



*Facultad de Trabajo Social
Universidad Nacional de La Plata
Cátedra de Medicina Social*

Trabajo Social y Salud Mental

La intervención profesional en el campo de la salud mental

Profesora: Cecilia Nogueira

Alumnos: Antonini, Florencia / florencia_antonini@hotmail.com

Alba, Fabricio / fabri_alba@hotmail.com

Güida Soledad / sole_tosca@hotmail.com

Poles, Nihuil / lipis_22@hotmail.com

Suarez, Silvina / silvinasuarez85@hotmail.com

Fecha de entrega: 23 de noviembre de 2010

Introducción

El objetivo del presente trabajo, es realizar un recorrido teórico por la concepción de *salud*, particularmente puntualizando en los modos de atención en *salud mental* en las instituciones. A partir de allí, analizar la intervención del *Trabajo Social* en este ámbito, qué estrategias de abordaje son llevadas a cabo en la práctica profesional, pudiendo visualizar la políticas inherentes a este sector y alternativas que se presentan desde experiencias como las de las Provincias de San Luis y Río Negro.

Consideramos que la relevancia de este trabajo radica en el hecho de que el ámbito de la salud mental es uno de los espacios de acción profesional, donde la reflexión de las cuestiones planteadas anteriormente, aportan a construir mecanismos y estrategias para abordar en conjunto las problemáticas que se presentan al equipo de profesionales de los distintos espacios de atención, desde un abordaje *interdisciplinario*.

A cerca del concepto de Salud

La Organización Mundial de la Salud expresa que la *salud* es, el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez.

Sin embargo acordamos con lo que plantea Weinstein¹ en torno a que, “...*la definición de salud de la OMS no corresponde a la realidad, no solo por resultar demasiado global o inalcanzable, sino porque la propia dimensión de salud está fuera del foco central de actividades públicas y privadas de las instituciones que dicen tenerlas como objeto...*” con esto queremos decir que pensar a los sujetos en un completo estado de bienestar es ir más allá de la realidad, ya que todo sujeto transita en su vida diferentes procesos, sociales, económicos, emocionales, culturales, políticos, espirituales; siendo estos factores que hacen que los sujetos no puedan alcanzar su bienestar total para gozar de buena salud.

Siguiendo en esta línea, Floreal Ferrara² plantea “...La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen y cuando en ésta lucha logra resolver tales conflictos aunque para ello deba respetar la situación física, mental y social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos.

Acorde con esta perspectiva entendemos, como expone Weinstein, a la salud como *un conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o de un colectivo*. Lo cual relacionado con Berlinguer, en su texto manifiesta que “la salud tiene en el plano moral un doble valor: intrínseco, como presencia, limitación o ausencia de capacidades vitales, e instrumental como condición esencial para vivir libres”³

¹ Weinstein, Luis. “Salud y Autogestión” Cáp. I El concepto de salud. Ed. Nordan. Montevideo 1988.

² Floreal Ferrara. “En torno al concepto de salud” En rev. De Salud Publica de La Plata, Enero-Diciembre 1975.

³ Berlinguer, Giovanni: Bioética Cotidiana Cap. 5 Pág. 175

Salud mental

“...El objeto de la Salud Mental no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad...”

Emiliano Galende

El campo de la salud mental, no es un campo específico, entendemos que cuando de ella se habla, se hace referencia al estado de equilibrio entre una persona y su entorno social, cultural, político y/o económico; lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones sociales en el común de la vida cotidiana. Pero con esto no solo queremos decir que salud mental se reduce a la asistencia médica de una patología en particular, sino que es más complejo, es un campo de contradicciones y tensiones que abarca el conjunto de las relaciones del sujeto, su autonomía, y sus derechos como seres humanos.

El modelo hegemónico en salud está concebido desde una mirada biologista, donde la atención de la enfermedad aparece como único horizonte. La aparición de las instituciones dirigidas a la atención de pacientes con enfermedades mentales, nacen bajo esa misma concepción y como el lugar donde la sociedad ocultaba lo que no se quiere ver.

Aquí nos resulta necesario caracterizar las instituciones manicomiales, como *"instituciones totales"*, categoría sociológica desarrollada por Erving Goffman⁴. *"Una Institución Total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período de tiempo, comparten su encierro en una rutina diaria, administrada formalmente."*

"Toda Institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona, en cierto modo, un mundo propio, tiene, tendencias absorbentes...Las tendencias absorbentes o totalizadoras están simbolizadas por todos los obstáculos que se oponen en su interacción social con el exterior"

⁴ Goffman, Irving. "Internados ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales," Amorrortu editores, 1998. Cap." Sobre las características de las instituciones totales".

y al éxodo de sus miembros y suelen adquirir forma material: puertas cerradas muros rejas, etc."

Una de las clasificaciones de las instituciones totales que plantea el autor son los "hospitales psiquiátricos, de enfermos infecciosos y de leprosarios". Son instituciones erigidas para cuidar de aquellas personas que son incapaces de cuidarse por sí misma y además constituyen una "amenaza involuntaria" para la sociedad. Estas instituciones son grandes construcciones alejadas de la ciudad que separan, dividen, ocultan y aíslan de la sociedad a un conjunto de sujetos por tener capacidades diferentes. Por lo tanto, no se los considera parte de la sociedad, sino que son seres peligrosos "locos" que deben estar encerrados para no provocar disturbios, amenazas y temores. Desde entonces la atención se centró en el "muro", es decir el "muro" como impedimento de la libertad, donde se ven claramente abolidos los derechos de los sujetos internados, desde el ingreso en la institución el sujeto pierde la identidad, pasa a ser un número en la historia clínica, es despojado de sus pertenencias, sus costumbres, de sus palabras, su cultura, sus responsabilidades, etc.

Tal como lo afirman, Conrad y Schneidr,⁵ en muchos casos los tratamientos médicos se han convertido en nuevas formas de castigo y control social.

Siguiendo con esta línea Foucault revisa las funciones que cumplía el hospital general en el siglo XVII *" por primera vez se sustituyen las medidas de exclusión puramente negativas, por una medida de encierro; el desocupado no será ya expulsado ni castigado; es sostenido con dinero de la nación, a costa de la pérdida de su libertad individual"; " se trata de una población sin recursos ni lazos sociales, que se encontraba abandonada o que se ha vuelto móvil durante cierto tiempo, debido al nuevo desarrollo económico".*⁶

Citando a Lewkowicz⁷, el autor plantea cómo fueron mutando las instituciones en relación al pasaje del Estado al Mercado. La reclusión es el modo de exclusión de los Estados nacionales, la expulsión es el modo de exclusión del mercado neoliberal.

⁵ En Touzé, Graciela. "Entre la locura y el control" En: Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Cap. 1. Pág. 22

⁶ Foucault, Michel. Historia de la locura en la época clásica. Cap 2, Fondo de cultura económica. México

⁷ Lewkowicz y otros. "Grupo 12: del fragmento a la situación, notas sobre la subjetividad contemporánea". Año 2003.

La reclusión consiste en el encierro (transitorio o no) de los excluidos en las instituciones de los Estados nacionales. En la lógica nacional, la inclusión social es responsabilidad estatal, pero también la reclusión. El encierro en condiciones de Estado Nación, produce subjetividad. El encierro no es mera reclusión física, sino instancia instituyente de la humanidad.

Si el encierro en condición de Estado Nación produce subjetividad, como marcamos anteriormente, ¿quiénes están afectados por esa condición? Los afectados son los niños, los locos y los presos, que son inmersos en las instituciones, con un propósito estatal: **producción y disciplinamiento** de las conciencias.

El mismo autor sostiene *“La exclusión en la lógica de mercado tiene un estatuto radicalmente diferente. Exclusión actual no es reclusión por ausencia de conciencia, sino expulsión de la red de consumo. En este sentido, la operación sobre el excluido no consiste en un tratamiento pedagógico, terapéutico o jurídico, sino en el desarrollo de barreras policiales que impidan su presentación”*

En relación a la función de las instituciones de salud mental, a partir del contexto actual en el marco de la lógica neoliberal, la misma partiría de la atención de personas con problema mentales enmarcada en la ley 10.772 de salud mental. Dicha ley contempla el trabajo en el padecimiento *subjetivo* con alternativas “que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social”. La idea de encierro permanece frente a la ausencia de otros soportes sociales que integren a los sujetos más allá de su permanencia en su institución.

En un informe del CELS del año 2007 a cerca de esta situación, queda plasmado que *“La crisis social y económica sufrida en Argentina en los últimos años, especialmente desde el 2001 —con su secuela de aumento de la desocupación y concurrente pérdida de coberturas de seguros de salud— provocó el incremento del número de personas que requieren atención en el sistema público de salud mental, y ocasionó mayor presión en un sistema ya de por sí desmantelado. Las autoridades admiten que entre el 60 y el 90 por ciento de las personas que están en las instituciones son “pacientes sociales” las cuales permanecen internadas en las instituciones porque no tienen adónde ir”*

Las políticas sociales en el ámbito de la salud mental

En general, las políticas de salud mental en la Provincia no son planificadas, el eje no es la promoción y prevención, sino actuar sobre el hecho consumado, éstas tienen una dirección errática con numerosos cambios de dependencia, falta de presupuesto acorde, y un desinterés desde los gobiernos que hace que el deterioro del sistema sanitario se vea más claramente en estas instituciones, con políticas focalizadas que pretenden resolver lo inmediato.

Es un sistema de salud fragmentado, hegemónico, medicalizado y biologista donde se prioriza la enfermedad y la tecnología como solución.

Como mencionamos anteriormente, no se trabaja sobre la promoción y prevención de las enfermedades y el cuidado de la salud, se toma a la enfermedad como algo individual. Entendemos por prevención de la salud, y siguiendo en esta línea a Czeresnia⁸, exige una acción anticipada, prevenir tiene el significado de preparar, de llegar antes de tal situación, de evitar cierto mal, impedir que se realice. Con respecto a la Promoción se refiere a medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar general. Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforma la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial.

Con respecto al modelo de atención nacional, está basado únicamente en el hospital y se oculta la relación del proceso salud-enfermedad con la desigualdad y el modelo productivo. Es un modelo escindido de las necesidades de la comunidad, donde cada institución se define a si misma desde la demanda, y que se encuentra hoy desbordado por la demanda creciente de la población.

En ese marco, el sistema sanitario ha sufrido un retroceso a nivel presupuestario, que se traduce en el visible deterioro en la atención. Así podemos observar la falta de recursos humanos como una de las problemáticas más acuciantes del sistema (por ejemplo, existe un déficit de 10.000 enfermeros/as), acompañada de una creciente precarización laboral (40% de los trabajadores del sector); edificios obsoletos que no tienen

⁸ Dina Czeresnia. “El concepto de Salud y la diferencia entre prevención y promoción” En Promoción de la salud conceptos, reflexiones, tendencias. Lugar editorial. Bs As. 2006

mantenimiento; faltante de insumos y medicamentos y deterioro en las condiciones laborales en general y de salario, lo que incide directamente en la calidad de atención que se brinda.⁹

Una alternativa diferente

Dentro del campo de las políticas en salud mental, se encuentran otras alternativas diferentes para el abordaje de esta problemática de salud, como son los casos particulares de las provincias de Río Negro y San Luis.

* La provincia de Río Negro, ofrece otro modelo positivo de atención en la comunidad para las personas con insania.

En 1991, la provincia de Río Negro aprobó la Ley 2.440 de "*Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental*", que establece la ilegalidad de los hospitales mentales públicos y define la estructura a seguir para la inserción social de las personas con enfermedades mentales.

* En diciembre de 2006, la Legislatura de la Provincia de San Luis sancionó la Ley de Desinstitucionalización, la cual contiene varias disposiciones progresistas con respecto a la salud mental y los derechos de las personas con discapacidades mentales.

La ley prohíbe la institucionalización de las personas con discapacidades mentales en cualquier parte de la provincia. También presume que estas personas son capaces de tomar sus propias decisiones, "salvo prueba en contrario", aunque no define qué tipo de prueba es necesaria, quién es el encargado de determinar la incapacidad, ni a través de qué proceso se llega a esta determinación.

El autor Vasconcello, citado por Marisa Barrios, sostiene la perspectiva de la *desinstitucionalización* habla de un nuevo paradigma, "*el nuevo paradigma pone énfasis en la reinención de la salud, en la existencia y sufrimiento de los pacientes en el sentido de la producción de la vida, de sentido de sociabilidad, la utilización de diferentes formas (de los espacios colectivos) de convivencia dispersa, que amplía y complejiza el objeto de conocimiento e intervención*". Esto implica diseñar dispositivos de trabajo que apoyen la sociabilización contemplando las diferencias respecto de la inserción

⁹ PowerPoint elaborado por el Equipo Nacional de Salud de ATE, Encuentro Provincial de CTA. Año 2009.

en espacios productivos y sociales en la vida de los sujetos. Desde esta perspectiva, en las instituciones se han producido movimientos en la lógica de funcionamiento que han dado lugar a la problematización de las condiciones de vida de los pacientes, el ingreso indiscriminado y posterior institucionalización, los efectos destructivos en la subjetividad, las prácticas represivas como formas de tratamiento, la pérdida de los derechos y de la identidad y la exclusión de la participación en la vida social, lo que ha provocado algunos cambios en las prácticas y en el modo de funcionamiento de la institución. De la población que llega al espacio del Comité de Admisión de la institución, la mayoría no cuenta con cobertura de obra social y presenta una trayectoria de desocupación, con familias que se encuentran fragilizadas en sus posibilidades de contención. A su vez en la actualidad ha habido un incremento en los pedidos de internación por orden judicial que implica la judicialización de problemas de salud y sociales.

La práctica profesional desde la Perspectiva de Desinstitucionalización

Desde la Perspectiva de Desmanicomialización, trabajar con los sujetos en la comunidad, implica desde un comienzo pensar en estrategias de construcción de la red social donde va a insertarse para facilitar la relación e integración social, evaluándose cada caso de manera particular. Estas estrategias tienen como objetivos mejorar la calidad de vida de las personas con padecimientos mentales, estimular la toma de responsabilidades, fomentar su acción como actor social, generar relaciones sociales con el entorno del barrio, los comercios, el vecino, el transporte, los espacios culturales, los talleres, su economía, etc. Construir una trama social solidaria y continente para recibir y aportar a la recuperación de la ciudadanía de las personas externadas; para ello debe ser preciso exigir la puesta en marcha de políticas sociales y de salud que garanticen, a través del Estado, la cobertura de las necesidades de todo el proceso de desinstitucionalización y mantener lo específico de un acompañamiento en salud mental que asegure una recuperación en el grado de posibilidad que abre la externación y a fin de paliar el sufrimiento mental tanto como impedir nuevas modalidades de internación.

Entendemos que, desde esta perspectiva, se busca la intervención desde un equipo *interdisciplinario* crítico de las políticas que se implementan en

este sector que se sustentan desde una ideología neoliberal, con el fin de planificar estrategias de abordaje para las diferentes modalidades de atención, que se enfoquen y dirijan en pos de los derechos de los sujetos con los que se trabaja.

Lo interdisciplinario, dice Follari, *“es la conjunción de lenguajes que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco. El trabajador social es, en este sentido, un actor privilegiado dado que por su relación con los sujetos, y por la posibilidad de recuperar lo más significativo de su vida cotidiana, puede realizar aportes valiosísimos al resto del equipo que coadyuvan a la valoración de la situación particular”*.¹⁰

Consideramos que trabajar en el ámbito de salud mental en un equipo interdisciplinario, implica un trabajo muy complejo, teniendo en cuenta la pluralidad de las perspectivas de cada uno de los profesionales. Ésta diversidad de concepciones entran en juego a la hora de pensar en estrategias acordes para abordar las problemáticas particulares de los sujetos con los cuales se trabaja.

Reflexionando a cerca de la *perspectiva de desmanicomialización*, es preciso, tener en claro lo dificultoso que es lograr que se lleven a cabo esos procesos actualmente en nuestro país, ya que, en primer lugar partimos de la ausencia de una política sanitaria que articule los tres niveles de atención (primario, secundario, terciario) y teniendo en cuenta que la salud mental como "especialidad" está ubicada directamente en las instituciones del tercer nivel como única respuesta de atención de los padecimientos mentales de la población, es allí donde los especialistas se van a ocupar del tratamiento de la enfermedad a través de psicofármacos en los casos que correspondan y si es necesario desde su punto de vista, la internación, siendo el médico especialista el único capacitado para diagnosticar, quedando bien en claro la jerarquía de médico y la centralidad del tratamiento.

Por lo tanto, lejos de promover la equidad, aumenta la brecha de las desigualdades sociales dejando de ser la salud un derecho para convertirse en

¹⁰ Berardo, Gloria y otros. Programa de trabajo. “Trabajo Social. Hospital de niños “Victor J Vilela” Pág. 295 Rosario. Mimeo 2004

un bien de compra. La salud deja de tener un carácter de derecho universal del cual es responsable el Estado, para convertirse en un bien de mercado.

La **inequidad** en la salud, según la OMS se refiere a la diferencia que no son necesarias y que se pueden evitar y que al mismo tiempo son inaceptables e injustas. En esta frase hay expresiones que definen la objetividad, la posibilidad práctica de intervenir con conocimientos y remedios, otras que se refieren a la subjetividad, al nivel de perfección ética y a la voluntad de actuar.

La **equidad** consiste en crear y favorecer, para cada individuo, la posibilidad de perseguir y alcanzar el nivel potencial de salud que le es propio.

Las autoras Michelli y Lopez¹¹ expresan que, esto presenta un doble desafío: por un lado en el plano de la formación profesional y por otro, en el plano del ejercicio profesional.

Con respecto a la formación, siendo culta y atenta, sea capaz de anticipar problemáticas pertinentes a la práctica profesional y de fomentar la formulación de propuestas profesionales que distingan alternativas de políticas calzadas en el protagonismo de los sujetos sociales, que apueste a las luchas sociales, en la capacidad de los agentes históricos de construir nuevos patrones de sociabilidad para la vida social en su proyecto de formación profesional. Entender la contradicción en la cual se inscribe la práctica profesional es requisito para reafirmar la formulación de propuestas de acción en el campo de la implementación y la formulación de políticas públicas atentas a la cultura universal y a la perspectiva de los sujetos.

En cuanto al ejercicio profesional, abandono del papel ingenuo del trabajador social asumiendo que ocupa un lugar en el engranaje de la reproducción social, un lugar tenso y contradictorio que requiere necesariamente de un profesional para sí y colectivamente un posicionamiento ético político. Comprendiendo que ninguna práctica profesional es ingenua, que por acción u omisión de ese posicionamiento se definen prácticas de inclusión o de exclusión social.

¹¹ Michelli Virginia y Lopez Susan: Política Pública Sanitaria Nacional: Nuevos parias urbanos o ejercicio de la ciudadanía. Desigualdad y exclusión en el acceso a prácticas médicas de alta complejidad y costo en Argentina.

Conclusión

A partir de lo desarrollado a lo largo del trabajo, reflexionamos acerca de diferentes cuestiones, por un lado consideramos que el Trabajo Social aporta a la intervención en el campo de la Salud Mental en relación a la construcción de herramientas que permitan a los sujetos enfrentar las diferentes problemáticas que se le presenten en la vida cotidiana, generando de este modo la autonomía y autogestión en el medio social en el cual viven.

En este sentido, creemos importante la intervención profesional desde un abordaje interdisciplinario teniendo en cuenta la participación de distintos saberes y también de diferentes profesiones, con la finalidad de poder analizar las particularidades que se presentan en la cotidianeidad de los sujetos con los cuales se trabaja. Donde entran en juego la historia familiar, el contexto, los discursos, las representaciones, etc. Es decir, una totalidad atravesada por múltiples dimensiones complejas que se entrecruzan y le dan identidad al sujeto. Identidad cambiante y abierta, entendiendo a la realidad como dinámica, en movimiento y con posibilidades de transformación.

Entendemos que al hablar de salud debemos tener en cuenta múltiples factores, entre los cuales se entrecruzan variables biológicas, sociales, históricas, económicas, ecológicas, etc.

Somos profesionales privilegiados que intervenimos en el ámbito de reproducción de las relaciones sociales, desde la singularidad, es decir en la vida cotidiana de las personas, y nuestras acciones tienen consecuencias sobre la misma, lo que demanda una reflexión continua sobre todas estas cuestiones que hemos planteado a lo largo del presente trabajo.

Bibliografía

- **Berardo Gloria. Bruña Griselda y Frasconi Adriana.** Programa de Trabajo. "Trabajo social. Hospital de niños "Victor J Vilela". Rosario. Mimeo 2004
- **Barrios Marisa.** "Las prácticas en salud Mental ante nuevos desafíos. Como pensarnos en la reconstrucción del tejido social". En: *Intervención profesional: Legitimidades en Debate*. Editorial Espacio. 2004
- **Berlinguer, Giovanni:** Bioética Cotidiana Cap. 5
- **Bisnieto, Jose Augusto.** Un análisis de la práctica del Servicio Social en Salud Mental. Revista Seviço Social y Sociedade. Nº 82. Año XXVI. Julio 2005. Ed. Cortez. San Pablo. Pág. 2
- **Czeresnia Dina.** "El concepto de Salud y la diferencia entre prevención y promoción" En Promoción de la salud conceptos, reflexiones, tendencias. Lugar editorial. Bs As. 2006
- **Floreal Ferrara.** "En torno al concepto de salud" En: rev. De Salud Publica de La Plata, Enero-Diciembre 1975.
- **Foucault, Michel.** "Historia de la locura en la época clásica". Cap. 2, Fondo de cultura económica. México
- **Galende Emiliano** "De un horizonte incierto" Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual.
- **Goffman, Irving.** "Internados ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales," Amorrortu editores, 1998. Cap." Sobre las características de las instituciones totales".
- **Informe CELS 2007**
- **Lewkowickz y otros.** "Grupo 12: del fragmento a la situación, notas sobre la subjetividad contemporánea". Año 2003.
- **Mendoza, Mariela** "La modalidad de atención en salud mental: aproximación analítica desde la intervención del trabajo social"
- **Michelli Virginia y Lopez Susan.** "Política Pública Sanitaria Nacional: Nuevos parias urbanos o ejercicio de la ciudadanía. Desigualdad y exclusión en el acceso a prácticas medicas de alta complejidad y costo en Argentina".
- **Touzé, Graciela.** "Entre la locura y el control". En: Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Cap. 1. Intercambios. Bs As.

- **Weinstein, Luis.** “Salud y Autogestión” Cap. I El concepto de salud. Ed. Nordan. Montevideo 1988.