



# EL TRABAJO CON FAMILIAS EN SALUD MENTAL: ¿Los límites de la enfermedad o la falta de límites?

**Autora: Ayelén Losada**

XII Jornadas Estatales de Terapia Ocupacional.  
Madrid, octubre de 2010.

# EL TRABAJO CON FAMILIAS EN SALUD MENTAL: ¿LOS LÍMITES DE LA ENFERMEDAD O LA FALTA DE LÍMITES?

Autora: Ayelén Losada

## RESUMEN

Las enfermedades mentales producen alteraciones importantes en la forma de percibir, sentir, pensar y actuar de la persona que la padece y generan trastornos severos en su comportamiento y en su forma de relacionarse con los/as demás. La aparición habitual al comienzo de la juventud supone además un fuerte impacto en el proyecto vital de la persona.

Esta situación, obviamente, repercute de forma significativa no sólo en la vida del afectado, sino también en el de su ámbito familiar inmediato, así como en el ámbito social más amplio.

Desde una concepción integral en salud, entendemos que la acción reparadora y de contención y cuidado de la persona con enfermedad mental (EM) implica la realización de una labor de equipo donde hay múltiples niveles institucionales y profesionales implicados, así como una intervención dirigida a varios frentes.

Entre ellos, la familia ocupa un lugar fundamental, tanto como objeto de intervención sobre ella misma, por ser en algún sentido lugar de gestación de la propia enfermedad, como por las disfunciones generadas por la presencia de un miembro que padece una EM y las labores de atención y cuidado que implica.

Desde esta perspectiva, nos preocupan todas las disfunciones y malestares cotidianos que sufren estas familias; malestares que al no entrar en categorías nosográficas que merezcan un abordaje terapéutico quedan “normalizados” y sujetos (a pesar del desgaste y deterioro que producen) al consejo de resoluciones voluntaristas, sumado a exigencias omnipotentes en la función de contención de la familia.

Desde la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC) se pretende generar un espacio de reflexión sobre la problemática de la presencia de una EM en el ámbito familiar y ofrecer algunas herramientas para la intervención con familias de personas con EM, desde el ámbito de Terapia Ocupacional.

## INTRODUCCIÓN

Para ponerse a hablar de la Salud Mental siempre es importante aclarar algunos puntos de partida, pues estos marcarán el tipo de intervención, tratamiento, servicios y actitudes que pondremos en acción.

Será importante pensar la concepción de salud y enfermedad de la que se parte; el lugar social que ocupa la Salud Mental y, consecuentemente, el lugar que ocupa la persona con EM; cuál es la posición que debe asumir el/la profesional en el tratamiento de la EM, tanto del/la paciente como de su familia; etc.

Un concepto que se presenta transversalmente en todos los puntos anteriores es el concepto de Imaginario Social (IS) acuñado por C. Castoriadis, pues es el que nos permitirá acercarnos a reflexionar todo lo anterior desde una posición u otra. Con IS me refiero al conjunto de significaciones colectivas que permiten organizarnos en sociedad dándole sentido a las cosas. Son significaciones imaginarias, no siempre conscientes que se “pactan” entre las personas de un colectivo para dar marco y sentido a las cosas que hacen. Este mecanismo es necesario e imprescindible para el funcionamiento de una sociedad, pero el tipo de significaciones que se instituyan va a estar influido y determinado en gran medida por los intereses de la estructura social que lo enmarca. Con este concepto, hasta aquí bastante abstracto, nos podemos ir acercando a la comprensión y/o análisis del lugar que ocupa la EM en la sociedad hoy, y veremos cómo esto influye sobremanera en la vivencia de la enfermedad, su tratamiento y sus consecuencias en las vidas de las personas afectadas.

Vayamos concretando con algún ejemplo. El caso más representativo del funcionamiento imprescindible del IS es el dinero. A lo largo de la historia, y no precisamente por un proceso natural, los seres humanos hemos ido construyendo una serie de consensos, implícitos y mayoritariamente involuntarios, que permiten que estemos de acuerdo sin conflicto en cambiar una vaca, una silla, un alimento, una prenda o mis horas de trabajo y de vida por un objeto inanimado (moneda o papel) que representa un valor. Ese valor tiene sentido porque todos le damos el mismo valor, si no, no podría sostenerse el método de intercambio de mercancía que rige hoy, por ejemplo.

Pues bien, al igual que con el dinero, con cada una de las cosas que existen en las sociedades, es necesario que suceda lo mismo, para que los seres humanos podamos organizarnos y funcionar. ¿Pero cuáles son los fines que se buscan en la estructura económico-social en la que vivimos? Sin entrar en análisis más profundo podemos afirmar que uno de los grandes fines hoy, en la estructura de un sistema capitalista, es la obtención de los máximos beneficios económicos, sin una jerarquización ética de las necesidades. Entonces ya podemos empezar a pensar qué lugar social tendrán las prácticas, los hábitos, las costumbres y las personas, que no generen beneficio económico, que no sean productivas... ¿será un lugar de exclusión? No es casualidad que estas Jornadas se enmarquen dentro del año de la lucha contra la pobreza y la exclusión social.

“Existe en nuestra sociedad, un aparato de dominación destinado, en última instancia, a perpetuar las relaciones de producción; vale decir 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 y alienante” (Zito Lema, 2001).

Y de hecho, una de las líneas principales de trabajo para favorecer la inclusión social de las personas con EM es la inserción laboral y el desarrollo ocupacional; la inclusión social pasa principalmente por la productividad.

De ahí que, a lo largo de la historia, la EM haya sido relegada de diferentes maneras llegando al encierro, literal o figurado, en psiquiátricos o a través de roles sociales estereotipados (el “loco del pueblo”). Con las ideas progresistas y el deseo de transformar la realidad social en algo más justo llega



la Reforma Psiquiátrica, que trata de transformar el lugar social de la EM con el convencimiento de que esto es fundamental también para su tratamiento y evolución, a partir de modificar las estructuras institucionales y el rol profesional. Surge la Atención Primaria y la Atención Especializada y, con ellas, la Prevención primaria, secundaria y terciaria, y la Promoción de salud. Las Unidades de Salud Mental, los Centros de Salud y los Centros de Día.

Fue una gran reforma estructural; sin embargo, no se instituyó un trabajo propositivo de análisis crítico y modificación del IS instituido acerca de la EM y dicha reforma quedó con grandes vacíos teóricos y metodológicos que obstaculizaron una verdadera transformación.

Así, advertimos como lo bio-psico-social no se ha llenado de contenido teórico-metodológico que permita plasmar acciones y se ha ido paulatinamente vaciando de significado, es más, ha quedado un planteamiento estanco (lo bio + lo sico + lo social) en lugar de representar un verdadero planteamiento dialéctico socio-sico-bio-socio..... que implicaría asumir la responsabilidad de verdaderos procesos de transformación social. (Cucco, 2001).

Los/as profesionales se encontraron cargados/as de buenas intenciones pero con grandes incógnitas sobre cómo implementarlas en el desempeño profesional. Contradicciones como la necesidad de la red social como pilar fundamental para el desarrollo de una persona con EM en una sociedad cada vez más individualista, fueron muestras de esos vacíos que dejan a familias y profesionales con vivencias de soledad e impotencia. Deudas que aún hoy se arrastran, pues aunque se han desarrollado prácticas y propuestas verdaderamente innovadoras, todavía no se han instaurado a nivel general e institucional.

Las consecuencias de estos vacíos son múltiples, pero centrando la mirada en un aspecto concreto que atañe a esta reflexión, podemos encontrar grandes distorsiones en los procesos de adquisición y desarrollo de la autonomía de los pacientes, y todos los medios que se articulan colaboran paradójicamente a ello (la institución sanitaria, la familia, los servicios sociales...) (Barjola, 2010).

Algunos Indicadores que inciden en la distorsión de la autonomía y que encontramos presentes en la EM son:

- Familias sobreprotectoras.
- Diagnósticos rígidos estereotipantes.
- Rechazo y desresponsabilidad social.
- Valoración de la persona por su problemática y no por sus capacidades, lo que conlleva la baja autoestima.
- Dificultades en la comunicación.

Partiendo de estas fuertes corrientes de sentido que impregnan tanto las ideas de la población general como las de los/as profesionales, de las familias y de las propias personas con EM ¿Cómo se desarrollarán los tratamientos aplicados? ¿Qué logros se pueden esperar? ¿Qué grado de autonomía será posible si en el IS amor incondicional es igual a dependencia?

Y ahí entra a jugar un importante papel la Terapia Ocupacional, en su labor propositiva de trabajar por el desarrollo integral y la autonomía de las personas. Debemos hablar de qué entendemos por “autonomía”.

## **AUTONOMÍA VERSUS DEPENDENCIA**

¿Qué entendemos por autonomía? Podemos pensar que está en relación con la capacidad de resolver las situaciones más o menos cotidianas por sí mismo, sería opuesto a la dependencia y está en función de las capacidades que se tengan o se sea capaz de conseguir. Es un pilar fundamental en el estado de salud y bienestar de una persona.

El desarrollo de la autonomía se juega en varios planos, principalmente el plano material y el plano vincular. El plano material hace referencia a lo concreto y práctico, desde la independencia en las Actividades de la Vida Diaria hasta la independencia económica; y con el plano vincular quiero hacer referencia a los aspectos emocionales y las características de las relaciones personales (familiares y sociales) que establecen las personas con EM. Ambos planos son de vital importancia y están en relación entre sí, ejerciendo una influencia decisiva la una en la otra. Todo profesional que trabaje en este ámbito, alguna vez ha sentido, pensado o escuchado en su práctica que “lo que se consigue en la consulta, después en casa es imposible”, “tiene una familia muy sobreprotectora, nunca le dejará ser independiente”, etc.

Pero es que no siempre se trabajan ambos planos de manera integrada; se emplean multitud de dispositivos y recursos para trabajar la dependencia material y se deja el trabajo de la dependencia vincular en el plano de la espontaneidad y el voluntarismo tanto de los/as profesionales como de la familia. No se considera suficientemente y con rigor cómo los vínculos personales, la capacidad de poner límites, de cuidar los espacios de cada uno/a, las características de la comunicación (dobles mensajes, mensajes contradictorios, chantajes, ambivalencias, justificaciones, excusas), etc., repercuten en el óptimo desarrollo de la autonomía.

Hoy el vínculo familiar de las personas con EM está impregnado de dependencia emocional, de dificultad para poner límites, de chantajes emocionales, de dobles mensajes; y esto dificulta el desarrollo de la máxima autonomía posible de la persona afectada.

Estos indicadores se dan, en parte, por la propia problemática: el sentimiento de culpa que albergan las familias, el miedo al futuro, el desconcierto ante la enfermedad, la vivencia de carga y responsabilidad individual, etc. Pero, por otra parte, también hay que poner la mirada en cómo es la vinculación de las familias en general. Hay ciertas características de la familia hoy que se ven más cuando aparece un trastorno explícito y agudo, pero que están presentes en el modo de vida general, un modo de vida y de crianza que está inundado de pequeños mecanismos que reproducen la dependencia ¿o no es habitual en la vida cotidiana que existan dificultades para poner límites (con los/as hijos/as, con la pareja, con los/as amigos/as, con el/la jefe/a...), altos grados de dependencias emocionales, confusión entre amor incondicional y sobreprotección...?

Esto es lo que llamamos Normalidad Supuesta Salud (NSS), ese conjunto de malestares cotidianos que se sufren pero no se analizan ni cuestionan porque se consideran normales (Cucco, 2006). Y son el substrato, el denominador común, de gran parte de las problemáticas personales y sociales. Poder comprender el ámbito de la NSS permite diferenciar qué dificultades de la vida diaria son propias de la EM y cuáles son del modo de vida en general; hasta dónde la falta de autonomía viene dada por la limitación de la enfermedad y hasta dónde la autonomía está alterada precisamente por la falta de límites. Esto amplía el margen de maniobra que queda para la intervención y nos reta a la búsqueda de nuevas herramientas para ella.

## **ALGUNAS ALTERNATIVAS PARA LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS**

Todo lo expuesto anteriormente reafirma la concepción integral de la Salud Mental y lleva a asumir los obstáculos y vacíos que se encuentran como imprescindibles retos a superar, se debe atender no solo las manifestaciones de la enfermedad sino del empobrecimiento global del desarrollo personal y social y de la precarización de la convivencia, los vínculos y la subjetividad (Cucco, 2006).

Esto tiene como consecuencia que nuestra práctica profesional debe apuntar al desarrollo integral de las personas, a la recuperación y construcción de las redes sociales, al trabajo con las familias, al trabajo en las comunidades, y al trabajo con otras instituciones (escuela, servicios sociales, trabajo); y para ello es imprescindible el trabajo interdisciplinar en equipo y el uso de herramientas especializadas.

Asumiendo que todo esto es un tema inabarcable en unas páginas, es necesario tener siempre amplia la mirada para no perder la visión integral, pues esta mirada es la que muchas veces nos permitirá salir de escollos que nos encontramos en la consulta y encontrar salidas y soluciones a situaciones que parecen insalvables. Dicho esto, y desde esta posición, vamos a poner el foco en algunos aspectos concretos de la intervención con familias, a modo de herramientas.

### **Extensión comunitaria versus individualismo.**

Desde el individualismo que impregna tanto las relaciones sociales como el desarrollo científico y el quehacer profesional hoy, en muchos casos se atiende a la personas con EM como un problema individual, se deposita la mayor responsabilidad en las familias, se deposita en ellas el cuidado sin brindarles más herramientas que las buenas intenciones. Son familias con un gran sentimiento de culpa que las atrapa a pesar de ser luchadoras, con fuerza e implicación. De ahí deviene la tendencia a la sobreprotección, la EM se vuelve el centro de la dinámica familiar negando otros proyectos y necesidades personales y familiares. Esto conlleva una marcada sobrecarga y consecuentemente una gran queja, que se suele manifestar con una actitud demandante hacia los/as profesionales. De este modo quedan familiares y profesionales encerrados en una encrucijada que los coloca en posición de rivalidad.



Es necesario revertir esta posición y resolver esta encrucijada. Trabajar el individualismo (sus expresiones en las concepciones y las actitudes tanto de familiares como de profesionales) implica tocar parte de ese consenso colectivo que es el IS; para ello es imprescindible hacerlo en grupo. Generar reflexión colectiva, dar elementos de análisis que permitan comprender la concepción integral y facilitar la creación de contraconsensos, es una tarea que necesita, por definición, ser hecha con otros y, de esta manera, además, ya estamos contribuyendo a crear una verdadera red social que vaya construyendo códigos comunes y sean apoyos mutuos.

Desde aquí es desde donde reclamamos la extensión comunitaria de la intervención. Se convierte en una necesidad trabajar con las familias en grupo, espacios en los que se pueda trabajar propositivamente el lugar social de la EM, los prejuicios y tabúes que hay respecto a la EM, el concepto de Normalidad Supuesta Salud, el sentimiento de culpa de las familias, la expresión de sentimientos nombrables e innombrables, la construcción de los roles femenino y masculino, y cómo influye esto en la asunción de la enfermedad, los desprendimientos necesarios para un crecer saludable, la elaboración de los procesos de duelo, etc.

Desde la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios sostenemos que es imprescindible partir primero de estos temas que, a su vez, van construyendo una superficie común de comunicación y una confianza en el grupo que constituye el marco de seguridad psicológica necesario para, desde ahí, empezar a trabajar las herramientas concretas de cómo poner límites, cómo favorecer la autonomía, cómo cuidar los espacios personales, cómo mejorar la comunicación, etc.

### **Unas palabras respecto a situaciones agudas.**

En los momentos de crisis agudas, especialmente en el proceso diagnóstico de la enfermedad, no cabe duda de que la atención urgente es la contención del paciente; pero en estos momentos las familias están viviendo una situación de muchísimo impacto, miedo y desconcierto que no tienen cómo elaborar. Es una situación no solamente nueva sino muy dolorosa que genera fuertes sentimientos de injusticia, de impotencia, de culpa. Con todos estos sentimientos enfrentan crisis, ingresos, efectos secundarios de las medicaciones, diagnósticos inquietantes, pronósticos inciertos, causas inexplicables, etc., de la mejor manera que pueden pero, en la mayoría de los casos, con altos niveles de sufrimiento y angustia. ¿Cómo podemos contribuir nosotros a que disminuya este sufrimiento?

- Es necesario habilitar un espacio de atención a la familia casi inmediatamente después de la situación de crisis. Este espacio puede (y sería recomendable) hacerse extensivo a otras personas allegadas al/la paciente, puesto que las amistades íntimas también viven el desconcierto de no saber qué deben o pueden hacer para ayudar. Es el espacio idóneo para trabajar los prejuicios y tabúes que hay respecto a la EM.
- Es necesario que en ese espacio puedan expresar sus dudas y miedos y puedan encontrar una escucha contenedora por parte del/la

profesional, quien debe tener una distancia operativa que le permita no sentir estas inquietudes como agravios a su labor, sino integrarlas en ella.

- Es necesario dar información clara y realista acerca de la enfermedad, de sus características, de las diferentes etapas por las que tendrán que pasar y del impacto que esto puede ocasionar, para que puedan anticiparse y prepararse para las diferentes situaciones que se pueden encontrar.
- Es necesario brindar criterios profesionales sólidos acerca de pautas de comportamiento y modo de organización de la familia con la persona con EM, para poder limpiar el vínculo y evitar desgastes y sobrecargas innecesarias que la mayoría de las veces se viven como inevitables.

Algunos criterios a modo de ejemplo:

- Considerar importantes las necesidades de todos los miembros de la familia y cuidar los espacios personales de cada uno/a, entrenándose en poner los límites que sean necesarios (enfrentando el sentimiento de que cuidarse uno pueda ser egoísta o ir en detrimento del cuidado de la persona afectada), ayuda a evitar sobreprotección, desgaste y sobrecarga.
- Repartir las horas y tareas de cuidado entre familiares, amigos/as, familia extensa y otras redes sociales, pudiendo trabajar la vivencia de que “esta es mi cruz y me corresponde a mí” o “es que como yo no lo va a atender nadie” para que se pueda delegar verdaderamente, aunque sean en pequeños momentos cotidianos (ir al médico, dar un paseo, hacer la compra, hacer la comida del domingo).
- Pautar un número de horas de descanso del cuidado de la persona con EM para cada uno de los miembros de la familia, es necesario que tengan habilitado un espacio para sí mismos/as sin culpa (evaluando y organizando en cada caso, pueden ser: 2 horas al día, o 2 tardes a la semana, un fin de semana al mes...), para ello el/la profesional lo debe plantear como algo tan inapelable como la medicación o las visitas al centro de día.
- En caso de internamiento, corto o prolongado, las visitas deben ser limitadas y planificadas (a revisar periódicamente), para que el familiar no dude en cada momento si debería estar o irse y para favorecer que no se entre en chantajes emocionales por ambas partes.
- En los casos de dificultades en el vínculo, las visitas deben realizarse con un objetivo o tarea concreta, con un principio y un fin que regulen la relación, permitiendo descentrar el posible conflicto y resaltar la tarea común compartida.



En estos ejemplos, así como en todos los criterios que se valoraran necesarios en cada caso, es importante evitar la “opinología” y/o los “consejos” que presentan los criterios como opcionales o flexibles, deben darse a modo de indicaciones terapéuticas, porque es lo que a las familias les permitirá aceptarlos y llevarlos a cabo en mayor medida a pesar de los fuertes sentimientos encontrados que estas puedan generar.

Es necesario brindarles la oportunidad de participar en actividades grupales de extensión comunitaria con otras familias tras el momento inicial agudo, como modo de compartir inquietudes y experiencias, de favorecer la búsqueda de alternativas colectivas, de ir construyendo una red social de apoyo, así como a modo de seguimiento.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Hablar de concepción integral, de mirada amplia, de extensión comunitaria, de trabajo grupal, de rol profesional, son conceptos que están en constante reflexión, pero no por ello debemos darlos por sabidos e integrados en nuestra práctica. Mayoritariamente son ideas que se escuchan pero no siempre están llenas de contenido ni verdaderamente integradas en nuestros procesos formativos formales, y se han dejado libradas a sensibilidades y espontaneidades particulares de cada quehacer profesional.

Debemos asumir el reto y la responsabilidad de estudiar y sistematizar estas prácticas para aplicarlas con el rigor científico que la población y las personas afectadas se merecen; así como conocer conceptos y métodos esclarecedores existentes (Imaginario Social, Normalidad Supuesta Salud, Distancia Operativa, etc.) que las sostengan y enriquezcan.

Debemos aunar nuestros esfuerzos profesionales y personales y no regalar nunca nuestra capacidad instituyente de reflexionar y crear alternativas para ser partícipes y protagonistas de la construcción de esa otra realidad que queremos que sea posible.

Con el deseo de que seamos muchos y muchas los que asumamos estos retos, agradezco enormemente este foro que nos permite sentirnos juntos en esta tarea.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Barjola, V. (2010). *Imaginario Social y enfermedad mental. Una mirada para la comprensión de los procesos de autonomía*. Trabajo presentado para la obtención de la Especialidad en Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios. Madrid.
- Cucco, M. (2006). *ProCC: Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Atuel.
- Cucco, M. (2001). Paradigmas predominantes en Atención Primaria de Salud. *X Encuentro de Psiquiatría Social*. La Habana; 2001.
- Zito Lema, V. (2001). *Conversaciones con Enrique Pichon Rivière sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.