

RELACIONES FAMILIARES Y SALUD MENTAL

**Stella Villanueva, Bibiana Pèrez, Alejandra Goldemberg, Ceferino
Giacomini, Vanesa Maritato**

**Unidad Docente: Hospital Municipal de Vicente López “Prof. Dr. Bernardo
Houssay”**

licstevi@hotmail.com

RESUMEN

Desde que comenzamos a desarrollar nuestra labor docente el concepto de familia sufrió profundos cambios. Estos se reflejan no sólo en las referencias bibliográficas que le llegan al alumno sino también en el debate y la controversia que se genera en los grupos.

Ya resulta poco satisfactorio aquel acercamiento al tema donde la familia era referencia de una regular o normal cohabitación en la misma casa de dos personas de sexo opuesto, (con la posibilidad implícita de tener relaciones sexuales e hijos) y un cierto grado de cooperación económica e intercambios afectivos.

Los profundos cambios sociales, culturales y económicos que atraviesa la sociedad hacen que el concepto “familia” haga referencia en muchos casos sólo a alguien que cuida con cierta regularidad de otro.

Aún así, el futuro médico al tomar en cuenta la personalidad del paciente, es necesario que considere a la familia como un fondo o pantalla de la cual emergen tanto la enfermedad por la que se consulta como la actividad terapéutica del profesional.

Palabras clave: familia-crisis-médico-cambio

RELACIONES FAMILIARES Y SALUD MENTAL

El desarrollo de la tarea docente con los futuros médicos, acompañada por la práctica clínica constante nos lleva a replantearnos en numerosas oportunidades las concepciones que tenemos acerca de las estructuras familiares, su incidencia en la generación de patologías psíquicas y también las posibilidades que ofrece como espacio para sostener y contener emocionalmente al enfermo.

Aquello en lo tenemos coincidencia plena es que en la práctica médica el futuro profesional necesita entender a la familia como un fondo o pantalla de la cual emergen tanto la enfermedad por la que se consulta como la actividad terapéutica en cualquier especialidad de la medicina. Por lo tanto, la consideración de la familia como unidad que requiere ser tenida en cuenta como trasfondo de la estructuración de la enfermedad resulta una dinámica de trabajo profundamente enriquecedora.

Es necesario recordar que las características de las familias varían, en primer lugar, por acontecimientos económicos, cambios en el número de sus integrantes (nacimientos, fallecimientos, casamientos, separaciones, enfermedades, etc.). En segundo término las estructuras familiares son modificadas por los cambios sociales que se producen cada vez más aceleradamente. En tercer lugar, en países con movilidad social, las familias resultan influidas por los grupos sociales con los que se vinculan en sus movimientos de ascenso y descenso o en las migraciones internas y externas. En cuarto lugar, las modificaciones de las relaciones dentro del grupo familiar, que posibilitan la curación de uno de sus miembros, pueden dar como resultado la enfermedad de otro, de modo que el equilibrio patológico de la familia se mantenga. En quinto, la estructura de las familias y sus fundamentos varían mucho en las distintas culturas.

Teniendo en cuenta lo enumerado, es necesario considerar cuáles son las demandas actuales de atención donde lo esencial consiste en que anudan en un mismo plano el sufrimiento mental y el sufrimiento social. La psicopatología no logra discernir cuánto proviene de la historia del individuo y cuánto de su situación social, cuánto de sus síntomas pertenecen a los caracteres del

funcionamiento mental del individuo y cuánto responde a formas de adaptación a los nuevos parámetros de la cultura y vida social.

La crisis de la familia tradicional, los divorcios y las nuevas formas de relaciones de pareja, desafían las capacidades de los individuos para generar formas de vínculo en las que tramitar la soledad de la angustia y las necesidades de amor.

Los niños que padecen también esta nueva situación de la pareja parental, tienen que adaptarse forzosamente a formas de convivencia que no les son confiables ni naturales.

La soledad y el desamparo sufridos dan lugar a diversos síntomas psíquicos y también corporales, que se convierten en fuente de demanda en los servicios de salud y salud mental.

Los especialistas, médicos, psicólogos, psicoanalistas, psicopedagogos, deben contener situaciones afectivas que resultan de la incapacidad o la incontinencia emocional propia de las familias o parejas. Echan mano a las herramientas terapéuticas de que disponen para atenuar los sufrimientos del síntoma que expresa estas situaciones.

Medicamentos para trastornos funcionales del cuerpo, psicofármacos para calmar la ansiedad, la angustia, para posibilitar el sueño perturbado, estimulantes para mejorar la atención escolar o el rendimiento en el trabajo; junto a diversas psicoterapias, se afanan en paliar aquello del desorden emocional y afectivo que el individuo no logra hacer por si mismo.

Igualmente, el cambio en las formas de trabajo, la desocupación prolongada, la caída de los ideales profesionales, generan sufrimientos que no son solamente los del duelo por lo perdido sino que precipitan crisis narcisistas por pérdida de identidad de difícil resolución.

El trabajo, el oficio, la profesión, han sido a lo largo de la modernidad el sostén mayor de la identidad social. No sólo el individuo encontraba en ellos el sostén económico de su vida sino también el material simbólico de su identidad social, sobre el que se soportaba el lugar social y los intercambios con sus semejantes.

Esta transformación produce en los individuos un proceso de desubjetivación, cuyas consecuencias son, entre otras: cierta confusión, perplejidad,

desafectivización de sus vínculos, extrañamiento de sus relaciones con el grupo social de pertenencia y la cultura.

Los cambios en la vida familiar y en la pareja amorosa, con su correlato de inestabilidad emocional y carencias afectivas en los individuos que la padecen, la crisis de las formas del empleo y la desocupación en todo el mundo, pero con más impacto en los países periféricos, son los dos ámbitos de mayor producción de síntomas subjetivos que demandan al sistema de salud.

Otra demanda llega también por su frecuencia social creciente: la violencia. Es nueva para la atención de la salud mental porque la violencia conocida estaba asociada a la persona del “loco”, aunque esto no fuera lo frecuente que se supone.

Actualmente, surge bajo la forma de violencia en las familias, hacia los niños, en la escuela, la violencia juvenil en los grupos barriales, en las relaciones de género, en los vínculos sociales.

Gran parte de esta violencia se genera en individuos fuertemente violentados por la exclusión social. Sin recursos externos ni internos para procurarse un lugar en el trabajo o la vida social, muchos reaccionan con comportamientos donde se expresa esta violentación como violencia hacia los otros.

Nuevas significaciones y valoraciones en la cultura moderna contribuyen también a la presencia de sufrimientos mentales que, si bien no son nuevos, se caracterizan por ser más intensos y masivos. La valoración del consumo y el hecho de que éste haya pasado a ocupar la función de un rasgo de integración social y participación de los intercambios simbólicos, ha llevado a muchos sujetos hacia formas particulares de exceso.

En una vida social en general más tóxica, el consumo de sustancias prohibidas ha abierto un mercado masivo de ellas. Las adicciones actuales parecen mostrar un doble carácter: revelan algo de la toxicidad del consumo excesivo y masivo, a la vez que en sus actores se evidencia el entramado de un submundo de clandestinidad. Lo cierto es que los sistemas de salud están siendo encargados de atender esta nueva demanda, no siempre por voluntad de los individuos implicados sino por mandato de las familias y las determinaciones judiciales.

En un plano cercano al consumo se sitúan los trastornos de la alimentación: las denominadas anorexias y bulimias, pero también los conflictos de muchas y muchos jóvenes, y no tanto, con sus dietas y con la forma de su cuerpo.

Sin duda, como en las demás situaciones, siempre se trata de historias singulares en las que el individuo, a lo largo de su historia y de su situación vital, toma el desvío de estos síntomas en que dan cuenta de la intolerancia con las condiciones y necesidades de su cuerpo biológico. Pero su carácter actual es estar fuertemente impregnado por valores sociales y culturales de nuestra época.

La vida social se ha convertido en un mundo de exigencias y soledades. Este conjunto de exigencias tiene su correlato en las tensiones del cuerpo y la mente con patologías que llegan a distintos especialistas y es sutil el pasaje entre las simples molestias del agotamiento; la acidez y las gastritis, la diarrea entérica y el colon irritable, la hipertensión y el infarto de miocardio, la fatiga muscular y los más severos trastornos inmunológicos. Un conjunto de nuevas enfermedades desafían a los médicos y terapeutas justamente en estos bordes difusos entre el daño corporal y el sufrimiento psíquico. Este mundo de exigencias sociales se acompaña de una fragilización psíquica por pérdida de vínculos humanos en los que el individuo intenta tramitar sus angustias y conflictos.

Los cambios que se observan en las estructuras familiares nos remiten a la controversia que resulta de comparar la concepción de familia como referencia de una regular o normal cohabitación en la misma casa de dos personas de sexo opuesto (con la posibilidad implícita de tener relaciones sexuales e hijos) y un cierto grado de cooperación económica e intercambios afectivos.

Actualmente, al encontrarnos con los pacientes y en el trabajo docente con los alumnos debatimos que el concepto "familia" hace referencia en muchos casos sólo a alguien que cuida con cierta regularidad de otro.

Consideramos importante que el futuro profesional pueda tener en cuenta que detrás de las demandas en salud, que aparecen en formas muchas veces nuevas e imperiosas están presentes las relaciones familiares interviniendo en la historia y constitución del sujeto que acude a la consulta.

La organización de las parejas (tanto la que constituye el paciente como aquella de la cual proviene) tiene una importancia relevante y su observación, en la medida en que sea posible hacerla, enriquecerá el trabajo profesional.

Existen vínculos simétricos donde constantemente se da una afirmación de las propias posibilidades y donde subyace la necesidad de imponer al otro la propia voluntad.

Los vínculos complementarios se caracterizan (en su forma extrema) porque uno de ellos asume la responsabilidad de las decisiones y el otro obedece. Generalmente se establecen relaciones complementarias en áreas diversas.

En los vínculos paralelos se observa que cada uno de los miembros alterna indistintamente con el otro su capacidad de decisión, pasando con frecuencia a modos simétricos o complementarios en respuesta a las variadas situaciones que se afrontan en la convivencia diaria.

Las parejas de relación estable-satisfactoria son aquellas bien avenidas que pueden mantenerse en el delicado equilibrio que suponen las contingencias vitales funcionando en el descubrimiento de formas de placer, eficiencia, seguridad, etc., que convierten a cada uno en un verdadero colaborador del otro.

La relación de pareja inestable-satisfactoria suele existir donde los roles se integran de acuerdo con modalidades básicas de relación paralela o complementaria. Pero, en algunos aspectos, la relación tiende a ser simétrica o rígidamente complementaria, de modo que la satisfacción de la convivencia se hace inestable por momentos.

Puede haber discusiones violentas aún por banalidades, y en muchos casos la pareja perdura porque a pesar de sus limitaciones provee algo que es deseado: dinero, estado social, seguridad, compañía, sexo, ayuda para un ideal valorado, o cualquier otra consideración.

En la relación de pareja inestable-insatisfactoria se muestra una variada gama de carencias, que denotan la inestabilidad de la relación o la riqueza de recursos para torturarse mutuamente. Producen altos niveles de enfermedad tanto en ellos como en los hijos.

En las parejas de relación estable-insatisfactoria es muy probable que no se consulte al médico ni al psicoterapeuta. La situación patológica se encuentra

sólidamente instalada ejerciendo efectos de patología severa tanto en los miembros de la pareja como a nivel transgeneracional.

Nos planteamos si acaso las estructuras patológicas que vemos cada vez con más frecuencia, los trastornos de personalidad con altos niveles de impulsividad, autoagresiones, adicciones y conductas violentas, son devenires de relaciones primarias establecidas con precariedad, y cada vez mas frecuentes.

Vínculos lábiles donde el sujeto trata de calmar el vacío a través del engaño del tóxico, de constituirse mediante las marcas de tatuaje que diferencie el cuerpo y permitan delimitar el afuera y el adentro, agresiones donde el registro del otro está opacado.

Consideramos que la posibilidad de que el futuro médico tenga en cuenta que ante muchas consultas como insomnio, obesidad, adicción al alcohol, al tabaco, a tranquilizantes, por síntomas como dispepsias, palpitaciones, dolores erráticos, impotencia o frigidez, cefaleas, constipación, etc., ayudará mucho más a su paciente, ahorrará tiempo; si en lugar de prescribirle una medicina, le permite hablar de su vida afectiva facilitando así el posible camino de una elaboración en lugar de un efecto de clausura.

Bibliografía

Insúa, J. Psicosemiología y Psicopatología. Buenos Aires, Promedicina, 1987.

Freud, S., El malestar en la cultura, Tomo II, Obras Completas. Nueva Visión

Galende, E., Demandas de salud mental, Ensayos y Experiencias, Buenos Aires, 2002.

Sarlo, B., Instantáneas, Ariel, Buenos Aires, 1996.