

## **Familia y Enfermedad Mental. Una mirada desde la intervención del Trabajo Social**

Por Lucía del Carmen Amico (publicado en la revista Margen)

*No acepten lo habitual  
Como cosa natural  
Pues en tiempos de desorden  
De confusión organizada  
De arbitrariedad consciente  
De humanidad deshumanizada  
Nada debe parecer natural  
Nada debe parecer imposible de cambiar.  
(Bertold Brecht)*

La familia es un grupo primario que en el curso de la historia compartida ha elaborado una estructura basada en pautas interaccionales conscientes o inconscientes. Hablo de familia como institución. Es el producto de una lucha permanente entre lo instituyente y lo instituido. La familia entonces, instituye y es portadora consciente o inconsciente de esta construcción social que es la locura.

La emergencia del trastorno mental en integrantes de una familia representa no sólo una pregunta para la cual hemos de buscar respuestas, sino también una respuesta para una pregunta desconocida por nosotros. Es más, podría considerarse como un mensaje cuya naturaleza convendría desentrañar, reconstituyendo el contexto en el cual cobra sentido la enfermedad mental.

En estas situaciones, considero que el papel de la familia es fundamental para iniciar un proceso de rehabilitación **-1-**.

La familia puede ser víctima y entrar en un proceso de derrumbe. Puede ser un factor coadyuvante a la recuperación del paciente o por el contrario puede actuar como un factor acelerante y desencadenante del cuadro de deterioro que expresa.

Esto implica direccionar la intervención profesional no solamente sobre el paciente sino también hacia todo el grupo familiar. Además, es imprescindible trabajar en el ajuste de la relación familia - sistema de salud. Al respecto, resultados estadísticos **-2-** demuestran la mejoría del paciente cuando la tríada médico - paciente - familia es funcional; y el deterioro del mismo, cuando este vínculo contenedor no se conforma.

Entonces se puede decir que la familia y el hospital se necesitan mutuamente porque son interdependientes. Una alianza entre ambos contribuye a un resultado positivo.

Sin embargo, creo que integrar la familia al sistema de tratamiento de una institución psiquiátrica es introducirla a una ideología institucional en la cual el modelo biomédico es preponderante, pues la familia llega con sus mitos, temores, expectativas, sentimientos de culpa, incertidumbre, ansiedad, negación, su ideología y valores, teniendo que integrarse a las reglas y valores culturales de la institución.

Los posibles "malos entendidos" de la relación familia - institución pueden producir alteraciones que den como resultado conductas iatrogénicas que se traducen en escaladas emocionales que dejan como saldo transferencias y contras transferencias negativas, mientras que en los tratamientos ambulatorios la familia tiene más posibilidades de contacto e involucramiento, pudiendo asumir con más eficacia sus funciones de afecto y atención. Durante las internaciones, en cambio, el sistema de salud suele asumir un lugar más protagónico, estimulando que la familia se aleje. Afirman Bradshan y Burton, (1976): "A

*menudo la familia queda sin autoridad, ni responsabilidad, mientras el personal hospitalario asume el rol parental frente al paciente”.*

Paralelamente a este alejamiento y delegación de responsabilidad -como un proceso circular- muchas veces la familia deposita al miembro enfermo en manos del sistema de salud, con las consecuencias negativas del llamado “hospitalismo”. De allí que desde el Trabajo Social es importante el acompañamiento profesional, el apoyo a la familia, la prevención, la orientación, para intentar tratamientos de rehabilitación, es decir “volver a habilitar”: se espera que alguien que pierde la capacidad para realizar actividades que sirvan para resolver sus propias necesidades, pueda volver a adquirirlas. O de promoción: “mover en pro de”, en función de algo, acciones que se orienten a provocar una dinámica, para obtener algo. Con la promoción se apuesta a estimular y desarrollar las capacidades desconocidas en los sujetos.

En este sentido, adquiere importancia el enfoque interdisciplinario y el trabajo en equipo como una forma de articulación que, a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento.

En esto es necesario discutir marcos conceptuales generales acerca del proceso salud - enfermedad, en la búsqueda de acuerdos y consensos alrededor de los derechos de los pacientes, la noción de salud, la visión de “problema social”, etc.

Desde esta perspectiva, el Trabajo Social parte de la realidad vivida por un determinado sujeto. Y a partir de la investigación diagnóstica se aproxima a las situaciones problemáticas. Así, de este modo, lo social puede ser analizado desde las historias de vida de los sujetos concretos en el marco de su vida cotidiana, es decir, en el desarrollo de la subjetividad.

Entendiendo por cotidianidad, de acuerdo a lo conceptualizado por Eroles, C., como: “...*la manifestación inmediata en un tiempo, en un ritmo, en un espacio, de las complejas relaciones sociales que regulan la vida de los hombres en una época histórica determinada*”. (1997: 38-39)

La vida cotidiana reclama entonces una conciencia crítica que en tanto actitud científica, es lo opuesto a la conciencia ingenua. Implicaría interpelación, problematización y desmitificación de los hechos sociales.

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.

Al respecto, desde una perspectiva sistémica, Albornoz, L.A, considera que: “*La crisis y ruptura de homeostasis familiar, traducida en el cambio de sus defensas habituales que alteran su grado de flexibilidad, de cohesión familiar- emocional y la calidad de la comunicación permiten trabajar terapéuticamente. Articulando la contención y el acompañamiento del equipo de salud mental hacia el grupo familiar, se crea un espacio donde se dan distintos tipos de expresión emocional, que abarcan desde la catarsis hasta la modificación de núcleos interactivos constitutivos y organizadores de un determinado momento de la evolución familiar*”.(1998: 21)

Por otra parte, Estudios de Sobrecarga Familiar (Melman, 1998: 62) 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 aquel, produce un fuerte impacto en la familia. Las cargas financieras, sociales y subjetivas con el enfermo son muy elevadas y no siempre percibidas de forma clara por los familiares que, según los estudios, “*presentan una tendencia a minimizar las experiencias de sobrecarga*”.

En general, en familias de bajo nivel socioeconómico, los costos para los cuidados suministrados son muy altos, teniendo en cuenta que el enfermo mental, en la mayoría de los casos, no es económicamente activo e independiente. A esto se le suma que dentro de la dinámica familiar, una o más personas asumen responsabilidades por esos cuidados, lo que las imposibilita de entrar en el mercado de trabajo y asimismo de contribuir para la renta familiar, además de impedir su realización personal y profesional.

El autor antes mencionado considera que: *“Debido a los preconceptos existentes en la sociedad contra los enfermos mentales y el poco conocimiento sobre la enfermedad mental, hay una tendencia en las familias al aislamiento social apartándose de amigos y de otros familiares. Tal situación se observa con mas profundidad en aquel familiar que es directamente responsable del cuidado del enfermo mental”*(en la mayoría de los casos la mujer). (1998: 62)

En estas situaciones es fundamental que la intervención del Trabajador Social junto a la familia, contribuya a transformar esta realidad y propicie en aquella la posibilidad de superar las dificultades vividas en la convivencia con un miembro enfermo mental, organizando con ellos el tiempo de cuidado a través de la oferta de servicios diarios de atención psicosocial.

Resumiendo, el trabajo integrado de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se articulan en estos cuadros con personas portadoras de trastorno mental, nos proporciona -como trabajadores sociales- una gran herramienta terapéutica, la de trabajar con grupos familiares y la red social. Así se logra integrar al paciente con su familia y su soporte social.

La familia es sustentada por las redes sociales que crecen -formal e informalmente- fuera del hospital. Esta suma de vínculos y relaciones solidarias nos proporciona un mejor pronóstico médico y una mejor calidad de vida. Como opina acertadamente Albornoz, *“A veces tratando sólo al paciente no se alcanzan los mismos logros que cuando se trata a la familia y a su entorno social”*. (1998: 22)

## **Conclusión**

La institucionalización de las personas portadoras de trastorno mental afecta negativamente el proceso de recuperación. La internación domiciliaria o las internaciones breves en Hospitales Generales, la atención y el seguimiento comunitario, se proponen como dispositivos adecuados que posibilitan la superación de crisis agudas sin atentar contra la vinculación socio-familiar, sometiendo a la persona a la vivencia de situaciones indignas en grandes manicomios, generando un síndrome de hospitalismo que conlleva la adaptación pasiva a la institucionalización asilar.

Es evidente que el no contar con dispositivos de atención que superen la internación manicomial responde a la existencia de una modalidad de atención sanitaria en el campo de la salud mental específicamente, y de la salud en términos generales. La ausencia de políticas sanitarias que contenga una articulación sistemática entre sus diferentes niveles de atención es un gran obstáculo que posiciona al hospital neuropsiquiátrico como único recurso de atención sanitaria con el que cuenta la comunidad. (M. Mendoza)

Esta situación expresa la valorización que subyace respecto de la salud/enfermedad mental, como un binomio inseparable pero que a su vez señala que el dispositivo de atención se localiza esencialmente en la enfermedad. A partir del ingreso al dispositivo de atención sanitaria, tanto la persona con trastorno mental como su familia, ingresan a un circuito del cual resulta difícil salir. (M.Mendoza)

Ante situaciones de crisis, la familia, la comunidad, los agentes policiales, judiciales y sanitarios, visualizan la internación de la persona en el hospital neuropsiquiátrico como la solución apropiada .

La naturalización de la existencia del hospital psiquiátrico como dispositivo hegemónico en la atención de la salud mental es un fenómeno que ha permanecido desde el siglo XIX en nuestro país, si bien es cierto que se han dado importantes intentos de rupturas en diferentes momentos socio-históricos. Pero ello también nos habla de lo que socialmente estamos dispuestos a aceptar como locura.

La respuesta socialmente construida a la enfermedad mental ha intentado ocultar, bajo el discurso de ideas humanistas, su ineficacia en la resolución de las problemáticas inherentes, posicionando como problemáticas individuales la incapacidad, sea para su recuperación, para el sostenimiento del tratamiento o para la asunción de responsabilidades sociales.

La inclusión del Trabajo Social en el análisis de la reconstrucción histórica de la modalidad de atención en salud mental se debe a que participa como una disciplina encargada de todo lo inherente a lo social de las personas que padecen un trastorno mental.

Por ser una profesión asalariada, inscrita en la división social y técnica de trabajo, su ejercicio profesional se centra, básicamente, en la implementación de políticas sociales.

Subordinada su intervención al Estado para dar respuesta a la cuestión social, el trabajador social implementa políticas sociales, entendidas como una intervención sistemática y estratégica del Estado en las relaciones sociales generadas por el modo de producción capitalista para enfrentar la cuestión social.

Esta particularidad del lugar socio-ocupacional del Trabajo Social le imprime una direccionalidad atribuida por la propia lógica que generan las políticas sociales. En otras palabras, el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental no puede romper con la marca humanitaria, pero no por un problema endógeno de la profesión sino por determinantes estructurales de la propia lógica de las políticas diseñadas para operar en el sector y de las instituciones de salud mental.

La discusión en torno a qué servicios de atención en salud mental socialmente necesitamos es un tema que aún no lo hemos realizado, tal vez porque aún no hemos iniciado la discusión sobre la existencia de los manicomios. (Mendoza: 2000)

Las normativas jurídicas, el dispositivo psiquiátrico y la conciencia de la población no abandonan el prejuicio de la trilogía de peligrosidad, segregación y control. En general, se encierra "*preventivamente, para que el enfermo no atente contra si mismo o los otros, como reza la ley, no porque al momento haya cometido tales actos delictivos*".

Todo el sentido de las transformaciones ha consistido en abolir la discriminación social del enfermo, la segregación represiva manicomial, la conciencia siquiátrica estigmatizante y legitimadora de la internación asilar, el sentido de la peligrosidad y los "establecimientos especiales".

En opinión de E. Galende: "*Las normativas jurídicas en Argentina no han acompañado a este proceso de transformación manteniendo criterios caducos cuyas consecuencias sufren miles de personas*". Uno de cada mil ciudadanos habitan diversas instituciones de carácter manicomial por trastornos psiquiátricos, que en muchos casos solo ocultan terribles desamparos sociales y familiares. Un gran porcentaje está allí por decisión judicial y a la espera de resoluciones de externación que nunca llegan. Son verdaderas detenciones legales pero ilegítimas, reflejo de la impotencia de las instituciones psiquiátricas y de la institución judicial. Reflejo también, de una sociedad injusta en la atención de los derechos de sus ciudadanos, insolidaria respecto del sufrimiento y la marginación, banal en la comprensión de los problemas que enfrenta.

Resulta absurdo tener que hablar de la peligrosidad de los enfermos mentales, tener que convencer a los diversos poderes de que la peligrosidad no se encuentra en ellos sino en los peligros que acarrea enfermarse mentalmente y ser atrapado en los dispositivos institucionales y en los poderes decisorios de quienes, por ignorancia, legitiman a diario la realidad de los manicomios.

Como profesionales de lo social, no permitamos que nos encierren en el círculo trágico de la agresividad, violencia, peligrosidad, reclusión. Es posible romper ese círculo. Es tarea de muchos: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, antropólogos, hombres del derecho, la política y la cultura. Se trata de una responsabilidad de todos. Y como ocurrió desde siempre, el loco es sólo un sector de la marginación social, es preciso pensarla en su conjunto para aportar una mayor racionalidad en las respuestas.

## Notas

**-1-** Según Liberman, proceso en el cual se trasciende lo terapéutico para conseguir la resolución del deterioro y la limitación, consiguiendo el mayor nivel de integración posible del paciente que le permita ser autónomo y participar en la sociedad (1991)

-2- Chadi, M: Redes sociales en el trabajo social, espacio editorial,1997. Pag 57-62