriminación por parte de la sociedad y sus propias familias.

El estigma que cargan los enfermos mentales, viene heredado de siglos de incomprensión. Los distintos discursos existentes en el devenir histórico, se entremezclan en la actualidad, formando parte del imaginario social. Al momento de enfrentarse una persona "común" a una persona con trastorno

mental, se entremezclan las nociones del origen diabólico de la enfermedad; de lo anormal y distinto de estas personas; la peligrosidad que significan; las ideas de aislarlos por el bien común de la sociedad; la irrecuperabilidad y cronicidad de la enfermedad entre otras. Esta confluencia de nociones de antaño se solapa bajo los harapos del estigma, y se hacen presentes en el seno de las familias con miembros con diagnóstico psiquiátrico.

No es la finalidad de esta monografía hacer una exposición exhaustiva sobre la historia de la locura, lo que si se quiere dejar en claro es la influencia que tiene lo social en las concepciones, prácticas e instituciones referidas a la salud mental.

Al igual que la autora Amico (2005), se considera a los criterios de salud mental como construcciones sociales. Como quedó demostrado en los párrafos anteriores las formas de entender y, por ende, tratar a la locura va a estar condicionada por los distintos momentos históricos y las distintas sociedades.

Se cree pertinente utilizar la nomenclatura "personas con diagnóstico psiquiátrico" o "persona con trastorno mental". El motivo es resaltar la calidad de persona como sujeto de derecho. Los términos "loco", "enfermo mental", "paciente psiquiátrico" entre otros, resaltan lo negativo, lo deficiente, lo diferente de una de las características de dichas personas.

La mencionada nomenclatura es de gran riqueza teórica, pues pone en un pie de igualdad al resaltar la calidad de persona; no oculta la diferencia, apostando así a la diversidad. Es un aporte fundamental el usar una nomenclatura neutra y que no rotule y estigmatice a las personas, y de esta

manera contribuir positivamente en la situación y calidad de vida de estas personas

Capítulo 2:

Familia y Políticas Sociales

¡Una relación para repensar!

En el actual contexto socio cultural se evidencia una gran pluralidad de tipos de familias, y paralelamente, en el contexto político se produce grandes cambios correspondientes a la instalación de los Estados Neoliberales.
Este capítulo intenta repensar la relación entre políticas sociales y las "familias", en particular aquellas con miembros con trastorno mental. El fin último es poder comprender en que medida las políticas neoliberales, en particular las abocadas a la salud mental, responden o no, a las necesidades y demandas de la vida cotidiana de este tipo de familia.

Este capitulo se subdividirá en dos ítems. En el primero se abordará las transformaciones de las familias, para en el segundo abocarse de lleno a la actual relación entre políticas neoliberales y familias.

2.1) Transformaciones de la familia.

En los últimos años las familias han atravesado varias transformaciones, que han dado lugar a una diversidad de arreglos familiares. Éstas han repercutido en la contención familiar, entendiendo a esta como aquellas acciones realizadas por el grupo familiar para proteger, cuidar, dar confianza, escuchar, comprender y potencializar a sus integrantes. El objetivo es entender qué sucede en las familias que no encuentran los recursos y las formas de adaptarse, cuando uno de sus miembros padece trastornos mentales.

A continuación se expondrá el concepto de salud familiar. El cual esta estrechamente vinculado a la temática en cuestión. Expertos de la OMS en 1978 plantearon: "La salud del conjunto de la familia es un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de la misma, como unidad biosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada". En este concepto esta la noción de la dimensión grupal, que depende de las relaciones interfamiliares y de las condiciones que favorezcan el funcionamiento efectivo.

Hablar de salud familiar es hablar de la capacidad que tienen las familias para afrontar las crisis y adaptarse a los cambios. Es el equilibrio armónico entre la salud, los factores socio-económicos y culturales, y el funcionamiento familiar. Teniendo vital importancia este último.

Un problema de salud individual puede repercutir en la salud familiar, así como también, un problema en la salud familiar puede repercutir en la salud individual. Por ejemplo en el caso de una familia donde nace un niño con Síndrome de Down, o existe un miembro esquizofrénico se da un reajuste en la familia, que puede llevar a la crisis si ésta no logra reorientarse.

036468

FACULTAD DE CIENCIAS

La palabra familia "viene del latín "famulae", y se la define como un grupo de personas emparentadas entre si que viven juntas bajo un mismo techo. Es el conjunto de todas las personas unidas por parentesco de sangre o político. El vínculo de parentesco de la familia puede ser natural, de afinidad o civil." (Dornell apud Canetti, 1996: 11)

En las distintas sociedades y culturas han existido formas muy variadas de organizaciones familiares y de parentesco. Pero todas han tenido en común que su organización se hace en base a la convivencia, la sexualidad y la procreación.

En el ideario popular cuando se habla de familia se esta pensando en la familia nuclear (papá, mamá e hijos), en occidente y también en nuestro país se ha concebido a este tipo de familia como lo normal, como lo moralmente correcto. El predominio de esta imagen de familia obstruyó y ocultó un fenómeno muy significativo, el hecho de que siempre hubo otras formas de convivencia, otras sexualidades y otras maneras de llevar adelante las tareas de procreación y la reproducción. (Jelin, 1998:16)

En la actualidad existe la idea de que la familia esta en crisis, pero lo que realmente esta en crisis es la familia nuclear. Este tipo de familia se ha visto sacudida por distintos fenómenos, que a su vez, han creado y han puesto en evidencia una gran variedad de formas de familias y de convivencias. Es así que aumenta los jefes de hogares femeninos, las tasas de divorcios, las parejas homosexuales, con o sin hijos; padres a cargo de sus hijos; entre otras formas de familias.

Uno de los cambios que han repercutido en las familias son los crecientes procesos de individuación. En la modernidad tiene un gran peso la elección y la autonomía personal. Existe libertad para la toma de decisiones, las cuales se harán de acuerdo al deseo de los individuos.

Aquí se da un punto de conflicto, ya que la familia puede significar un freno a la autonomía y realización personal. Debido a que el proyecto individual puede ser distinto al proyecto familiar.

El tiempo y la dedicación que lleva el cuidado de una persona con trastorno mental es mucho, es una responsabilidad que puede representar un freno para la autonomía de los miembros de la familia y su proyecto individual. Una responsabilidad que no fue elegida, y sin embargo de debe afrontar.

> *"Estudios sobre sobrecarga familiar indican que la presencia de un miembro portador de trastorno mental en la familia, aumenta la responsabilidad sobre su tratamiento; la cantidad de cuidados que son tomados con aquél, produce un fuerte impacto en la familia. Las cargas financieras, sociales y subjetivas son muy elevadas y no siempre percibidas de forma clara por los familiares (...)".*(Amico, 2005: 56)

Para Jelin (1998) la familia es percibida como ámbito del amor, pero la única elección que se puede hacer por amor es la de la pareja, los demás vínculos familiares son adscriptos. El afecto se construye en base a la cercanía, a la convivencia, y el cuidado diario. Un hermano, un padre, un hijo (aunque sí se puede elegir tenerlo o no, no se puede elegir su forma de ser y su personalidad), están definidos independientemente de la voluntad de cada uno, y pueden significar una responsabilidad que provoque tensión y malestar

en la persona que este a su cargo; ya que, el vínculo de parentesco se extiende a lo largo de toda la vida. Y en el caso de las personas con diagnóstico psiquiátrico, se crea un lazo de dependencia con sus tutores.

Otra de las transformaciones que se dan al interior de las familias, es el retroceso de la autoridad patriarcal, es decir, la pérdida del jefe de hogar del poder de control y decisión sobre los otros miembros de la familia.

En el modelo de familia patriarcal existe una división intra familiar del trabajo y de las responsabilidades de cada uno de los miembros hacia el grupo. El principio básico de organización es jerárquico, el padre de familia es la máxima autoridad, siendo este además, el sostén económico de la familia. En la actualidad esto ha cambiado ya que los distintos miembros de la familia han logrado la independencia económica, no teniendo que depender más del jefe de familia.

Los procesos de individuación[3] han colaborado al resquebrajamiento del sistema patriarcal, haciendo a las familias más democráticas. Los hijos se revelan ante la autoridad de sus padres, en pro de su logro personal:

> *"la pérdida de la autoridad patriarcal en relación con los adolescentes y jóvenes, anclada en la creciente importancia de la cultura de pares (...), acompañada por las tensiones que*

[3] Una de las transformaciones más significativas en la actualidad es el peso que tiene la elección individual. El reflejo más notorio de este proceso es la elección de la pareja por afinidad, por amor, quedando atrás los casamientos por interés económico o por estatus social concertados por los padres de los novios. La sexualidad es vivida libremente, ejemplo de esto son los movimientos gay . El deseo es la guía para la elección personal, el concepto de persona se basa en reconocerse como único e irrepetible. Los intereses personales pueden no ser los mismos que los intereses del grupo familiar, entrando estos en conflicto; los procesos de individuación se han extendido a todas las esferas de la vida, proclamando el interés personal por encima de todas las cosas.

el proceso de crecimiento y autonomía personal propio de esa etapa del curso de la vida producen en las relaciones entre padres e hijos generan en nuestra sociedad enfrentamientos generacionales (...)". (Jelin, 1998:28)

Las disputas, la falta de comprensión de uno hacia otros, la imposición de reglas y conductas, hacen que la relación entre los hijos y padres sea conflictiva, y por ende, los hijos no encuentran comprensión en sus padres; como tampoco los padres encuentran los recursos necesarios para entender y contener a sus hijos.

La creciente participación de la mujer en el mundo del trabajo fue otro factor que debilito a la familia nuclear. El espacio de lo privado siempre fue ocupado por la mujer, y por lo contrario, el espacio de lo público por el hombre. En la familia nuclear las mujeres se dedicaban a las tareas de re-producción dentro del hogar, y los hombres a las tareas de producción en el mundo del trabajo. En la modernidad las esferas de lo público y lo privado están cambiando. Las mujeres han ingresado al mundo del trabajo, por lo contrario, los hombres vienen perdiendo sus puestos de trabajo en el mercado formal, pasando a engrosar las listas de desempleados, y así como también las listas de empleados del mercado informal de trabajo.

Las mujeres han logrado independencia económica, aunque son doblemente explotadas, ya que realizan las tareas domésticas en la esfera privada y también trabajan en la esfera pública. Tradicionalmente, y por determinada concepción de género, las mujeres han sido las encargadas del cuidado de los menores de edad, los ancianos y los enfermos, pero al insertarse estas en el mundo del trabajo, queda la incógnita de quien se

encarga de esta responsabilidad, convirtiéndose así en otro factor de discordia al interior de las familias.

Las distintas crisis económicas que han azotado al Uruguay han golpeado la economía de todos los hogares, siendo los de clase media y baja los más castigados. Como consecuencia de esto todo el grupo familiar, y en especial la mujer se ha visto obligado a salir a trabajar. Las personas con trastornos mentales deben quedarse solas en sus casas, sin el cuidado y control necesario que estos demandan.

Esta reestructuración de las familias complejiza aún mas la situación familiar de las personas con trastornos mentales. Debido a que no encuentran en el ámbito público espacios que les proporcione soluciones para sus necesidades, es decir, espacios donde poder dejar al cuidado de terceros a sus parientes con trastorno mental, para poder cumplir con sus obligaciones laborales. El poseer un diagnóstico psiquiátrico significa un freno para la inclusión laboral y social.

Al igual que la autora Tamaso Mioto (1997: 120) se considera que no se debe hablar de "familia", sino de "familias", ya que existe una gran diversidad en las formas. El concepto de "familias" puede ser definido como:

> *"un grupo de personas que conviven en un determinado lugar, durante un lapso de tiempo mas o menos largo, y se hallan unidas por lazos consanguíneos o no. La tarea fundamental de la familia es la protección de sus miembros. Adoptar una definición como esta significa abandonar el presupuesto de los modelos familiares y es pensarla como*

un lugar de preservación de la vida". (Tamaso Mioto; 1997: 120)

La familia es una construcción cultural e histórica, con esto se quiere decir que no es un grupo natural, que no esta dado en la esencia biológica de los hombres.

> *"(...) o pressuposto de que a família é uma instituica social historicamente condicionada, introduzem a segunda ideía subjacente (...): a familia nao é a priori o lugar da felicidade. O florescimento da ideía que a familia é o lugar de felicidade está vinculado justamente ao ocultamento de seu caráter histórico. Este ocultamiento permi tiu pensá-la como um grupo natural, e com isso veio tambñem a naturalizao de suas relacoes e o enaltecimento de sentimentos familiares, tai como amor materno, amor paterno, amor filial. (Tamaso Mioto; 1997:117).*

Es decir, que la familia sea un lugar de felicidad no es una característica dotada por el ADN humano, no es algo dado por la naturaleza. Esto va a depender de la cultura y la historia familiar, por lo cual ésta puede ser vivida por sus integrantes como un espacio de desenvolvimiento y satisfacción de sus necesidades afectivas y materiales, o puede ser vivida como un espacio de limitaciones y de sufrimiento. En síntesis, la familia puede ser un espacio de felicidad o un espacio de infelicidad para sus integrantes.

Al ser un espacio de infelicidad es razón de sobra para que no se pueda contener, cuidar, brindar el apoyo material y afectivo, que una persona con trastornos mentales demanda.

"La familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio." (Louro, 2003: 50)

Se comparte la idea con Mioto (1998) que cuando las familias no consiguen encontrar soluciones adecuadas a sus problemas, intentan en un primer momento contenerlos y de controlar los efectos destructivos de estos. Pero a medida que los intentos no sirven de nada, se van iniciando procesos de conductas expulsivas, de búsqueda del "chivo emisario"[4] de responsabilización de la culpas a uno de sus integrantes para eximir a los otros. Este tipo de funcionamiento del grupo familiar hace difícil la tarea de continentar a la persona con diagnóstico psiquiátrico, como consecuencia se dan sucesivas descompensaciones e internaciones en nosocomios psiquiátricos.

[4] Pichon Riviere (1985) define el rol del chivo emisario como la manifestación de un síntoma colectivo, que los demás integrantes no reconocen como propio. El enfermo se convierte en el portavoz de la enfermedad grupal. Este rol es asumido por una persona y, a su vez, le es adjudicado por el resto del grupo. La familia logra mantener el equilibrio segregando al enfermo. En síntesis se puede decir que dentro de la familia se da un interjuego de roles, de imágenes, donde le enfermo es el depositario de los aspectos negativos y responsable absoluto de los problemas familiares.

"El paciente enfermo es muchas veces la punta de iceberg de situaciones familiares conflictivas, un emergente de problemas que encuentran su camino a través de la crisis. Esta crisis tiene como telón de fondo conflictos afectivos, con fuertes ambivalencias, roles rígidos y estereotipados, conflictos, delegaciones y aspectos de violencia familiar que se presentan con un desenlace agudo o crónico". (Amico, 2005: 55)

No se trata de culpabilizar a las familias de la enfermedad de sus miembros, por el contrario, se debe entender a la familia como un espacio fundamental de rehabilitación. De ahí deriva la importancia de entender cual son las causas que no favorecen a la auto-contención del grupo familiar.

Al existir una diversidad de arreglos familiares, cada uno de ellos necesita distintos abordajes para comprender su realidad. Como futura Trabajadora Social se debe ser conciente de esta diversidad de familias, y no caer en simplismos que reduzcan a la familia a la sola existencia de la familia nuclear. La existencia de múltiples arreglos familiares conlleva a entender a cada situación como única e irrepetible. Si bien en algunos casos las familias puede cumplir un rol importante en la rehabilitación del enfermo; en otros puede representar un factor desencadénate y acelerador del proceso de la sicopatología. En estos casos es necesario pensar otros espacios institucionales donde las personas con diagnóstico psiquiátrico puedan desenvolverse plenamente.

Intervenir en salud mental implica tener una conciencia crítica para interpelar, problematizar y desmitificar las distintas realidades que atraviesan las personas con diagnóstico psiquiátrico y sus familias.

2.2) Cambios en las políticas sociales y su repercusión en las familias.

Las respuestas y soluciones que cada familia da a sus problemáticas esta determinada por múltiples determinaciones de tipo cultural, económico, religioso y social. La sociedad le imprime ciertas determinaciones y condiciones materiales que le permiten responder de determinada manera y no de otra.

> *"En resumen, la salud de la población está determinada por las condiciones sociales y económicas que cada sociedad genera, se expresa en diferentes niveles y se concretiza en el ambiente natural y familiar, bajo específicas condiciones de los servicios de salud y mediante el componente individual de carácter psicobiológico." (Louro, 2003: 49)*

Existe una sociabilidad capitalista que imprime una forma de relacionamiento y vinculación entre los individuos entre sí, y el medio. La cuál se vivencia en su trayectoria individual y colectiva; que marcan una determinada impronta familiar y no otra. El sistema de producción determina a la organización social.

> *"Esta denominación (*proyecto de sociabilidad neoliberal) *propuesta para el momento histórico que vivencia la*

sociabilidad humana, lleva a pensar y considerar una sociabilidad regida por el orden económico capitalista en sus diferentes fases, en tanto comprende un modelo de organización y funcionamiento de la sociedad en todos sus planos (ideológico, económico, político, social y cultural), que tiene su pilar en la implementación y expansión de un orden social y económico desde la mercantilización de la vida social" (Neves apud Silva, 2007: 22)

El Estado interviene en la sociedad mediante la puesta en marcha de Políticas Sociales, con el fin de realizar un tipo de justicia social que concuerde con el modelo de desarrollo existente. Con esto se quiere decir que:

"(...) toda Política Social debe ser analizada en un contexto más amplio: los macro modelos políticos y económicos que las generan o, en función de lo que algunos autores denominan el modelo de acumulación existente en una sociedad dada. Es ese modelo – o padrón de acumulación – el que origina y le otorga alcances, matices y modalidades diferente." (De Martino, 2001: 104)

A finales de los años 70 el modelo de acumulación fordista-keynesiano estaba llegando a su final, y con él su principal institución: el Estado de Bienestar. Dando paso a nuevo modelo de acumulación y por ende un nuevo modelo de regulación. En este contexto se pasó de políticas sociales keynesianas a políticas sociales neoliberales, es decir, se pasó de políticas centralizadas a descentralizadas, de carácter sectorial a políticas integrales,

de políticas universales a focalizadas, de políticas administradas por el estado a políticas administradas por el sector privado.

Los viejos Estados de Bienestar se caracterizaban por su compromiso con el pleno empleo; por una amplia gama de servicios sociales de carácter universal, y por tener una amplia red de seguridad social; por ser altamente intervensionista en la economía nacional.

En este contexto el Estado fue tomando funciones que antes les eran propias de las familias, con respecto a esto Talcott Parsons (en De Martino, 2001:107) dice:

> *"(...), en la medida que las sociedades se tornan más complejas, el proceso de transferencia de funciones de la familia a instituciones especializadas –escuela, hospitales, asilos, técnicos- lograría que la familia se adaptase mejor a las tareas especializadas que se le asignaban: socialización de los niños y sostén psicológico de las personalidades adultas".*

Es así que el Estado crea una compleja red de instituciones dedicadas a brindar diversos servicios sociales de carácter universal, en materia de salud, educación y seguridad. La intervención estatal delinea un tipo de familia "normal", caracterizada por ser autónoma y privada.

También fomentó el individualismo, como forma de hacer más democráticas las relaciones, siendo escasas las políticas dirigidas a nivel familiar. (De Martino, 2001)

A principio de los años 80 se dan una serie de reestructuraciones que dan lugar a un nuevo modelo de acumulación llamado neoliberal, y con este, surge el Estado Neoliberal y nueva concepción de políticas sociales.

En esta coyuntura los cambios más notorios que se pueden señalar son la globalización del capital, flexibilización del trabajo, avance tecnológico en desmedro del trabajo en el sector industrial, apertura de la economía, Estados mínimos, privatización de las funciones públicas, entre otros cambios.

La finalidad central de los Estados Neoliberales era desarticular el andamiaje del Estado de Bienestar.

> *"El neoliberalismo se opone a la universalidad, igualdad y gratitud de los servicios sociales. Sostiene que el bienestar social pertenece al ámbito de lo privado y que sus fuentes "naturales" son la familia, la comunidad y los servicios privados. Hay un fuerte énfasis en la responsabilidad individual en contraposición a la responsabilidad del colectivo social frente al bienestar ciudadano". (Baraibar; 2003:4)*

Ante el agotamiento del régimen keynesiano-fordista y de su principal institución el Estado de Bienestar, la solución propuesta fue que los distintos servicios sociales fueran cubiertos por las familias, es decir reprivatizar las actividades que hasta el momento eran eminentemente públicas. Con respeto a esto Jelin (1998:69) dice:

> *"Las crisis del Estado de bienestar y los cambios en las políticas sociales prevalecientes en los años noventa – el*

neoliberalismo que reduce la presencia del estado y abre actividades de carácter social a la lógica del mercado (no solamente los servicios de infraestructura urbana sino la educación, la salud, los planes de jubilaciones, etc.)- tienen como efecto "privatizar" la responsabilidad por el bienestar, transfiriendo tareas del estado hacia la familia. En el Estado de Bienestar, los costos de estos servicios se asumen de manera colectiva y solidaria, (...). En el modelo liberal de la economía de mercado, estos costos deben ser cubiertos individualmente, o mejor dicho, por las redes familiares y unidades domésticas (...)".

El bienestar social pertenece al ámbito de lo privado, y es responsabilidad de cada individuo alcanzarlo. Para los Estados Neoliberales los servicios universales (salud, educación y seguridad) conllevan altos costos económicos; por lo que son introducidos a la lógica del mercado. Se da una mercantilización de la política social. (Lo Vuolo en Baraibar, 2004: 4). La calidad de la atención alcanzada por cada persona dependerá de su poder adquisitivo.

El Neoliberalismo tiene como idea central concebir a las Políticas Sociales como transitorias, ya que el propio mercado, mediante la generación de empleo, hará innecesaria la existencia de programas sociales.

"(...) la política social es encarada como una serie de medidas que apunten a compensar los efectos negativos de los ajustes macroeconómicos realizados. (...), superada la reactivación económica, las leyes de mercado generarán los equilibrios

básicos necesarios, quedando solamente una pequeña proporción de población necesitada de atención y respaldo público." (De Martino, 2001: 105)

Pero en la actualidad las promesas hechas por el neoliberalismo, donde el mercado es el regulador perfecto para una sociedad próspera, no han sido cumplidas. Las familias deben enfrentarse a un sin números de dificultades, como lo es el desempleo, el recorte del presupuesto familiar, las crisis económicas.

"*Mientras más se avanza en este proceso, más se amplifica la desigualdad económica y social y más se deterioran las condiciones de trabajo y de vida de la mayor parte de la clase trabajadora. Las estrategias y las políticas en práctica han aumentado el desempleo, deteriorando gravemente los salarios reales y empujando cuotas crecientes de población activa a situaciones de sobrevivencia precaria en la economía informal. Por su parte, la reducción drástica de la actividad del Estado ha desprotegido a una amplia esfera de la actividad productiva nacional y sobre todo ha profundizado la pobreza al limitar o encarecer extraordinariamente el acceso a los servicios básicos (la salud, la educación, la vivienda)."* (Baraibar, 2004: 5)

Sumado a esto el Estado les exige a las familias que se hagan cargo de funciones que históricamente las realizo El.

Es aquí, a mi consideración, donde las familias de personas con trastornos mentales encuentran una limitación para desenvolverse adecuadamente y contener a sus miembros con trastornos mentales. Ya que no cuentan con políticas sociales adecuadas, y si estas existen, deben comprobar ser lo suficientemente carenciados para ser merecedores de las mismas. Sobre esto Baraibar (2004: 6) dice:

> *"El acceso a un beneficio está condicionado a la acreditación de la condición de pobre, y en particular a alguna manifestación específica de esta situación (...)."*

Esta autora expresa también que para ser beneficiario de las políticas focalizadas, los individuos o las familias deben ser gravemente diferentes al resto. Contribuyendo así a la fragmentación social, por un lado, los destinatarios del programa, y por el otro, el resto de la sociedad. (Baraibar, 2004)

En un nuevo marco de políticas de ajuste donde la deshospitalización es un referente a seguir, las familias recorren distintas instituciones, sin crear un vínculo perdurable con ninguna y sin encontrar ayuda para solucionar los problemas derivados de sus integrantes con diagnóstico psiquiátrico.

Otra de las características de las políticas en salud mental en la actualidad, es la tendencia a la desmanicomialización, es decir a la abolición de los manicómios, y buscar otra forma de curación extra-muros, mediante la re-composición de las redes sociales de contención. Pero en esta nueva tendencia de las políticas sociales de salud mental, la única destinataria de la responsabilidad y cuidado del enfermo mental es la familia.

En este escenario actual, lo usual es la búsqueda del chivo expiatorio. Por un lado se culpa a las familias de su incapacidad para cubrir independientemente sus necesidades y por la supuesta crisis de "la familia". Por otro lado se culpabiliza al Estado por su ineficiente intervención en el área social.

Pero no se trata aquí de hallar culpables, la compleja y difícil realidad que atraviesan miles de familias no permiten tan infértil discusión. Como profesionales de las Ciencias Sociales se debe repensar el vínculo políticas sociales-familias, teniendo en cuenta a las transformaciones de las familias, no como algo negativo sino como una expresión distinta al sistema anterior de familia; y poder adecuar a estas realidades diversas un sistema apropiado de políticas sociales.

Reflexiones finales.

En el correr de la monografía se intentó dar respuesta a la interrogante de porque las familias que tienen integrantes con trastorno mental, no pueden brindarle la contención que estos demandan.

A partir de lo expuesto en los capítulos anteriores se reflexiona que son múltiples determinaciones y mediaciones que tranversalizan a la vida cotidiana de las personas con diagnóstico psiquiátrico; en líneas generales (y sin olvidar que cada situación tiene sus propias particularidades que la hacen única) se resalta que un factor determinante son los conceptos socio-históricos de la "locura", los cuales se caracterizan por la cronicidad, agresividad y peligrosidad de la misma.

El proceso de medicalización tiene un gran peso en esta forma de entender a la "locura", pues dividió a las personas en sanos y enfermos, normales y anormales, locos y cuerdos; apartando y segregando a las personas "diferentes", por significar estas una amenaza al orden social establecido.

Esta división se hace presente en el seno familiar, donde un integrante es distinto al resto, es el "anormal" en contraposición a los "normales". Tal división influye negativamente en la contención familiar, por entender a la condición de la persona con trastorno mental como algo indeseable, temible y peligroso.

En una época donde se tiende a la homogenización de las personas, donde los estereotipos de mujer y hombre "perfectos" son el modelo a seguir,

quedan muchas personas bajo la sombra de estos, sin ajustarse a los padrones de "normalidad", fuera de los límites de lo deseable y moralmente aceptado (es este el caso de los homosexuales, delincuentes, prostitutas, portadores de VIH, locos, entre otros).

El proceso de medicalización significó el intento de moldear a la sociedad, de manera que responda a las exigencias del modelo de acumulación reinante, es decir, al capitalismo. Fue necesario construir un tipo de hombre alejado de los vicios, los malos hábitos y que sirviera de mano de obra útil para solventar el modelo económico. De ahí se desprenderán distintas formas de control social, ejercida através de distintas instituciones, como el Estado, la Iglesia, la familia, entre otras.

En la actualidad el capitalismo se encuentra en su fase mas "feroz"; los medios de comunicación (televisión, Internet,...) son el gran portavoz de su ideología y de los estereotipos a seguir, pautando lo lindo, lo deseable, lo sano, dejando cada vez mas personas por fuera de los límites de lo "normal".

Otra determinante que no favorece la contención es el actual sistema de políticas sociales, pues sobrecargan a las familias con la responsabilidad del cuidado de sus integrantes, sin tener en cuenta los cambios y la diversidad de tipos de familias. El apoyo brindado por éstas no parece ser suficiente, y para ser beneficiario se debe demostrar ser lo suficientemente carenciados. En el marco de deshospitalización, abolición de los manicomios y de rehabilitación en la comunidad, las familias se encuentran solas a la hora de cuidar a sus miembros, siendo aún mas dificultosos cuando se está inserto en el mundo del trabajo y es imposible pagar un salario a terceros para el cuidado de éstos.

Existen casos donde la familia cumple un rol decisivo en la contención y reinserción de las personas con diagnóstico psiquiátrico, por lo contrario, hay otros casos donde la familia no cumple este rol. Los procesos de individuación, la cultura de pares, el fin del patriarcado, el ingreso de la mujer al mundo laboral, el creciente consumo de drogas, entre otros, han contribuido al requebrajaminto de la función familiar (entendiendo a esta como las acciones destinadas a la protección y potencialización de sus miembros). Situación que se ve agravada y castigada por el actual sistema de políticas sociales, pues estas sobrecargan aún mas a las familias, siendo estas la única alternativa para el cuidado y protección de las personas con diagnóstico psiquiátrico.

En el mejor de los casos, por detrás de las personas con este tipo de característica, hay una familia que responde en mayor o menor medida. Pero existen casos donde la familia no es una opción a seguir, debido a que por diversas razones no pueden cumplir con su función; en estas situaciones las personas quedan libradas a su suerte (terminando internados en una casa de salud, en situación de calle o hacinados en alguna "Colonia de Alienados").

Estas situaciones representan un desafío para l@s Trabajadores Sociales, tanto a la hora de la promoción como de intervención, en el primero de los casos, el desafío radica en encontrar las herramientas para contribuir a mejorar y habilitar la contención familiar. En el segundo de los casos los esfuerzos deben orientarse a encontrar una alternativa que cumpla la función que la familia no puede realizar, ya que los seres humanos no podemos vivir aislados, necesitamos el afecto, el amor, el cuidado y la contención de otros.

Quizás las casas de medio camino, los grupos de autoayuda, la intervención interdisciplinaria (no solo en casos puntuales de

descompensación) sean algunas de las alternativas a seguir para contener y rehabilitar a estas personas y sus familias.

Se tiene la convicción que fundamentalmente el esfuerzo debe dirigirse a eliminar el estigma social que marca a estas personas, que hace de estos un grupo minoritario inferior e inaceptable, que los coloca en una posición de desventaja. El problema del estigma no reside en el atributo de la persona, sino en la cultura que los condena, es aquí desde donde se debe cambiar las formas de ver y entender a las personas con diagnóstico psiquiátrico.

El momento histórico que vivimos se caracteriza por un cambio acelerado, vertiginoso, donde la incertidumbre reina en todos los ámbitos sociales, donde excité más dudas que certezas. Y es en este contexto donde el Trabajador Social esta inserto, como agente de cambio y de intervención debe hacer un ejercicio de análisis y reflexión constante, porque el "tiempo es oro" y porque hay personas de por medio, que sufren y padecen la injusticia social.

BIBLIOGRAFÍA

- **Amico,L** (2005): "La institucionalización de la locura: la intervención del trabajo social en alternativas de atención".Ed. Espacio. Bs.As. Arg.
- **Barrán, J y otros** (1995): "La medicina de la sociedad en el Uruguay del novecientos". Tomo III. Ediciones de la Banda Oriental. Mdeo, Uy.
- **Caldas de Almeida,J** (2007): "Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina". Revista Psiquiatría Uruguay ;71(2):111-116
- **Carballeda, A** (2004): "Lo Social y la Salud Mental: Algunas cuestiones preliminares". MIP III. DTS. FCS. UdelaR
- **Castel, R** (1980): "El orden psiquiátrico". Ed. La Piqueta. Madrid, España.
- **De Martino, M** (2001): "Políticas sociales y familia. En: Revista Fronteras Nº 4, DTS. Montevideo, Uruguay.
- **Dirham,E** (983): "Familia y reproducao humana". En: Perspectivas Antropológicas da Mulher. Pp. 13- 44. Rio de Janeiro, Brasil.
- **Focault, M** (2007): "El poder psiquiátrico". Ed. Fondo de la Cultura Económica. Bs. As. Arg.
- _____(2006): "Historia de la locura en la época clásica. Tomo 1". Ed.

- **Fullgraf,M.** En: Coordinadores: Carámbula, A. Ferrando, J. Hein,A (1995): "Uruguay marginado: voces y reflexiones sobre una realidad oculta". Ediciones Trilce. Mdeo. Uy.
- **Giorgi,V** (1992): "Vinculo, Marginalidad, Salud Mental". Ed Roca Viva. Mdeo. Uy.
- **Goffman,E** (1963): "Estigma: La identidad deteriorada". Amorrortu Editores. Bs. As. Arg.
- **Jelin,E** (1998): "Pan y afectos. La transformación de la familia". Ed. Fondo de Cultura Económica. Bs. As. Arg.
- **Kosic,k.**(1967):"Dialéctica de lo concreto". Ed. Grijalbo. Mx.
- **Mitjavila**. En: Ortega, E (2003): "El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista". Disertación presentada como requisito para la obtención del título de Master en Servicio Social. Universidad de la República y Universidad Federal de Río de Janeiro, Montevideo, Uruguay. Pág. 24.
- **Mitjavila, Myriam** (1992): "Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la *medicalización*". En: Cuadernos del CLAEH No. 62. CLAEH, Montevideo, Uruguay.
- _____(1998): "El saber médico y la medicalización del espacio social." Documento de trabajo. DS, FCS, UDELAR, Montevideo, Uruguay.
- **Elkaim, M y otros** (1989): "Las prácticas de la terapia de red, salud mental y contexto social". Ed. Gedisa. Barcelona, Es.
- **Murillo, Susana** (1997): "El discurso de Focault: Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno". Ed. Oficina de Publicaciones del CBC. Universidad de Bs. As. Argentina.

- **Ortega, Elizabeth** (2003): "El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista". Disertación presentada como requisito para la obtención del título de Master en Servicio Social. Universidad de la República y Universidad Federal de Río de Janeiro, Montevideo, Uruguay.
- **Pichon Riviére, E**(1985): "El proceso grupal. Del psicoanalisis a la psocologia social (1)". Ediciones Nueva Visión. Bs. As. Arg.
- **Portillo, José** (1993): "Otra racionalidad médica". Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo, Uruguay.
- **Porzecanski, Teresa** (1993): "Medicalización y mitologías: Los destinos del cuerpo físico y social" En: VVAA: "La medicalización de la sociedad". Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo, Uruguay.
- **Scheff,T** (1973): "El rol del enfermo mental". Editores Amorrortu. Bs. As. Arg.
- **Silva,C** (2007): "Investigar e intervenir en salud mental tendiendo a la desmedicalización del sentir, pensar y hacer."En: Revista Regional de Trabajo Social. Año XXI. Nº 41. Ed. EPPAL. Mdeo, Uy.

Páginas Web consultadas

- **"Acerca de la estigmetizacion"**. Revista Margen. 2004. Arg. En: www.rau.edu.uy
- **Baraibar,X** (2004): "Las paradojas de la focalización". Recuperado 29 de diciembre 2009. En: http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/Certiflia/20080707155241.pdf

- **COMISIÓN SUPERVISORA DE DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL (CSDHSM)**

Recuperado: 2009,23 diciembre. En:

http://www.psicologos.org.uy/documentos09/09 COMISION SUPERVISORA DE DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL.doc

- **Faraone,S** (2004): "Politicas en salud mental". Universidad de Buenos Aires. Recuperado: 2009, 23 diciembre. En : http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/politicasalud.pdf
- **Jorquera, V** (2003): Apropósito de "Hstoria de la Locura en la ÉPOCA Clásica" de Mfocault: DE LA PSICOLOGIZACIÓN DE LA LOCURA A LA OBJETIVACIÓN DEL INDIVIDUO. Recuperado: 2010, 19 agosto. En: http://www.rau.edu.uy
- **Louro, I** (2003): "La familia en la determinación de la salud". Revista Cubana Salud Pública 29 (1): 48-51. Recuperado: 2009, 22 diciembre, En: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n1/spu07103.pdf
- **Vainer,A** (2007): "De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental". Recuperado en: http://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental