

Intervención en Salud Mental desde el Trabajo Social

Por Luis Tomás Gómez Parada.

Luis Tomás Gómez Parada. Asistente Social, Licenciado en Trabajo Social, estudiante de Magíster en Ciencias de la Familia con Mención Orientación y Mediación familiar, Universidad Católica de la Santísima Concepción, sede Concepción, Chile.

Presencia de la biopolítica en la Salud Mental

El concepto de biopolítica por Foucault (2001) se refiere al Estado con un papel de vigilancia y control con respecto a los habitantes, a las riquezas, a las conductas de todos y cada uno de los miembros de una población, al igual como lo hace un padre de familia con los integrantes de su hogar y de igual manera con sus bienes. La población puede ser medida, organizada, desarrollada estadísticamente en categorías, y puede ser dotada de técnicas de poder/conocimiento. Es el paso de la estatización de la sociedad por la “gubernamentalización” del estado. En este sentido se produce una simbiosis y conjunción entre lo biológico y lo político, no solo a través de las prácticas sanitarias, sino por la compleja instauración de tecnologías de control biológico. El cuerpo se ha vuelto sede del individuo disciplinado a través de sus distintas manifestaciones en salud, enfermedad, alimentación, seguridad, higiene, estilos de vida.

Las sociedades convertidas en población inscriben las nuevas líneas de lo político, esto quiere decir que estaríamos ante procesos de colonización de la vida humana. A eso se refieren las nuevas tecnologías de la normalización e individuación que reflejan los nuevos mecanismos de control de la inmanencia de la vida.

En cuanto a la temática abordada en este artículo se puede apreciar como el Estado al tener la capacidad de elegir el campo de su poder, pudiendo ser la natalidad, mortalidad, morbilidad, y las diversas capacidades biológicas, entre otros. Es cuando en este ámbito encontramos al denominado “loco” en donde son los que tienen el poder, los cuales definen lo que es normal o no lo es, por consiguiente el loco es una persona excluida de la sociedad a la cual no se le considera su percepción, por considerarse una persona que ha perdido la cordura y que no está en sus cabales para poder razonar por sí mismo de manera adecuada, y esto repercute en el poder tomar decisiones por sí mismo. Es por esta razón que el loco, es muchas veces internado en Hospitales Neuro psiquiátricos, donde el Estado usa como dispositivo de control la medicalización para sedar al paciente que está siendo intervenido. Hoy en día se han implementado nuevas formas de intervención, por medio de programas de salud mental en el nivel de atención primaria.

Al hacer un análisis crítico de la biopolítica de parte del Estado, considerando porque los problemas de salud mental están dentro de la quinta prioridad en los planes de salud en Chile. Probablemente sea un problema económico en el cual el Estado no tiene interés en gastar, ni tampoco poner a personas en edad productiva para la solución de estas problemáticas como sus prioridades. Es entonces como se puede ver al Estado que está más preocupado del sistema neoliberal que de dar soluciones a personas que de una u otra manera pueden por medio de

mecanismos de poder, mantener excluidas de la sociedad catalogándolas como enfermas y fuera de cordura.

Además es relevante hacer referencia al contexto histórico, en palabras de Foucault (1998) a fines del siglo XVII se encierran juntos: enfermos venéreos, degenerados, disipadores, homosexuales, alquimistas, brujos, libertinos..., el gran conjunto de seres sin razón, de los que se apartan de la norma social.

Luego en el Siglo XVIII un “loco” puede confesarse y recibir la absolución; aunque todo muestre que no está en su juicio, se tiene el derecho y el deber de suponer que el Espíritu ha esclarecido su alma por vías que no son sensibles ni materiales, vías "de las que a veces se sirve Dios, como el ministerio de los ángeles o bien una inspiración inmediata, es por esto que ¿se hallaba en estado de gracia en el momento en que ha sido atacado por la locura?

El denominado “loco”, sin duda alguna, se salvará, haya hecho lo que haya hecho en su locura: su alma se ha retirado, protegida de la enfermedad, y preservada, por la enfermedad misma, de todo mal. El alma no está lo bastante comprometida con la locura para pecar en ella.

El alma de los locos no está loca. El papel fundamental de la pasión dentro de la locura es la desviación de nuestro espíritu que no viene más que del hecho de que nos entreguemos ciegamente a nuestros deseos, de que no sabemos refrenar nuestras pasiones ni moderarlas. De allí esos delirios amorosos, esas antipatías, esos gustos depravados, esa melancolía que causa la pena, esos arrebatos que en nosotros produce un rechazo, esos excesos en la bebida, la comida, esas incomodidades, esos vicios corporales que causan la locura que es la peor de todas las enfermedades.

Por otro lado dando fundamento a lo mencionado anteriormente con respecto a la salud mental, según las estadísticas en Chile se ha aumentado las tasas de suicidio en un 60% y a esto se le suma que uno de cada 3 personas sufre problemas de salud mental (Estrategia Nacional de Salud Mental, 2011).

Además se puede apreciar que en Chile mueren por suicidio entre 5 a 6 personas al día, lo que representa cerca del 2% del total de muertes (Minsal, 2011). En relación a las muertes no naturales más frecuentes, el suicidio es comparable con las muertes de tránsito.

Por otra parte, dentro del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001) con respecto a la biopolítica que se está ejecutando se encontró lo siguiente:

El programa tiene el propósito de servir de elemento orientador de la programación de los recursos y prestaciones del sistema, definiendo un conjunto de actividades básicas para dar respuestas a las necesidades de atención de una población determinada.

La programación de estas actividades en los distintos dispositivos de la red debe permitir a que las personas accedan a las que necesiten, en el lugar y por el equipo más cercano a su residencia.

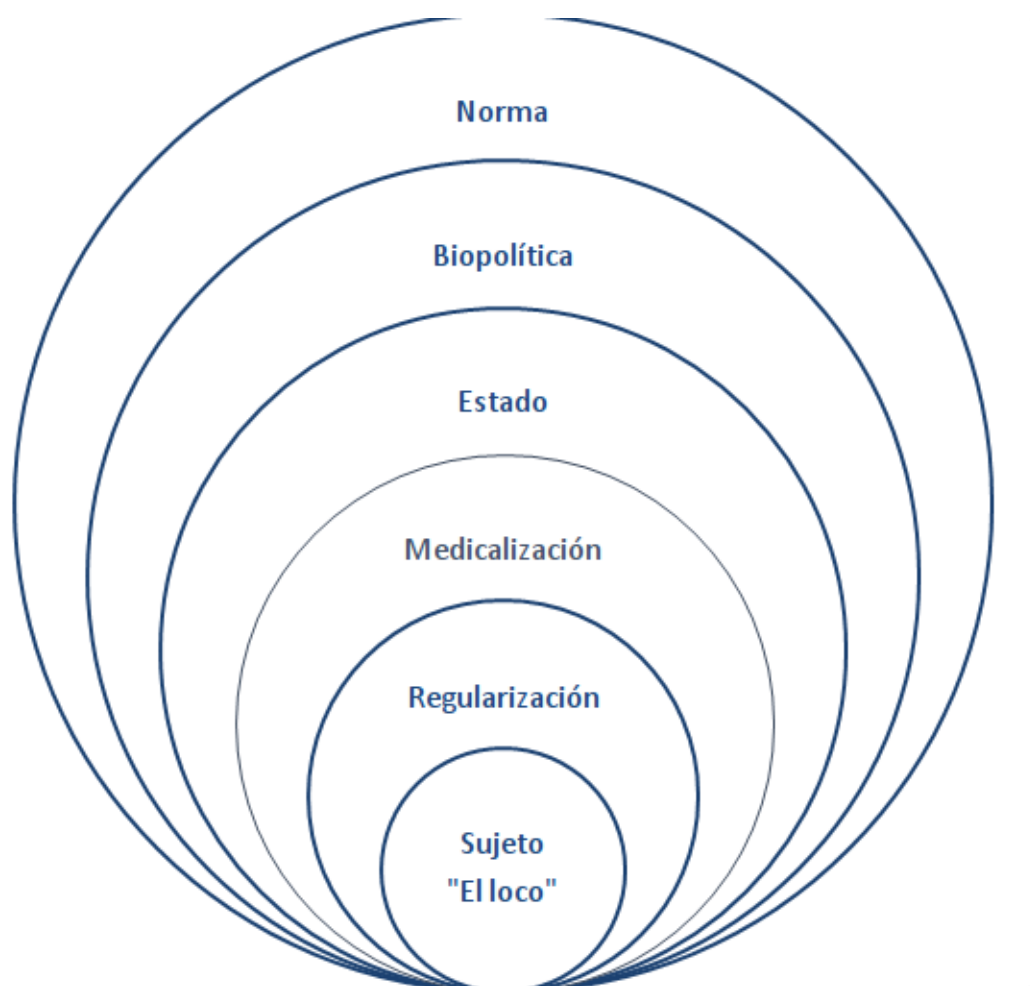
Las prestaciones o actividades básicas de salud mental y psiquiatría del programa se describen de acuerdo al nivel de resolución del equipo o establecimiento en el que se realiza y en función del objetivo en el contexto de la red de servicios.

En este ámbito la medicina –como bien lo clarifica Foucault- va a ser una técnica política de intervención, “(...) un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos; que va a tener, en consecuencia, efectos disciplinarios y reguladores” (Foucault, 1976:229).

La medicalización constituye un proceso biopolítico esencial, ya que permitirá conocer y administrar los peligros de la población y legitimar el orden social. La figura del “loco” es

considerada para el Estado como un ente maligno, como un ser indeseado y enemigo a la vez, por lo cual es necesario controlarlo por medio de la biopolítica, para esto se debe aislar y excluir de la sociedad, al igual que se hizo durante el desarrollo capitalista con los pobres que se consideraban una amenaza por la transmisión de enfermedades, herencia degenerada, alcoholismo, prostitución, delincuencia, anarquismo y comunismo, pero hoy en día desde el enfoque biomédico el loco debe ser sanado.

El dispositivo de control entonces se ejerce por medio de la exclusión y la medicalización, haciendo de este ejercicio la biopolítica del Estado, al regularizar al loco, con un trasfondo centrado en la moral y los valores, que conformaran la norma, siendo esta norma la que se pueda aplicar a un cuerpo como a la población que se quiera regularizar.



Intervención social y Salud Mental

Los trastornos mentales y de conducta se dan en personas de todas partes del mundo. De acuerdo a los estimados proporcionados en el informe de salud mundial 2001 de la OMS, se calcula que, en el mundo, alrededor de 450 millones de personas sufren cada año enfermedades mentales. Esto significa que al menos una vez en nuestra vida, uno de cada cuatro de nosotros desarrollara un problema mental o de conducta. Asimismo se estima que las enfermedades mentales continuaran aumentando. En el año 1990 se calculó que las condiciones neuro psiquiátricas explicaban el 10%

de la discapacidad global. En el año 2000, estos porcentajes aumentaron hasta el 13%. Si estas previsiones siguen confirmándose, para el año 2020, las enfermedades mentales explicarán el 15% de la discapacidad mundial, siendo la depresión, por sí sola, la segunda causa en el mundo. Además de las consecuencias para la salud, los costos sociales y económicos derivados de los problemas mentales son enormes. Y a los costos de los servicios sanitarios hay que sumarle los costos por desempleo y reducción de productividad, los del impacto de las familias y cuidadores, los asociados con niveles de crimen e inseguridad ciudadana, y el costo atribuido al impacto negativo de la muerte prematura. Adicionalmente, hay muchos otros costos incalculables que no se tienen en cuenta, como por ejemplo los que se derivan de las oportunidades perdidas para los individuos que sufren enfermedades mentales y sus familiares.

Intervenciones para las prevenciones en Salud Mental

La prevención de los trastornos mentales, se basa en los principios de salud pública, y se caracteriza por su enfoque de reducción de los factores de riesgo y la promoción de factores de protección relacionados con un trastorno mental o problema de conducta, con el objetivo de reducir su prevalencia e incidencia. La clasificación de prevención en salud pública es la prevención primaria, secundaria y terciaria.

A continuación se describen los tres tipos de prevención primaria según (Mazek & Haggerty, 1994).

La prevención universal se define como las intervenciones que se dirigen al público en general o a todo un grupo determinado que no ha sido identificado basándose en el riesgo.

La prevención selectiva se dirige a individuos o grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que la media, y se evidencia por factores de riesgos biológicos, psicológicos o sociales.

La prevención indicada se dirige a personas identificadas como alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos pero detectables, o marcadores biológicos indicando una predisposición para un trastorno mental, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para trastorno en ese momento.

Aunque la prevención y promoción en salud mental se han considerado a veces como dos enfoques diferentes, los dos comparten tanto analogías estructurales como una relación funcional y un objetivo común: mejorar la salud mental.

Intervenciones para las promociones de Salud Mental

Actualmente contamos con suficiente evidencia para demostrar que los programas que promocionan la Salud Mental no sólo funcionan, sino que además contribuyen a un mayor bienestar mental y aumentan la calidad de vida a nivel individual y comunitario. Aún se pueden mejorar considerablemente estas intervenciones y es necesario que estudios de investigación continúen descubriendo cuáles son los elementos que contribuyen a la eficacia de las prácticas preventivas.

La integración de los resultados en varios estudios recientes revela que: la prevención es igualmente eficaz cuando es aplicada a distintas edades y grupos con niveles de riesgo diferentes;

las técnicas cognitivas y las que ayudan a mejorar las competencias y habilidades personales son las más eficaces en distintas edades y óptimas cuando se combinan en una estrategia que incluya múltiples métodos; los programas preventivos deberían ser largos para niños y cortos para la tercera edad; deberían ser implementados por profesionales de la salud; óptimamente basando las intervenciones en teorías e implementando e investigando con alta calidad. A pesar de estos resultados, es importante tener en cuenta que estos elementos solo explican una parte de la varianza de los resultados, y que se precisan más estudios que continúen investigando que es lo que produce la eficacia de estas intervenciones.

Es vital reducir los problemas de salud mental donde la promoción y prevención pueden contribuir considerablemente a esta nueva prioridad del siglo XXI. Pero esta creciente problemática solo se podrá combatir si la futura política de salud mental tiene como objetivo la sostenibilidad de distintos organismos y prácticas para la misma, y si se dirige por igual, a la prevención y al tratamiento, logrando un equilibrio mejor entre ambos.

Las narrativas de la enfermedad y la intervención en lo social

Las enfermedades son narradas, contadas desde diferentes formas de relatos. Las narrativas de la enfermedad, desde la perspectiva de la intervención del Trabajo Social en Salud Mental, construyen la escucha, la mirada y el registro. Desde allí se vinculan con las diferentes formas de intervención. Estas cuestiones pueden ser sistematizadas desde la noción de “Modelos de Intervención en Salud”. Como vía de entrada, la noción de Modelo de Intervención permite sistematizar y ordenar las prácticas desde diferentes aspectos. La idea de sujeto de intervención que se utiliza, el marco teórico que la sostiene, y la intervención típica que se produce como producto de la relación entre lo conceptual, la noción de sujeto y del contexto, da cuenta de una serie de posibilidades de análisis de la Intervención en lo social, y también a sus peripecias de orientación y dirección (Carballeda, 2007).

Dentro de esas diferentes modalidades de intervención, la escucha forma parte de todo el proceso del quehacer en la práctica diaria. Las narrativas en el proceso de intervención en salud pueden enumerar una serie de cuestiones posibles. Por un lado, la existencia de un narrador genera una forma determinada de escucha. Es decir, la narración puede ser condicionada, atravesada y constituida desde el narrador, pero también desde el lugar de la escucha desde lo social. Este tipo de narración va dirigida a otro, del cual se tiene una construcción simbólica definida. No son iguales las narraciones de la enfermedad en todas las disciplinas que intervienen en ese campo (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, entre otros), pero también esta narrativa dentro de cada campo está condicionada por el modelo de intervención que se utilice (Carballeda, 2007).

La terapia narrativa fue creada por Michael White, trabajador social australiano y David Epton, antropólogo de origen canadiense. Estos autores comenzaron a trabajar juntos desde los años ochenta y a partir de esa fecha desarrollaron esta forma de hacer terapia que ha ganado adeptos alrededor de todo el mundo. Varios autores se refieren a la terapia Narrativa como una forma de hacer terapia totalmente postmoderna (Tarragona, 2006).

La terapia narrativa nace de muchos aportes diferentes, siendo importantes los planteamientos de Michel Foucault respecto de cómo se ejerce el poder, los aportes de Gregory Bateson respecto de la cibernética aplicada a las ciencias sociales, Bruner en relación de la construcción del significado a través del lenguaje, y los fundamentos epistemológicos del construccionismo social, además de la

incorporación de “la analogía del texto” y el uso de la metáfora en el quehacer terapéutico (White, 2004).

La intervención en lo social como dispositivo

La intervención en lo social puede ser estudiada desde la palabra episteme. Es decir, puede entenderse a la intervención social, según la perspectiva de Michel Foucault, explicada por Albano, (2004) como: *“La sumatoria de una amalgama de categorías y saberes que conforman la apertura y cierre de conocimientos, vinculados a través de nociones de vecindad, aparición y permanencia de analogías y diferencias”*.

Esa sumatoria de elementos, se hace presente en los distintos espacios, territorios y sujetos en que la intervención actúa, atravesándolos, cargándolos de sentido y generando desde allí nuevas representaciones y construcciones.

Cuando la intervención social se pone en marcha, todos esos componentes interactúan de modo singular. Tanto desde la peculiaridad de cada uno, como a partir de sus diferentes interacciones, donde se entrecruzan discursos provenientes de diferentes órdenes.

También se expresan en forma diferenciadas en cada circunstancia y sujeto de intervención. Si bien Foucault (1991) refiere que la noción de episteme se vincula con diferentes corrientes de pensamiento, es posible repensar desde esta nueva perspectiva una nueva forma de aproximación a la noción de intervención social en diálogo con la práctica cotidiana, especialmente si se pone el acento en los procesos discursivos que se dan en su interior y en las diferentes construcciones que genera, teniendo en cuenta, también, que a partir de estos procesos discursivos se presentan, emergen, desaparecen o quedan latentes determinados enunciados, categorías, marcos teóricos y corrientes de pensamiento.

De este modo es posible asimismo pensar a la intervención social como “dispositivo”, es decir, desde su constitución y movilidad como una red o trama, conformada por discursos, disposiciones, reglamentos, leyes, enunciados y proposiciones filosóficas y morales (Foucault, 1991).

Desde esta perspectiva quizás exista la posibilidad de conceptualizar a la intervención social desde las relaciones que pueden existir entre los diferentes elementos que conforman esa red, sus interacciones y especialmente la singularidad de estas en cada circunstancia.

Es justamente en el escenario de la intervención social donde confluyen esos componentes y allí se hace presente la intervención como dispositivo, reconstruyéndose de ese modo en un juego de diferentes interacciones que se constituyen de manera heterogénea y particular.

El hospital neuropsiquiátrico como dispositivo de atención en la Salud Mental

Los hospitales neuro psiquiátricos o manicomios nacen como necesidad de la instauración de un nuevo sistema social que exigirá de este tipo de instituciones una respuesta organizada a diversas manifestaciones que remiten a la Cuestión Social. Específicamente, surge a partir de la Revolución Francesa (1889), cuando se instaura la razón como valor universal que llevaría al progreso de la sociedad.

Serán objeto de las prácticas profesionales aquellas personas que se consideraban “disfuncionales”, peligrosos, que de alguna forma desafían las normas vigentes y por lo tanto el sistema social, es decir aquellos que se aparten de la razón moderna. Al respecto Galende, (1997)

plantea: “... *el manicomio es la estrategia social para hacer controlable, regulable, la locura o el desecho, el muro que restablece un exterior libre de ellos, limpio, razonable*”.

Al sujeto se le va a dividir en partes donde cada una será objeto de control y conocimiento de diferentes disciplinas; nace así la psicología, la antropología entre otros. El modelo médico hegemónico va a ser la propuesta dominante en la atención de la salud. Este se caracteriza por ser a-histórico, a-social, individualista, mercantilista y biólogo. Es una práctica centrada en lo curativo que no busca actuar en las determinaciones sociales, sino todo lo contrario, busca mantenerlas y reproducirlas.

El Hospital Neuro Psiquiátrico es una institución que nace en un determinado momento histórico y que a lo largo de su permanencia va reproduciendo en su dinámica el movimiento de la realidad, va tomando formas particulares y expresiones de las contradicciones fundamentales de la misma.

Existe una tendencia en reducir el presupuesto del Hospital Neuro Psiquiátrico, provocando la rotación de camas, expulsando de alguna forma a los pacientes hacia la comunidad, pero sin considerar la posibilidad de construcción de redes comunitarias y políticas integrales de salud: “... *las políticas en relación a la salud mental han sufrido una reformulación en donde se apunta a transformar, desde discursos progresistas, produciéndose una desinstitucionalización compulsiva, evidenciada en el giro de camas, baja de camas y cierre de salas que eran destinadas a rehabilitación o crónicos, confluyendo esta situación en lo que se le llama deshospitización*”.

Salud Mental y Trabajo Social

Para referirse al Trabajo Social dentro del Hospital Neuro Psiquiátrico es necesario remitirnos al origen y funcionalidad de la profesión, enmarcándola en el sistema de producción capitalista, donde el uso de la medicalización pasa a ser una estrategia para maximizar las ganancias y la rentabilidad de las industrias farmacéuticas que se encuentra en manos de unos pocos capitalistas que monopolizan el mercado.

El Trabajo Social surge en la fase monopólica de Estado, ante la complejidad de las contradicciones generadas por el propio sistema, que se evidencian en la cuestión social. En esta fase del capitalismo el Estado interviene sobre la Cuestión Social de manera fragmentada, parcializándola.

Las políticas sociales son unas de las estrategias que utiliza el Estado, para abordar y, al mismo tiempo, ocultar la contradicción entre capital y trabajo. Esta estrategia demandaba profesionales que intervengan en la elaboración y ejecución de las mismas, creándose de esta manera el espacio socio-ocupacional del Trabajo Social, en la ejecución. Es decir, que es “*en la división social y trabajo colectivo, que el profesional es mandado a implementar políticas socio/asistenciales interfiriendo en las relaciones sociales que forman parte de lo cotidiano en la formación usuaria*” (Lamamoto, 2003).

Por consiguiente, el trabajador social va actuar desde el rol terapéutico, con una intervención desde el nivel individual al grupal, con objetivos de fomentar la convivencia entre los internos, promover hábitos y habilidades domésticas, fortalecer la relación de los pacientes con su entorno social que se encuentra fuera de la institución, donde el pilar fundamental es el grupo familiar entre otros grupos sociales que cumplan un rol socio afectivo hacia el beneficiario intervenido, además se considerara siempre relevante poder crear autonomía personal en los pacientes. Es importante concebir la salud mental desde los múltiples saberes existentes en la actualidad, no reduciendo el

padecimiento mental al tratamiento farmacológico como único indicador de solución a la problemática, es importante mirar la salud mental desde un enfoque multidimensional.

Bibliografía

Albano, S. (2004). *Glosario de aplicaciones de Michel Foucault*. Buenos Aires, Argentina: Quadrata.

Carballeda, A. (2007). *Escuchar las prácticas*. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.

Foucault, M. (1998). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Segunda reimpression en Colombia.

Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad*, Buenos Aires, F.C.E.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Lamamoto, M. (2003). *La práctica como trabajo y la inserción del asistente social en el proceso del trabajo. En: "servicio social en la contemporaneidad"*. Editorial Cortez. Brasil.

Ministerio de Salud (Minsal). (2000-2010). *Objetivos Sanitarios De La Década*. Evaluación Final Del Período. Grado De Cumplimiento De Objetivos De Impacto. 2010, ministerio de salud Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria / Departamento de Epidemiología.

Tarragona, M. (2006). *Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones*. Revista Psicología Conductual, 3(14), 511 – 532.

White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Editorial Gedisa.

Sitios Web

Ministerio de Salud (Minsal), Chile. (2011). Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Disponible: <http://www.minsal.gob.cl> (15 de noviembre de 2016).

Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Mental, Chile. (2011, mayo). Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante, Propuesta para una Construcción Colectiva, Documento de Trabajo. (Online). Disponible en : http://www.psicoadultos.uchile.cl/_pdf/2011/08/estrategia_nacional_salud_mental.pdf (29 de octubre de 2016)