

II Jornadas de Investigación: "La investigación en Trabajo Social en el contexto Latinoamericano." UNER, Paraná, Entre Ríos. 2003

"LA MODALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL: APROXIMACIÓN ANALÍTICA DESDE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL"

Autora: Lic. Fabiana Mariela Mendoza

Institución: Universidad Nacional de La Plata. Escuela Superior de Trabajo Social.

Introducción

El presente trabajo es producto de la investigación en curso para la realización de la Tesis de Maestría en Ciencia Sociales y Salud.

La investigación está sustentada en la práctica profesional desarrollada en un hospital neuropsiquiátrico de la Provincia de Buenos Aires, la preocupación inicial estuvo centrada en la búsqueda de respuestas ante las reiteradas internaciones de numerosas personas con diagnóstico de esquizofrenia.

El trabajo cotidiano con personas que cuentan con reiteradas internaciones previas se plantea, al interior del equipo terapéutico, como una temática repetitiva, pero no se involucra en el análisis la modalidad de atención, como una dimensión posible de interferencia en el proceso de recuperación de un paciente. Así, las explicaciones se sitúan por fuera de lo institucional.

En el curso de la investigación el análisis del abordaje terapéutico fue uno de los emergentes que conllevó a problematizar la modalidad de la atención en salud mental en términos más amplios, como respuesta socialmente construida y legalizada por la implementación de las políticas sociales vigentes en el sector.

Dado que no es posible desarrollar en su totalidad lo que hasta el momento hemos investigado sólo explicitaremos los aspectos centrales analizados respecto de la modalidad de atención en salud mental y al Trabajo Social como una de las profesiones inscriptas en la misma, desde un perspectiva histórica.

Finalmente, explicitaremos algunas reflexiones preliminares en torno a la temática de la salud mental y la inclusión del Trabajo Social como profesión en la misma.

La modalidad de atención en salud mental

Una de las mayores dificultades que plantea la modalidad de atención en salud mental de la Provincia de Buenos Aires es, por un lado, la ausencia de una política sanitaria articulada en sus tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria y, por otra parte, la organización y estructuración de la política de salud pública que posiciona a la salud mental en términos de especialidad, separada de los otros dispositivos de atención de la salud general. Esta situación produce que las instituciones especializadas, es decir el tercer nivel de atención, se constituya en la primordial y prácticamente única respuesta sanitaria que la población cuenta para su atención, tanto para consulta como para tratamiento e internamiento.

El hospital neuropsiquiátrico ha prevalecido como respuesta social a la atención de las problemáticas de la salud mental. Si bien existen algunos dispositivos de atención en el primer y segundo nivel, las condiciones objetivas en los que se encuentran limitan y/o rechazan la atención de personas con diagnóstico de esquizofrenia o de patologías consideradas como severas.

Los Hospitales Generales, si bien cuentan con servicios de salud mental y con camas de internación, por diferentes motivos se constituyen en "derivadores" de pacientes hacia la institución especializada.

José María Alberdi realiza un excelente análisis respecto de los intentos de reforma en la atención de la salud mental en nuestro país, identificando los diferentes obstáculos y la fragilidad de las propuestas desarrolladas, señalando acerca de los servicios de salud mental en Hospitales Generales lo siguiente:

"Las jurisdicciones diferenciales de la psiquiatría institucional y las áreas programáticas de salud, la falta de articulación intersectorial, el escaso peso normativo de las direcciones de Salud Mental en los servicios de los hospitales generales, contribuyeron eficazmente para la latencia de las reformas "transformadoras" en salud mental, problemas debidamente reseñados en las fases de diagnóstico de los planes, fueron parte de repetidos convenios de buenas intenciones entre las direcciones y las áreas, en que los tiempos nunca se cumplieron, y en que cada jurisdicción interpretaba los contenidos de la descentralización en base a su racionalidad e intereses propios" (1997:259)

Esta modalidad de funcionamiento desarticulada y fragmentada construye una ruta o camino a seguir por los pacientes y/o sus familiares que buscan atención sanitaria que conduce al Hospital especializado, es decir al manicomio.

La fortaleza de la institución manicomial también está dada por el tipo de tratamiento que brinda, centrada fundamentalmente en la asignación y el otorgamiento de psicofármacos, produce diversas consecuencias a nivel objetivo y subjetivo que caracteriza la atención sanitaria en salud mental.

En términos objetivos, se evidencia claramente la jerarquización de la figura del médico, al ser el único profesional capacitado para establecer el diagnóstico y el tratamiento psicofarmacológico correspondiente, lo que determina una organización institucional: resulta primordial la presencia y la palabra médica pues a partir de su intervención comienzan a organizar su intervención las otras disciplinas: psicología, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional, desde una perspectiva de subordinación.

A nivel subjetivo todos los actores intervinientes en el proceso terapéutico, es decir integrantes de los equipos de atención y la comunidad, representada por los pacientes y sus familiares, internalizan la importancia de la palabra médica y del tratamiento psicofarmacológico. Si se pregunta en que consiste el tratamiento de recuperación de una persona con trastorno mental, se responde: "...tomar la medicación", no hay registro o no se evidencia como relevante el abordaje que realizan las otras disciplinas intervinientes.

La figura médica acompañada de los medicamentos psicofarmacológicos se van constituyendo en los componentes centrales y, se podría aseverar, únicos del tratamiento terapéutico. Diariamente los pacientes externados que concurren a las instituciones especializadas, a sus consultorios externos o como más comúnmente se lo denomina: "a control médico"-lo cual confirma la internalización de una práctica y un discurso que sostiene esta modalidad de tratamiento-, asisten para ser evaluados por los médicos quienes nuevamente les extienden la receta correspondiente a la medicación indicada.

Se da un proceso de naturalización que facilita esta forma de atención, el hospital neuropsiquiátrico es un lugar donde retiran la medicación psicofarmacológica los pacientes que cumplen con el tratamiento, es decir que estando externados, toman la medicación indicada. Para los que no cumplen con esta modalidad de tratamiento son internados para que cumplan con el tratamiento. Esta práctica de funcionamiento es aceptada y sostenida socialmente.

El estudio realizado por Santos Rosa en Brasil, sobre las condiciones de las familias brasileñas de bajo ingreso para la provisión de cuidados con el portador del trastorno mental, analiza la dinámica que se construye entre las familias, el paciente y los servicios de atención identificando lo siguiente:

"Los servicios tradicionales del manicomio son estructurados en base a la internación por tiempo integral y en el abordaje predominantemente compacto, medicalizado y centrado en la figura del médico, delimitando su acción sobre la familia de forma puntual, particularmente en el acto de la internación, cuando se le solicita prestar informaciones sobre las características del portador del trastorno mental y de la evolución de su cuadro clínico. La familia es considerada como una unidad separada del enfermo y por eso es excluida de la intervención terapéutica". (2000:280)

Este modo de concebir el tratamiento puede ser uno de los condicionantes que actúa como un obstáculo en el proceso de tratamiento de los pacientes, la ausencia de reconocimiento de la familia y/o grupo de referencia como actor interviniente en el proceso de salud/enfermedad/atención limita la comprensión de lo que le sucede al sujeto que padece una enfermedad mental y sus consecuencias en lo social.

La centralización del tratamiento en el aspecto psicofarmacológico excluye y/o subordina otras dimensiones constitutivas del proceso de salud/enfermedad de un sujeto portador de un trastorno

mental: su historia de vida, los obstáculos y facilitadores en su vinculación socio-familiar, sus condiciones de vida y la de sus familiares, su concepción de salud/enfermedad y la de sus familiares, su proyecto de vida, resultan aspectos relevantes en el abordaje de un tratamiento terapéutico integral que son invisibilizados desde una perspectiva netamente médica.

Ivana García Pereira, al estudiar las intervenciones del Trabajo Social en el campo de la salud mental en la familia, observa que:

"Al verse sola con la responsabilidad de cuidar de su miembro portador de trastorno mental, la familia tiende a resistir la reinserción del mismo en el ambiente familiar y a solicitar de los servicios especializados el apoyo necesario, al percibir que el proceso de deshospitalización o desinstitucionalización es inevitable. Hay también una cuestión de fondo, o sea, el de la culpabilización de la familia, que pasa a ser considerada por los trabajadores como egoísta e irresponsable al negarse a cuidar del familiar enfermo." (2000:240)

Esto plantea no sólo una reformulación de los dispositivos de asistencia en la salud mental sino que, además también expresa la necesidad de que los profesionales y técnicos superen las consideraciones maniqueístas con relación a las actitudes y comportamientos de los familiares. Es por ello que explorar en torno a las significaciones de las personas con esquizofrenia, los familiares y/o grupo de referencia, como así también los miembros del equipo, permite conocer sus ideas, creencias, opiniones, conductas o comportamientos, es decir, permite recuperar desde la singularidad de cada actor la forma peculiar en que conoce y experimenta el reingreso hospitalario.

El Trabajo Social en la modalidad de atención en salud mental

En este punto analizaremos las vinculaciones históricas del Trabajo Social con el campo de la salud mental, identificando como las influencias teóricas y metodológicas de la medicina, en particular de la psiquiatría, de la psicología -en sus distintas corrientes-, y de la sociología funcionalista, impulsaron e impregnaron una modalidad de abordaje que orientó la práctica profesional por décadas.

La búsqueda y utilización de referencias teóricas desde otras perspectivas disciplinares puede ser interpretada como intento de construcción de un arsenal teórico y metodológico que posibilitara al Trabajo Social una intervención profesional con basamento "científico"(1), para dar respuesta a la diversidad de problemáticas sociales.

El impacto que ello tuvo en la formación profesional fue la consolidación de las tendencias pragmatistas y empiristas, sustentadas en un pensamiento conservador, las cuales ya estaban presentes en las prácticas filantrópicas y caritativas.

"El Servicio Social mantiene su carácter técnico-instrumental orientado hacia una acción educativa y organizativa entre el proletariado urbano, articulando -en la justificación de esa acción- el discurso humanista calcado de la filosofía aristotélica-tomista, con los principios de la teoría de la modernización presentes en las Ciencias Sociales." (Iamamoto;1997:163)

La afiliación teórica del Trabajo Social en las producciones realizadas en otros campos disciplinares de las ciencias sociales posibilitó la construcción de un soporte técnico-científico que al decir de Netto resultaba de segundo grado .(2)

Pero, esta búsqueda por construir un saber especializado que auxiliara la práctica interventiva del Trabajo Social, caracterizada por un hacer, además reproducía el pensamiento conservador, corriente ideológica imperante en el desarrollo y los avances de las producciones teóricas de las ciencias sociales de fines del siglo XIX y principios del XX .(3)

El positivismo, una de las corrientes teóricas de las ciencias sociales, puede identificarse como la expresión más clara del pensamiento conservador, al asimilar el método de estudio de las ciencias naturales para la comprensión de los hechos y fenómenos sociales. Esta lógica de pensamiento, al equipar a la sociedad con la naturaleza, considera que la sociedad se rige por leyes naturales y que los hombres deben adecuarse y respetarlas para mantener la armonía y el equilibrio societal. Este modo de comprender la organización y el movimiento de la sociedad no incluía en el análisis su desarrollo histórico, en términos de procesos sociales y políticos en articulación con el modo de producción económico y, por lo tanto, su implicancia en el ordenamiento de las relaciones sociales.

"Tratar los hechos sociales como elementos de la naturaleza y sujetos a leyes, se convierte en reducir la acción humana a una legalidad externa a sí misma, y que por lo tanto da lugar a distinguir entre lo normal y lo patológico (como desvío de las leyes sociales). La desigualdad social

se justifica en el carácter organicista de la sociedad, y de este modo es legitimada. La búsqueda de la verdad del conocimiento es objetiva y neutra, negando la existencia de los preconceptos y de la propia visión del mundo del investigador". (Parra;1999:64)

De esta manera, se comprende que las manifestaciones de la cuestión social son consideradas como problemas sociales, producto de desvíos y falta de adaptación de los sujetos que no alcanzaban a incorporar los valores y las normas socialmente sancionadas. La organización económica y la estructura social nada tenían que ver con la existencia de la desigualdad social y sus consecuencias en las condiciones de vida de la clase trabajadora.

Estas son las directrices teóricas e ideológicas que fundan no solo una forma de conocimiento y comprensión de la sociedad sino que también aportan y sustentan las producciones teóricas y metodológicas de las diferentes disciplinas profesionales.

"Sin embargo, lo decisivo es la contracara de esta naturalización de lo social: al naturalizar la sociedad, la tradición en cuestión es forzada a buscar una especificación del ser social que sólo puede ser encontrada en la esfera moral. Naturalizada la sociedad, lo específico de lo social tiende a ser situado en sus dimensiones ético-morales -y he aquí que se franquea el espacio para la psicologización de las relaciones sociales" (Netto, 1997:37)

Comenzaremos el análisis de la profesión con una cita de Robert Castel, quién puntualiza claramente los orígenes del Trabajo Social en Europa:

"Este empleo reflexivo de la beneficencia no tenía nada de ingenuo. Iba a constituir un núcleo de pericia del que podría surgir el trabajo social profesionalizado: evaluación de las necesidades, control del empleo del socorro, intercambio personalizado con el cliente. La corriente de la scientific charity, tan animada en los países anglosajones durante la segunda mitad del siglo XIX, desarrollará a gran escala este enfoque de la asistencia. La tradición del case work se inscribe en esta línea. Y cabe preguntarse si el imperio del modelo clínico en el trabajo social no se debe en gran medida a la doble exigencia de la que el barón de Gérando fue el primer teórico: proceder a una investigación "científica" de las necesidades del cliente, y establecer con él una relación personalizada" (1997:248)

Coincidiendo con el autor, los antecedentes del Trabajo Social se remontan a las acciones de beneficencia implementadas en Inglaterra. El aumento de las manifestaciones de la cuestión social, como producto de los procesos de pauperización que desató la Revolución Industrial, demandó una tecnificación de la ayuda social que brindaban las instituciones privadas ante la ineficacia que presentaban las prácticas caritativas .(4)

La actividad filantrópica se constituye en la respuesta política, durante el siglo XIX, para enfrentar -al decir de Netto- las refracciones de la cuestión social (5). Su desarrollo se basó en el despliegue de acciones basadas en el consejo y en la internalización de normas de comportamiento para lograr la adaptación de la población pobre a la sociedad liberal propiciando una integración pacífica para evitar el surgimiento de conflictos y demandas colectivas.

El pensamiento filantrópico identificó a la familia como un dispositivo de atención que podía recibir la intervención pública y privada y, al mismo tiempo, se constituía en promotora de las principales ideas y estrategias de la lógica filantrópica y liberal. Donzelot (1998) identifica que de allí proviene la fuerza de la estrategia filantrópica al utilizar a la familia como punto de apoyo y como objetivo de la intervención.

Existieron diversos gestores filantrópicos que propiciaron modalidades de intervención social para garantizar el modo de vida liberal en oposición a las ideas socialistas que cuestionaban el orden social. Sus ideas principales se orientaban a imponer un cambio en las prácticas de asistencia que posibilitaran identificar a la necesidad como motor para la integración social y no como principio de insurrección. Desde esta perspectiva, los consejos se tornan superadores de la dádiva caritativa. La detección y clasificación de los pobres se torna en la metodología que garantiza la orientación de las prácticas filantrópicas.

Si bien es cierto que el surgimiento del Trabajo Social tiene una estrecha vinculación con las prácticas filantrópicas y caritativas no debemos identificar su proceso de institucionalización como un desarrollo evolutivo de estas prácticas sino en términos de una relación de continuidad y de ruptura (Netto, 1992).

La relación de continuidad va a estar dada por la implementación de acciones interventivas basadas en un pensamiento conservador, posibilitado por la consolidación de la alianza entre la Iglesia, la burguesía y el Estado, que tenía como propósito "...no sólo la aceptación del modo

capitalista de producción hegemónico, sino también la imposición del modo capitalista de pensar..." (Parra, 1999:66)

Otro aspecto relevante que contribuye a develar la matriz del pensamiento conservador en el proceso institucionalización del Trabajo Social es el carácter vocacional y marcadamente femenino que signa a la profesión.

De acuerdo al análisis que realiza Iamamoto (1992) el perfil peculiar de la profesión se vincula a la intencionalidad que se buscaba en torno del Trabajo Social: una profesión con fines altruistas, que aporte al enaltecimiento de valores solidarios y humanos, con vocación de servicio, inspirada en ideales religiosos y místicos. Estos aspectos se van a encontrar en la mujer, de acuerdo a la concepción imperante, respecto de su función no solo en el ámbito familiar sino también en su desempeño a nivel social.

La pre-existencia de un espacio socio-ocupacional al momento de la institucionalización de la profesión resulta otro de los componentes que visibilizan esta relación de continuidad.

La relación de ruptura va a estar dada por su incorporación al mercado de trabajo como una profesión asalariada dependiente, principalmente de organismos estatales:

"El proceso por el cual el orden monopolista instaura el espacio determinado que en la división social (y técnica) del trabajo a él perteneciente, propicia la profesionalización del Servicio Social, tiene su base en las modalidades a través de las cuales el Estado burgués se enfrenta con la "cuestión social", tipificadas en las políticas sociales. Estas, además de sus medulares dimensiones políticas, se constituyen también como conjuntos de procedimientos técnico-operativos; requieren, por lo tanto, agentes técnicos en dos planos: el de su formulación y el de su implementación" (Netto; 1992:69)

La inserción de la profesión en el mercado de trabajo también requirió de su calificación técnica para el desarrollo de las actividades y funciones asignadas socialmente, esta exigencia es otra de las características que marca una relación de ruptura con las prácticas de intervención social que le antecedieron, al adquirir una significación social diferente.

De este modo, el Trabajo Social se inscribe como profesión asalariada en la división social y técnica del trabajo, participando como agente en la reproducción social al desempeñarse como ejecutor terminal de las políticas sociales, brindando los recursos indispensables para la sobrevivencia de la clase proletaria.

Es en Estados Unidos donde se institucionaliza la profesión a principios del siglo XX como una profesión subordinada a la medicina, en términos ocupacionales y de conocimiento. Mary Richmond(), es la primera en sistematizar un método de intervención en la profesión: el **caso social individual**. Su preocupación se encuentra dirigida a diseñar una metodología que aporte en el ordenamiento de la intervención y establecerá para ello diferentes etapas: estudio, diagnóstico y tratamiento.

De esta manera, y dado que sus experiencias profesionales se desarrollan junto a médicos psiquiatras, se evidencia la apropiación que realiza del modo de atención de los médicos y lo instaura como modalidad de intervención del Trabajo Social en el abordaje de los casos.

Teniendo en cuenta que el siguiente concepto fue elaborado por la mencionada autora hace más de un siglo nos parece oportuno y sumamente importante presentar qué se entendía por Trabajo Social psiquiátrico según Mary Richmond:

"Una rama del servicio médico-social de casos individuales que se ha desarrollado rápidamente después de la guerra es conocida con el nombre de servicio social psiquiátrico. No tenemos que ocuparnos aquí de este servicio social psiquiátrico a menos que sea con la colaboración estrecha de un especialista absolutamente competente. El valor de esta colaboración salta a la vista, ya que en el terreno mental, más todavía que en el terreno médico, el diagnóstico real depende en parte de la encuesta social, y el tratamiento que resulta de ello es una amplia cuestión de adaptación social. (1993:142)

Claramente la autora señala el lugar que ocupa el asistente social en esta área de intervención respecto de la profesión médica, es decir, de subordinación al conocimiento psiquiátrico, pero también plantea que su acción estará dirigida a la adaptación de las personas atendidas al medio social, a la vida social. La utilización del caso social individual fue pensado para colaborar en el mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores sociales pobres. Y aquí es evidente que la función social del Trabajo Social debe analizarse a la luz del contexto económico de Estados Unidos, las ideas predominantes en el orden social y la teoría social vigente en ese momento

histórico.

En el caso de nuestro país, el Trabajo Social norteamericano otorgó fuertes subsidios a la formación de las primeras visitadoras sociales de higiene primero, y de los asistentes sociales en forma posterior, a través de la utilización y difusión de las experiencias y de la bibliografía elaborada por trabajadores sociales de Estados Unidos.

Gordon Hamilton, otra trabajadora social norteamericana, que hoy puede ser leída como un clásico en nuestra disciplina, escribe en 1940 el libro: "Teoría y Práctica del Trabajo Social de casos". En el texto se evidencia el interés que tenían en esa época por construir una teoría y un método de intervención como modo de validar científicamente la formación de los social workers. La Psicología y sus diferentes corrientes internas, la sociología funcionalista y los avances en el campo médico, se constituyen en las referencias teóricas, como versa en el prólogo a la primera edición.

"Los adelantos de la psiquiatría, así como en las ciencias sociales, han aclarado poco a poco el concepto de caso psicosocial, la interacción de las fuerzas y conflictos emocionales y del medio ambiente, y la imperiosa necesidad de armonizar los conocimientos científicos y los valores morales" (1940:V)

Esta cita devela desde qué concepción de lo social se aborda el trabajo, a pesar de que la autora se empeña en marcar la necesidad de tener una visión integral(7) de las personas que atraviesan la experiencia de una internación o padece otras situaciones de conflicto, se parte de la idea de "sumar" todas las dimensiones constitutivas del hombre e intervenir sobre cada una de ellas desde la particularidad de cada disciplina interviniente. Como así también se puede identificar la presencia de una matriz de pensamiento filantrópico: se deben inculcar las normas y valores morales para lograr la armonía social.

Desde esta lógica se entienden a las condiciones de vida de los sectores que asisten como factores externos posibles de modificar a partir de la voluntad de cambio y del aprendizaje de las normas y valores sociales. Así se convalida que la función del Trabajo Social dentro del equipo terapéutico es abordar todo lo referente a lo social/externo institucional de los pacientes.

Resulta interesante como la autora de forma prescriptiva, precisa y delimita la intervención profesional, las acciones y objetivos se encuentran previamente definidos de acuerdo a las características generales del "caso". El estudio, la evaluación y el tratamiento del método de casos serán definidas como las etapas a seguir en el abordaje tendientes a "estabilizar o mejorar el funcionamiento del cliente con respecto a su adaptación o ajustamiento social" (Hamilton, 1992:244). Entendiendo por ajustamiento social como el ajustamiento de la personalidad, es decir, el logro del cambio de la personalidad del cliente a través de un tratamiento orientado a modificar su situación y/o sus conductas y actitudes.

Para tal consecución el trabajador social de casos deberá, en primer lugar, colaborar en la identificación por parte del cliente de su problemática particular e incentivar y motivar los deseos de cambio.

Este modo de entender y comprender las problemáticas sociales excluía la incorporación de la cuestión social como categoría analítica del proceso de intervención profesional, no se cuestionaba lo fundante de las situaciones conflictivas. Se hacía hincapié en el individuo y en el entorno familiar a partir de sus conductas y se abordaban en términos de deficiencia para la adaptación. Por ello la necesidad de recurrir a la psicología y a la medicina, para explicar desde allí los problemas de conducta, los malos hábitos, las dificultades en el aprendizaje, etc.

El logro en el cambio de las actitudes personales, el establecimiento de buenas relaciones entre el trabajador de casos y el individuo y la familia, entre la familia, el paciente y el médico, eran premisas que orientaban la intervención de los trabajadores sociales para facilitar y optimizar la integración y adaptación pasiva a la vida social.

Esta lógica de intervención persistió fuertemente y sin cuestionamientos en nuestro país hasta la década del 60, etapa histórica constituida por hechos sociales y políticos que signaron este momento histórico, en el caso del Trabajo Social, posibilitó la apertura de discusiones y replanteos en torno a la función social asignada desde su surgimiento: responder a los intereses de las clases dominantes paliando e invisibilizando las manifestaciones de la cuestión social producto de las contradicciones inherentes al capitalismo.

La labor asignada a las asistentes sociales estaban dirigidas a la atención de aquellas problemáticas que eran consideradas de su incumbencia, como por ejemplo enseñar a las madres

a cuidar a sus niños, economía doméstica, hábitos de higiene, inculcar valores saludables como así también controlar las acciones y conductas de las personas. La visita domiciliaria se constituía en una instancia privilegiada de la disciplina ya que es en el ámbito del hogar donde se puede observar y evaluar el desempeño de las personas.

En el caso de la intervención en instituciones psiquiátricas estas funciones se resignifican y van a estar orientadas a revincular y reinsertar al paciente al medio socio-familiar, en el caso de las actividades intrahospitalarias formando parte de los equipos de atención. El médico psiquiatra es quién decide su intervención, como lo estipula un autor:

"Prácticamente todos los casos admitidos presentan aspectos sociales. La decisión de considerar el caso como "social" es un tanto arbitraria y viene unas veces del médico director y otras de algún componente del equipo." (Claramunt Lopez;1964:410)

La denominación de caso "social" continúa en vigencia y la definición hace referencia a la existencia de problemas familiares, económicos, etc., que escapan a la intervención médica. Y torna necesaria la presencia de un trabajador social para que se encargue de abordar específicamente los problemas considerados sociales que obstaculizan el proceso de recuperación de los pacientes y/o imposibilitan su externación. Lo social desde esta perspectiva se presenta como un campo específico de intervención del Trabajo Social.

El movimiento de reconceptualización en el Trabajo Social, hacia mediados de la década de 1960, significó el inicio de un proceso de rupturas y de continuidades en la formación y en la práctica profesional. El proceso de ruptura se tradujo en el cuestionamiento a la práctica profesional sustentada en concepciones conservadoras y funcionales a un modo de vida basado en la desigualdad social en el cual la disciplina actuaba para paliar las situaciones de conflicto social. Como lo afirma Virginia Siede este movimiento presentó:

"...una serie de intentos de ruptura en relación a las concepciones y modalidades interventivas que la profesión tenía hasta ese momento. Las discusiones profesionales de esos momentos, inicialmente muy centradas en la necesidad de construir un Trabajo Social Latinoamericano, fundamentalmente dieron como resultado el descubrimiento y la puesta sobre la mesa de una dimensión política de la intervención profesional..." (Siede, 2002)

En cuanto al proceso de continuidades podemos identificar en la literatura de la época, que un sector de la profesión consideraba que el fortalecimiento y crecimiento del Trabajo Social como profesión se enlaza con la incorporación del saber "científico" de otras disciplinas en un intento de búsqueda para fundamentar, en términos teóricos, la lógica de intervención asignada y asumida históricamente.

Desde su surgimiento, la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental, se tornó en una especialización particular de la profesión: el Trabajo Social psiquiátrico. Este posicionamiento posibilitó y demandó para el desarrollo profesional, la utilización de saberes y métodos asociados a la psicología y psiquiatría, de este modo se comienza a psicologizar la lectura de las problemáticas sociales y/o a patologizar las relaciones socio-familiares de los sujetos que padecen una enfermedad mental.

Resulta ejemplificador, en el caso de nuestro país, el intento de Becerra(8) por establecer una metodología de intervención profesional empleando categorías médicas y de distintas corrientes de la psicología funcionalista(9) . De este modo construye una serie de tipologías sobre la personalidad, sobre las familias y las enfermedades mentales pues lo considera prioritario para la capacitación teórica y práctica del trabajador social que se encuentra trabajando con los enfermos mentales y sus familias(10) .

En cuanto al Trabajo Social psiquiátrico claramente deja estipulado que el objetivo es el de ayudar a los seres humanos para el logro del desarrollo de sus capacidades en un sentido positivo, jugando un papel importantísimo la personalidad del profesional para su alcance pues la adquisición de habilidades técnicas no es algo que pueda transmitirse a través de la enseñanza, sobre todo si se pone como principio la aceptación del paciente como persona y se acepta el profesional también como persona. Pero esa ayuda tiene una dirección: educar y reorganizar la personalidad del enfermo mental y la función del Trabajo Social allí es la de actuar como agente socializador.

Así también es notable como la influencia de diversas corrientes teóricas de la psicología, de la sociología funcionalista y la medicina, particularmente de la psiquiatría, van configurando y estructurando una modalidad de intervención desde el Trabajo Social sustentada en una mirada

parcial y ecléctica de lo que se presenta en el campo de la salud mental, desvinculada de las condiciones socio-históricas y económicas más amplias.

En síntesis, el intento en la construcción de una metodología y/o la aplicación de técnicas e instrumentos en el Trabajo Social desde el campo de la psicología americana no solo acentuó una concepción individualista de los conflictos y de los problemas de las personas que padecen trastornos mentales sino que también instauró la construcción de un perfil profesional orientado a lo socio-terapéutico.

Reflexiones finales

Las preocupaciones sobre los reiterados reingresos de personas con diagnóstico de esquizofrenia, el impacto negativo que ello tiene tanto en su proceso de recuperación como así también en la dinámica y vinculación familiar y/o de su grupo de referencia, fueron las inquietudes que motivaron el estudio de la temática con la intencionalidad de comenzar a visibilizar aquellos aspectos que contribuyen en el sostenimiento de esta situación.

La indagación en investigaciones, artículos y bibliografía específica aportaron datos, información, análisis y consideraciones de relevancia que condujeron al análisis y problematización, en primer lugar sobre la modalidad de abordaje terapéutico) de la esquizofrenia y posteriormente sobre la modalidad de atención en salud mental en términos más amplios.

El análisis sobre el abordaje terapéutico de la esquizofrenia posibilitó identificar la importancia que adquiere el sostenimiento de una perspectiva de totalidad y complejidad sobre la incidencia de esta enfermedad tanto en la persona que la padece como en los miembros de su familia y/o de su grupo de referencia.

Decíamos en el análisis de las recaídas en el proceso de recuperación, que la inclusión de las condiciones de vida, la situación económica, las posibilidades de acceso a determinados bienes y servicios, la trayectoria histórica, la construcción y participación en las relaciones socio-familiares, resultan dimensiones analíticas necesarias en la comprensión de las situaciones de crisis que atraviesan las personas para el establecimiento de una modalidad de abordaje terapéutico que incluya las necesidades de los usuarios y de sus familias.

Si bien es cierto que el abordaje terapéutico se referencia en la modalidad de atención en salud mental instaurada, en cada momento histórico, los cambios pueden y, deben, iniciarse con la modificación de las perspectivas parciales y limitantes que muchos profesionales y técnicos sostienen a la hora de determinar el tratamiento terapéutico(11 .

El análisis sobre el reingreso de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia posibilitó evidenciar que se lo identifica como una alternativa, más que como un problema por parte de los familiares y/o grupo de referencia y de los profesionales y técnicos, ante la persistencia de situaciones de crisis o "descompensación del paciente". Pero, ¿qué sucede con el paciente?, ¿se discute sobre los posibles impactos negativos que ello puede generar en su proceso de recuperación?.

Lo anterior se contrapone con la bibliografía consultada y las investigaciones realizadas por expertos, las cuales recomiendan utilizar la reinternación hospitalaria ante casos extremos, pues se evalúa que la institucionalización continua atentando contra el proceso de recuperación de los pacientes. La internación domiciliaria o las internaciones breves en hospitales generales, la atención y el seguimiento comunitario se proponen como dispositivos adecuados que posibilitan la superación de crisis agudas sin atentar contra vinculación socio-familiar, sometiendo a la persona a la vivencia de situaciones indignas en grandes instituciones manicomiales, generando un síndrome de hospitalismo que conlleva la adaptación pasiva a la institucionalización asilar.

Es evidente que el no contar con dispositivos de atención superadores de la internación manicomial responde a la existencia de una modalidad de atención sanitaria en el campo de la salud mental, específicamente, y de la salud en términos generales. La ausencia de políticas sanitarias que contenga una articulación sistemática entre sus diferentes niveles de atención se presenta como un gran obstáculo, que posiciona al hospital neuropsiquiátrico -perteneciente al tercer nivel de atención- como único recurso de atención sanitaria, con el que cuenta la población. Desde esta perspectiva, podemos inferir que el desarrollo y ejecución de las políticas sociales en el sector de la salud mental se centraron básicamente en la atención asilar, tanto para su internamiento como para la realización de tratamientos ambulatorios. Los intentos de reforma y/o

de articulación con el primer y segundo nivel de atención fueron propuestas endebles y no contaron con el apoyo político indispensable para fundar una modalidad de atención sanitaria que incluyera la diversidad de enfermedades mentales y las particularidades de los sujetos que las padecen, respetando sus derechos individuales y sociales.

Esta situación expresa la valorización que subyace respecto de la salud/enfermedad mental, como un binomio inseparable pero que a su vez señala que el dispositivo de atención se localiza esencialmente en la enfermedad. A partir del ingreso al dispositivo de atención sanitaria, tanto la persona portadora de un trastorno mental como su familia y/o grupo de referencia, ingresan a un circuito del cual resulta difícil escapar.

Ante situaciones de crisis, la familia, la comunidad, los agentes policiales, judiciales y sanitarios - ubicados en cualquier nivel de atención- evidencian la internación en el hospital neuropsiquiátrico de la persona como la solución apropiada.

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

La respuesta socialmente construida a la enfermedad mental ha intentado ocultar, bajo el discurso de ideas humanistas, su ineficacia en la resolución de las problemáticas inherentes, posicionando como problemáticas individuales la incapacidad sea para su recuperación, para el sostenimiento del tratamiento o para la asunción de responsabilidades sociales. Es decir, que más allá del avance de las ciencias sociales, de los importantes aportes realizados por las investigaciones provenientes de la medicina, de la psicología y los descubrimientos operados en el campo de la farmacología, la matriz filantrópica continúa estando presente en la comprensión del proceso de salud/enfermedad/atención de la salud mental.

Desde esta lógica no se produce un cuestionamiento a la modalidad de atención, a su organización, dinámica y objetivos de funcionamiento: es un problema del individuo que no se adapta.

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

Ello nos permitió visibilizar cómo la matriz de pensamiento filantrópico y las influencias teóricas y metodológicas de otros campos disciplinares de las cuáles se nutrió el Trabajo Social, se encuentran presentes y ha tenido continuidad en el ejercicio profesional a lo largo de los años. Por ser una profesión asalariada, inscrita en la división social y técnica de trabajo, su ejercicio profesional se centra, básicamente, en la implementación de políticas sociales -respuestas sistemáticas y estratégicas por parte del Estado para enfrentar las refracciones de la cuestión social-.

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

Es evidente que el tema es complejo y que nuestra proposición da lugar para el debate. La discusión en torno a qué servicios de atención en salud mental socialmente necesitamos es un tema que aún no lo hemos realizado, quizás porque aún no hemos iniciado la discusión sobre la existencia de los manicomios.

NOTAS

(1) La utilización del encomillado es para distinguir que esta búsqueda de un saber científico en el Trabajo Social estuvo (y aún hoy se encuentra vigente) cimentada en la lógica positivista. Dado que no es el objetivo ahondar en este tema, recomendamos cf. Netto, 1992.-

(2) "...dadas las necesidades profesionales e interventivas del Servicio Social, esa condición de receptáculo de los productos de las ciencias sociales era insuficiente -y por lo tanto, ella es sólo un aspecto de la relación del Servicio Social con las ciencias sociales; hay otro de igual importancia: el de soldar de alguna forma esas contribuciones externas en un marco de referencia mínimamente articulado y estable -una especie de sistema de saber de segundo grado, obtenido por la acumulación selectiva de los subsidios de las ciencias sociales según las necesidades de la propia profesión." (Netto;1997:150)

- (3) "...y la tradición positivista es la típica respuesta conservadora en la cultura occidental del siglo XIX, y es en su seno que se constituyen las ciencias sociales [...]por un lado, se trataba de extender la racionalidad de las ciencias de la naturaleza (especialmente la biología y la física) a la reflexión sobre sociedad; por otro, se trataba de rechazar una razón teórica que negaba el orden vigente". (Netto;1997:145)
- (4)"Curiosamente, y no casualmente, fue en Inglaterra, sede de la Revolución Industrial y de las primeras organizaciones proletarias, donde encontramos los antecedentes de la profesión con la creación de la London Charity Society en 1869, caracterizada por ser el primer intento de una sistematización y tecnificación en torno a la intervención asistencial. De algún modo, esta institución sintetizaba la labor desarrollada por los denominados "reformadores sociales", que desde inicio del siglo XIX, pregonaban una intervención social ante el avance de la "cuestión social" generalmente asociados a motivaciones religiosas (ya sean católicas o protestantes)". (Parra, 1999:66)
- (5) "La filantropía que no hay que entender como una fórmula ingenuamente apolítica de intervención privada en la esfera de los problemas llamados sociales, sino que hay que considerar como una estrategia deliberadamente despolitizante cara al establecimiento de los servicios colectivos, puesto que ocupa una posición neurálgica equidistante de la iniciativa privada y del Estado". Donzelot, (1998:58)
- (6) Mary Richmond se desempeñó como tesorera asistente en la Sociedad para la organización de la Caridad (entidad civil filantrópica) a partir de 1889. En 1897, como Secretaria General de la misma entidad, plantea en un discurso la importancia de crear una escuela para trabajadores sociales. La COS crea la Escuela de Filantropía de Nueva York un año después y ella participa como docente, en 1918 pasa a denominarse Escuela de Trabajo Social. El estudio y la investigación desarrollada a lo largo de 17 años le posibilita escribir una teoría sobre trabajo social: Diagnóstico Social y Qué es el trabajo social de casos?, este último traducido en español como El caso social individual.
- (7)"El tratamiento no puede organizarse por departamentos; ya sea que los servicios de enfermería, trabajo social y técnico se consideren como "adjuntos" o "cooperativos" a los del médico, no cabe duda que deben integrar un todo para la atención del paciente. El tratar un caso simultáneamente con el mismo enfoque y objetivo que el del médico, no cabe duda que es, por consiguiente, el rasgo distintivo del escenario médico o psiquiátrico". (Hamilton; 1992: 309)
- (8)Es necesario mencionar que la autora estuvo como supervisora docente en el curso de posgrado para profesionales de Servicio Social, que se dictaba desde el Instituto Nacional de Salud Mental, en el periodo 1967/1971.
- (9)Cf. Becerra, Rosa María. Elementos básicos para el Trabajo Social psiquiátrico. Editorial Eco. Buenos Aires, 1977.-
- (10)Desde esta lógica de razonamiento la autora establece una metodología del trabajo social psiquiátrico utilizando conceptos de comunicación, de psicología y de medicina, fusionando en algunas etapas de la acción profesional a los métodos clásicos de intervención por considerar que de otro modo no podría funcionar.
- (11)"La familia precisa ser vista no apenas como un recurso, como un "lugar" como otro cualquiera. Evidentemente es un espacio de afecto y relaciones personalizadas significativas, más no siempre es vivenciado como un afecto positivo tanto por el portador del trastorno mental como por la propia familia. El cuidado en la familia envuelve no sólo afecto, características psicológicas, relaciones interpersonales significativas, más también condiciones materiales concretas para su desarrollo" (Santos Rosa,2000:285)

BIBLIOGRAFÍA

- ALAYÓN, Norberto. Hacia la historia del Trabajo Social en la Argentina. Lima, Ediciones CELATS, 3° ed., 1980. [Historia del Trabajo Social en la Argentina. Buenos Aires, Editorial Espacio, 4° ed., 1992]
- ALBERDI, José María. Reformas y contra-reformas, políticas de salud mental en Argentina. Tesis de Maestría presentada en la Universidad Federal de Río de Janeiro. Brasil, 1997.-
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Guías para el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia, 1997.
- BECERRA, Rosa.María. Elementos básicos para el Trabajo Social psiquiátrico Editorial ECRO. Buenos Aires, 1977.
- _____. Una experiencia de integración de métodos en Servicio Social psiquiátrico, en Revista Selecciones del Social Work. N°7. Setiembre de 1969. Buenos Aires.
- CARPENTER y BUCHANAN. Capítulo 14: Esquizofrenia, en Tratado de Psiquiatría/VI. Vol. 2. Sexta edición. Inter.-Médica Editorial. Buenos Aires.1997.-
- CASTEL, Robert. Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1997.-
- CAZZANIGA, Susana. Lo metodológico en Trabajo Social. Ficha de cátedra: Práctica Sistematizada I. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos. Paraná 2001.-
- _____. Lo social, cuestión social, intervención social. Ficha de cátedra N° 1: Trabajo Social I. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos. Paraná. 2001.-
- _____. Estrategias típicas de intervención social. Ficha de cátedra N° 2: Trabajo Social I. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos. Paraná. 2001.-
- _____. Trabajo Social y el proceso disciplinar. Ficha de cátedra: Práctica Sistematizada I. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos. Paraná. 2001.-
- _____. De lo privado y lo público, de subjetividades e institucionalidades. Ponencia presentada en el Congreso Regional: Derechos humanos y salud mental. Paraná. Octubre de 2002.-
- DONZELOT, Jacques. La policía de las familias. Pre-textos. Valencia.1998.-
- GALENDE E. Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Paidós

editorial. Buenos Aires, 1990.-

_____. La discriminación social y jurídica del enfermo mental. Ponencia presentada en las Jornadas de Psicología Forense. Buenos Aires. 1994.-

_____. Informe solicitado por Convencionales del Frente Grande: Salud mental y Constitución Nacional. Fundamentos para la inclusión en los derechos y garantías constitucionales de la problemática del enfermo mental. 1994.-

_____. De un horizonte incierto. Paidós editorial. Buenos Aires, 1997.-

_____. La situación de la Salud Mental en Argentina. Mimeo. Lanús, 2000.

GARCIA PEREIRA, Ivana. Do Ajustamento á Invención da Cidadania: serviço social, saúde mental intervencao na familia no Brasil. En Mourao Vasconcelos et al. Saúde Mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. Cortez Editora. San Pablo, 2000.-

GRADILLAS, Vicente. La familia del enfermo mental. La otra cara de la psiquiatría. Editorial Dos Santos. Madrid, 1998.-

IAMAMOTO, Marilda V. Servicio Social y división del trabajo. Cortez Editora, San Pablo, Brasil, 1997.-

MARTINELLI, María Lúcia. O uso de aborgagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. En Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. Veras Editora. Sao Paulo, 1999.-

MENÉNDEZ E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. En Revista Alteridades, 1994.-

MOURAO VASCONCELOS E. Saude mental e serviço social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. Cortez Editora. Sao Paulo, Brasil, 2000.-

NETTO, José Paulo. Capitalismo monopolista y Servicio Social. Cortez Editora. San Pablo, Brasil, 1997.-

PARRA, Gustavo. Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y Expansión del Trabajo Social Argentino. Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Luján, 1999.

_____. Discutiendo el movimiento de reconceptualización. ¿Un nuevo Proyecto Profesional en el Trabajo Social Latinoamericano?. Tesis de Doctorado presentada en la Pontificia Universidad Católica de San Pablo, Brasil. Mimeo. Buenos Aires, 2002.-

RICHMOND, Mary E. Caso social individual. Editorial Humanitas. 3° ed., Buenos Aires, 1993.-

SANTOS ROSA Lúcia. As Condições da Família Brasileira de Baixa Renda no Provimento de Cuidados com o Portador de Transtorno Mental. En Vasconcelos Mourao et al. Saúde Mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. Cortez Editora. San Pablo, Septiembre de 2000.-

SIEDE, María Virginia. Intervención profesional y conflicto social. Ponencia presentada en Buenos Aires, 2002.

VASCONCELOS MOURAO, Eduardo. El movimiento de higiene mental y la emergencia del Servicio Social en Brasil y en Río de Janeiro, en Revista Servicio Social y Sociedad, Editora Cortez. N° 63, Año XXI, Brasil, 2000.-

VEZZETTI, H. La locura en la Argentina. Ediciones Folios. Buenos Aires, 1983.