

"La pata que no habla". Acerca de lo Social en Salud Mental

Por Cristian Busto y M. Jimena Mantilla

Introducción

El presente trabajo surge de una serie de interrogantes planteados tanto a partir de la intervención realizada desde el Trabajo Social en un hospital psiquiátrico, como de los desarrollos teóricos que desde las Ciencias Sociales intentan abordar la problemática de las enfermedades mentales.

De esta manera, lo que motiva este intento de reflexión es la pregunta acerca del lugar que ocupa lo social, tanto en la etiología de la enfermedad mental como en su tratamiento.

Consideramos que poder responder esta pregunta, o mejor dicho dada la complejidad de la problemática, vislumbrar algunas respuestas posibles, nos permite como profesionales de las ciencias sociales intervenir desde una postura crítica en las instituciones donde trabajamos. Pues en este sentido creemos que en las instituciones psiquiátricas se debe cuestionar una lógica de poder-saber que anacrónicamente al conocimiento, tiende a autoconstituirse como incuestionable, logrando en última instancia anular la libertad y la capacidad no sólo de quien es designado como enfermo mental sino también de los que intervenimos en estos procesos.

Como construcción humana, el saber nunca logró demostrarse a sí mismo como verdad absoluta. Tal es el punto de partida que queremos plantear y el que atraviesa el presente trabajo.

El contexto, como lo concebimos... y acerca de lo que pensamos

Actualmente se puede decir que, a partir de la práctica psiquiátrica, asistimos a una "invasión de lo social en la enfermedad mental". La agudización de la crisis socio-económica y política en la cual estamos inmersos determina en estos tiempos la consulta psiquiátrica de muchos sectores de la población, producto de una creciente fragilización y vulnerabilidad de la vida cotidiana.

Los servicios médico psicológicos se ven desbordados en su capacidad de atención, como también en las posibilidades de dar respuesta a la compleja realidad de los pacientes desde la habitual lógica de sus saberes.

De esta manera, la demanda hacia el Trabajo Social por parte de los profesionales médicos y psicólogos se ha visto incrementada. Tal hecho debe sus razones a las consecuencias de una intensificación real y una mayor visibilidad de problemas relacionados con la creciente precarización, tanto de los vínculos sociales como de los recursos materiales y simbólicos de quienes son atendidos por la institución. En este marco y como rol de la intervención social, se espera una resolución de los obstáculos sociales que impiden un tratamiento "normal" de las patologías.

Es en este sentido que la mirada social se torna parte cada vez más importante -podríamos decir- del tratamiento, pero también en el que su acción queda relegada a la utilización de diferentes recursos para apuntalar una intervención predominantemente psiquiátrica y psicológica. Lo social fue concebido desde hace tiempo como una dimensión interviniente del proceso salud-enfermedad, pero siempre ha visto relativizada su posibilidad explicativa en una hegemonía tendiente a abordar los problemas sociales como factores complejizantes de la

vida psíquica -en el mejor de los casos- y no como aspectos constitutivos de la problemática mental.

De todas maneras, si bien podría objetarse que en la actualidad lo social ha adquirido una mayor visibilidad y “peso” que en otros períodos, no puede dejar de verse por ello el acotado espacio adquirido en relación al conocimiento desarrollado sobre la enfermedad mental. Y valiéndonos de la posible afirmación mencionada arriba, no dejar de ver un momento oportuno para preguntarnos acerca de su dimensionalidad e impulsar experiencias alternativas.

Ahora bien, el tratamiento dado en las instituciones psiquiátricas acerca de las cuestiones observadas en la cotidianidad no logra generar un cuestionamiento desde la práctica hacia las categorizaciones teóricas que operan en el campo de la salud mental a través de las disciplinas intervinientes y los diferentes actores involucrados (la psicología, la psiquiatría, el trabajo social, la institución, etc.).

Por el contrario, sólo ha tratado de responder de la manera más funcional posible a las necesidades que emergen del contexto, distribuyendo los recursos sociales del Estado, sosteniendo la medicalización como principal estrategia y tratando la enfermedad mental solamente como manifestación de una problemática individual y no social. Su porqué nos lleva a múltiples factores inabordables en este trabajo, pero es posible apuntar, por lo menos, que tal realidad parece responder a una lógica dominante que las instituciones modernas han desarrollado como modo de saber y organización social, en las que la institución psiquiátrica se ubica como una más en tanto instrumento de un proyecto social y de control, siendo además espejo difuso de una sociedad que intenta resolver sus contradicciones.

Quizás creyendo haber corrido el riesgo de cerrar todas las salidas, es preciso decir que la institución psiquiátrica sólo debería representar un espejismo de la compleja problemática que encierra la salud mental, pues esta última no es posible de ser abordada desde el reduccionismo de una crítica institucional o de la crítica al desarrollo de alguna disciplina; tampoco a partir del mero etiquetamiento social o alguna causalidad biológica como parámetro de riesgo. Su constitución como realidad aún debe ser estudiada y complejizada arduamente desde múltiples puntos. Y es en este sentido en que se la prefiere tratar en este trabajo, como resultado de diversos procesos sociales contradictorios.

La discusión debe ser abierta planteando que, negar en sí o afirmar en sí, que la enfermedad mental constituye un problema nos traslada rápidamente a formular determinantes muchas veces inadmisibles. La problemática de la salud mental debe ser ubicada dentro del conjunto que engloba la problemática de la salud en general.

Siguiendo algunos desarrollos planteados por diversos autores, podemos dar cuenta de la relación directa, por ejemplo en América Latina, del hambre, las formas laborales o la diversidad sexual con la enfermedad mental, la desviación o el padecimiento psíquico y biológico.

Existen demandas objetivas. Y las mismas deben ser abordadas críticamente, sin caer en un esquematismo psiquiátrico en el que la enfermedad se halla dentro de los perímetros institucionales o en un relativismo social donde los problemas verdaderos de salud son otros y lo mental es la designación de un sistema productivo que imputa desviaciones. Tales aspectos, y otros, forman parte de un complejo. Y es en el desarrollo y la relación de los mismos donde se debe buscar respuestas para la salud mental.

Bajo este planteamiento, la institución psiquiátrica implica por tanto un lugar más en el que hallar fragmentos de respuestas sobre esta problemática y la enfermedad mental tratada bajo sus modos de operar una parte más del problema general.

El lugar de lo social en la práctica psiquiátrica institucional

Al preguntarnos por el lugar de lo social, deberíamos pensar que esta dimensión no forma parte de la enfermedad mental sólo en momentos de agudización de las crisis sociales, sino que -en la multiplicidad de factores que expresa a través de la historia- va plasmando y dando forma a distintos padeceres psíquicos. La subjetividad humana se ve predeterminada por la vida social, siendo de esta manera que lo social siempre se constituye como texto y no contexto de las enfermedades mentales.

Como señalamos antes, en la actualidad un número cada vez mayor de sujetos se encuentra en ruptura con las estructuras sociales clásicas de integración social. La familia y el trabajo son ejemplos comunes donde pueden verse nuevas configuraciones de sociabilidad. Estos hechos se hacen conocer en la práctica psiquiátrica y demuestran además, de manera casi incuestionable, cómo las modificaciones producidas en la cuestión social se expresan en la subjetividad de los sujetos.

Como señala Robert Castel, autores lejanos en el tiempo como Durkheim en *El Suicidio*, percibían este tipo de relación: *“La sociedad no puede desintegrarse sin que, en la misma medida, el individuo se vea separado de la vida social, sin que sus propios fines sean preponderantes sobre los comunes, sin que su personalidad en una palabra, tienda a ponerse por encima de la personalidad colectiva. Cuanto más débiles sean los grupos a los que pertenece, menos dependerá de ellos y en consecuencia acabará por no depender más que de sí mismo para no reconocer otras reglas de conducta que las fundamentadas en sus intereses privados” -1-* . Castel acota además, a razón de este pasaje, que *“el egoísmo del repliegue no es tanto una estructura de la personalidad como una posición-refugio determinada por ciertas transformaciones sociales”- 2-*.

En este sentido, los individuos no pueden ser alienados de su dimensión social. Y menos aún si lo que se trata de hacer es solucionar o apaciguar sus padecimientos psíquicos.

En la práctica institucional, esta dimensión es secundarizada, ya sea por recursos materiales o por su propia lógica de intervención. Por ello, en este marco, para poder hacer lugar a lo social en el tratamiento de la enfermedad mental es necesario dinamizar nuestros marcos conceptuales y crear estrategias de intervención novedosas superando el acotado espectro hace tiempo cristalizado. Conceptos como los de normalidad-anormalidad siguen operando en la realidad de la salud mental, distinguiendo estados supuestamente objetivos sin dar cuenta de que la designación de un determinado estado -como desviación o anormalidad- forma parte de un proceso socio-cultural en el cual la distinción entre sano y enfermo opera también como forma de organizar la sociedad. Es sabido que muchos fenómenos designados como patológicos en la historia psiquiátrica han sido desmistificados a lo largo de la historia. Sobre esto podemos hallar un interesante repertorio de ejemplos en las temáticas relacionadas a las prácticas sexuales.

El refugio en la idea de neutralidad ideológica de la ciencia no permite asumir críticamente conceptos como los de normalidad, cuyas implicancias sociales tienen muchas veces efectos excluyentes que reducen la complejidad de la enfermedad mental y su vinculación con las contradicciones de la sociedad.

La intervención

Históricamente, la intervención del trabajador social estuvo asociada a la pobreza. Es decir, a trabajar sobre una situación de exclusión básicamente de los sectores populares en los que, desde una perspectiva marxista, se expresa la clase menos favorecida en la relación de dominación de clase propia de las sociedades capitalistas.

Si bien resulta necesario el desarrollo de nuestra profesión desde un lugar crítico respecto a las condiciones sociales en las que estamos inmersos, es necesario pensar que la complejización de las relaciones sociales de poder que atraviesan las distintas problemáticas no sólo están atravesadas por factores estructurales como la pobreza o la dominación de clase exclusivamente. La modernidad ha desplegado una gran complejización de las relaciones sociales, no siempre claramente visibles o entendibles en forma directa.

Es por ello que debemos preguntarnos seriamente sobre cuál es el quehacer profesional del trabajador social en tanto representante de las ciencias sociales en gran parte de las instituciones formales.

¿Cómo juega este rol?, ¿qué aporta desde lo social en las instituciones psiquiátricas?

Se debe decir que muchas veces lo único que aportamos es el aspecto administrativo-burocrático de la gestión de recursos, subordinada siempre nuestra intervención a las decisiones médico-psicológicas de los lineamientos del tratamiento.

Es así como también, en la intervención social, se hacen evidentes las contradicciones de la realidad social y la ambigüedad constitutiva de esta profesión que es visualizable rápidamente desde una mirada histórica, del presente hasta sus orígenes. Por un lado, se ha tendido a abogar por una línea teórica crítica respecto del control social, de la exclusión social, de lo social como determinante en los procesos de salud-enfermedad. Y por otro, nos hemos encontrado generalmente interviniendo de una manera a-crítica, sin poder hacer otra cosa.

Reconocer en la práctica la funcionalidad al sistema como parte de nuestra identidad profesional, nos permitiría saber muchas veces la posición en que estamos situados, tanto respecto a la lógica del poder como de los límites y alcances posibles de nuestra praxis. La autocrítica profesional, y no una cuasi-excursión teórica, nos permitiría hilar a través de nuestra propia experiencia las contradicciones cotidianas a las que estamos sujetos.

En este sentido cabe decir que el poder institucional no se ejerce fantasmagóricamente desde una cúspide sombría, sino que se construye en la acción diaria que ejercemos a través de nuestro trabajo. Y aunque es verdad que existen límites establecidos que no dependen de nuestras decisiones, también es propio que la debilidad de nuestro espacio de participación muchas veces los alimenta.

Las relaciones de poder no son dicotómicas y absolutas y en ese entramado solemos también hallarnos como profesionales. Es en esos espacios en los que debemos decidir y optar: por imponernos a través del silencio o por abrir la discusión a través de la palabra. Palabra que en salud mental no representa un hecho menor.

Ahora bien, volviendo al punto de la intervención social en salud mental, pensamos en algunas cuestiones que podrían dar cuenta de una posible práctica.

Acerca de lo que podemos hacer

(Cabe aclarar que las siguientes reflexiones surgen a partir de la intervención desarrollada en el primer año de residencia en el servicio de consultorios externos del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato Alvear", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina).

Dice P. Aulagnier: *"El drama de la psicosis es encontrar un lugar en el que algo pueda ser compartido. Este lugar a compartir con otro, desnuda la necesidad, la necesidad de poder crear un espacio propio"* -3-.

Concebimos que en la intervención, el trabajador social debe ubicarse como integrante de un equipo de trabajo que paulatinamente se irá conformando en la interacción con el otro, el

sujeto con el que trabajamos. Es decir que la construcción del objeto de intervención no tendrá que ver con una postura estática y exclusivamente profesional sino con un trabajo conjunto entre el profesional y el paciente, a modo de equipo con roles diferenciados, en el que a través de la interacción generada se irá redefiniendo el objeto de intervención.

Nos resulta sumamente importante poder aclarar lo manifiesto, ya que sostenemos como posición ideológica la búsqueda de la horizontalidad en las relaciones profesional-paciente y, en una misma línea, la necesaria democratización de las relaciones de poder históricamente constituidas.

“Una de las cuestiones claves de la violencia institucional es poner al otro como carente, como infra, porque de esa manera me enaltezco como salvador para relacionarme con la gente nada más que desde lo que ella no puede...” -4-

Nos parece que poder romper con esta lógica es un proceso de lucha arduo en el cual muchas veces operarán nuestras propias contradicciones, pero que debe sin embargo constituirse como una de nuestras mayores preocupaciones. En este mismo sentido, al pensar en la sistematización de la intervención creemos poder dar cuenta de dos aspectos centrales que, aunque diferentes, se encuentran en gran medida interrelacionados.

Por un lado, como eje de intervención que apunta a la creación de conciencia ciudadana, el asesoramiento profesional de los derechos de las personas con quienes trabajamos. Dimensión en la que se encuadrarían aquellas intervenciones de gestión de trámites: pase libre de transporte, certificado de discapacidad, gestión de los recursos estatales, entre otros; como también todas aquellas acciones que apunten al cumplimiento efectivo de los derechos ciudadanos. Desde este lugar se debe promover la constitución de un sujeto de derechos, que a través del proceso de intervención pueda posicionarse socialmente como tal.

Por otro lado, el trabajo realizado en función de construir juntos, profesional-paciente, una forma de integración social posible. Este eje debe procurar promover una resocialización y recreación del lazo social. La intervención desde este lugar debe tener como objetivo intentar conectar al sujeto con una actividad en la cual pueda ocurrir un encuentro con su propia subjetividad. Es decir, que trate de recuperar su singularidad como la posibilidad de anclarse en la vida social, hecho que en la mayoría de los casos se encuentra vulnerado. De esta manera, a través de las entrevistas se debe intentar ir descubriendo cuál podría ser ese "hacer" que le otorgue al sujeto un lugar desde donde resignificarse, desde donde poder construir una significación propia, dejando de ser objeto para advenir en sujeto. Tal búsqueda no será la de cualquier hacer, cualquier curso, cualquier trabajo; será aquella donde el sujeto pueda desplegar sus capacidades y recursos propios, donde pueda crear un lazo social con otros y de esta manera incluirse nuevamente en una trama social que ha tendido a excluirlo de su seno.

Se debe aclarar que las posibilidades de este trabajo se ven dificultadas generalmente por la escasez de recursos, empleos, formación gratuita... en fin, por el recrudescimiento de una política social de omisión que realiza el Estado. Es así que se debe trabajar, también junto al paciente, la reconstrucción de una inteligibilidad de los procesos sociales para poder así establecer un vínculo con la realidad que expresa muchas veces horizontes de posibilidades, como de limitaciones.

Si bien es posible este tipo de intervención, se hace necesario mencionar que, en la práctica, la intervención del trabajador social ocupa un lugar de auxiliar respecto de las intervenciones médico-psicológicas. Esto aparece claramente visible dado que en la intervención no se hace evidente la inclusión de los factores sociales en los procesos de salud-enfermedad. Esta falta de evidencia de la dimensión social no sólo opera en el resto del equipo tratante (médico y psicólogo) o en el sujeto tratado, sino también en los trabajadores sociales.

Las experiencias que refieren al trabajo grupal con los pacientes, los intentos de darle a éstos mayor poder de decisión donde puedan pensar activamente las líneas de sus tratamientos, la posibilidad de construir desde la intervención profesional una identidad no psiquiatrizada, no forma parte de las estrategias habituales de intervención en la institución psiquiátrica. La afirmación de que la enfermedad mental es un proceso bio-psico-social no se evidencia en la práctica. A la posibilidad de una intervención crítica en el seno de las instituciones de encierro -que en vez de curar tienden muchas veces a segregar y tutelar- se le plantean diversos obstáculos reales.

En este contexto ¿cómo sería posible recuperar la mirada social?

La respuesta a esta pregunta es embarazosa dentro de la institución psiquiátrica. Pero en todo caso deben buscarse y pensarse formas en que lo social adquiera visibilidad.

Una etapa clave en el proceso salud-enfermedad mental esta dada por el diagnóstico. Es aquí donde el trabajador social debiera ahondar su conocimiento, tornándose en un actor más activo y crítico en este aspecto. No se trata de solapar saberes sino de procurar un conocimiento que recupere variables socio-históricas de la historia de vida del sujeto y que cambie la visión imperante del diagnóstico como destino fatal del mismo, consecuencia bastante común en los pacientes psiquiatrizados que tiende a anularlos como sujetos.

Se debe replantear la mirada del diagnóstico actual que apunta a concebir tan solo la patología del sujeto, su enfermedad como algo estático y dado, definiendo al sujeto desde el lado de lo que carece. El trabajador social, en todo caso, debería tomar un rol más activo y crítico en este proceso, intentando dar cuenta en el diagnóstico de las capacidades y recursos de las personas, como del dinamismo del proceso salud-enfermedad.

Si creemos en el poder terapéutico de la palabra, nuestra palabra tendrá que operar como liberadora de las lógicas y miradas que conciben al sujeto con padecimientos psíquicos tan solo como enfermo mental, relativizar su diagnóstico y posibilitar que su identidad no halle su anclaje en el “ser” esquizofrenico, borderline o bipolar. Que pueda pensarse a sí mismo desde otros lugares, desde la salud; que pueda comprender la relación de opresión de las categorías analíticas que describen lo que le pasa.

En el tiempo de intervención social habrá quizás que pensar sobre cuál será el momento para ir trabajando estas temáticas, sobre cómo hacerles lugar real y, en todo caso, sobre cómo acompañar y enfrentar la angustia que produce el reconocerse excluido.

Se hace necesario producir instrumentos metodológicos y apelar a herramientas teóricas que eviten caer en una intervención tecnicista, pragmática y funcional, pues el peso de la lógica institucional opera anulando cualquier mirada realmente crítica que dude del saber impuesto y que, en cierta forma, sea una “molestia activa” para las lógicas de la institución.

Consideraciones finales

El “no poder hacer otra cosa”, descrito anteriormente como aspecto de la intervención social, petrifica nuestro rol bajo una institucionalidad que muchas veces se hace sentir como opresiva, inhibiendo la potencialidad de nuestra acción y neutralizando gran parte de nuestro conocimiento teórico. En todo caso, si bien la sociedad impone históricamente sus propios fundamentos, la respuesta no sólo debe ser buscada en una moderna impotencia estructural del sujeto sino también en nosotros mismos, dado que *“todo intento de cambio microsocial en los lugares de nuestra práctica está limitado por nuestras implicaciones no sólo en esos espacios sino también en el conjunto del sistema” -5-*.

En este sentido, la posibilidad de cambios sociales estructurales -desde el quehacer de una profesión- no es posible de ser entendida como el objetivo utópico de nuestro trabajo o como una promesa mesiánica inerte. Debe pensarse en cambio en las diferentes alternativas posibles desde una intervención social, intentando promover espacios de resistencia frente a una, o quizás varias lógicas del sistema imperante en nuestra sociedad que, por otro lado, creemos conocer pero que sólo se torna inteligible en el devenir y la construcción de nuestra existencia tan solo humana.

Para finalizar, nos gustaría quedarnos pensando en una cita que resume en pocas palabras aquello que mediante este trabajo intentamos traslucir:

"De esta forma la intervención se propone como algo que no transforma ni agrega, sino como un dispositivo que hace ver aquello que este otro tiene. Este accionar es planteado como una posibilidad de enunciación diferente a la que se presenta dentro del tiempo- espacio de la intervención. No se trata entonces de una acción de sujeción, o de control, sino de plantear la posibilidad de buscar puertas de salida o líneas de fuga en relación a estratificaciones sociales opresivas..." -6-

Notas

-1- Castel Robert, "La gestión de riesgos" de la anti-psiquiatría al post análisis Editorial Anagrama, 1984

-2- Castel Robert, "La gestión de riesgos" de la anti-psiquiatría al post análisis Editorial Anagrama, 1984

-3- Silvia Destuet, "Encuentros y marcas", Ed.C.O.L.T.O.A grupo editor, Buenos Aires, 1999

-4- Rieps, revista de la residencia de educación para la salud: entrevista a Sebastián Bertucello

-5- O. Saidón, La salud mental en los tiempos de ajuste. Políticas en Salud Mental, ed. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994.

-6- Carballada, A. "Lo social de la intervención" en Escenarios Año 1 N°2, Bs. As. 1995

Bibliografía

BASAGLIA, F. "La institución de la violencia en la institución negada" Ed. Barral.

CASTEL, R. "La gestión de los riesgos" Ed. Anagrama, Barcelona; 1984.

DESTUET, S "Encuentros y marcas" Ed. C.O.L.T.O.A, Buenos Aires; 1999

FOUCAULT, M. "Enfermedad mental y personalidad" Ed. Paidós, Barcelona; 1984

FRIEDSON, E "La enfermedad como desviación social" en "La profesión médica" Ed. Península, Barcelona; 1978.

GALENDE, E. "La crisis del modelo médico en Psiquiatría" Cuadernos médicos sociales

"Modernidad, individuación y manicomios" en "Políticas en Salud Mental" Ed. Lugar, Bs. As; 1994

MENÉNDEZ, E. "Cura y control" Ed. Nueva Imagen

"La crisis del modelo médico hegemónico: el caso del "alcoholismo" y la práctica y el saber médicos" en "Morir de alcohol: saber y hegemonía médica" Ed. Alianza, México; 1990

"Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud"

RIEPS "Salud y población" Cuadernos de capacitación de la residencia interdisciplinaria de Educación para la Salud, diciembre de 2002.

ROZAS PAGAZA, M "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social" Ed. Espacio, Bs. As; 1998

SAIDÓN O. "La salud mental en los tiempos de ajuste" en "Políticas en Salud Mental" Ed. Lugar, Bs. As; 1994

STOLKINER A. "Tiempos posmodernos": ajuste y salud mental" en Políticas en Salud Mental" Ed. Lugar, Bs. As; 1994