

“Varanda de esperas”: novos posicionamentos de la familia en los dispositivos de Reforma Psiquiátrica*

“Varanda de esperas”: novos posicionamentos da família nos dispositivos da Reforma Psiquiátrica

“Varanda de espera”: new positions of the family in the devices of the Psychiatric Reform

Recibido: 21/08/2019
Aprobado: 01/05/2020
Publicado: 11/08/2020

João Camilo de Souza Junior¹
Anamaria Silva Neves²

Este es un estudio de observación realizado en un Centro de Atención Psicosocial de Niños y Adolescentes, y tiene por objeto examinar la posición subjetiva de la familia en relación con los servicios que ofrece la nueva política de Salud Mental. Se llevó a cabo en el primer semestre de 2015, mediante 15 observaciones y entrevistas con empleados y familiares de los usuarios. El *Psicoanálisis* guio la práctica y el análisis de los hallazgos. Llamado “Varanda de Esperas” (“Veranda de Esperas”) las observaciones mostraron que en varios momentos hay una rivalidad y distancia entre el equipo y los miembros de la familia, vistos sólo como compañeros y no como parte de la atención terapéutica. La medicalización y la práctica biologicista fueron frecuentes. En este sentido, se percibió la necesidad de una constante discusión y evaluación acerca de las prácticas establecidas por la Reforma Psiquiátrica, especialmente en la atención psicosocial que postula la inclusión de los familiares en el tratamiento del usuario, especialmente los niños y adolescentes.

Descriptor: Familia; Salud Mental; Psicoanálisis.

Este é um estudo observacional realizado num Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência, e teve como objetivo dissertar sobre o posicionamento subjetivo da família em relação aos serviços oferecidos pela nova política de Saúde Mental. Realizado no primeiro semestre de 2015, através de 15 observações e entrevistas com funcionários e familiares de usuários. A *Psicanálise* orientou a prática e análise dos achados. Nomeando-se “Varanda de Esperas” as observações mostraram que em diversos momentos há uma rivalidade e distanciamento entre equipe e familiares, vistos apenas como acompanhantes e não fazendo parte do cuidado terapêutico. A medicalização e a prática biologicista foram vistas como frequentes. Nesse sentido, percebeu-se a necessidade de uma constante discussão e avaliação sobre as práticas estabelecidas pela Reforma Psiquiátrica, sobretudo na atenção psicossocial que postula a inclusão dos familiares no tratamento do usuário, especialmente crianças e adolescentes.

Descriptor: Família; Saúde Mental; Psicanálise.

This is an observational study carried out in a Child and Adolescent Psychosocial Care Center, and aimed to talk about the subjective positioning of the family in relation to services offered by the new Mental Health policy. Held in the first half of 2015, through 15 observations and interviews with employees and family members of users. Psychoanalysis guided the practice and analysis of the findings. Named “Varanda de Esperas” (“Balcony of Waits”), the observations showed that at different times there is a rivalry and distance between the team and family members, seen only as companions and not part of the therapeutic care. Medicalization and biologicist practice was seen as frequent. In this sense, there was a need for constant discussion and evaluation of the practices established by the Psychiatric Reform, especially in the psychosocial care that postulates inclusion of family members in the treatment of the user, especially children and adolescents.

Descriptor: Family; Mental Health; Psychoanalysis.

* Estudio financiado por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq).

1. Psicólogo. Especialista en Salud Mental. Maestro en Psicología. Profesor de la Fundação Carmelitana Mário Palmério, Monte Carmelo, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0955-9620 E-mail: joao.camilo.s.j@gmail.com

2. Psicóloga. Maestra, Doctora e Investigadora Posdoctoral en Psicología. Profesora Asociada del Programa de Posgrado en Psicología de la Universidade Federal de Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7722-8690 E-mail: anamaria.neves@ufu.br

INTRODUCCIÓN

Hoy en día es posible percibir un cuestionamiento por parte de los profesionales, especialmente los que se ocupan de la infancia, si las familias (sobre todo las pobres) son capaces de apoyar el desarrollo psicológico de sus hijos, cuestionamiento que se acentúa cuando presentan algún tipo de sufrimiento psíquico que puede convertir la atención en algo más complejo¹.

Este cuestionamiento tiene vastas raíces históricas, en vista de que se culpa a las familias por las “*desviaciones de comportamiento*” de los niños y adolescentes, culpabilización realizada debido a los conocimientos científicos y sociales de principios del siglo XVIII². Además, el Estado utilizaba sistemáticamente instituciones cerradas para la educación y la pedagogía de los niños y adolescentes, y se creía que en ellas se ofrecía algún tipo de protección que la familia no podía proporcionar².

Las instituciones, principalmente terapéuticas, predominantes hasta principios de los años noventa, valoraban el *aislamiento terapéutico*, es decir, la separación entre el paciente y su familia³. Esta estrategia de tratamiento se sustentaba en la forma en que la familia era concebida por el campo médico higienista, es decir, como una familia alienante y responsable de obstaculizar el tratamiento del paciente. Así pues, el grupo familiar se percibía como un “*agente patógeno*” y, por lo tanto, debía ser aislado.

La promesa de curación sólo estaba dada por la capacidad del tratamiento y las técnicas de las instituciones de atención³. Por lo tanto, en vista del aislamiento terapéutico, la atención dirigida a las familias quedó relegada a un segundo plano, en el que la familia esperaba pasivamente la mejora de su pariente, de modo que “*el mensaje implícito era que la atención del paciente era atribución exclusiva de los trabajadores de salud mental y los servicios de atención*”³.

Una situación similar ha ocurrido también con sujetos que históricamente han sido considerados “*locos*”. La calamitosa situación que vivieron estas personas en instituciones cerradas duró en nuestro país hasta finales de la década de 1970⁴. Cuando Franco Basaglia, un importante psiquiatra italiano, visitó Brasil, llamó a la prensa para denunciar las atrocidades en el manicomio de Barbacena. Esto ayudó a intensificar el movimiento de la lucha por la Reforma Psiquiátrica, reforzando el insurgente Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental (MTSM) y expandiendo el movimiento y la discusión política por esta causa a nivel nacional⁵.

Desde mediados del decenio de 1980 se promovieron cambios institucionales; sin embargo, sólo después de varios años de lucha por cambios legislativos que tenían como objetivo el fin de las largas hospitalizaciones y propiciar la creación de nuevos dispositivos de Salud Mental, se instituyeron en el Brasil leyes para un nuevo modelo de atención psicosocial que se remonta a principios del decenio de 2000, a saber, la ley 10.216⁶.

En el nuevo modelo de atención psicosocial, el dispositivo CAPS (Centro de Atención Psicosocial) se insertó como herramienta en la propuesta de sustituir la visión hospitalocéntrica del trabajo que antes se realizaba con la “*locura*”, una herramienta basada en la interdisciplinariedad, con el objetivo de concebir al usuario del servicio en su dimensión multifacética⁴. En este sentido, el servicio de CAPS se instituyó a partir de una serie de acciones encaminadas a la reconstrucción de los lazos perdidos o rotos del sujeto con su entorno, con él mismo y/o con los miembros de su familia, proporcionando las condiciones para que dichos individuos experimenten intercambios afectivos y el desarrollo de nuevas habilidades en su trato con la vida social.

Por lo tanto, si la Reforma Psiquiátrica ha establecido movimientos institucionales, con prácticas y dispositivos diferenciados, de estos cambios la familia resurge, delimitada por nuevas facetas. Con la aplicación del CAPS, fue posible tratar a los usuarios en los servicios de atención psicosocial y su regreso diario a sus casas y hogares⁴.

Los sujetos que en su día estuvieron internados durante largos períodos en instituciones segregacionistas, o que hicieron uso del también reciente servicio de Residencias Terapéuticas (viviendas para personas con problemas psiquiátricos que permanecieron en largas

hospitalizaciones psiquiátricas y no pudieron regresar a sus familias de origen), son ahora una nueva realidad en el aspecto familiar y social de la locura⁷.

Se puede ver entonces que, en cierto modo, la relación entre los familiares de los usuarios y los servicios de Salud Mental no tiene precedentes. Con el regreso diario de los usuarios a sus hogares, la familia comenzó a exigir un nuevo enfoque del servicio, porque la convivencia diaria con el familiar que antes estaba distante implicaba y sigue implicando nuevas perspectivas relacionales; así, en este sentido, el grupo familiar se convirtió en un sujeto estratégico en la atención terapéutica, comenzando también a convivir con las posibles dificultades derivadas del sufrimiento psíquico⁸. Además, el vínculo familiar surgió de forma evidente en las instituciones, ya que tales vínculos, fragilizados por relaciones que a menudo están limitadas por la violencia y las rupturas, comenzaron a exigir la atención de los equipos de los CAPS, ya que, al asistir a las instituciones junto con los usuarios, ellas muestran, en varias ocasiones, las tragedias experimentadas en su vida cotidiana.

La lógica de la protección de la ciudadanía del individuo usuario del CAPS se amplió con la Ordenanza 251 de 2002 para la protección de la ciudadanía de la familia³. Esta Ordenanza estableció un enfoque debidamente dirigido al grupo familiar en el proyecto terapéutico de cada usuario de los nuevos dispositivos de Salud Mental. Por lo tanto, este enfoque debe aclarar a la familia, orientándola acerca de: diagnóstico, programa de tratamiento, alta hospitalaria, entre otras informaciones relacionadas con el servicio.

La familia se convirtió, a priori, en el principal “*cuidador*” del sujeto en el sufrimiento psíquico, ya sea adulto, adolescente o niño, y este cuidado trajo nuevas circunstancias al entorno familiar⁹. En el primer momento después de la Reforma Psiquiátrica, la responsabilidad del cuidado fue relegada a la familia, sin ningún tipo de asistencia de los servicios de salud¹⁰. Sin embargo, incluso después de la estructuración de los nuevos dispositivos de servicios de salud mental, muchas familias siguen diciendo que están sobrecargadas, informando de la fatiga física y emocional, generada en parte, según los familiares, por la impotencia causada por la falta de apoyo de los servicios.

Teniendo en cuenta la historia de la condición de aislamiento terapéutico instituido por la institucionalización de tratamientos relegados a la infancia y la “*locura*”, así como la constitución de la Reforma Psiquiátrica y la emergencia del grupo familiar como un importante tema estratégico, este artículo aporta un recorte destinado al análisis, en el ámbito de un CAPSi (Centro de Atención Psicosocial para Niños y Adolescentes), el acercamiento de dicha institución a las familias de los usuarios atendidos por la misma, y también el campo subjetivo que el grupo familiar ocupaba en relación con la atención de los niños y adolescentes, así como su influencia en la vida cotidiana institucional.

Así pues, con la investigación se pudo percibir cómo se gestionaba la relación entre la institución y la familia, una relación articulada en torno al tratamiento. La presente sección se basa, pues, en lo que se denominó el estudio “*Varanda de esperas*” (Veranda de esperas), una posición marginal ocupada por las familias en el CAPSi, que parece subsistir dado el acuerdo tácito y confuso entre la institución y el grupo familiar. Así pues, este estudio tiene por objeto examinar la posición subjetiva de la familia en relación con los servicios ofrecidos por la nueva política de Salud Mental.

MÉTODO

Este es un estudio de observación realizado en la institución CAPSi en el primer semestre de 2015. Esas observaciones se hicieron en días y horarios alternos para ampliar el conocimiento de la rutina institucional. Cada una de las observaciones tuvo una duración media de unas seis horas, tratando con ellas de observar/capturar/comprender las prácticas y vínculos creados y sostenidos en el CAPSi.

Con esta práctica también buscamos conocer al público atendido y a las diversas familias. Antes de las observaciones, el proyecto de investigación se presentó al Comité de Ética en la

Investigación con el número CAAE 36949714.0.0000.5152/2014, asignado en el *website* gestionado por Plataforma Brasil, y el proyecto también se presentó a la Secretaría de Salud del municipio donde se realizó la investigación. Tras la aprobación de ambas gestiones, se inició la investigación práctica.

En este estudio, el método psicoanalítico guio la aprehensión y el análisis de los hallazgos. En el psicoanálisis se distingue entre la *técnica* y el *método*¹¹. La técnica psicoanalítica desarrollada por Freud se refiere al aparato técnico utilizado en la clínica, que consiste, por ejemplo, en la atención flotante, la interpretación transferencial, la neutralidad y otros. El método interpretativo va más allá de la técnica y puede utilizarse fuera del consultorio, en lugares donde la técnica clásica es inviable. La idea de una *clínica extensa* consiste en el uso del método psicoanalítico en lugares fuera del consultorio, creando variaciones en la técnica mediante el uso de la *escucha interpretativa* de los discursos que circulan en el campo de la investigación¹¹.

Entrando en el campo de la investigación y estando implicado en él, se estableció el campo transferencial, indispensable para la producción de la práctica. Y, “sólo se puede hacer investigación en psicoanálisis *bajo transferencia*”¹². La transferencia, en este sentido, es el sentido de que hay un sujeto más allá del discurso consciente y que la transmisión va más allá de lo que se observa superficialmente. Estar en transferencia, entonces, es estar disponible para la producción inconsciente de ambas partes, analista y analizado.

En el CAPSi también se entrevistó a los familiares de los usuarios y a los empleados de la institución. En estas conversaciones, se trató de analizar los diferentes puntos de vista y la forma en que estos temas se relacionaban entre sí, es decir, cómo la familia percibía la recepción de la institución, así como los empleados percibían la participación de la familia en el tratamiento. En este sentido, se recibió una mayor cantidad de información, necesaria para la comprensión de las cuestiones de investigación.

También se analizaron los registros de la institución, así como algunos procedimientos que podrían seguirse, como, por ejemplo, la recepción de las familias que buscan atención para sus hijos en el CAPSi. La escucha analítica en una institución toma en consideración desde los discursos de las personas que componen el grupo institucional, pasando por las historias clínicas y los documentos técnicos, hasta la reflexión sobre el significado que comparten la institución y sus usuarios acerca del mobiliario y las paredes¹³. La posición del investigador que utiliza el método psicoanalítico en la institución no está interesada en formar alianzas o crear oposiciones, sino más bien, partiendo de un lugar de desconocimiento, estar preparado en todo momento para producir nuevas lecturas aún no imaginadas.

También tratando de entender la escucha del grupo-familia en una investigación psicoanalítica¹⁴ se ha postulado que la escucha analítica a este respecto está atenta a los discursos que representan los deseos compartidos por la psique primaria de cada uno de los miembros del grupo familiar, pero tampoco descarta en su escucha la porción de autonomía de cada miembro de la familia. El analista que se propone escuchar a las familias en una investigación que tiene al Psicoanálisis Vincular como corriente teórica orientadora, está atento a los síntomas compartidos por la familia como grupo, a veces teniendo a un sujeto como portavoz que cumple un cierto papel, a veces teniendo a otro miembro de la familia como portavoz del síntoma¹⁵.

También hubo varias interacciones con niños y adolescentes atendidos por el CAPSi. A través de los juegos y la ayuda en la rutina diaria, se conocieron varios niños y adolescentes acompañados por la institución. Los informes conocidos en la investigación fueron de suma importancia, siendo necesario destacar la diversidad de experiencias, señalando la singularidad de la experiencia psíquica que exige de la institución una atención diversificada. También se analizó los registros de la institución y algunos procedimientos que podían seguirse, como, por ejemplo, la recepción de dos familias que buscaban atención para sus hijos en el CAPSi.

Cada día, después de las observaciones, se utilizó los diarios de campo, registrando los diálogos que quedaban, los recuerdos y los afectos despertados en la experiencia. El diario de campo es una importante herramienta de investigación, en la que el investigador se redescubre a sí mismo cuando profundiza en su análisis¹⁶. La descripción del análisis tuvo lugar en forma narrativa.

RESULTADOS

La institución CAPSi investigada tiene como lugar de operación una antigua casa residencial en una región cercana al centro de la ciudad, con 15 actividades de observación por un tiempo promedio de 6 horas.

La arquitectura de la institución presentaba varios aspectos de una residencia: cocina, sala de estar, piscina, dormitorios, campo de fútbol y veranda. Cada habitación de la casa tiene su función en la rutina institucional. Pero en una habitación su función en particular atrajo más atención.

Esta habitación que ha atraído tanta atención es la veranda de la casa, donde los familiares a veces esperan una, dos, tres o incluso más horas; allí esperan varias cosas: la atención con el psiquiatra, la atención a los niños que tiene lugar dentro de la residencia/institución, también esperan la recepción de algún documento o por las conversaciones con algún empleado del CAPSi.

En conversaciones tanto con el equipo como con los miembros de la familia, se notó que ambos se refieren a la veranda como “*afuera*” y a la casa como “*adentro*”. Esta distinción delimita el entendimiento de que existe una separación, de la cual se puede aprehender que el niño y/o adolescente, atendido dentro de la casa, son los usuarios, y la familia, que espera el cuidado o las actividades que se realizan en la residencia, son los acompañantes.

En el proceso de redacción de este estudio, al referirse a la veranda, se nombró en un acto defectuoso, la veranda como la “*Varanda de esperas*” (“Veranda de esperas”). Reflexionando sobre tal cita, se pudo percibir el número de sentidos que este acto defectuoso tuvo.

El CAPSi funciona en turnos; por la mañana, las actividades tienen lugar de las 8 a las 10 horas y por la tarde, de las 14 a las 16 horas. Al principio de la rutina, llegan madres, padres, tíos y abuelos acompañando a los niños y adolescentes. Los *pequeños* entran en el interior de la casa, mientras sus compañeros se sientan en las sillas reservadas para ellos en la veranda. Al final de la rutina, los niños y adolescentes se van, y de nuevo en la veranda se encuentran con sus familiares.

En esta rutina diaria de cuidados, atravesada por algunas conversaciones con los miembros de la familia, algunas atenciones en alguna habitación o informes acerca de la rutina, ocurre en la veranda, una vez por semana, un grupo de miembros de la familia, normalmente dirigido por el trabajador social o la psicóloga del CAPSi, y también puede contar con la participación de profesionales de otros lugares, como educadores y nutricionistas. Este grupo fue acompañado en algunas ocasiones. Siempre había un tema preestablecido que dirigía la conducción del grupo, temas como la alimentación del niño, la mejor manera de educar o “*corregir*” ciertos comportamientos. El discurso de los familiares se polarizó en algunos participantes que se quejaron de su vida cotidiana, trataron de aclarar algunas dudas o se preocuparon por la angustia o las quejas.

En las recepciones acompañadas, los oficiales siguieron los protocolos de recepción. Esta recepción se hizo de forma sintética y directiva, recogiendo en fichas los principales puntos de la historia del niño o adolescente o se intentaba comprender mejor la queja que le llevó al CAPSi.

Concretamente, en una acogida observada se pudo comprobar que la dirección dada dejaba mucho que desear en el sentido de que no se sacaban a la luz cuestiones importantes, es decir, al dar prioridad al protocolo, se perdía la amplitud y la profundidad que la acogida exige para la realización del *Proyecto Terapéutico Singular*, además de descuidar la angustia de los familiares y los usuarios. También se observó que las conversaciones entre los familiares y los

profesionales se llevaban a cabo apresuradamente, observándose así un intento de resumir o acelerar el encuentro con los familiares.

En varias conversaciones con los familiares, se sintió una cantidad significativa de sufrimiento que duraba generaciones. Las historias convergieron en una fragilidad afectiva, cultural y financiera. La impotencia y la violencia transmitidas por tales historias también generaron en el *observador* la voluntad de deshacerse de tan intenso y arduo contenido; en este sentido, analizar que, ligado a la fatiga de la rutina del servicio, el trato con las familias puede convertirse en algo que con el tiempo se convierte en preferible evitar, teniendo en cuenta los afectos que esto puede generar en el profesional. En algunas ocasiones también se observó que algunos familiares ya llegaban a la institución con un comportamiento más agresivo, gritando o hablando de manera grosera. La violencia experimentada por el miembro de la familia se dirigía a veces a la institución.

El sufrimiento psicológico de los niños y adolescentes era algo que afectaba tanto a los profesionales como a los miembros de la familia. Así, se percibió que la persistencia o el empeoramiento de los síntomas angustiaba tanto a la familia como al CAPSi, generando desgaste en las relaciones y desesperanza. Sin embargo, en lugar de generar empatía o la posibilidad de caminar juntos, tal situación creaba una rivalidad, dando más énfasis al distanciamiento. Poco a poco, el aislamiento dificultó el tratamiento y, en ese sentido, se utilizó la medicación para hacer frente al sufrimiento que traía el niño o el adolescente, ya que esto se observó en varias ocasiones, cuando el psiquiatra se convirtió en el único que atendía el CAPSi y los usuarios llegaron prácticamente “dopados”.

Además, la *miserabilidad* y la violencia de la familia, que se refleja en las diversas enfermedades de los niños y adolescentes, exigían una atención y un cuidado que la institución ya no puede mantener. Así pues, para protegerse de esos aspectos, se creó un dispositivo aquí denominado “*Varanda de esperas*”, en el que las familias se reúnen en un lugar que se considera posible mantenerlas, es decir, donde no “interfiere” en la práctica diaria de los profesionales. En esta misma *Veranda*, cuando no había ningún profesional alrededor, los miembros de la familia hablaban de sus angustias cotidianas, de los temores sobre la suerte de sus hijos y nietos, de las formas en que la familia se adaptaba a la medicación prescrita y de los temores que se producían cuando la farmacia más cercana no disponía de los medicamentos necesarios.

DISCUSIÓN

Al escribir este trabajo en uno de los diarios de campo, se produjo un precioso acto erróneo. Al informar sobre la veranda de la casa en la que trabaja CAPSi, se llamó “*Varanda de esperas*”, con la palabra “*espera*” en plural. Reflexionando junto con el supervisor sobre un acto tan defectuoso, se aprehendió una diversidad de cosas.

Las diversas esperas que se produjeron en la veranda, “*fuera*”, obliga a pensar en diferentes sentidos: desde la completa parálisis y estancamiento de estas madres, padres y/o abuelos esperando pasivamente que se haga el servicio dentro de la casa; o, por otro lado, significa las “*esperas*” en el sentido de “*esperanza*”, ya que esperar y esperanza tienen su origen en la palabra latina *spes*, que significa “*confiar en algo positivo*”¹⁷.

Las familias esperan que algo que ocurra dentro de la institución mejore la situación de sus hijos y nietos, aunque dichos familiares no parecen participar activamente en la rutina de la institución, esperan de forma ajena y a veces alienada, a lo que se fomenta dentro de la casa.

Dicha separación también reproduce la escisión presente en la *psicosis*, y al acercarse a ella, la institución termina (re)produciéndola, junto con la familia. Limitar la familia a ocupar un lugar preestablecido y delimitado en la institución termina por establecer y negar, de manera ambigua, la dimensión del papel/función de la familia como sujeto fundamental, responsable e indispensable en la vida de los niños y adolescentes, sus hijos, nietos y sobrinos.

Poco a poco, la familia y la institución parecen contribuir recíprocamente a mantener la relación de distanciamiento. El funcionamiento psicótico, principio rector entre la familia y la

institución en varios momentos, contribuye a un funcionamiento hermético, cerrado al diálogo, tratando de distanciar e inmovilizar a los autores que pueden mover afectos que pueden provocar angustia, pero que también pueden provocar la mejora de las situaciones que allí se acogen.

Sin embargo, ese acuerdo vuelve con la violencia, las familias y la institución se atacan mutuamente, ambas distantes de la demanda del niño y el adolescente, construyendo, en cambio, otro nuevo síntoma a considerar en la atención. Se establece un juego de fuerzas entre la familia y la institución y las fuerzas del Estado y sus instituciones se destacan de las normas familiares, modificándolas y tratándolas de manera que se adapten a los deseos dominantes, revelando así una unidireccionalidad de fuerzas.

Se pueden evocar los pactos denegativos que ocultan las representaciones y los afectos que tratan de ser negados, pero insisten en ser sacados - y, en el presente caso, estos contenidos se reflejaron entre la familia y la institución¹⁸. Se alude a ello como un intento de ocupar, con relación con el niño, la posición de quien tiene el conocimiento, o también de quien sabe lo que es mejor para él.

En relación con el juego de fuerzas entre la familia y el CAPSi, que puede referirse, históricamente, a una época anterior a la Reforma Psiquiátrica, la relación entre el Estado (leyes e instituciones) y la familia ha estado mediada, desde el siglo XVIII, por el conocimiento médico y ha atendido aspectos ideológicos y políticos². El Estado se valió de normas médicas para manipular al grupo familiar con el fin de controlar a los ciudadanos por medio de la amenaza de los “*peligros*” para la salud y la moralidad que experimentan las familias que no siguen las normas que se les indican.

El Estado socavó en la ideología familiar las funciones de cada entidad, de modo que dichas funciones ayudaron en el control del ciudadano y en la gestión del biopoder. La familia comenzó a vivir las pautas propuestas y, a ajustarse a lo que los conocimientos médicos, considerados superiores, indicaban o no hacer.

En la institución CAPSi se utiliza el llamado juego de fuerzas, y la familia acepta el lugar que se le reserva, como se verifica en la pasividad/alienación de la familia ante la fuerza institucional, como la larga permanencia de espera en la *Veranda de esperas* y también el silencio de algunos familiares. En otros momentos, aparentemente, la familia trata de cambiar la lógica de las fuerzas criticando el servicio, limitándose e insistiendo en acompañar sólo al psiquiatra, entre otras formas. Se cuestiona hasta qué punto tales actos han alterado tal juego de fuerzas, o se adaptan a las circunstancias, siendo absorbidos por la realidad vivida por la familia y la institución.

La comprensión del equipo de CAPSi de la trayectoria de la familia, desde el reconocimiento del sufrimiento psíquico, el mantenimiento de éste para dar respuestas a sus propias angustias, como la búsqueda de atención, se queda varias veces insuficiente en relación con lo que sería necesario para llevar a cabo los cuidados.

La familia, al enfrentarse al entorno psiquiátrico, se aterroriza varias veces por la impresión que tiene acerca de las instalaciones y los usuarios³, y se resiste a aceptar que su familiar comparta la misma condición que otros usuarios. En el momento inmediatamente posterior al diagnóstico del trastorno mental, mediante diversas estrategias, la familia invierte masivamente en la posibilidad de curar al paciente, creyendo que la condición es temporal y que tomar las decisiones “*correctas*” conducirá a la remisión total del cuadro psicopatológico.

Con el estancamiento o arrastre del cuadro sintomático, el grupo familiar se desorienta, sintiéndose culpable por la producción del problema y por el sentimiento de incapacidad para resolver la situación³. Por otro lado, tratando de suavizar el sentimiento de culpa, la familia a veces busca una explicación biologicista del trastorno psiquiátrico, de manera que se elimine su implicación en la causa del problema.

Así, la familia exige más pruebas a los equipos de salud, incluso cuando el psiquiatra no ve la necesidad. La búsqueda de la organicidad del cuadro sintomático tiene como objetivo

eliminar el peso del drama familiar en el diagnóstico del niño; entonces, el diagnóstico de un problema orgánico suaviza el sentimiento de culpa familiar¹⁹.

El tratamiento de dicha culpa, así como los posibles cambios de la familia en la concepción de las cuestiones que involucran a sus parientes pasan por la actuación del equipo, promoviendo el papel de los miembros de la familia en el desempeño de la atención y ponderan los límites que la familia tiene en relación con la mejora del sujeto en el sufrimiento psíquico²⁰.

Sin embargo, cuando esto no es posible, se vuelve a utilizar la visión biologicista y distanciada del problema. La asignación de la atención infantil a la psiquiatría médica - que produce diagnósticos rápidos y contundentes - no requiere que la familia escuche la relación con el niño y la importancia familiar del problema²¹. La medida común y ritualista que se toma aquí es la de la medicalización.

En otros intentos de las familias por “normalizar” los síntomas del trastorno mental los integra en la rutina vivida antes del brote de la enfermedad psiquiátrica³. Así, los esfuerzos movilizados se centran en el control del comportamiento, buscando transformar las peculiaridades de la condición del sujeto psicótico en comportamientos que no son diferentes de lo que se considera *normal*. Las explicaciones médicas son significadas por la familia para aliviar el problema, produciendo, ella misma, sentidos y explicaciones que no afectan a la familia de ninguna manera.

El profesional de la salud mental tiene la responsabilidad de no repetir la exclusión social que se practica en torno a la “locura”²². El equipo de salud mental no debe actuar de manera que eduque o discipline a quienes solicitan el servicio, pero tampoco debe actuar con permisividad, la acción debe promover la responsabilidad de ambas partes, usuario e institución²².

La familia no debe posicionarse como una mera víctima en su relación con la psicosis y su círculo social; tal perspectiva no tiene en cuenta la complejidad y profundidad del tema, creando al mismo tiempo una relación maniquea y también improductiva. Valorar sólo la inclusión de la familia en el tratamiento, sin hacerla responsable de su producción, no asegura un cambio en la posición subjetiva de la familia.

CONCLUSIÓN

Al trabajar en una sola institución, probablemente ha limitado el alcance de sus hallazgos en diferentes regiones culturales del país, en vista de la riqueza cultural brasileña. En este sentido, es necesario contar con estudios que establezcan una articulación de las diferentes realidades que se pueden encontrar en el escenario nacional. El corto plazo que ha permanecido en la institución también puede ser un aspecto limitante de este estudio.

Sin embargo, por lo que se pudo analizar, los nuevos dispositivos de salud todavía comienzan en sus pautas y atraviesan un nuevo campo político y terapéutico, que debe ser abordado incesantemente para la liberación de las penurias de los manicomios. Para ello, es necesario cuestionar la participación real de la familia y del usuario en la conducción institucional y si su singularidad es respetada por las decisiones tomadas, hablando aquí de una reforma constante.

Trabajar con las familias que traen a sus hijos y adolescentes a la institución es una tarea difícil, dada la violencia y la enfermedad de tales vínculos. Sin embargo, tal como se ha propuesto en los cambios terapéuticos provenientes de la Reforma Psiquiátrica, es necesario dar voz al sujeto para que perciba su condición y sea *dueño* de su cambio. Tratarlo de manera pasiva, con medicamentos y atención unidireccional, o reservar a él una *veranda*, consiste en la institucionalización del sufrimiento psíquico.

La familia es un importante protagonista a tener en cuenta en los actuales procesos terapéuticos y políticos, con una proximidad sin precedentes a la relación entre los dispositivos de Salud Mental y la familia. Las teorías y trabajos que cambian esta forma de ver la familia son

todavía recientes, y es necesario reflexionar y cuestionar las variables establecidas en esta situación.

En base al *Psicoanálisis Vincular*, es fundamental acoger los vínculos construidos por las familias, ya que sus alianzas actúan sobre los destinos afectivos, además de tratar de mantenerse impermeables a los cambios propuestos.

Concebir la posición de las familias en los servicios de Salud Mental es una cuestión embrionaria que debe ser ajustada entre los conocimientos que actúan en los dispositivos de post-reforma. Sin embargo, las conclusiones de este trabajo destacan la necesidad de ayudar a las familias a pasar por sus fantasías y fantasmas y a lidiar con la carga del cuidado diario.

REFERENCIAS

1. Rizzini I, Leite ADS, Menezes CD. Cuidado familiar e saúde mental: a atenção das famílias a seus filhos na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Editora PUC; 2013.
2. Donzelot J. A polícia das famílias. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1980.
3. Rosa LCS. A família como cuidadora. In: Rosa LCS. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez; 2011. p. 54-76.3.
4. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2018 [citado en 26 oct 2019]; 23(6):2067-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
5. Arbex D. A luta entre o velho e o novo. In: Arbex D. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial; 2013. p. 200-12.
6. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado en 26 oct 2019]; 24(2):456-68. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n2/24.pdf>
7. Santos GLG. Sobre discursos e práticas: a reabilitação psicossocial pelo “olhar” dos técnicos de referência de um CAPS da região metropolitana de Recife [Internet]. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008 [citado en 26 oct 2019]. 146p. Disponible en: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8261/1/arquivo3599_1.pdf
8. Rosa LCS, Silva EKB. Família na política brasileira de saúde mental, álcool e drogas. Ser Social [Internet]. 2019 [citado en 26 oct 2019]; 21(44):199-222. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v21i44.23491
9. Schrank G, Olshowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. Rev Esc Enf USP [Internet]. 2018 [citado en 26 oct 2019]; 42(1):127-34. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>
10. Maciel SC, Barros DR, Silva AO, Camino L. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. Psicol Ciênc Prof. [Internet]. 2009 [citado en 26 out 2019]; 29(3):436-47. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n3/v29n3a02.pdf>
11. Herrmann F. O método da psicanálise. In: Herrmann F. Introdução a teoria dos campos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 38-49.
12. Elia L. A transferência em psicanálise: lugar ou excesso? Psicol Reflex Crit. [Internet]. 1999 [citado en 26 oct 2019]; 12(3):775-88. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18812315>
13. Neves AS. O psicólogo e o paciente-instituição: considerações teóricas acerca da intervenção. Psicol Ciênc Prof. [Internet]. 1999 [citado en 27 oct 2019]; 19(2):44-9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98931999000200006&script=sci_arttext
14. Gomes IC, Levy L. Psicanálise de família e casal: principais referenciais teóricos e perspectivas brasileiras. Aletheia [Internet]. 2009 [citado en 26 oct 2019]; 29:151-60. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a13.pdf>
15. Kaës R. O grupo como situação psicanalítica. In: Kaës R. Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo. São Paulo: Loyola; 2010. p. 63-76.

16. Leal J. Diários de campo: modos de fazer, modos de usar. In: Almeida SVD, Cachado RA, organizadores. Os arquivos dos antropólogos. Lisboa: Palavrão; 2016. p. 143-54.
17. Rezende AM, Bianchet SB. Dicionário do latim essencial. Rio de Janeiro: Autêntica; 2014.
18. Kaës R. A negatividade: problemática geral. *Psicol USP* [Internet]. 2003 [citado en 27 oct 2019]; 14(1):21-36. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/42389/46060>
19. Mannoni M. A contratransferência. In: Mannoni M. A criança retardada e a mãe. 5ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999. p. 31-6
20. Santos SS. Influência familiar no tratamento terapêutico de paciente portador de transtorno mental [Internet]. [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016 [citado en 27 oct 2019]. Disponible en: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/168583>
21. Kamers M. Da criança a matar à morte da criança: reflexões psicanalíticas sobre a medicalização na infância [Internet]. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018 [citado en 27 oct 2019]. Disponible en: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-14112018-160943/publico/kamers_do.pdf
22. Elia L. Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da saúde mental. *Rev Cient Saúde* [Internet]. 2016 [citado en 27 oct 2019]; 3(4):[5p]. Disponible en: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsa/article/viewFile/92/114>

CONTRIBUCIONES

João Camilo de Souza Junior colaboró en la concepción, la adquisición y el análisis de los datos y, en la redacción. **Anamaria Silva Neves** contribuyó al análisis, la redacción y la revisión de los datos.

Como citar este artículo (Vancouver)

Souza Junior JC, Neves AS. “Varanda de esperas”: novos posicionamentos de la familia en los dispositivos de Reforma Psiquiátrica. *REFACS* [Internet]. 2020 [citado en: *insertar el día, mes y año de acceso*]; 8(Supl. 2):801-810. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

SOUZA JUNIOR, J. C.; NEVES, A. S. “Varanda de esperas”: novos posicionamentos de la familia en los dispositivos de Reforma Psiquiátrica. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, p. 801-810, 2020. Supl. 2. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Souza J.C. Jr., & Neves, A.S. (2020). “Varanda de esperas”: novos posicionamentos de la familia en los dispositivos de Reforma Psiquiátrica. *REFACS*, 8(Supl. 2), 801-810. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.