

Construcción Discursiva de la
Salud Mental en Trabajo Social
desde la Perspectiva del
Análisis Crítico del Discurso



DISEÑO Y CONCEPTO: ALEXANDRA CASTELLANOS T

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

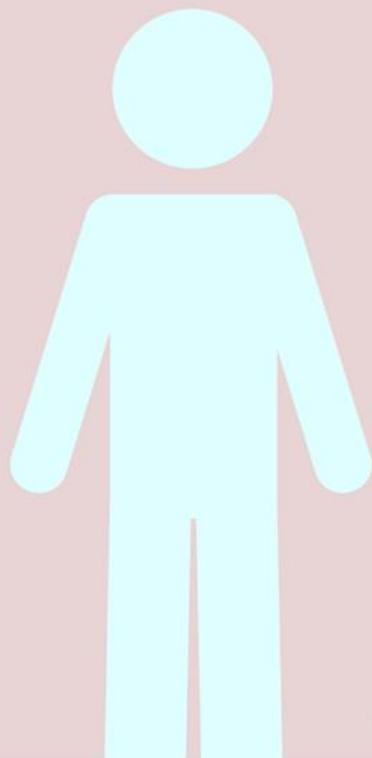
BOGOTÁ, D.C.

2015



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios

CONSTRUCCIÓN DISCURSIVA DE LA SALUD MENTAL EN TRABAJO SOCIAL
DESDE LA PERSPECTIVA DEL ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO



ALBA GISELA BOHÓRQUEZ HUERTAS

YINA PAOLA ARIZA CEPEDA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

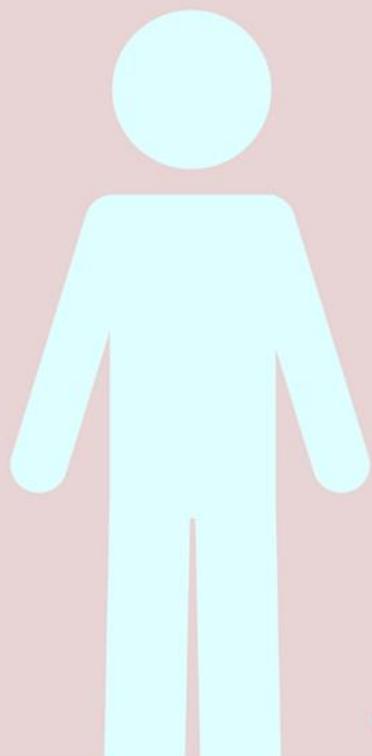
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

BOGOTÁ.D.C.

2015

CONSTRUCCIÓN DISCURSIVA DE LA SALUD MENTAL EN TRABAJO SOCIAL
DESDE LA PERSPECTIVA DEL ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO



ALBA GISELA BOHÓRQUEZ HUERTAS

YINA PAOLA ARIZA CEPEDA



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

TUTORA: MERCEDITAS DEL PILAR BELTRÁN FLETSCHER

AGRADECIMIENTOS

Hemos recorrido un camino que ha significado aprendizaje, conocimiento, encuentro, alegría, amistad y confrontaciones personales repensándonos como seres humanos, sociales y políticos. Un camino, donde hemos descubierto que el conocimiento no está terminado, sino que se construye día a día, donde cada ser humano es un libro que contiene teorías, argumentos y discursos que construyen también el nuestro. Los conocimientos académicos logrados, nos impulsan ahora, a ocupar las aulas de la vida, las aulas de seres humanos, de las realidades sociales, de nuestros contextos y por supuesto las aulas de nuestra propia existencia. Ahora inicia nuestra etapa de praxis.

La salud mental ha sido uno de los temas que ha hecho eco en nuestro paso académico y por tanto nos ha llevado a la reflexión, a entender que la salud mental no solo es eje transversal en el ejercicio profesional de las y los Trabajadores Sociales, sino que es eje y fundamento de la vida humana y social. Por tanto, en este proceso de pensarnos la salud mental como parte de nuestros modelos mentales, de nuestras construcciones discursivas, y del ejercicio profesional ha sido muy importante el aporte de la Docente e Investigadora Luz Alexandra Garzón Ospina, por quien sentimos una gran admiración y agradecimiento. Además, por abrir nuestras puertas como profesionales en la investigación, por su exigencia y pasión por la academia.

A nuestra Tutora, Docente e investigadora Merceditas Beltrán Flétscher, por su gran capacidad humana, intelectual y académica. Por permitirnos construir este proceso de formación profesional desde el encuentro, las risas y la amistad, que llevaron a hacer de los discursos y teorías espacios de reflexión no solo frente al objeto de investigación, sino en torno a nuestra vida misma en relación con los demás sujetos y sus contextos. A cada uno de las y los docentes que han hecho parte fundamental en nuestra formación académica, a aquellos, con quienes

además hemos creado lazos de amistad. A cada uno de las y los compañeros con quienes hemos recorrido este mismo camino, hoy sucede que cada cual inicia un viaje diferente, a cada uno lo mejor en este viaje.

A las Trabajadoras Sociales que hicieron posible el logro de nuestra investigación: Luz Alexandra Garzón Ospina, Investigadora en el área de la salud mental; Lugdy Padilla, T.S Unidad de Salud Mental de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas; Erika Giraldo, T.S Unidad de Salud Mental de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas; María Cristina Sandoval, T.S Hospital Simón Bolívar; Nadia Alejandra Morales, T.S Unidad de Salud Mental Hospital Simón Bolívar; Jenny Muños, T.S Hospital Simón Bolívar; María Teresa Rodríguez, T.S Centro Masculino Especial la Colonia de Sibaté. A cada una, por permitírnos conocer su ejercicio profesional en el ámbito de la salud mental, por poner a disposición su tiempo, su calidad humana y su conocimiento.

Y especialmente a quien es la fuente del conocimiento y la sabiduría, a Dios, de quien procede la vida y la capacidad creadora, a Él por darnos la existencia y personas con quienes construimos día a día salud mental.

Yina Paola Ariza Cepeda
Gisela Bohórquez Huertas

DEDICATORIA

A mi mejor amigo, Dios, por darme la sabiduría para caminar en la vida, la pasión para vivir cada día, buscando las utopías que me permiten vislumbrar un mejor futuro, en una construcción colectiva, sin corrupción, con transparencia, sin intereses ambiciosos de por medio, buscando siempre el bien común que conlleve a la paz, armonía y la felicidad.

A Mi amado esposo, por su comprensión, paciencia, sustento e idoneidad para construir un sueño juntos y hacerlo realidad. A esos seres maravillosos que han llenado mi vida de alegría, amor y felicidad, mis progenitores, por dedicarme parte de su vida, cultivando en mí, el respeto, amor, la confianza y seguridad, formando así mi carácter. A mis abuelas, por su dedicación y sabios consejos. A mi hermano, por su apoyo incondicional en todas las etapas de la vida. A mis tías y tíos, primos y primas por su unión como familia, por construir lo indisoluble, que son esos lazos de amor que no se deshacen ni se destruyen. A mi sobrino y mi sobrina por enseñarme la sencillez de la vida. A todos ellos por ser ese apoyo incondicional, por la fuerza y el amor que me han inyectado para lograr mis metas.

A Gisela, gran amiga y colega por todos esos momentos compartidos durante todo este proceso.

A todos aquellos sujetos, que han padecido la opresión y la exclusión no solo en cuanto a su estructura mental sino también en las representaciones sociales, y simbólicas, establecidas culturalmente y que los denomina como anormales, siendo estereotipados y estigmatizados. Por décadas los han tachado, señalado y tildado, excluyéndolos, expulsándolos, destituyéndolos de una sociedad indiferente e intolerante, que les impone y los oprime a ser destinados a la internación y la reclusión.

Yina Paola Ariza Cepeda

A mis padres y hermanos Luz Dalia, Kike, Frank y Johnny, quienes son la cuna y alma de mi salud mental, a mi Madre y amiga María Cenaida PCM, con quien he construido gran parte de mi vida, mi carácter y personalidad. A Yina mi amiga y compañera de camino, por todo lo que ha significado este proceso de hacernos como Trabajadoras Sociales, por la amistad y la complicidad. Y a todos los que amo, porque con su cariño, afecto, risas y palabras como expresión de los lazos de amistad son parte vital de mi salud mental y de mi construcción humana. A todos aquellos que aman la vida humana y que buscan mejores espacios para vivir a plenitud. Y a tí Señor por quien me siento amada y bendecida, a tí que eres mi fuente de esperanza, confianza y el fuego que me hace vivir, amar y sonreír.

Gisela Bohórquez Huertas

PROLOGO

Teniendo en cuenta que el papel de las ciencias sociales, ha estado relacionado con la intención de transformar la realidad a través de procesos de investigación e intervención social, es pertinente pensar en el ámbito de la Salud Mental el cual ha sido un tema de discusión y análisis desde la época de la modernidad hasta nuestros días y que ha sido asunto de indagación de las ciencias médicas, jurídicas y por supuesto sociales. Sin embargo, al hacer un recorrido histórico se encuentra que las maneras de encontrarse con las praxis profesionales en este ámbito no han tenido variaciones significativas que le apuesten a acciones novedosas que redunden en la transformación.

Es por ello que el interés de las autoras de esta investigación, se convierte en un reto interesante, preguntarse desde la disciplina del Trabajo Social por el ámbito de la Salud Mental. Esta cuestión que acompaña todo el proceso, permite a las ciencias sociales cuestionarse acerca de las concepciones de sujeto, las relaciones de poder y las anulaciones y marginaciones que se han producido a partir de la apuesta por un individuo normalizado y ajustado a las necesidades del mundo capitalista, de la producción y del consumo.

Este estudio cobra importancia en la medida en que plantea reflexiones acerca de nuestro papel fuera de las instituciones mentales, extendido a otros ámbitos cotidianos como el laboral, académico, el mismo comunitario desde la visión no de la enfermedad sino de la salud mental, apostándole al respeto por la diferencia y pensando en ciudadanos distintos para una sociedad distinta.

A partir de aquí sugiero la invitación a la reflexión, discusión y replanteamiento de las concepciones establecidas acerca de la enfermedad depositada en un individuo y alejada de una estructura que demanda una sola manera de ser, negando las diversidades subjetivas, históricas, culturales, políticas, económicas y relacionales.

Seguimos construyendo....

Merceditas Beltrán Flétscher

RESUMEN

La investigación que presentamos a continuación es de tipo analítica y hermenéutica, por tanto cualitativa. Tiene por objeto analizar la construcción discursiva de nueve Trabajadoras Sociales frente a la práctica profesional en salud mental, desde el análisis crítico del discurso. Centrando el análisis en las estructuras discursivas (macroestructuras semánticas, significados locales y modelos contextuales) propuestas por van Dijk, las cuales permiten abordar la perspectiva de salud mental, sujeto y práctica profesional de las trabajadoras sociales en el ámbito de las instituciones de atención psiquiátrica, a partir de los enfoques clínico funcionalista y crítico reflexivo. Analizando como el discurso de los profesionales posee un efecto de poder con el cual se legitima las estructuras de exclusión y rechazo social, o se contribuye a la resistencia contra la discriminación y la desigualdad social.

Palabras Claves: Trabajo Social, Salud Mental, Sujeto, Práctica Profesional, Intervención

ABSTRACT

The following investigation we present is analitic and hermanuetic; hence, qualitative. Its objective is to analyze the duscursive construction of nine social workers before the professional practice of mental health, through a critical analysis of the discourse. The analysis is centered in the discursive structures (semanctic macrostructures, local meanings, and contextual models) proposed by Van Dijk, which allow an approach of the perspective of mental health, subject, and professional practice of the social workers in the environment of the institutios of psychiatric practice, from a clinical functionalist and critical reflexive focus. By analyzing how the discourse of the professionals possesses a powerful effect through which structures of exclusinon and social rejection are legitimize, or it contributes to the resistance against descrimination and social inequality.

Key terms: Social Work, Mental Health, Subject, Professional Practice, Intervention.

INTRODUCCION

Los discursos de los profesionales poseen un efecto de poder, con el cual se legitima las estructuras de exclusión y rechazo social, o se contribuye a la resistencia contra la discriminación y la desigualdad social en el campo de la salud mental – enfermedad mental. Por tanto, la investigación que presentamos a continuación tiene por objeto analizar la construcción discursiva de nueve trabajadoras sociales frente a la práctica profesional en salud mental, desde el análisis crítico del discurso. Centrando el análisis en las estructuras discursivas (macroestructuras semánticas, significados locales y modelos contextuales) propuestas por van Dijk, desde las cuales se aborda el análisis de la perspectiva de salud mental, sujeto y práctica profesional de las trabajadoras sociales en el ámbito de las instituciones de atención psiquiátrica, a partir de los enfoques clínico funcionalista y crítico reflexivo.

Los discursos sobre los que se ha desarrollado la investigación han sido obtenidos a través seis entrevistas cualitativas semiestructuradas, que dan cuenta del ejercicio profesional en instituciones públicas de atención psiquiátrica de la Ciudad de Bogotá, una entrevista desde la perspectiva de la investigación y dos construcciones discursivas a nivel teórico. Por lo anterior, esta investigación tiene un carácter teórico hermético y cualitativo, pues interpreta y devela el sentido de los discursos contenidos en el enfoque clínico funcionalista, desde el cual, se ha abordado desde sus inicios hasta la actualidad la salud mental en Trabajo Social desde la psiquiatría, en contraste con el enfoque crítico reflexivo, que intenta discrepar y disentir frente al funcionalismo, repensando el ejercicio profesional en salud mental desde los espacio de atención psiquiátrica, cuestionado la forma de concebir a los sujetos con padecimiento mental y la perspectiva que tienen los profesionales en torno a la salud mental, las cuales juegan un papel muy

importante en las construcciones discursivas en el ejercicio profesional y por ende en las construcciones de los discursos que se reproducen en la sociedad.

Esta investigación surge a partir de un recorrido por diversos discursos teóricos, conceptuales y metodológicos en torno a la intervención en el campo de la salud mental y la psiquiatría desde nuestra disciplina, donde surge el problema de investigación contenido en las siguientes preguntas: ¿Cómo entran en juego los discursos utilizados en los enfoques teóricos y la forma de actuación profesional del Trabajo Social en salud mental? ¿Existen contradicciones entre los abordajes teóricos en salud mental desde el Trabajo Social y la práctica profesional? ¿Cómo comprenden los trabajadores sociales la salud mental desde el Trabajo Social?

Con el objeto de dar respuesta a los anteriores interrogantes, partimos de la comprensión de las categorías analíticas: Salud Mental, Trabajo Social en Salud mental desde el enfoque clínico Tradicional, Trabajo Social desde una perspectiva crítico – reflexiva, Enfermedad Mental y locura, Sujeto, Normalidad – Anormalidad, Relaciones de poder o dominación en el discurso profesional, Intervención de Trabajo Social en Salud Mental y Rol del trabajador social. Categorías que guiarán cada uno de los análisis discursivos.

Así pues, este abordaje teórico nos ubica frente al proceso investigativo, a través del cual, se encuentran fuertes falencias en torno al ejercicio profesional en salud mental desde la práctica psiquiátrica. Donde la salud mental es entendida por las profesionales desde la enfermedad mental, los sujetos como anormales y enfermos que necesitan ser normalizados, cuidados, para luego integrarlos a la sociedad como elementos de producción, sujetos al neoliberalismo. Y desde esta mirada el discurso de las profesionales, a partir de Análisis Crítico del Discurso, reproduce una estructura discursiva de dominación y desigualdad frente a un grupo de personas por su condición de enfermos mentales, alimentando y reproduciendo este tipo de discursos en los contextos familiares y sociales.

En consecuencia, nos atrevemos a afirmar que esta problemática tiene su origen en la falta de formación académica, teórica y de un ejercicio reflexivo frente al tema de salud mental y al ejercicio profesional. Por tanto, esta investigación busca además repensarnos la salud mental como eje fundamental de la vida humana, y por ende de nuestra actividad profesional, como una condición holística del ser humano, donde se da una articulación entre lo mental, emocional, físico y social, donde el sujeto es “ese ser en construcción permanente que piensa, siente, disiente, participa, desea, se emociona, y va más allá de una categoría nominal”, (Semillero de Subjetividades, 2011). Como una construcción que nace y se cultiva partir de la relación consigo mismo, y desde las subjetividades en relación con el contexto familiar, político, económico, cultural, histórico y social.

Esperamos que este ejercicio investigativo lleve a los estudiantes, docentes y trabajadores sociales a la praxis en torno a la salud mental, a repensarnos los discursos contenidos en nuestras estructuras mentales, reproducidos además en el ejercicio profesional, y a repensarnos la salud mental como eje transversal en todos los campos de actuación profesional del Trabajo Social, fuera de los muros de las instituciones psiquiátricas, en espacios de interacción, en los espacios cotidianos de los individuos, de los grupos y las colectividades, en los conflictos sociopolíticos actuales del país, en los espacios laborales y por supuesto académicos.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	IV
PROLOGO	VIII
INTRODUCCION.....	X
CONTENIDO	XIII
CAPITULO I: RECORRIDO HISTÓRICO Y REFERENTES TEÓRICOS DEL DISCURSO FRENTE A LA SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL	
1 MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 HISTORIA DE LA LOCURA Y LA ENFERMEDAD MENTAL	2
1.2 SURGIMIENTO DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL.....	6
1.3 ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO.....	9
1.3.1 <i>Macroestructura semántica</i>	13
1.3.2 <i>Significados Locales</i>	13
1.3.3 <i>Modelos contextuales</i>	14
1.4 ENFOQUE TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.5 CATEGORÍAS ANALÍTICAS	17
1.5.1 <i>Salud Mental</i>	18
1.5.2 <i>Trabajo Social en Salud mental desde el enfoque clínico Tradicional</i>	21
1.5.3 <i>Trabajo Social desde una perspectiva crítico – reflexiva</i>	22
1.5.4 <i>Enfermedad Mental y locura</i>	25
1.5.5 <i>Sujeto</i>	27
1.5.6 <i>Normalidad – Anormalidad</i>	27
1.5.7 <i>Relaciones de poder o dominación en el discurso profesional</i>	30
1.5.8 <i>Intervención del Trabajo Social en Salud Mental</i>	33
1.5.9 <i>Rol del Trabajador Social en Salud mental</i>	35
CAPITULO II: FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA PARA EL ABORDAJE DEL ANÁLISIS DISCURSIVO	
2 MARCO METODOLÓGICO.....	39
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
2.2 JUSTIFICACIÓN	43
2.3 OBJETIVO GENERAL.....	46
2.3.1 <i>Objetivos Específicos</i>	46
2.4 ENFOQUE METODOLÓGICO.....	46
2.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	49
2.5.1 <i>La Entrevista Cualitativa</i>	49
CAPITULO III: CONSTRUCCIÓN DISCURSIVA DE LA SALUD MENTAL.....	
EN TRABAJO SOCIAL.....	52
3 PROCESO INVESTIGATIVO.....	52
3.1 DISCURSO PRÁCTICO I	53
3.1.1 <i>Macroestructura Semántica</i>	53
3.1.1.1 <i>Macroproposiciones</i>	53

3.1.2	<i>Significados Locales</i>	54
3.1.3	<i>Modelos contextuales</i>	55
3.2	DISCURSO PRÁCTICO II.....	56
3.2.1	<i>Macro estructura semántica</i>	56
3.2.1.1	Macroproposiciones.....	57
3.2.2	<i>Significados locales</i>	57
3.2.3	<i>Modelos contextuales</i>	59
3.3	DISCURSO PRÁCTICO III.....	60
3.3.1	<i>Macroestructura semántica</i>	60
3.3.1.1	Macroproposiciones.....	61
3.3.2	<i>Significados locales</i>	61
3.3.3	<i>Modelos Contextuales:</i>	63
3.4	DISCURSO PRÁCTICO IV.....	64
3.4.1	<i>Macroestructura semántica</i>	65
3.4.1.1	Macroproposiciones.....	65
3.4.2	<i>Significados locales</i>	65
3.4.3	<i>Modelos contextuales</i>	68
3.5	DISCURSO PRÁCTICO V.....	69
3.5.1	<i>Macro estructura semántica</i>	69
3.5.1.1	Macroproposiciones.....	70
3.5.2	<i>Significados locales</i>	70
3.5.3	<i>Modelos Contextuales</i>	72
3.6	DISCURSO PRÁCTICO VI.....	73
3.6.1	<i>Macroestructura semántica</i>	73
3.6.1.1	Macroproposiciones.....	73
3.6.2	<i>Significados locales</i>	74
3.6.3	<i>Modelos contextuales:</i>	76
3.7	DISCURSO TEÓRICO I – ENTREVISTA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN.....	77
3.7.1	<i>Macroestructura semántica</i>	77
3.7.1.1	Macroproposiciones.....	77
3.7.2	<i>Significados locales</i>	78
3.7.3	<i>Modelos contextuales</i>	83
3.8	DISCURSO TEÓRICO II: “LAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL ANTE NUEVOS DESAFÍOS. CÓMO PENSARNOS EN LA RECONSTRUCCIÓN DEL TEJIDO SOCIAL”. BARRIOS, MARIZA (2004).	84
3.8.1	<i>Macroestructura Semántica</i>	84
3.8.1.1	Macroproposiciones.....	84
3.8.2	<i>Significados locales</i>	85
3.8.3	<i>Modelos contextuales</i>	88
3.9	DISCURSO TEÓRICO III: EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL. CAP. CAPÍTULO III “LO PROPIO DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL”. EVA MARÍA, GARCÉS TRULLENQUE. (2010).....	89
3.9.1	<i>Macroestructura semántica</i>	90
3.9.1.1	Macroproposiciones.....	90
3.9.2	<i>Significados locales:</i>	90
3.9.3	<i>Modelos contextuales</i>	93
	CAPITULO IV: DISCREPACIAS Y CONFRONTACIONES DE LAS COSNTRUCCIONES DISCURSIVAS TEÓRICAS Y PRÁCTICAS EN TORNO A LA SALUD MENTAL	94
4	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	94

4.1	MATRIZ: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LOS DISCURSOS PRÁCTICOS.....	95
4.2	MATRIZ: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DESDE LOS DISCURSOS TEÓRICOS.....	98
4.3	MATRIZ: ANÁLISIS DEL DISCURSO FRENTE AL PAPEL DEL ESTADO Y LA ACADEMIA.....	102
4.3.1	<i>Discursos desde la Práctica Profesional</i>	103
4.3.2	<i>Discursos Teórico</i>	104
4.4	APORTES CENTRALES AL TEMA INVESTIGADO	105
4.5	NUEVOS INTERROGANTES	109
4.6	SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	110
4.7	CONCLUSIONES	113
	 BIBLIOGRAFIA.....	 117
	ANEXOS.....	126
	Instrumento Aplicado para la recolección de información.....	126
	Entrevista: Trabajadora Social 1	127
	Con experiencia en práctica profesional en institución psiquiátrica.....	127
	Entrevista: Trabajadora Social 2	129
	Con experiencia en práctica profesional en institución psiquiátrica.....	129
	Entrevista: Trabajadora Social 3	132
	Con experiencia en práctica profesional en institución psiquiátrica.....	132
	Entrevista: Trabajadora Social 4	136
	Con experiencia en práctica profesional en institución psiquiátrica.....	136
	Entrevista: Trabajadora Social 5	142
	Con experiencia en práctica profesional en institución psiquiátrica.....	142
	Entrevista: Trabajadora Social 6	144
	Con experiencia en práctica profesional en institución psiquiátrica.....	144
	Entrevista: Trabajadora Social 7	150
	Desde el campo de la investigación y la teoría.....	150
	DISCURSO TEÓRICO: Barrios, M. (2004)	158
	Las prácticas en Salud Mental ante nuevos desafíos.....	158
	Cómo pensarnos en la reconstrucción del tejido social.....	158
	DISCURSO TEORICO: Garcés, E. (2010)	166
	Trabajo Social en Salud Mental. Cap. III.....	166
	Lo propio del trabajador social en salud mental: Definiendo la especificidad.	166

*El patio del hospicio es como un banco
A lo largo del muro
Cuerdas de los silencios más eternos
Esto no es un ambiente para la poesía
Hasta ella se espanta en este sitio.
Estoy aquí de paso, veintiocho años que estoy de paso...
Brilla el cristal de mi locura
Efervescencias bruscas
Dilatación vidriosa de los ojos
Semblantes inflamados
Afónicas lamentaciones
Demencia: el camino más alto y más desierto
A quien llamar?
A quien llamar desde el camino tan alto y tan desierto?
Ojos endemoniados de un molino
Montes de fuego sobre los agrios soplos
De mi locura
Del mal peor tildaron mi locura
Delirio es como salirse del surco
El suelo se caído de mis manos
Desaparecido, el más ausente
Fui preso de un triple destino de exclusión: pobreza,
reclusión, olvido
Ahora el otro esta despierto
Se pasea a lo largo de mi gris corredor y suspira en mis
agujeros y toca en mis paredes viejas, un sucio desaliento frío.*

Jacobo Fijman

*Que no sean los conceptos los que convoquen a la realidad,
sino la realidad la que busque a los conceptos; que no sean
las teorías las que definan los problemas de nuestra situación,
sino que sean esos problemas los que reclamen y, por así
decirlo, elijan su propia teorización
(Martín Baró, 1998)*

CAPITULO I: RECORRIDO HISTÓRICO Y REFERENTES TEÓRICOS DEL DISCURSO FRENTE A LA SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

1 Marco Teórico

El presente marco abarca la elaboración conceptual y teórica en torno al problema y a las categorías analíticas que sustentan el abordaje de esta investigación. Así, desde la perspectiva del análisis crítico del discurso y desde un ejercicio de investigación hermenéutica, que permite comprender la noción de salud mental, la intervención y la concepción de sujeto frente a la enfermedad mental presentes en los discursos de las trabajadoras sociales. Por tanto, abordaremos dos dimensiones conceptuales como categorías generales: Trabajo Social en salud mental desde el enfoque clínico tradicional y Trabajo Social en salud mental desde el enfoque crítico, que intenta dar una mirada transformadora a la práctica profesional, así como discrepar de la mirada del enfoque clínico. En efecto, la discusión de estos dos enfoques sustenta el objeto de esta investigación y son, en última instancia la base de la actuación profesional del Trabajador Social en el campo de la Salud Mental en la actualidad.

Abordamos además, la génesis de la enfermedad mental y locura, la conceptualización de salud mental, normalidad versus anormalidad, sujeto, relaciones de poder o dominación en el discurso profesional, intervención del Trabajo Social en Salud Mental y el rol del trabajador social, como categorías

analíticas centrales en torno al problema de investigación y que consideramos de suma importancia, ya que son la fundamentación teórica para el análisis de cada uno de los discursos que abordaremos, específicamente en torno a evidenciar como los discursos de los profesionales contribuyen legitimar las estructuras de exclusión y rechazo social, o a la resistencia contra la discriminación y la desigualdad social en el campo de la salud mental – enfermedad mental, desde esos efectos de poder que hacen que los discursos se reproduzcan en la vida individual, comunitaria y social. Además, se expone también la fundamentación teórica del Análisis Crítico del Discurso y las estructuras discursivas (macroestructuras semánticas, significados locales y modelos contextuales) objeto de nuestra de esta investigación.

1.1 Historia de la Locura y la Enfermedad Mental

Para iniciar, partimos de la dualidad que por años ha enmarcado el tema de la salud mental y la enfermedad mental. Donde la salud mental generalmente corresponde a una categoría valorativa, formada a partir de las representaciones sociales, lo simbólico, la cultura, las costumbres, las creencias, el sistema económico y el sistema político, dentro de una sociedad, y que determinan el comportamiento normal de los sujetos en un contexto social. Por tanto, los sujetos que están dentro de estos parámetros se consideran como sanos mentalmente, en contraste, el comportamiento contrario, es considerado como lo anormal, lo patológico, lo enfermo mentalmente. A partir de esta dualidad hacemos un recorrido histórico que permite evidenciar como los sujetos con padecimientos mentales son marginados por los sujetos normales, los sistemas sociales y políticos.

Para iniciar, el sujeto anormal, el patológico, el que es considerado como enfermo mental, es rechazado, excluido, expulsado de la sociedad y del contexto donde

habita, ya que se hace molesto para los demás. Pues, dejando de ser un sujeto, una persona, pasa a ser un elemento peligroso, por tanto, excluido e indeseable dentro de la sociedad. Razón por la cual, a mediados del siglo XV los locos eran expulsados de las ciudades de origen y transportados como cargamento de insensatos, para evitar el peligro que representaban. Lo cual puede evidenciarse en la siguiente cita:

Los locos de entonces vivían ordinariamente una existencia errante. Las ciudades los expulsaban con gusto de su recinto; se les dejaba recorrer los campos apartados, cuando no se les podía confiar a un grupo de mercaderes o de peregrinos. (...). No es fácil explicar el sentido exacto de esta costumbre. Se podría pensar que se trata de una medida general de expulsión mediante la cual los municipios se deshacen de los locos vagabundos. (...). Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo. Está prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas: está sólidamente encadenado a la encrucijada infinita. Es el pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje. No se sabe en qué tierra desembarcara; tampoco se sabe, cuándo desembarca, de qué tierra viene. Sólo tiene verdad y patria en esa extensión infecunda, entre dos tierras que no pueden pertenecerle (Foucault, 1967, pp.1-13).

En efecto, el exilio, era la forma más fácil de deshacerse de estas personas, se desterraban de su familia, de su contexto, de su territorio, sin tener en cuenta la vida que les esperaba. La voluntad del sujeto no se tenía en cuenta, pues no era considerado como sujeto. El exilio era por tanto, una medida de despreocupación y desprotección, donde el loco no contaba con derechos, pero al mismo tiempo era una medida de protección para el resto de la sociedad. Aquí lo importante era la expulsión, para que el loco no alterara el orden y la tranquilidad de grupo social.

Desde este contexto, se abordan diferentes causas para explicar la locura, la cual, era vista desde lo maligno, la posesión sobrenatural, espiritual o diabólica. Los autores Casamayor y Marchesoni, lo describen de la siguiente manera:

Algunos la explicaban como resultado de una posesión diabólica o de los humores (medicina hipocrática). En algunos pueblos primitivos era explicada como un castigo divino; en cambio, entre los árabes el loco era considerado un enfermo que podía ser tratado y volver a ocupar un lugar en la sociedad. La existencia de tratamientos psiquiátricos quedó asentada en el código de Hammurabi, de la

legendaria Babilonia, el primer código jurídico, impreso en piedra, donde figura el uso del opio y de aceite de oliva para curar las personas con desórdenes mentales. En la edad media la locura era considerada parte los vicios del alma humana; la magia y la brujería surgen como modo de permitir al hombre desarrollar una teoría, para explicar la causa de enfermedades, desgracias, calamidades y buscar el método de enfrentarlos (2005, pp. 16-17).

A partir de esta visión general del siglo XV, Foucault (1967, pp. 22-33) describe como era vista la locura durante el renacimiento. Surge que la locura deja de relacionarse con lo sobrenatural, con el mundo y sus fuerzas subterráneas y se relaciona con la maldad del hombre, con sus debilidades, sueños e ilusiones, enlazando la locura con alteraciones de la moral. Por tanto, el loco debía ser castigado para hacerlo entrar a fuerza en el orden establecido moralmente por la sociedad. Donde el castigo para estos sujetos por la falta cometida, eran además, los trastornos del espíritu y trastornos del corazón.

A principios del siglo XVII se crean grandes internados donde se recluía a los desocupados, los inmorales e insensatos, a los locos, con el fin de proteger a la sociedad del elemento peligroso. Pero, las condiciones de vida a las que se veían sometidas estas personas eran realmente paupérrimas, privados de la libertad, mal alimentados, abandonados, sin aire, sin luz, encerrados donde se encerrarían animales feroces, sometidos a una vigilancia continua, sin atención médica. Ejemplo de esto, era el Hospital General en Paris, el cual no era un establecimiento medico sino una estructura semijuridica, que abusaba del poder constituido para decidir, juzgar y ejecutar. Además, el Hospital General es un extraño poder que el rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley, es el orden de la represión, es una instancia del orden monárquico y burgués, a disposición y bajo la autoridad del gobierno civil. Tomado de: Foucault, (1967, pp. 42-45).

A finales del siglo XVII y comienzos del XVIII aumentan las instituciones de internamiento, y la práctica de internamiento designa una nueva reacción a la miseria, donde se relaciona al hombre con lo que puede haber de inhumano en su

existencia. Posteriormente, Europa se vio afectada por el desempleo y la disminución de los salarios, de manera que, el parlamento de París ordena capturar a los vagabundos para obligarlos a trabajar, donde el trabajo castigo recibe un valor de penitencia y poder de redención a nivel religioso. En los lugares en donde los locos estaban reunidos con otros confinados, estos se distinguían por su incapacidad para el trabajo y para seguir ritmos de vida colectiva. El confinamiento es una medida institucional propia del siglo XVII, es una medida económica y de precaución social, es un invento. Tomado de: Foucault (1967, pp. 64-67).

Casa Mayor y Marchesoni (2005, p. 18) mencionan que en el siglo XIX se deja de lado la magia y la religión, entrando así, la locura en el campo del saber psiquiátrico. Aparecen entonces, personajes como Emil Kraepelin, creador de los términos demencia precoz y psicosis maniaco-depresiva, fundador de la psiquiatría científica del siglo XX, quien construyó además, una clasificación racional de las enfermedades mentales, pero coincidiendo con antecesores en considerar al loco no como un sujeto, sino como un objeto a observar, como un objeto de cuidado.

De acuerdo a lo anterior, observamos que desde los inicios de la psiquiatría, se ha clasificado el comportamiento humano, según signos y síntomas como categorías diagnósticas, donde el sujeto que no se ajuste a los parámetros socialmente establecidos y aceptados, es subvalorado y considerado como un objeto de investigación y de intervención.

Más adelante, Amico (2005, p.26) expone que el surgimiento del manicomio se dio a finales del siglo XIX con una gran influencia de la modernidad y del positivismo. Y posteriormente, en el siglo XXI, el tratamiento de la locura se asienta cada vez en lo organicista (Casa Mayor, Marchesoni, 2005, p. 18). Sobre esta base surge el ejercicio profesional del Trabajo Social en el ámbito de la psiquiatría.

1.2 Surgimiento del Trabajo Social en Salud Mental

A continuación presentamos un breve recuento histórico de la intervención del Trabajo Social en salud mental. La cual, surge como respuesta al aumento de sujetos con padecimientos a nivel mental. En consecuencia, a principios del siglo XX en los Estados Unidos se incorporan Trabajadores Sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios. Surge de esto, que psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales, y en consecuencia el papel del trabajador social se va reconociendo e incorporando como parte de los equipos de salud mental. Tomado de: Garcés (2010, p. 334).

Así mismo, Ureña (2006) citado por Garcés (2010, p. 334) describe como esta influencia que inicia en los Estados Unidos llega a España, acompañada con la idea de “equipo psiquiátrico” y de la necesidad de trabajar con las familias de los enfermos mentales, además, con una fuerte influencia de la escuela inglesa del psicoanálisis, el cual fue un referente de formación para los trabajadores sociales que luego intervendrían en los campos de atención psiquiátrica.

Por tanto, para Casamayor y Marchesoni (2005, p. 18) el psicoanálisis tuvo una gran influencia en el ejercicio profesional de los trabajadores sociales en el campo de la salud mental, tomando como referente a Freud con el descubrimiento del inconsciente, donde se cree que, además de los factores constitucionales y genéticos, determinantes de la personalidad y los desequilibrios, existen factores desconocidos que causan diversas conductas en los seres humanos. Así mismo, las experiencias vividas desde la infancia dentro de un contexto familiar establecen sentimientos y emociones que pueden desembocar en problemas conductuales. A partir de ahí, se hace necesario escuchar a las personas para

identificar las causas de los problemas a nivel mental y así tratar los conflictos y dificultades del paciente desde una dinámica terapéutica clínica.

De igual forma, en América Latina se inicia el Trabajo Social Psiquiátrico aprovechando los procesos de institucionalización, tomando como referente de intervención el método de Trabajo Social de caso, propuesto por Mary Richmond para abordar las problemáticas de los sujetos con enfermedades mentales. De acuerdo con Ramírez (sf, p. 79) “la influencia del psicoanálisis y la psicología dinámica a partir de 1925, hacen que el “Trabajo Social de caso” tome una orientación en la intervención predominantemente psicológica, por esta razón da una mayor importancia a los componentes emocionales e inconscientes del comportamiento humano. Además, la influencia del psicoanálisis se atenúa con la influencia por el determinismo del medio ambiente sobre los padecimientos mentales de los sujetos.

Posteriormente, la intervención se orienta desde el enfoque psicosocial propuesto por Hamilton (1992) citado por Amico (2005, p. 70), en el que se pretendía “estabilizar o mejorar el funcionamiento del cliente con respecto a su adaptación o ajustamiento social”. El modelo psicosocial tiene una gran influencia del psicoanálisis enlazada con el aspecto social, donde se llevan a cabo tres etapas: estudio, diagnóstico y comprensión de caso, a partir de las cuales, se busca mejorar las relaciones interpersonales y las situaciones vitales del cliente, donde la “persona en situación” es el concepto clave, haciendo una configuración de tres aspectos importantes: la persona, la situación y la interacción entre ellas. Tomado de: Viscarret. (2006, p. 94).

Además, el Trabajo Social psiquiátrico tuvo una gran influencia de la sociología desde una perspectiva durkheimiana de lo social, donde se daba una integración de lo formal y contractual, orientando la intervención en el disciplinamiento y la normalización del desviado, del individuo a corregir, para integrarlo al sistema, basándose en fundamentos científico-técnicos prefijados formalmente. Tomado de: Amico (2005, p.71).

Agregando a lo anterior, el positivismo como corriente teórica de las ciencias sociales, también hace su contribución al Trabajo Social psiquiátrico, pues desde la expresión del pensamiento conservador, al asimilar el método de estudio de las ciencias naturales para la comprensión de los hechos y fenómenos sociales, es necesario abordar las problemáticas a nivel de enfermedad mental, en otras palabras es preciso tratar a los individuos con padecimientos mentales desde esta lógica. Por tanto, al comparar a la sociedad con la naturaleza, se considera que la sociedad se rige por leyes naturales y que los hombres deben adecuarse y respetarlas para mantener la armonía y el equilibrio de la sociedad. Tomado de: Mendoza (2004, p. 4).

Por otra parte, el Trabajo Social en salud mental en América Latina se tornó en una especialización particular de la profesión: Trabajo Social Psiquiátrico. Este posicionamiento demandó para el desarrollo profesional la utilización de saberes y métodos asociados a la psicología, la sociología y la psiquiatría; de esta manera se comienza a psicologizar la lectura de las problemáticas sociales y a patologizar las relaciones sociofamiliares de las personas con trastorno mental. Tomado de: Amico (2005, p. 70). A partir de los anteriores posicionamientos del funcionalismo clínico, se da en la actualidad la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental, y por tanto, la práctica profesional continua ligada al tratamiento de la enfermedad mental.

En conclusión, desde sus orígenes el Trabajo Social ha abordado la salud mental, desde el modelo clínico tradicional, el cual toma lo patológico y lo "anormal", para adaptarlo conductualmente a los parámetros de normalidad establecidos por la sociedad, y, así "establecer un equilibrio en la misma. En efecto, esta actuación profesional se ha enfocado en general a un trabajo funcional sobre los individuos con padecimientos mentales, además de un limitado abordaje teórico y metodológico desde las ciencias sociales y específicamente desde el Trabajo Social.

1.3 Análisis Crítico del Discurso

Como ya lo hemos mencionado anteriormente, nuestro interés es abordar los discursos teóricos y prácticos de Trabajadoras Sociales en el campo de salud mental, desde el Análisis Crítico del Discurso (ACD). Para lo cual, nos valemos del sustento teórico de Teun A. van Dijk, quien define el Análisis Crítico del Discurso (ACD) de la siguiente manera:

El análisis crítico del discurso es un tipo de investigación analítica sobre el discurso, que estudia primariamente el modo en que el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos, y ocasionalmente combatidos, por los textos y el habla en el contexto social y político. El análisis crítico del discurso, con tan peculiar investigación, toma explícitamente partido, y espera contribuir de manera efectiva a la resistencia contra la desigualdad social (1999, p. 23).

Por tanto, el análisis crítico del discurso según van Dijk (1994), es un instrumento que permite entender mejor los mecanismos complejos a través de los cuales se transmite y reproduce la ideología de quienes tienen el poder. Es un tipo de investigación sobre el discurso, que tiene como objetivo evidenciar a través del análisis los problemas sociales y políticos, como el poder y la desigualdad. Su núcleo central, es saber cómo el discurso contribuye a la reproducción de la desigualdad y la injusticia social, determinando quiénes tienen acceso a estructuras discursivas y de comunicación aceptable y legitimada por la sociedad, pues el discurso juega un papel muy importante en la producción y en la reproducción del abuso de poder o de la dominación. Por tanto, el objetivo fundamental de este tipo de investigación es contribuir a la resistencia y a la solidaridad con los sujetos y grupos humanos excluidos y discriminados por la sociedad.

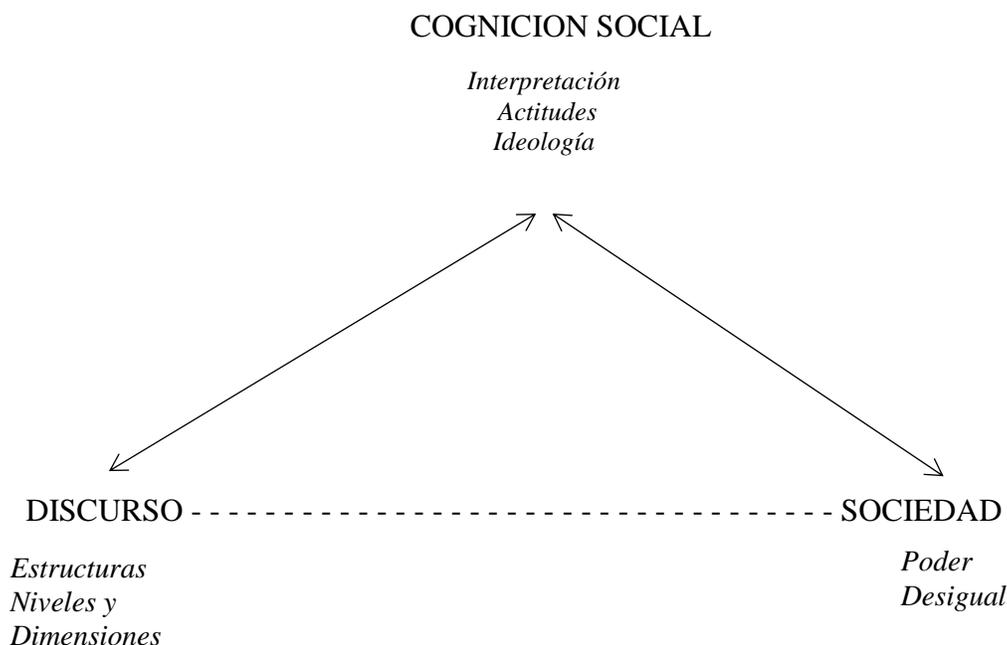
Sobre esta base, el objetivo de esta investigación es analizar desde un ejercicio hermenéutico, las construcciones discursivas a nivel teórico y a nivel del ejercicio

profesional de seis trabajadoras sociales que realizan su práctica profesional en el ámbito de la Salud Mental en instituciones públicas de la Ciudad de Bogotá, para comprender como es concebida la salud mental desde el Trabajo Social y como se realizan las prácticas profesionales en torno a los sujetos, sus contextos sociales y políticos, determinando cuales son las ideologías y modelos mentales que se mantienen y se reproducen en el campo laboral y social a través de los discurso, como modelos de reproducción del poder y dominación.

De modo que, en este análisis discursivo tendremos en cuenta las características propuestas por Teun A. van Dijk (2003, p. 144), las cuales consideramos esenciales para el abordaje de esta investigación. Sobre esta base van Dijk, propone que el ACD puede realizarse en, o combinarse con cualquier enfoque y sub-disciplina de las humanidades y las ciencias sociales, por ser este una perspectiva de investigación crítica, sobre la realización del saber, es decir, un análisis del discurso efectuado con una actitud.

Desde esta perspectiva, el ACD toma en cuenta las experiencias y las opiniones de los sujetos y apoya su lucha contra la desigualdad. Además, combina la “solidaridad con los oprimidos” con una actitud de oposición y disidencia contra quienes abusan de los textos y las declaraciones con el fin de establecer, confirmar o legitimar su abuso de poder. De modo que, el ACD define y defiende su propia posición sociopolítica. Es además, un saber riguroso, donde sus teorías multidisciplinares han de dar cuenta de las complejidades de las relaciones entre las estructuras del discurso y las estructuras sociales.

Según Teun A. van Dijk (2003, pp. 145-147), el ACD se realiza bajo la directriz del triángulo discurso- cognición y sociedad, el cual implica hacer un análisis desde la cognición, la comunicación y la interacción de los sujetos del discurso y la sociedad receptora del discurso, representado en la siguiente gráfica:



¹ Ilustración 1: Esquema Triángulo Cognición Social, Discurso y Sociedad

Seguendo la dinámica del triángulo, cognición social, discurso y sociedad, van Dijk expone que el discurso se convierte en un acontecimiento comunicativo, por contener las interacciones conversacionales de los sujetos o de los textos escritos, como también los gestos asociados, los modelos mentales entre otros.

Por tanto, para Teun A. van Dijk la “cognición” implica tanto la cognición personal, como la cognición social, las creencias y los objetivos, así como las valoraciones y las emociones, junto con cualquier otra estructura, representación o proceso “mental” o “memorístico” que haya intervenido en el discurso y en la interacción. Y por último, la voz de la “sociedad” se entiende de forma que incluya las microestructuras más globales, societales y políticas que se definen de forma diversa de grupos, de relaciones de grupos, de movimientos, de instituciones, de organizaciones, de procesos sociales o de sistemas políticos, junto con otras propiedades más abstractas de las sociedades y de las culturas. (...) La unión de las dimensiones cognitiva y social del triángulo define el contexto relevante (local y global) del discurso. (...) La integración de estas explicaciones puede lograr una adecuación descriptiva, explicativa y, sobre todo crítica en el estudio de los problemas sociales.

¹ Tomado del documento Discurso, Poder y Cognición Social. Conferencias de Teun A. van Dijk. Cuadernos. Nº2, Año 2. Octubre de 1994.

Otro elemento importante en el ACD, son los Modelos Mentales los cuales “presentan todas las creencias relevantes sobre un acontecimiento, es decir, tanto el conocimiento como las opiniones (y probablemente también las emociones) ” (van Dijk, 2003, p.165), que definen la ideología de los sujetos.

Considerando que, el ACD sigue la lógica de análisis de las estructuras discursivas propuestas por Van Dijk, tomamos como relevantes aquellas que nos permiten relacionar el texto y el contexto de los discursos escritos y orales de las trabajadoras sociales en el campo de la salud mental. Teniendo en cuenta que el ACD no es un enfoque de investigación, sino una perspectiva para abordar y hacer investigación, la cual, “subraya que para cada estudio debe procederse al completo análisis teórico de una cuestión social, de forma que seamos capaces de seleccionar qué discurso y qué estructuras sociales hemos de analizar y relacionar”. (...) Por consiguiente, las estructuras discursivas varían de acuerdo al contexto y algunas pueden o no resultar relevantes dependiendo, de las temáticas a investigar. Tomado de van Dijk (2003, p. 147).

De manera que para esta investigación tomaremos como base del análisis crítico las siguientes estructuras discursivas: macroestructuras semánticas, significados locales y modelos contextuales, consideradas de gran importancia y significación para los análisis de esta investigación.

Exceptuamos la estructura discursiva, “relevancia de las estructuras formales sutiles”, ya que nuestro interés no es analizar la entonación, las estructuras sintácticas, las estructuras proposicionales, las figuras retóricas, así como muchas de las propiedades de la conversación espontánea, como los turnos de palabra, las objeciones, las pausas, los titubeos y demás. Tampoco, haremos uso de la estructura discursiva de los modelos de acontecimiento, ya que no analizaremos la interfaz entre el discurso de las trabajadoras sociales y los modelos mentales de los sujetos.

Por el contrario, nuestro interés se centra en el estudio del control sobre la interacción, el análisis del contenido, los modelos mentales y las formas de significados, las cuales se relacionan con las ideologías y creencias de las fuentes o los hablantes, y que influyen directamente en la construcción mental del trabajador social y por tanto en la práctica profesional.

A continuación describimos las estructuras discursivas o categorías analíticas del ACD seleccionadas para la ejecución de nuestra investigación:

1.3.1 Macroestructura semántica

Las macroestructuras semánticas son los temas de los que habla el discurso, por tanto son las que “organizan globalmente el significado del discurso. Puesto que tales temas con frecuencia representan la información más importante, es decir el asunto que trata el discurso (Teun A. van Dijk (1999, p. 31). En términos generales, y siguiendo los lineamientos propuestos por Van Dijk, (2003, p. 152) las macroestructuras al contener la información más importante de un discurso explican la coherencia general de los textos y las conversaciones. En cuanto que “los temas son el significado global que los usuarios de una lengua establecen mediante la producción y la comprensión de discursos, y representan la “esencia” de lo que más especialmente sugieren”. En otras palabras, las macroestructuras semánticas se convierten en la tesis del discurso oral o escrito, por tanto es la idea principal en torno a la cual se desarrolla un discurso.

1.3.2 Significados Locales

Para el análisis de los significados locales, van Dijk propone identificar los significados implícitos e indirectos que se dan en el discurso, y que por tanto, contienen los modelos mentales de los sujetos, en este caso de las Trabajadoras Sociales frente a la salud mental y la forma de actuación profesional en este ámbito. Por esta razón, en los significados locales se centra la atención en los

conceptos ideológicos o sesgos ideológicos, para ello, se analizan especialmente las palabras repetidas y que representan un énfasis en el discurso, las cuales permiten la interpretación de los significados implícitos o indirectos en el discurso oral o escrito de las trabajadoras sociales frente al discurso de la salud – enfermedad mental en esta investigación.

Así mismo, deja en evidencia las polarizaciones que se hacen en el discurso, como a quién se le atribuye lo positivo y lo negativo. Y además, analiza las hipérboles o exageraciones, y lo que se omite del discurso pero que se da en la práctica profesional, pues lo que se omite también constituye el modelo mental de los sujetos que expresan el discurso. De modo que, Van Dijk define los significados locales de la siguiente manera:

Son el resultado de la selección que realizan los hablantes o los escritores en función de los modelos mentales que tengan de los acontecimientos, o de las creencias de carácter más general que compartan socialmente. Al mismo tiempo, los significados locales son el tipo de información que (sometida al control general de los temas globales) más directamente influye en los modelos mentales, y por tanto en las opiniones y en las actitudes de los destinatarios. Junto con los temas, los destinatarios recuerdan mejor estos significados y los reproducen con toda facilidad, de ahí que puedan tener las más obvias consecuencias sociales (Teun A. van Dijk, 2003, p. 153).

En efecto, es “especialmente importante para la investigación en el ACD, el estudio de las muchas formas de significados implícitos o indirectos, como las implicaciones, los presupuestos, las alusiones, las ambigüedades y demás. Llamamos implícita a una información cuando puede ser inferida de un texto (esto es, de su significado), sin que el texto la haya expresado de manera explícita” (Teun A. van Dijk, 2003, p. 155).

1.3.3 Modelos contextuales

Los modelos contextuales según Van Dijk (2003, p.161) se componen por los contextos globales y locales. En primer lugar, los contextos globales se definen

por las estructuras sociales, políticas, culturales e históricas en las que tienen lugar los acontecimientos comunicativos. Por lo cual, estas estructuras constituyen con frecuencia la lógica crítica y explicativa del discurso y de su análisis. Mientras que el contexto local, se refiere a las propiedades de la situación inmediata e interactiva en la que tiene lugar el acontecimiento comunicativo. Es decir, lo que limita el discurso, ya sea del texto o de la conversación. Por tanto, debe dar cuenta de lo que se dice, como se dice, quien lo dice, cuando y donde surge el discurso y cuál es el propósito de quien expresa el discurso, y el papel societal, el cual tomamos como el aporte del discurso de la Trabajadora Social al discurso ideológico de la sociedad.

Mi teoría del contexto reconoce que este análisis de las propiedades cognitivas y sociales de los acontecimientos comunicativos es relevante, pero define los contextos (locales) en términos cognitivos, esto es, como una forma que adopta el modelo mental de una situación comunicativa, es decir, como modelo contextual. Esto permite la existencia de interpretaciones subjetivas de las situaciones sociales, así como la presencia de diferencias entre los usuarios del lenguaje que se encuentran en una misma situación, permitiendo igualmente que existan modelos estratégicamente incompletos, y en general una adaptación flexible del discurso a la situación social. (...) Los modelos contextuales nos permiten explicar cuál es el aspecto relevante de la situación social para quienes participan en el discurso (Teun A. van Dijk, 2003, p. 161).

En conclusión, los modelos contextuales en las estructuras discursivas, son aquellos que permiten definir las formas en que los sujetos interpretan o definen las propiedades cognitivas y sociales en sus discursos. Además, Van Dijk menciona que pueden considerarse como casos concretos de los modelos mentales personales y subjetivos que las personas construyen a partir de las experiencias cotidianas de la vida diaria o en la práctica profesional, en otras palabras, puede considerarse a los modelos contextuales como representaciones mentales o representaciones de la memoria que actúan como control de un acontecimiento comunicativo en cada sujeto.

1.4 Enfoque teórico de la investigación

Además, de valernos de esta perspectiva de investigación como es el análisis crítico del Discurso, según van Dijk, este trabajo de investigación se realiza bajo la mirada del enfoque o paradigma de investigación hermenéutico, el cual orienta a la interpretación de los significados ocultos de los hechos, interpretando los textos y los discursos, con sus significados implícitos o indirectos. Por tanto, este enfoque se centra en los estudios de los hechos, acontecimientos y fenómenos tal y como son percibidos, sentidos y vividos por los sujetos en sus contextos, es decir, en el estudio de los discursos de las Trabajadoras Sociales entrevistadas frente a la práctica profesional en salud mental. Tomando así, relevancia la hermenéutica en nuestro proceso investigativo. En consecuencia, “el hermeneuta, se dedica a interpretar y develar el sentido de los mensajes haciendo que su comprensión sea posible” (Arráez, M., Calles, J. y Moreno de Tovar, L., 2006, p. 173).

Así mismo, tomando como referencia al autor Cárcamo (2005) en su texto “Hermenéutica y Análisis Cualitativo”, se enfatiza en que la hermenéutica busca la comprensión e interpretación dentro del paradigma cualitativo como base epistemológica. Por tanto, se interesa en el actor individual, comprendiendo e interpretando la conducta humana, en el propio marco de referencia del individuo o grupo social que actúa. Además, abordar la investigación desde este enfoque teórico, permite una mayor flexibilidad en la recolección de la información, a través de un proceso que permite llegar a lo subjetivo de los actores involucrados en la investigación. También, el análisis de la información se da en un proceso interpretacional y sociolingüístico de los discursos, que evidencia las acciones y estructuras de actuación de las Trabajadoras Sociales en un determinado contexto local y global, en consecuencia la hermenéutica nos permite abordar la investigación desde la perspectiva del análisis crítico del discurso.

En conclusión, lo que la hermenéutica pretende es la búsqueda cualitativa de significados de la acción humana. En nuestro caso particular, confrontar el discurso teórico con el discurso práctico de Trabajadoras Sociales que laboran en el ámbito de la Salud Mental, para comprender desde el análisis discursivo lo que significa la salud mental y la práctica profesional en este campo. En efecto, este ejercicio hermenéutico implica necesariamente la comprensión e interpretación del discurso, en las palabras y los modelos mentales que se hallan implícitos en el actuar profesional, por tanto, entra en juego la hermenéutica en el análisis de las macroproposiciones, los significados locales y en cada uno de los modelos contextuales del discurso.

La hermenéutica también nos sugiere y sin duda, antes que toda otra consideración un posicionamiento distinto con respecto a la realidad: aquel de las significaciones latentes. Se trata de adoptar una actitud distinta, de empatía profunda con el texto, con lo que allí se ha expresado a través del lenguaje. No se trata de suprimir o de intentar inhibir su propia subjetividad (con sus implícitos prejuicios), sino de asumirla. En otras palabras, la búsqueda de sentido en los documentos sometidos a análisis se ve afectada por un doble coeficiente de incertidumbre: la interpretación es relativa al investigador así como al autor de los textos en cuestión. (Baeza, M., 2002, citado en Cárcamo, 2005, p.2).

Este posicionamiento distinto, del que habla Beaza, con respecto a la realidad en la cita de Cárcamo, surge a partir de la comprensión e interpretación de los discursos, que permiten la praxis de la teoría y la práctica, donde la primera es fundamentación y guía de la segunda, con una interacción mutua que permite la construcción del conocimiento mediante el análisis crítico del discurso en esta investigación hermenéutica.

1.5 Categorías Analíticas

Las categorías de análisis son definidas por Gil, J., García, E. y Rodríguez, G. como:

La categorización, que constituye sin duda una importante herramienta en el análisis de los datos cualitativos, hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico (...) la categorización es una tarea simultánea a la separación en unidades cuando esta se realiza atendiendo a criterios temáticos (1996, p. 26).

Agregando a lo anterior, McIntry y Macleon (1986), citado por (Gil, J., García, E. y Rodríguez, G., 1996, p. 27), enfatizan en que es de gran importancia establecer las categorías de análisis que se van a emplear en la investigación, lo cual se puede realizar de la siguiente manera:

Estas pueden estar predefinidas por el analista, o por el contrario, pueden surgir a medida que se analizan los datos. Cuando las categorías utilizadas en un estudio se establecen a priori, las fuentes habituales son el marco teórico y conceptual de la investigación, las cuestiones o hipótesis que la guían, las categorías ya usadas en estudios de otros investigadores o incluso los propios instrumentos de investigación empleados. Por ejemplo, las cuestiones incluidas en cuestionarios o guiones de entrevista pueden ser tomadas como fuente de categorías útiles para reducir los datos. Los sistemas de observación sistemática, mediante los cuales el observador recoge información sobre actividades o fenómenos usando un conjunto predeterminado de categorías, pueden ser aplicados como herramientas analíticas para la categorización de registros en audio, vídeo y también transcripciones de discursos, elaborados a partir de las situaciones observadas.

Teniendo en cuenta lo anterior, las categorías de análisis surgen a partir de los documentos analizados en torno al tema de Trabajo Social en salud mental y del análisis de los datos recogidos a través de las entrevistas realizadas a seis Trabajadoras Sociales que laboran en dicho ámbito y una entrevista a trabajadora social investigadora en el tema. Por tanto, las categorías analíticas son las siguientes:

1.5.1 Salud Mental

Para iniciar, consideremos pertinente citar la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud OMS (2013), la cual, define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias

capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Partimos de esta definición ya que, evidenciamos a través de la revisión documental que sobre este concepto se sustentan otras definiciones en el marco de la práctica profesional de Trabajo Social. Así mismo, consideramos que el Trabajo Social en salud mental, desde un enfoque clínico, tradicional y funcionalista, se encuentra sujeto a esta definición, por contener las estructuras de la normatividad del Estado. Además, al encontrarse dentro de los parámetros del paradigma integracionista y normalizador de la sociedad.

Agregando a lo anterior, los autores Carballeda y Barberena, (SF) enfatizan que los criterios anteriormente citados en la definición de salud mental por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuadran dentro del funcionalismo y están ligados a modelos desarrollistas. En contraste con OMS, estos autores destacan que la salud mental es un proceso, tomando como referencia a Farrera (1987) quien al referirse a la salud, sostiene que ésta "es como el río de Heráclito, nunca es la misma", por lo tanto, la salud está asociada a aquello que está ocurriendo, lo que significa, que hablar de salud mental implica ubicar esta compleja definición dentro del contexto que contiene la vida de los sujetos, es decir, el contexto histórico, cultural, social, familiar, con todas sus realidades y conflictos, que son factores que contribuye a crear las condiciones de salud mental de un individuo.

De modo que, se hace necesario citar la Política Nacional del Campo de la salud Mental en Colombia, Ministerio de Protección Social (2007, p.15), la cual define la salud mental como “una construcción dinámica y multidimensional, determinada y determinante; es, a la vez, fin, medio y producto. Un fin en cuanto bien con el que se cuenta; un medio para el desarrollo individual y colectivo, incremento de capitales y el ejercicio de los derechos y un producto de lo que ella misma ha contribuido a desarrollar, incrementar y garantizar”. Notamos además, que esta conceptualización se encuentra en la misma dirección de OMS, y tiene un enfoque

que como diría la autora Barrios (2004), responde a las lógicas del neoliberalismo y del mercado, donde los individuos productivos son aquellos que pueden pertenecer a la sociedad, los demás sujetos se hallan fuera de estas estructuras sociales.

Así mismo, la Ley 1616 de salud mental de Colombia, Congreso de la Republica (2013), en su artículo 3 define la salud mental como, “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

En efecto, el concepto que plantea la ley 1616, como normatividad del Estado en el tema de salud mental, es sin duda funcionalista y se encuentra también, en el marco del enfoque clínico y regulador de la sociedad. Vale la pena decir, que este concepto se halla en relación con el concepto propuesto por la Organización Mundial de la Salud. Por tanto, observamos que en general las prácticas realizadas por los profesionales de Trabajo Social se descubren permeadas por estas mismas dinámicas de la normatividad estatal.

Ahora bien, encontramos que el Trabajo Social en salud mental se aborda desde dos dimensiones, la primera desde una perspectiva funcionalista y clínica tradicional, nombrada anteriormente y la segunda desde un posicionamiento crítico de la concepción de salud mental que busca la transformación de la práctica profesional, a través de un proceso crítico reflexivo, donde se considera la salud mental como un elemento holístico e integrador del sujeto en todas sus dimensiones humanas y con su entorno social, cultural, político e histórico. A

continuación se exponen los conceptos de salud mental desde dichas dimensiones:

1.5.2 Trabajo Social en Salud mental desde el enfoque clínico Tradicional

Como ya lo habíamos citado, la salud mental es abordada generalmente desde una perspectiva clínica, la cual se adoptó desde los inicios del Trabajo Social en este campo, según Mendoza (2004, pp. 3 - 4):

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 atención que orientó la práctica profesional por décadas (...) 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. 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 equiparar 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.

En consecuencia, las vinculaciones teóricas y metodológicas del Trabajo Social en salud mental con la psiquiatría y la psicología han generado durante décadas prácticas basadas en un enfoque clínico, lo cual ha producido que el ejercicio profesional se oriente a comprender y entender los fenómenos sociales desde el método de estudio de las ciencias naturales. De manera que, el abordaje de la salud mental en Trabajo Social se encasilla dentro un enfoque positivista y los Trabajadores sociales no permiten ni proponen otras lógicas de comprensión de los fenómenos o problemáticas sociales.

Adicionalmente, encontramos que Mary Richmond (1993, p.142) citada por Mendoza (2004, p.8) hace una conceptualización de la salud mental desde el Trabajo Social, afirmando que es una rama del servicio médico social de casos

individuales, asignándole el nombre de servicio social psiquiátrico, en el cual era fundamental la realización de la encuesta social para así establecer un diagnóstico y a partir de éste diseñar un tratamiento que llevara a la adaptación social del individuo. De ahí que, la intervención del Trabajador Social se dirigía al ajustamiento de la personalidad por medio de tratamientos que modificaran la situación del sujeto para integrarlo al círculo social.

En efecto, el sujeto era visto como cliente o paciente, el cual debía identificar la situación problema, para que ésta luego pudiera tener una explicación por medio de la psicología y la medicina sobre los problemas conductuales, la dificultad de aprendizaje y los malos hábitos. De modo que, se pudiera ajustar al individuo a las normas sociales a través de la modificación de conductas y actitudes, insertando valores morales que motivaran el deseo de cambio.

Desde la perspectiva de Casamayor, A. y Marchesoni, C. (2005, p. 32) la salud mental hace referencia a “una serie de aspectos en lo preventivo, educativo y cultural; un delicado equilibrio que puede romperse y pasar así de la salud a la enfermedad. El anterior concepto, pretende la adaptación de los individuos en su medio, a través del equilibrio de la sociedad. Por tal razón, la autora considera que la salud es un aspecto social que debe ser analizado desde diversos contextos, como son las instituciones culturales, educaciones y políticas.

1.5.3 Trabajo Social desde una perspectiva crítico – reflexiva

Por otro lado, desde la perspectiva del Trabajo Social crítico se encuentran algunas definiciones de salud mental, aunque tenemos que enfatizar en que son pocas o casi nulas las elaboraciones conceptuales respecto a nuestro tema de investigación, especialmente en Colombia.

La autora Amico, Trabajadora Social Argentina, en su texto “La Institucionalización de la locura” define que “la salud mental es la adaptación activa de la realidad, es un proceso de aprendizaje de la realidad que nos lleva a enfrentarnos con

problemas, a tratar de manejarlos y a encontrar soluciones integradoras en los conflictos. Relación de aprehensión y transformación del sujeto y la realidad. Salud mental como visualización y resolución de contradicciones internas y las que surgen en el marco de la vida cotidiana” (2005 p, 85). Amico, además, propone para el análisis de la salud mental, partir de la definición de salud, la cual define, como “el máximo bienestar posible en cada momento historio y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre sujeto social y su realidad” (Amico, 2005, p. 17). Así mismo, la autora afirma que:

La categoría de salud mental es de difícil definición, pues se trata de un término cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana o enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico. El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino también de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones (Amico, 2005, pp. 17-18).

Teniendo en cuenta que desde la perspectiva crítica del Trabajo Social, se pretende el análisis y comprensión de la praxis teórica y práctica, que contribuya a repensar la actuación profesional frente a la perspectiva de salud mental, desde nuevas significaciones en los modelos mentales de los profesionales y de los individuos que componen la sociedad. Es importante tener presente al autor Goffma (1993), citado por Alvaro, J. (2009), cuando afirma que "un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza", de acuerdo a los contextos que definen a los individuos. Es decir, tales significados pueden cambiar de acuerdo a las representaciones sociales de los sujetos y a los modelos mentales establecidos en la sociedad.

Los conceptos de salud y de enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. Las concepciones de la salud y de la enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Además, ambos

conceptos tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro (Alvaro, J., 2009).

De acuerdo a lo anterior, vemos que para abordar y conceptualizar la salud mental desde Trabajo Social es necesaria una visión holística de la realidad, donde se tengan en cuenta las problemáticas macro que afectan a los colectivos e individuos. Además, es necesario analizar reflexivamente el contexto donde se encuentran inmersos los sujetos, teniendo en cuenta las complejas realidades, los conflictos, los aspectos familiares, sociales, culturales y políticos, de donde el Trabajador Social puede dar un nuevo significado a la salud mental, entendiendo que esta es transversal en todas las esferas de la vida humana y por tanto en la actuación profesional, donde la salud mental no necesariamente debe ser entendida desde la enfermedad mental.

Para finalizar, las autoras Becerra y Kennel, se refieren a la salud mental, como un proceso equilibrado de interacción individuo-medio, es decir,

Como resultado del equilibrio dinámico, relativo e inestable entre condiciones que la mantienen y factores que la amenazan. Si los múltiples factores son muy adversos o superan el alcance de la capacidad del individuo para enfrentarlos, pueden aparecer procesos patológicos que se constituyen en la enfermedad (2008, p.14).

En esta perspectiva, y teniendo en cuenta que no es el tema central de nuestra investigación la enfermedad mental, es importante conocer teóricamente su conceptualización, ya que existe una gran relación, y además, el análisis discursivo se obtiene de la práctica profesional de Trabajadoras Sociales que ejercen en Instituciones de internamiento psiquiátrico.

1.5.4 Enfermedad Mental y locura

Al igual que el concepto salud mental, la enfermedad mental se define bajo juicios de valor, determinados culturalmente y de acuerdo a las normas establecidas socialmente sobre lo que es normal y lo anormal. Por tanto, la comprensión de la locura

Es siempre cosa social que varía, según los lugares y los tiempos, es la sociedad la que establece de acuerdo con sus valores dominantes la distinción entre lo normal y lo patológico: lo que se pone aquí en juego es un modelo psicosocial del hombre y las valoraciones que en este intervienen, están siempre relacionadas con las distintas estructuras psicopolíticas (Losada, Rodas, Rodríguez y Veyra, 1998, p. 45).

Sin embargo, históricamente existen teorías que explican la noción de la locura o enfermedad mental. De ahí que, Becerra y Kennel (2008, p.16), exponen tres teorías: la primera de ellas, indica que la enfermedad mental se entendía como posesión demoniaca, donde la causa de la enfermedad se ubica fuera del sujeto, sin tener en cuenta las implicaciones históricas y subjetivas de los individuos. La segunda, menciona que la enfermedad mental era vista como una casualidad endógena, causada por factores de tipo físico y biológico. Y la tercera explica, que la enfermedad mental surge a partir de la interacción de los individuos entre sí, como la familia y la sociedad, en otras palabras, obedece más a causas sociales y las relaciones del individuo con su medio.

En consecuencia, la enfermedad mental o la locura se determina como un fenómeno opuesto al término de salud mental, donde “la enfermedad, pareciera constitutiva de la personalidad, ya que el hombre la necesita para mantener vivo el ideal de salud y de felicidad” (Becerra y Kennel, 2008, p.13). A partir de esta dualidad salud – enfermedad mental, se ha establecido teóricamente algunas definiciones de enfermedad mental:

Desde la perspectiva de la psicología la enfermedad mental es entendida como:

Alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la

cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Para poder afirmar que una persona tiene una enfermedad mental es necesario que un médico psiquiatra haya realizado el diagnóstico. Este tipo de trastornos tienen repercusiones sobre la vida diaria de la persona, dificultando su adaptación al entorno cultural y social en que vive y creando alguna forma de malestar (FEAFES GALICIA, 2010).

Por otro lado, las autoras, Losada, Rodas, Rodríguez y Veyra (1998, pp. 45 46), sostienen que desde el punto de vista de la psiquiatría social, “la locura es un trastorno de la personalidad”. Además, desde el enfoque de la medicina, “la enfermedad mental es una perturbación del funcionamiento humano ideal”. Y desde el punto de vista de la sociología, se enfatizan que la locura o enfermedad mental es una construcción social, “estructuralmente la locura es una institución que juega un papel en el marco institucional”, de donde la sociedad a lo largo de la historia ha ideado modelos para tratar a los enfermos mentales, en unos casos para integrarlo a la misma, otros, haciendo ver la enfermedad mental como una realidad demoníaca y otros como forma de internación y disciplinamiento. Por tanto, “esto tiene que ver con la prevalencia de un orden dado que hay que mantener en la función de la homogeneidad del conjunto y que considera lo diferente como una disfunción social”.

Estas mismas autoras dirigen su exposición sobre las anteriores perspectivas de comprender la locura, afirmando que “no se es “loco” sino en relación a una sociedad dada. La colectividad es la que proporciona la definición de enfermedad mental, la que impone el ideal a través del cual debe tratarla, la que proporciona los objetivos que debe tratar. A partir de esta premisa, hay que hacer notar, que el término de enfermedad mental también es ambiguo y de difícil definición, porque como ya se ha citado, es una construcción que surge de los esquemas sociales funcionales y reguladores de la sociedad, directamente mantenidos por enfoques o paradigmas teóricos que en últimas buscan mantener el poder que las estructuras sociales ejercen sobre los individuos a través de esquemas psicosociales y psicopolíticos.

En consecuencia, “la enfermedad mental se considera a menudo como un sinónimo de la internación en un hospital psiquiátrico” Cochrane, R. (1991, p. 12). Y no se pone en cuestión, que en el ser humano coexistan al mismo tiempo salud y enfermedad como factores humanos, que penden de lo social, lo cultural e histórico del contexto local y global de los individuos y sus subjetividades. Concepto de salud mental.

1.5.5 Sujeto

Para abordar esta categoría de análisis nos valemos de la definición propuesta por el Semillero de Investigación de Sujeto y Subjetividad de Uniminuto (2011) donde se considera que el sujeto es

Ese ser en construcción permanente que piensa, siente, disiente, participa, desea, se emociona, y va más allá de una categoría nominal. (...) Entendido como aquella persona de motivación, de problemáticas contemporáneas, de sueños, de placer, entendiendo el placer no solo sexual, sino placer por conseguir, por lograr y alcanzar las metas que se traza.

Así, esta elaboración conceptual nos permite valorar el término de sujeto desde el cual nos ubicamos para comprender al ser humano desde la perspectiva de esta investigación.

1.5.6 Normalidad – Anormalidad

Es importante tener en cuenta también las categorías de normalidad versus anormalidad, para ello tomamos como sustento teórico la obra de Michel Foucault, “Los anormales, Curso en el College de Francia (1974 – 1975). Aunque nuestro tema de investigación, no se centra en la enfermedad mental si no en la salud mental, vemos que existe una generalidad al entender la salud mental como normalidad o la enfermedad mental como anormalidad, más exactamente, se

entiende la salud mental como anormalidad, incluso desde la actuación profesional del Trabajador Social en este campo.

Por ello citamos a Michel Foucault, (1974 – 1975), y su estudio de los “anormales”, como una categoría incorporada en Francia en el siglo XIX en los documentos de las pericias médico legales. Foucault analiza y toma una postura crítica frente al poder que se encubre en el discurso médico y penal frente a la anormalidad, pero que no es un poder,

Ni médico ni judicial, sino otro, que logró colonizar y reprimir el saber médico y el poder judicial; un tipo de poder que finalmente desemboca en el escenario teatral del tribunal, apoyado, desde luego, en la institución judicial y la institución médica pero que, en sí mismo, tiene su autonomía y sus reglas (...) el poder de normalización (Foucault, 1974 – 1975, p. 38).

Es decir, que la práctica de la pericia legal, propone un nuevo objeto de estudio, ya no “delincuentes” o “enfermos”, sino los “anormales”. Por tanto, el poder de normalización como lo define Foucault, se constituye como instancia de control del anormal, “como instancia de control no del crimen, no de la enfermedad, si no de lo anormal, del individuo anormal, es a la vez un problema teórico y político (...) y del poder” (p.49).

Podemos decir, entonces que lo normal o anormal es un “examen perpetuo de un campo de regularidad, dentro del cual se va a calibrar sin descanso a cada individuo para saber si se ajusta a la regla, a la norma de salud que se ha definido” (p.54). Y de acuerdo a estas normas establecidas socialmente se define al enfermo mental o al “loco” por ser anormal.

Así mismo, Foucault, explica que el discurso de la normalización se encuentra no solo tras el discurso de la perversidad, sino también del problema del peligro social,

Vale decir que será igualmente el discurso del miedo, un discurso cuya función es detectar el miedo y oponerse a él. Así pues, se trata de un discurso del miedo y la moralización (...) cuya organización epistemológica, no puede sino ser irrisoria, aun con respecto a la locura (p. 43).

En este sentido,

La norma no se define en absoluto como una ley natural, si no por el papel de exigencia y coerción que es capaz de ejercer con respecto a los ámbitos en que se aplica. La norma, por consiguiente, es portadora de una pretensión de poder. (...); es un elemento a partir del cual puede fundarse y legitimarse cierto ejercicio del poder. De modo que, “la norma trae aparejados a la vez un principio de calificación y un principio de corrección. Su función no es excluir, rechazar. Al contrario, siempre está ligada a una técnica positivista de intervención y transformación, a una especie de proyecto normativo (p. 57).

Por consiguiente, al hablar de normalidad y anormalidad se debe desvelar el poder oculto que hay detrás, de lo que podríamos llamar máscara de dominación generalmente psicopolítica y psicosocial. Y que constituye en general el campo de actuación profesional de las y los Trabajadores Sociales en el ámbito de la salud mental. A partir de aquí, la actividad profesional debe someterse a una rigurosa reflexión crítica del profesional, que le permita analizar detenidamente las estructuras que contienen su intervención y el posicionamiento frente a los sujetos que padecen alguna enfermedad mental. Además, debe darse un nuevo planteamiento en la de la salud mental, que comprenda la vida humana desde una perspectiva holística. Además de, las fuerzas de poder que existen en las instituciones y en la actuación profesional, ya que “el poder actúa desde dentro de nosotros a través de máscaras” (Carpintero, E., 2008, p.58).

En consecuencia, la normalidad implica el establecimiento de la norma, y todo lo que no esté dentro de la norma, es entonces anormal. Definir lo normal o anormal depende, por tanto, de los valores culturales que las sociedades establecen para mantener el control y el poder sobre los grupos humanos y los individuos. Así, se puede decir que “la sociedad necesita discriminar todo aquel que no se ajusta a las normas establecidas por ella, en su interés por mantener “el orden” y “la seguridad”. Todo aquel que muestre un rasgo diferente ya sea por cultura, ideas, raza, credo, o personalidad, generalmente es excluido (Cuello, Federici, Kitlain, Sicard y Vicens, 1998, p.135). Es, analizando esta dinámica, desde la cual se

debe parar el Trabajo Social a la hora de realizar su práctica profesional y al dialogar con los sujetos en torno a sus problemática sociales.

1.5.7 Relaciones de poder o dominación en el discurso profesional

En principio, las fuerzas de poder se encuentran ancladas en la vida humana y en cada una de las relaciones que los seres humanos establecen, así también se encuentran como fuerzas en los diferentes contextos y en los discursos de los seres humanos, específicamente en los discursos de quienes poseen el conocimiento. Surge de esto, que los discursos de la vida cotidiana y del ámbito profesional, configuran las diferentes posturas frente a la percepción de salud mental o de enfermedad mental. Por tanto, hablar de salud mental nos ubica en un contexto social, cultural y político que expresa formas de vida determinadas por estructuras sociales, donde los discursos generalmente se asumen como verdaderos.

Encontramos entonces, que el poder se va configurando entre los individuos, en un juego de relaciones. Por consiguiente, toda relación es, en cierta medida, una relación de poder, pues donde hay relaciones sociales o grupos humanos, allí se ejerce un poder, “el poder no tiene entidad propia, no existe; tan solo se ejerce, y, al ejercerse, aparece. Analizar el poder exige, por tanto, analizar las relaciones de poder, con sus inflexiones, retrocesos, cambios de dirección, y en las resistencias posibles” (Martín y Ovejero, 2007, p. 98).

Para Foucault, **“el poder no se posee, se ejerce”**, por todas partes en donde exista poder, el poder se ejerce, es el titular de él; y sin embargo, se ejerce siempre en una determinada dirección, con los unos de una parte y con los otros de otra; no se sabe quién lo tiene exactamente pero se sabe quién no lo tiene” (Foucault, 2001, Pg. 84). Por tanto, de este poder se puede afirmar que la fuerza emanada de los discursos profesionales de las trabajadoras y trabajadores

sociales, constituyen fuerzas de poder en los sujetos y contextos sociales que determinan la forma de entender la salud mental, de comprenderla y asumirla desde las realidades individuales y comunitarias, desde los contextos locales y globales de la sociedad, que van configurando las representaciones sociales de salud mental o de la enfermedad mental. En efecto, las fuerzas de poder, se encuentran contenidas en los discursos de los textos o en el discurso verbal de los profesionales.

Donde además, las ideologías son estructuradas y reproducidas por los discursos, como formas de poder y dominación. El poder es entonces una relación de fuerzas de unos sujetos sobre otros. En este sentido, Foucault plantea que “no existe un único poder en la sociedad, si no que existen relaciones de poder extraordinariamente numerosas, múltiples, en diferentes ámbitos, en los que unas se apoyan en otras y en las que unas se oponen a otras” (1999, pp. 277 - 278).

Como diría también en otro de sus discursos Foucault, “el poder no opera en un solo lugar, sino en lugares múltiples: la familia, la vida sexual, la forma en que se trata a los locos, las relaciones entre hombres y mujeres relaciones todas ellas políticas” (Foucault, 1999, p. 68). En estas relaciones cotidianas, se ejerce la fuerza que constituye al hombre en cada momento de su existencia y que determina las formas de consolidación de las estructuras culturales y sociales de los individuos.

No obstante, como profesionales de lo social hacemos parte vital de lo que es el otro, el ser humano. Por tanto, entender la salud mental desde una perspectiva holística donde el hombre se hace individual y colectivamente, en medio de relaciones de poder que se establecen, que se encuentran contenidas y surgen de los discursos que mantienen las estructuras sociales, ya sean estas individuales, familiares, de los grupos o las comunidades, o bien estatales e institucionales en cualquier sociedad humana. Implica por tanto, que los profesionales de Trabajo Social, se planteen una postura diferente de la salud mental, como eje transversal a toda la práctica profesional y a la vida cotidiana de los sujetos, sin olvidar el

discurso de poder que se encuentra y se ejerce en nuestras prácticas profesionales y en la vida cotidiana con los demás sujetos.

Agregando a lo anterior, resaltamos que en todo discurso hay siempre una fuerza de poder y en el ejercicio profesional se puede dar un discurso que implícitamente fortalece las dinámicas de exclusión y discriminación que contienen las estructuras sociales, pues,

La interacción social es inconcebible sin una explicación cognitiva de los procesos que nos permiten dar sentido a las cosas, de los modelos de los acontecimientos y de, las acciones, de las reglas y del conocimiento, de las actitudes y de las ideologías (van Dijk, 1997).

Estas a su tiempo se hallan implícitas en los modelos mentales y en los discursos ya sea de los textos escrito o en los hablantes.

Por tanto, es importante tener presente que los profesionales tenemos un tipo de poder, desde lo que hablamos o escribimos, y que tal poder tiene el efecto de controlar el discurso público, según Van Dijk (2009) “el discurso y la comunicación se convierten entonces en los recursos principales de los grupos dominantes. Los actos son intenciones y controlando las intenciones se controlan a su vez los actos. Existe entonces un control mental a través del discurso”, con el cual se pueden legitimar las estructuras de exclusión y rechazo social hacia los sujetos que padecen enfermedad mental o de aquellos que no entran dentro de las estructuras de normalización de la sociedad. Como también lo expresa Van Dijk, (2008) refiriéndose a quienes son los dueños del discurso, “el hablante puede organizar el discurso para favorecer sus perspectivas sobre la situación que comunica y desfavorecer las perspectivas contrarias, donde el discurso favorece la construcción de cierto modelo mental por el oyente”.

1.5.8 Intervención del Trabajo Social en Salud Mental

Analizar teóricamente la actuación profesional que se realiza en Trabajo Social en el campo de la salud mental, nos lleva a definir en primer lugar, ¿Qué se entiende por intervención y la forma de intervenir del Trabajador Social?, y en segundo lugar, ¿Cómo intervenir en la dualidad salud - enfermedad mental, como campo de intervención? Pues, generalmente y desde el enfoque clínico – funcionalista, se habla de salud mental para referirse a una actuación profesional que tiene que ver directamente con la enfermedad mental y las instituciones de internamiento psiquiátrico donde laboran los profesionales de Trabajo Social.

A partir de lo anteriormente expuesto, tomamos la perspectiva que propone el Trabajador Social Carballada, para comprender la intervención como concepto y como práctica. De modo que,

Pensar lo social en términos de intervención implica la construcción de un punto de encuentro entre sujeto y cultura donde los aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demanda ligadas a la cuestión social. El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas (2012, p.1).

En consecuencia, estos espacios donde dialogan el sujeto, la cultura, los contextos sociales y el Trabajo Social como intervención, son ubicados por Carballada en la noción de campo según Bordieu.

La aplicación de la noción de campo para analizar el contexto de intervención en salud mental puede ser tomada desde Pierre Bordieu. 1. implica entenderlo como un espacio donde confluyen una serie de interacciones. Éstas pueden ser de diferente orden como; conflicto, colaboración o alianza. De esta manera, el sector salud, como campo presenta también estas características, que llevadas a los espacios institucionales pueden ser entendidos como “escenarios de intervención”. 2. en ellos se expresan una serie de tensiones que concuerdan con la idea de campo antes mencionada pero también interpelan a la Intervención en lo social desde diferentes aspectos como; los disímiles papeles de los actores sociales; los componentes escénicos (en tanto el carácter simbólico de las instituciones, sus espacios, distribuciones y actores sociales); la historicidad de la trama donde se desenvuelven los problemas sociales y su integración con lo económico, social y político (2012, p. 3).

Por tanto, siguiendo la propuesta de Carballada (2012, p. 1), la intervención es entendida como un proceso que contiene el análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir y el impacto en la esfera de lo subjetivo. Así, desde esta perspectiva entendemos la intervención que realiza el trabajador social, como un proceso de análisis y de construcción de conocimiento a través de las diversas problemáticas que viven los sujetos dentro de su cotidianidad y dentro de sus contextos sociales.

Además, Carballada (2012, pp.1 -2) plantea que la intervención en lo social, tiene que darse en tres órdenes esenciales, en cuanto a la actuación profesional de los trabajadores sociales. En primer lugar, “incluye en mayor o menor medida una forma de encuentro, diálogo y transformación a través del sistema de protección que posee una sociedad”. En segundo lugar, la intervención debe darse en la interacción con las tramas sociales, para lo cual, “las tramas sociales, pueden ser entendidas desde una mirada sociológica, ligadas a la noción de lazo social como elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario. En otras palabras, es una intervención que más que intervención es una articulación de la acción profesional con el accionar de cada uno de los sujetos, pues se da mayor importancia al lazo social, lo que haría que la intervención no sea excluyente y discriminatoria, si no que favorezca la construcción del vínculo social y la inclusión de los sujetos.

El lazo social, desde esta perspectiva, construye subjetividad a través de diferentes modalidades de relaciones, intercambios y formas de reciprocidad entre los individuos. De esta manera, la intervención en lo social, transcurre, generando desde lo micro social el encuentro entre sujeto, sociedad y cultura en cada circunstancia singular (Carballada, 2010, p. 1).

En tercer lugar, Carballada plantea que la intervención debe darse teniendo en cuenta la relación problema social y necesidad social. Estas dos dimensiones no pueden separarse, pues más allá de la necesidad es necesario actuar sobre los

problemas sociales, y estos a su vez contienen necesidades, que los sujetos deben atender.

En conclusión, al hablar de intervención en el campo de la salud mental, lo hacemos desde una mirada de diálogo entre el sujeto, con su cultura, su contexto, e historia, a partir de un proceso de análisis de la interacción del sujeto y su vida cotidiana en cada uno de los campos anteriores.

Por otro lado, la dualidad salud - enfermedad mental anteriormente expuesta como categoría analítica, debe ubicar a los Trabajadores Sociales en una dinámica donde la salud mental es entendida como transversal a todos los campos de actuación profesional, y no debe ser reducida a enfermedad mental o a la práctica dentro de una institución de reclusión psiquiátrica, lo que significa que la intervención en salud mental debe darse en todos los campos donde el Trabajador Social intercambia conocimientos con los sujetos y sus problemáticas, es decir, que la intervención implica un dialogo constate con la cotidianidad de los sujetos y la práctica profesional desde cualquier campo de acción del Trabajador Social.

1.5.9 Rol del Trabajador Social en Salud mental

A partir de la entrevista realizada a la Trabajadora Social investigadora en el ámbito de la salud mental, (Diciembre 3, 2014), el rol del Trabajador Social se da en dos dimensiones, por un lado, desde el abordaje de la enfermedad mental en la práctica profesional y por otro, desde la perspectiva de la salud mental.

En primer lugar, el rol del Trabajador Social en la atención a pacientes con situaciones de enfermedad mental, es funcionalista. Es un rol que está enmarcado bajo una ley y bajo ciertas funciones que deben ser cumplidas, y, que a la hora de realizar la intervención está más centrada en lo patológico. En este caso, el Trabajador Social interviene a través de un seguimiento individual, familiar y comunitario, donde se busca ver, como la persona se medicaliza, o, se realiza el seguimiento de la adherencia al tratamiento. Así mismo, se realiza el

acompañamiento para que la familia entienda que le está pasando al familiar y a su círculo inmediato, y puedan así enfrentar la vida desde ahí.

De modo que, el rol del Trabajador Social está ceñido a ese espacio. Pero también eso tiene que ver con lo histórico. Porque la investigación que yo estoy haciendo, no la estoy fijando desde el trabajo social pero, he encontrado en los archivos que específicamente la atención del asistente social de la época, estamos hablando de 1920, 1930, 1940 en la Beneficencia de Cundinamarca era netamente asistencial y de seguimiento familiar. Tomado de: Entrevista a trabajadora social experta en investigación (Diciembre 3, 2014).

Desde la mirada funcionalista, y “partiendo de que existe la enfermedad mental”, y que existe por tanto, una intervención psiquiátrica donde el Trabajador Social también interviene, “quien lidera ese equipo, cuando se habla de enfermedades mentales es el psiquiatra, porque es el que médica, el que diagnostica y junto a él, el terapeuta ocupacional, el psicólogo, la psicóloga, y nosotros Trabajadores Sociales. De igual manera, el enfermero o la enfermera psiquiátrica en algunos casos. Y ese trabajo está ceñido a que cada quien hace lo suyo, es un trabajo no inter sino multidisciplinar. “Yo médico, diagnostico, usted le hace un seguimiento al comportamiento, usted hace un seguimiento familiar y tratamos de ver que como la persona no recaer”.

Por tanto, es un trabajo más multidisciplinar que interdisciplinar porque en inter, estaríamos pensando ya no solamente en psiquiatría, sicología y trabajo social, sino en un trabajo profesional integrado que aún no tiene nombre, porque aún no se ha trabajado. “Porque el médico, formado como médico psiquiatra es quien identifica orgánicamente la enfermedad” y desde ahí es vista la salud mental en Trabajo Social.

Pero, al entender la Salud Mental desde una perspectiva distinta de la enfermedad mental, implica un posicionamiento diferente del Trabajador Social, y por tanto su rol cambia. Pensar la Salud Mental de esta manera implica que todo lo que

hacemos está centrado en la Salud Mental. Estemos trabajando con individuos, grupos o comunidades. El ejercicio de la salud mental desde el Trabajo Social, se debe pensar desde un contexto social y político, desde los contextos de fragmentación, exclusión y de situaciones que hacen vulnerables a las personas.

Pues ahí, es donde se debe pensar el ejercicio de la salud mental. Ahora con este tema tan álgido del post conflicto, y de cómo esto nos afectaría a nosotros socialmente y políticamente nuestra organización de país. Pues ese debería ser un tema fundamental, debería cobrar vigencia, debería ser central. Porque muchas de estas personas que son víctimas, con el tema del perdón; eso en otras, palabra es la búsqueda de la salud mental. Entonces, estas personas no están psiquiátricas, internadas, pero sí han vivido un proceso de violencia de fondo; de muertes de sus familiares, de sus hijos, de ser sacados de sus territorios, que realmente están afectando su salud mental y su ser como tal. Entonces yo creo que ahí, hay que repensarse ese ejercicio.

Ese tema de la exclusión y de la fragmentación social, tiene que ver en como esa salud mental históricamente se ha visto profundamente afectada, desde la misma concepción de la política. Pues, no hay prioridad por pensarse la salud mental en todos esos espacios, y es un reto nuestro como Trabajo Social tratar de visibilizar ese espacio, haciéndonos nuevos planteamientos **para pensar que la salud mental no es solo la enfermedad mental**. Hay formación totalmente sesgada al verlo así.

Los psicólogos, por ejemplo, tienen una especialidad que es psicología clínica y en psicología clínica, lo que hacen es eso, es trabajar sobre el comportamiento humano patologizado por una depresión, por un trastorno bipolar, por un sello; mientras que nosotros, vemos la salud mental en el desplazado, en el de la restitución de la tierra, en el que ha sido violado, en el que ha sido abusado, en el maltratado. También, en las personas que se deprimen por sus circunstancias de vida, por haber tenido una vida con una prospectiva muy positiva, pero luego, llega un momento de quiebra, se le muere su familia, se queda solo, donde ya no sabe

qué hacer, donde pierde el rumbo, y entra en una depresión tal, que no puede seguir viviendo. Todo esto lo vemos en la perspectiva de la salud mental, desde un compromiso ético y político, ya que somos de lo social. Estamos ahí, en esas transformaciones y la Salud Mental para mí permea todos los campos. Sí, es transversal, no es una sola cosa, no es patología, no es enfermedad. Que difícil que la gente piense así y como ustedes se habrán dado cuenta, no es igual a enfermedad mental, eso tiene todo un direccionamiento en todo lo que hacemos.

La Salud Mental está presente, en desarrollo, en construcción, o en deterioro en las distintas prácticas sociales. Está en juego en el trabajo, en el estudio, en la vida familiar, en las organizaciones del tiempo libre, en todos los grandes rubros que refieren a la vida cotidiana (Arito, 1997).

CAPITULO II: FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA PARA EL ABORDAJE DEL ANÁLISIS DISCURSIVO

2 MARCO METODOLÓGICO

2.1 Planteamiento del problema

A partir de la revisión documental sobre el discurso teórico que se ha realizado desde la investigación en Trabajo Social sobre la salud mental, así como desde los estudios teóricos orientados a la intervención encontramos dos disyuntivas, en primer lugar, los discursos que obedecen a enfoques clínicos y psicológicos, que siguen explicando la salud mental desde el paradigma funcionalista y regulador de la sociedad, distanciándose así el Trabajo Social de la mirada social reconceptualizada y perpetuando una mirada de la salud mental desde la perspectiva de lo normal y anormal. En segundo lugar, el discurso teórico crítico que discrepa del enfoque clínico de Trabajo Social en salud mental, buscando proponer cambios y transformaciones en las prácticas de Trabajo social, pero que a la vez, no registran un trabajo práctico de dicho discurso.

Según Carballada (2012), "el trabajo Social desde una perspectiva histórico social, se construye a fines del siglo XIX como campo de conocimiento e intervención en un contexto de fragmentación de la sociedad, malestar y desigualdad. Por tanto, la actuación profesional del trabajador social en la actualidad se da en estos mismos contextos.

Para enfatizar, encontramos que existe un limitado abordaje teórico y análisis sobre la salud mental en trabajo social desde las ciencias sociales que fundamentan el Trabajo Social, donde mayor relevancia al enfoque clínico, psicológico y al paradigma funcionalista y regulador de la sociedad.

Por tanto, aparece la necesidad de abordar la salud mental en la actuación profesional de Trabajo Social desde el análisis de los contextos y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana de los sujetos, así como en su devenir y en el impacto de lo subjetivo de los individuos y la sociedad. Lo que llevaría a los profesionales a cambiar su perspectiva sobre la salud mental desde la práctica del Trabajo Social tradicional y clínico para abordar este complejo tema de la Salud Mental desde una mirada de la Reconceptualización del Trabajo Social.

Según Tenorio y Hernández (2005), puede decirse que el objetivo del Trabajo Social es el bienestar del ser humano, en esto se incluye, desde luego la promoción de la salud mental como una forma para la realización del mismo. Además, el autor Menéndez (1990), enfatiza refiriéndose a la perspectiva como se ha abordado la salud mental, "este modelo se caracteriza por una práctica con predominio biologicista de la enfermedad, por una concepción teórico positivista, por ser ahistórica y por un individualismo en que la persona es responsable de su enfermedad".

Encontramos además, que los estudios realizados por Trabajo Social en el ámbito de la salud mental desde los enfoques normalizadores, continúan estableciendo prácticas y formas de actuación profesional, que conllevan al diseño de tratamientos enfocados a dar atención a las patologías mentales o a las situaciones "anormales" que se han establecido culturalmente y que continúan siendo excluyentes.

De ahí que, Según Alvarado, citado por (Reyes, 2009),

El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. Este hecho nos demuestra la importancia de los valores sociales en la definición de la salud o la enfermedad mental.

De acuerdo al diccionario crítico de ciencias sociales, los “criterios de diagnóstico comúnmente utilizados excluyen a un importante número de personas con problemas psicológicos. En resumen, los diferentes criterios utilizados para diagnosticar a aquellas personas que tienen problemas de salud mental establecen, en ocasiones, una realidad superpuesta a los problemas reales, cognitivos y/o emocionales, de las personas Tomado de: Mirowsky y Ross (1989). En consecuencia, “el psiquiatra se convierte efectivamente en un juez (...) sobre un individuo que es portador de todos esos rasgos de carácter” (Foucault, 1974 - 1975). En otras palabras, el trabajador social sería al igual juez de los sujetos que se encuentran rotulados por lo normal y anormal dentro de un grupo social, perpetuando así la misma dinámica de exclusión social.

El abordaje documental nos ubica frente a la perspectiva del modelo clínico utilizado en las prácticas del Trabajo Social en salud mental, como prácticas asistencialistas, encargadas de reproducir el modelo hegemónico imperante, limitando la praxis del actuar profesional, lo que disminuye las posibilidades de generar transformaciones sociales en pro del bienestar de los sujetos. Ahora bien, entre las funciones del trabajador social en el campo de la salud,

Se visualiza que el quehacer del Trabajo Social siguiendo el modelo tradicional, aislado de otros profesionales del hospital, y que tiende prioritariamente a atender las demandas de psiquiatras, además de las demandas puntuales de pacientes y familiares. (...) Por lo general los Trabajadores sociales sobrecargados siempre actúan para atender las demandas inmediatas, para la mera asistencia, atendiendo la parte “enferma” del sujeto, quedando así relegada la prevención y promoción en salud mental (...) con relación a las prácticas de salud mental el trabajo social como un agente institucional subordinó su práctica profesional a los proyectos hegemónicos, asegurando de este modo el control social y el disciplinamiento moralizador de los sectores dominados ante la peligrosidad que representaban para las clases dominantes (Amico, 2005, p, 72).

Por consiguiente, hallamos en la revisión teórica que muchos de los trabajadores sociales en el ámbito de la salud mental son influenciados por el enfoque clínico desde la institucionalidad, lo cual lleva a la realización de prácticas asistencialistas. Por otro lado, encontramos además, un inconformismo y crítica dentro de algunos profesionales, puesto que sus discursos están en contraposición con el enfoque clínico. A pesar de esta posición crítica, al revisar teóricamente dichas prácticas transformadoras desde la perspectiva en trabajo social en el ámbito de la salud mental no se encuentra un registro detallado de estas prácticas, quedando relegado el enfoque a un discurso profesional.

Por tanto, es necesario profundizar en el conocimiento sobre las prácticas de tipo psiquiátrico desde el Trabajo Social, atendiendo a la perspectiva de los trabajadores sociales sobre la salud mental. Analizando como concibe cada profesional a estos sujetos. Como comprenden además, el rol profesional dentro de acciones específicas en un trabajo interdisciplinar y como aplican lo teórico en el ejercicio profesional en el ámbito de la salud mental. Así mismo, su posicionamiento crítico y político frente al actuar profesional y a cada sujeto.

De modo que se hace necesario analizar críticamente la actuación del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, confrontando el discurso teórico con el discurso práctico, cotidiano de los Trabajadores Sociales en este campo específico de actuación profesional. Surgen entonces, los siguientes interrogantes a los cuales queremos dar respuesta en esta investigación ¿Cómo entran en juego los discursos utilizados en los enfoques teóricos y la forma de actuación profesional del Trabajo Social en salud mental? ¿Existen contradicciones entre los abordajes teóricos en salud mental desde el Trabajo Social y la práctica profesional? ¿Cómo comprenden los trabajadores sociales la salud mental desde el Trabajo Social?

2.2 Justificación

El propósito de este trabajo de investigación se sustenta desde una perspectiva del análisis crítico del discurso, apoyado en un abordaje teórico que se confronta con el discurso de los trabajadores sociales que ejercen su actuación profesional en el ámbito de la salud mental.

La realización de este proyecto de investigación es justificable en cuanto encontramos a partir de la revisión documental que existe una contradicción entre los enfoques teóricos y la práctica profesional de los trabajadores sociales, ya que tanto en la investigación como en la intervención estas continúan sustentándose en un enfoque clínico de la Psiquiatría y Psicología para explicar y abordar el tema de la salud mental.

Según, Tenorio y Hernández (2005),

El trabajo social ha sido influido por el modelo médico hegemónico, caracterizado por un predominio biologicista, que atiende más a la enfermedad que a la salud, (...) pues el Trabajo Social en el campo de la salud mental abarca lo social y biológico, además pone más énfasis en la prevención que en el tratamiento de los trastornos emocionales.

Cobra valor, esta investigación cuando pretendemos dar respuesta a los siguientes interrogantes ¿Cómo entran en juego los discursos utilizados en los enfoques teóricos y la forma de actuación profesional del Trabajo Social en salud mental? ¿Existen contradicciones entre los abordajes teóricos en salud mental desde el Trabajo Social y la práctica profesional? ¿Cómo comprenden los trabajadores sociales la salud mental desde el Trabajo Social?

A través de la revisión documental, encontramos que el concepto de salud mental se halla ligado al concepto de enfermedad mental y transversalizado desde las categorías de normalidad y anormalidad, conceptos que autores como Foucault

han teorizado desde una mirada de las ciencias sociales, desde el poder de normalización, por lo que se puede decir que lo normal y anormal se hallan dentro del discurso que no solamente se organiza en torno al campo de la perversidad, sino también del problema del peligro social: “vale decir que será igualmente el discurso del miedo, un discurso cuya función será detectar el peligro y oponerse a él. Así pues, se trata de un discurso del miedo y un discurso de normalización” (Foucault, 1974- 1975).

Por tanto, desde esta mirada se puede decir que la salud mental, en la actualidad se halla inmersa en esta misma dinámica, es decir por configuraciones sociales que van fijando características establecidas por la cultura, la sociedad y el Estado, que en palabras de Foucault, estas dinámicas “activan el funcionamiento de un poder que no es ni el poder judicial ni el poder médico: un poder de otro tipo (...) el poder de normalización. Este poder de normalización determina la forma en que es vista una población determina, en este caso, los sujetos con los que intervienen los trabajadores sociales en el campo de la salud mental. Donde el Trabajador Social debe al mismo tiempo analizar la perspectiva de lo normal y anormal, pues estas categorías se dan entonces como un mecanismo de control social. Aquí cobra sentido la manera en que desde el Trabajo Social se concibe la salud mental.

Por otra parte Foucault, con respecto al concepto de salud definido en una sociedad, dice que se trata de un examen perpetuo de un campo de regularidad, dentro del cual se va a calibrar sin descanso a cada individuo para saber si se ajusta a la regla, a la norma de salud establecida.

Según el artículo científico “Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres” las ciencias sociales y en especial la sociología analizan cómo las situaciones sociales y los contextos culturales influyen en la construcción

de los conceptos de salud y padecimiento mental. De acuerdo a Cockerham (2000), cómo se relacionan los procesos sociales y los estados mentales de las personas, y cómo se vinculan poblaciones específicas (definidas por el género, la raza, la clase social, etc.) con sus padecimientos particulares (, 2000) (...) La importancia específica de la sociología de la salud mental estriba en la facultad que posee de explicar la naturaleza colectiva de estos fenómenos, creando un conocimiento complementario al producido por la psiquiatría y las psicoterapias (Wheaton, 2001; Busfield, 1996) Tomado de: Ordorika y Sacristán (2009, p.7).

En efecto,

La salud mental se relaciona con emociones, pensamientos y comportamientos. Una persona con buena salud mental es generalmente capaz de manejar los eventos y obstáculos de la vida diaria, trabajar para alcanzar metas importantes y funcionar de manera efectiva en la sociedad.

2.3 Objetivo General

Analizar la construcción discursiva de 9 trabajadoras sociales frente a la práctica profesional en salud mental, desde la perspectiva del análisis crítico del discurso.

2.3.1 Objetivos Específicos

1. Indagar documentos revisando las teorías y enfoques de actuación del Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental abordando los aportes teóricos existentes hasta el momento.
2. Conocer los discursos de las profesionales que ejercen en el ámbito de la Salud Mental en el sector público.
3. Confrontar el discurso teórico con el discurso empírico – cotidiano de las Trabajadoras Sociales generando un análisis crítico sobre la actuación profesional en el ámbito de la salud Mental.

2.4 Enfoque Metodológico

La investigación cualitativa: describe acontecimientos, devenires, sucesos e in sucesos que se dan en el mundo de la vida, pero ese mundo se manifiesta en las vivencias que la cultura le presenta y que por su puesto el investigador interroga. En este sentido, la cultura con sus manifestaciones lingüísticas expresadas en lenguaje verbal, no verbal corporal y simbólico entre otros, se convierte en un texto social que puede ser abordado u objetivado para su análisis desde visiones y cosmovisiones del actuar cotidiano porque es allí, donde se encuentran “los textos escondidos”.

Pero este texto no puede ni debe entenderse por fuera de la historia ni de las relaciones sociales, culturales e históricas, que han dado la posibilidad de que se levante a los pies de un interrogante y de un interrogado para hundir sus raíces en lo cotidiano, en lo aparentemente “obvio” para los ojos de todos pero recóndito para “la mirada que mira” desde un segundo orden. (Ramírez Robledo, L.E., Arcila, Adriana, y Buriticá, L.E., 2004, pp. 66).

La perspectiva metodológica compromete al investigador en su totalidad: visión del mundo, traslado de esa concepción al problema elegido y al proceso de investigación, se trata de elegir entre una metodología lineal propia del paradigma positivista y una circular, hermenéutica, interactiva y abierta como la del interpretativo. Por su parte, los métodos son caminos para abrir al conocimiento en correspondencia con determinada perspectiva metodológica. De modo que la perspectiva metodológica es lo que responde directamente al paradigma. (González M., 2009, p.)

Según Sampieri (2010, p. 5), “la investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno”, para ello, esta investigación es abordada desde el enfoque teórico del método cualitativo de la investigación en las Ciencias Sociales. Por ende, esta investigación busca aportar al Trabajo Social desde una perspectiva reflexiva y hermenéutica a partir del análisis crítico del discurso, haciendo un recorrido por la teoría y la práctica del Trabajador Social en el ámbito de la salud mental.

El enfoque metodológico nos permite llegar a las respuestas de las preguntas de investigación ¿Cómo entran en juego los discursos utilizados en los enfoques teóricos y la forma de actuación profesional del Trabajo Social en salud mental? ¿Existen contradicciones entre los abordajes teóricos en salud mental desde el Trabajo Social y la práctica profesional? ¿Cómo comprenden los trabajadores sociales la salud mental desde el Trabajo Social?

Encontramos por tanto, que la “mayor parte de los estudios cualitativos están preocupados por el contexto de los acontecimientos, y centran su indagación en aquellos espacios en que los seres humanos se implican e interesan, evalúan y

experimentan directamente” (Ramírez Robledo, L.E., Arcila, Adriana, y buriticá, L.E., 2004, p. 53).

“Es más, esta investigación trabaja con contextos que son naturales, o tomados tal y como se encuentran, más que reconstruidos o modificados por el investigador” (Taylor, S.J y Bogdan, R., 1992, p. 35).

Considera que las auténticas palabras de éstos resultan vitales en el proceso de transmisión de los sistemas significativos de los participantes, que eventualmente se convierten en los resultados o descubrimientos de la investigación. La insistencia en la proximidad a los mundos cotidianos de las personas y en captar sus acciones proporciona un refuerzo sólido a las explicaciones que finalmente desarrolle la investigación. En realidad tales aclaraciones se explican o tienen sentido en razón del hecho mismo de que fueron generadas a través de un proceso que tomó en cuenta las perspectivas de los participantes (Ramírez Robledo, L.E., Arcila, Adriana, y buriticá, L.E. (2004. p, 54).

De ahí que, “las realidades histórico-sociales son objetivaciones de la vida del espíritu humano, son expresiones de vivencia; comprender una determinada realidad histórica social es revivir la vivencia correspondiente” (Ramírez Robledo, L.E., Arcila, Adriana, y buriticá, L.E., 2004, p, 55).

Esta investigación reivindica como objeto de observación la vida cotidiana, quiere acceder al mundo de la vida de los actores y expresar sus hallazgos en el lenguaje corriente o en uso. Son las actividades diarias, los motivos de la acción y sus significados, el saber de los actores, su conocimiento práctico lo que quiere saberse. De todo ello es consecuencia que sus fuentes principales sean los mismos individuos o sus prácticas, frente a la idea fallida de que los sujetos no puedan decir algo acerca de ellos mismos. El actor social también quiere ser reivindicado como partícipe del acto de investigación (Masías Núñez, 2009).

Abordar nuestra investigación desde un enfoque cualitativo implica abrir nuestra observación a las diferentes perspectivas de los individuos con sus realidades humanas y sociales, de modo que. “no solo un hecho tiene sentido si es verificable en la experiencia y en la observación, sino que se necesita una estructura diferente que posibilite comprender la compleja, rica y cambiante realidad humana y social. Tomado de: Ramírez, L.E. y Arcila, A. (2004, p. 53).

2.5 Técnicas de Investigación

2.5.1 La Entrevista Cualitativa

Para la recolección de la información en nuestra investigación hemos utilizado como técnica cualitativa, la entrevista semiestructurada. Para Sampieri y Fernández, citando a King y Horrocks (2009), “la entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta”. Por tanto, permite recoger el discurso de cada una de las Trabajadoras Sociales, para así realizar el análisis frente a la visión y forma de actuación que tiene cada profesional frente a la salud mental en la actualidad. Pues, “en la entrevista, a través de preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema” Janesick (1998) en (Sampieri y Fernández, 2010, p. 418).

Así, “la entrevista semiestructurada, por su parte, se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados” (Sampieri y Fernández, 2010, p. 418). Este tipo de entrevista, permite además, la profundización en un tema específico y en nuestro caso de acuerdo a las categorías de análisis y de investigación.

De acuerdo con Rogers y Bouey (2005), en Sampieri y Fernández (2010, p. 419), algunas de las características esenciales de la entrevista cualitativa que tendremos en cuenta son: en primer lugar, las preguntas y el orden se adecúan de acuerdo a los participantes, por tanto es en buena medida anecdótica. En segundo lugar, el entrevistador comparte con el entrevistado el ritmo y la dirección de la entrevista. En tercer lugar, se debe tener muy en cuenta el contexto social, el cual es fundamental para la interpretación de los significados. En este orden, el entrevistador ajusta su comunicación a las normas y lenguaje del entrevistado. De modo que, este tipo de entrevista tiene un carácter más amistoso y por tanto las

preguntas son abiertas y neutrales, ya que pretenden obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje.

Ilustración 1. Cronograma de actividades

Proyecto de investigación: Construcción Discursiva de la Salud Mental en Trabajo Social desde la perspectiva del Análisis Crítico del Discurso
Nombres: Yina Ariza Cepeda – Gisela Bohórquez Huertas
Objetivo: Analizar la construcción discursiva de 9 trabajadoras sociales frente a la práctica profesional en salud mental, desde la perspectiva del análisis crítico del discurso.

PLAN DE TRABAJO

Componentes Actividades	Meses desde el 2014 – al 2015																							
	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X																
Elaboración Marco Teórico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Elaboración de las técnicas de investigación													X	X	X									
Plan de tabulación																X	X	X						
Trabajo de campo					X	X	X	X	X				X	X	X	X								
Aplicación de Instrumentos													X	X	X	X								
Recepción de información											X	X	X				X	X	X					
Análisis de la información																		X	X	X	X			
Elaboración de la información																			X	X	X			
Interpretación de datos																				X	X			
Informe final																							X	
Evaluación de la investigación																								X

Después de todo somos juzgados, condenados, clasificados, obligados a competir, destinados a vivir de un cierto modo o a morir en función de unos discursos verdaderos que conllevan efectos específicos de poder (Foucault, 1976, p. 140))

CAPITULO III: CONSTRUCCIÓN DISCURSIVA DE LA SALUD MENTAL EN TRABAJO SOCIAL

3 PROCESO INVESTIGATIVO

En este capítulo nos proponemos exponer el proceso de investigación realizado a partir del análisis crítico del discurso, como investigación analítica siguiendo la propuesta de van Dijk, a partir del cual realizamos un ejercicio hermenéutico sobre los discursos teóricos y orales, obtenidos a través de seis entrevistas a Trabajadoras Sociales que laboran en el campo de la salud mental en instituciones públicas de atención psiquiátrica, una entrevista realizada a trabajadora social en el campo de la investigación en salud mental y el análisis a dos textos que sustentan teóricamente el ejercicio profesional del Trabajo Social en salud mental desde los enfoques clínico tradicional y crítico reflexivo que intenta dar una mirada transformadora a la práctica profesional, así como discrepar de la mirada del enfoque clínico. En efecto, la discusión de estos dos enfoques sustenta el objeto de esta investigación, y son, en última instancia la plataforma del ejercicio profesional del Trabajador Social en el campo de la Salud Mental en la actualidad.

Por tanto, el análisis crítico del discurso como ejercicio hermenéutico nos permite dar una interpretación a los discursos, sus significados ocultos, implícitos o indirectos, como construcciones discursivas de las y los profesionales en torno al ejercicio profesional, la salud mental y los sujetos. Así, evidenciar a través del análisis los problemas sociales, políticos y estructurales, y cómo estos discursos pueden ser practicados, reproducidos o combatidos a través de los discursos de las y los profesionales.

Expondremos a continuación cada uno de los análisis discursivos, teniendo en cuenta que nuestro interés se centra en el análisis de las siguientes estructuras discursivas: macroestructura semántica, (de la cual hace parte las macroproposiciones, las cuales se presentaran en el trascurso del desarrollo del análisis, entre comillas y letra cursiva, para permitir la interpretación de las mismas) significados locales y modelos contextuales (Ver pg. 13 - 15), consideradas de gran importancia y significación en nuestra investigación ya que, nos permite abordar las discrepancias entre los discursos y enfoques. Por tanto, hemos denominado discurso práctico a los obtenidos a través de las entrevistas y discursos teóricos los obtenidos de los textos y de la investigación.

3.1 Discurso práctico I

3.1.1 Macroestructura Semántica

La salud mental se aborda desde la experiencia, donde el Trabajador Social en un puente de cohesión y ayuda en las necesidades del paciente psiquiátrico, recuperando y movilizando redes secundarias y en la intervención con la familia y la comunidad.

3.1.1.1 Macroproposiciones

Macroproposición 1: La Salud Mental se aborda desde la experiencia, desde un enfoque empirista, aprendiendo de la experiencia en las prácticas cotidianas.

Macroproposición 2: La importancia del trabajo social en salud mental se da por la necesidad de recuperación y movilización de redes secundarias, la intervención con familia y la comunidad.

Macroproposición 3: “El trabajador social es considerado como un puente de cohesión, de apoyo al sujeto y de ayuda frente a las necesidades del paciente psiquiátrico, la familia y la comunidad”.

3.1.2 Significados Locales

“Entiendo la salud mental desde la profesión, desde el enfoque empirista, desde la necesidad que surge con el aumento de la población de salud mental en Colombia. Entiendo la salud mental desde el trabajo social, en la importancia que tiene desde la profesión, la recuperación de las redes, la movilización de redes secundarias, la intervención con familia y con la comunidad. Puesto que es necesario para este tipo de población, además, olvidada aquí en Colombia”.

Del anterior texto inferimos que la Trabajadora Social, entiende la salud mental como enfermedad mental, y por tanto, su discurso se da en términos funcionales. Donde plantea que los sujetos “población” que padecen enfermedad mental, es una población excluida en Colombia.

Por tanto, considera indispensable la intervención del Trabajador Social en esta área, desde una perspectiva de la necesidad de la población, debido al aumento de enfermedades mentales. De donde se espera que el Trabajador Social intervenga en la recuperación y movilización de redes en la familia y en la sociedad. Lo anterior, denota la necesidad de normalizar al sujeto para reintegrarlo a la sociedad y así evitar el rechazo y la exclusión.

“Son sujetos de necesidades. De necesidades evidentes a nivel emocional, a nivel familiar y a nivel social”.

La premisa sujeto de necesidades utilizada de forma repetida por la Trabajadora Social en el discurso, deja ver su perspectiva ideológica frente a los sujetos en relación con la enfermedad mental. Esta palabra necesidad sugiere un modelo mental, donde los sujetos se encuentran carentes y por tanto deben ser suplidas sus necesidades, ya sea a nivel personal, familiar o Institucional, creando una forma de dependencia de los

sujetos hacia los profesionales, donde el individuo a corregir depende de lo que los profesionales puedan ofrecerle dentro de una institución. En este sentido,

El marco de referencia del individuo a corregir es mucho más limitado: es la familia misma en el ejercicio de su poder interno o la gestión de su economía; o, a lo sumo, la familia en su relación con las instituciones que lindan con ella o la apoyan (Foucault, 1974- 1975, p. 63)

El Trabajador Social es considerado como “un puente de cohesión y de ayuda frente a las necesidades que surgen de cada situación”.

Sugiere que el trabajador social es el profesional encargado de suplir o solucionar la necesidad carente del sujeto. Por tanto, se refleja una visión asistencialista.

“el paciente de psiquiatría que manejamos cada día”

Al hablar del paciente de psiquiatría que manejamos cada día, encontramos que el discurso contiene un modelo mental donde el sujeto es “objeto de intervención”, lo cual significaría que estos sujetos se hayan insertos es un discurso reduccionista que busca crear los límites de adaptación a los criterios de normalidad de la sociedad.

3.1.3 Modelos contextuales

El modelo contextual de este discurso esta dado en el ámbito de la institución pública, la cual presta servicios de salud en psiquiatría, esta cuenta con una normatividad y políticas institucionales, así mismo se rige por la normatividad estatal, políticas como la Política Pública de salud mental 2007 y la ley 1616 de 2013, entre otras. Así pues, las acciones generales del discurso dan cuenta que el Trabajo Social es una profesión encargada de la atención al paciente psiquiátrico visto este como sujeto de necesidades en el cual se debe intervenir a nivel individual, familiar y comunitario, fortaleciendo las redes de apoyo de dicho paciente.

La ubicación local del acontecimiento comunicativo se dio en la institución pública hospitalaria de prestación de servicios de salud para pacientes psiquiátricos, utilizando como técnica la entrevista, la cual fue transcrita y plasmada en esta investigación. En cuanto al papel comunicativo del participante es de entrevistada, su papel interactivo es el de experta en Trabajo Social y salud mental, ya que cuenta con experiencia laboral en dicha área. Su papel societal es el de la profesional que ayuda a suplir las necesidades de los pacientes psiquiátricos. La acción comunicativa comprende el aporte a la investigación en el que se enfatiza su actuar profesional desde el Trabajo Social de caso con el paciente psiquiátrico fortaleciendo redes familiares y redes secundarias.

Por último, el discurso se encuentra permeado por la normatividad de la institución, en donde la Trabajadora Social es integrante del equipo interdisciplinario asumiendo un rol profesional desde la especificidad de las funciones para así, brindar el servicio de salud Trabajadora Social - paciente.

3.2 Discurso Práctico II

3.2.1 Macro estructura semántica

Salud mental es la capacidad de las personas para desarrollar habilidades a nivel físico y emocional las cuales permiten el funcionamiento familiar y social, donde el rol del trabajador social se da a partir de la institución en la intervención con redes familiares, comunitarias e institucionales, así como, brindar herramientas a las familias para que aprendan a tratar al paciente después del egreso de la institución, con el fin de mantener la armonía dentro de la dinámica familiar.

3.2.1.1 Macroproposiciones

Macroposición 1: La salud mental es la capacidad de las personas para desarrollar habilidades a nivel físico y emocional, las cuales le permitan un funcionamiento en lo laboral, familiar y social.

Macroposición 2: El rol de Trabajador Social se entiende desde la institucionalidad, ya que hace parte de un equipo interdisciplinario, realizando un trabajo a nivel individual, familiar, con redes de apoyo institucionales con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares.

Macroposición 3: El Trabajador Social brinda herramientas a las familias para que aprendan a tratar al paciente después del egreso de la institución, con el fin de mantener la armonía dentro de la dinámica familiar.

3.2.2 Significados locales

“Entiendo la salud mental desde el Trabajo Social como la capacidad que tiene una persona para desarrollar una serie de habilidades, tanto a nivel como físico o emocional que le permita desenvolverse en el medio laboral, social y familiar”.

Mediante el anterior discurso, la Trabajadora Social percibe la salud mental como la capacidad, que tiene el sujeto para desarrollar habilidades, y estas habilidades son las que le permiten vivir dentro de una sociedad siendo funcionalmente productivo, ya que debe responder a las dinámicas laborales, sociales y familiares que exigen las estructuras culturales y sociopolíticas de los contextos en los que se halla inmerso el sujeto.

“son sujetos que necesitan de mucha ayuda y que vienen con una necesidad al servicio por diferentes circunstancias de la vida, puede ser por lo económico, por la parte familiar y o social, entonces es en este momento donde ellos necesitan de un apoyo para seguir adelante y poder tener una mejor calidad de vida”.

De este discurso se infiere que, los sujetos son vistos como sujetos con necesidades insatisfechas, ya sea a nivel económico, familiar y social. Además, al decir que estos sujetos necesitan de un apoyo para salir adelante y tener una mejor calidad de vida, se entiende que estos sujetos no han podido consolidar un proyecto de vida desde las dimensiones individuales y sociales, por tanto dependen de otras instancias como el apoyo que le brinda el profesional a través de la institución.

“Es un rol muy importante el que desempeña el Trabajo Social, porque no solo se trabaja con el paciente, sino también, con un equipo interdisciplinario y con las familias, con las redes de apoyo institucionales que existen a nivel distrital, y así se hace un trabajo para que estas personas puedan seguir saliendo adelante, y poderles garantizar una mejor calidad de vida, tanto a ellos como los familiares porque siempre son situaciones complejas las que se viven en cada caso”.

De este texto se comprende que, el rol del Trabajador Social en el ámbito de salud mental no solo va dirigido a los pacientes, los cuales tienen una alteración mental, sino también a las familias, ya que por la complejidad de los casos, pueden llegar a afectarse la salud mental de éstas. Además, es evidente que la institucionalización prima en el ejercicio profesional, el discurso es estructurador con necesidad de normalizar al paciente, el cual presenta situaciones complejas y por tanto necesita mejorar su calidad de vida para que participe de la vida social de todo individuo.

“se hace la intervención con el paciente de acuerdo al diagnóstico y a la situación, porque también no solo depende del paciente sino de las dinámicas familiares, del apoyo familiar y laboral. Muchos pacientes no cuentan con esa serie de apoyo, y a veces son muy estereotipados, o estigmatizados y los alejan de la sociedad entonces son como personas que necesitan de mucho apoyo, del Trabajo Social, de Psicología, Psiquiatría, Terapia ocupacional, de todas las profesiones que están a cargo de ellos en la unidad”.

De este discurso se puede inferir que, la mayoría de los pacientes ingresan estigmatizados o estereotipados por su condición de enfermedad mental, lo cual fractura las relaciones familiares y laborales. De este modo, afirmamos lo que expone Casamayor (2005, p.15) “el concepto de salud va ligado, desde el punto de vista económico, al trabajo y la producción. El enfermo mental es improductivo, y a la sociedad le interesan los miembros útiles”. Por tal razón la Trabajadora Social refuerza la idea que es el equipo interdisciplinar el que apoya inicialmente al paciente, y posteriormente, se generan vínculos familiares y laborales para que en lo posible este sujeto sea socialmente productivo.

“muchos pacientes reingresan a la unidad, porque no hay oportunidades y no hay instituciones que los puedan apoyar en lo que ellos necesitan”.

En este texto, podemos vislumbrar una inconformidad con la labor de las “entidades competentes” que en este caso son instituciones del Estado las cuales no se comprometen con las diferentes situaciones que viven los pacientes. Además, ve limitadas las oportunidades que brinda el Estado, ya que no hay instituciones diseñadas para realizar un acompañamiento y seguimiento de la condiciones de vida del paciente, después del egreso de las instituciones de salud. Este discurso enfatiza el modelo metal de la Trabajadora Social, pues para ella es fundamental la misión que cumplen las instituciones psiquiátricas, como medio para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

3.2.3 Modelos contextuales

El modelo contextual de éste discurso esta dado en el ámbito de la institución pública, como institución hospitalaria de Tercer Nivel de atención, que presta servicios de alta complejidad, el cual se rige por la normatividad y políticas institucionales y estatales.

Por tanto, las acciones generales del discurso, están dadas en cuanto a la prestación de servicios en salud mental. El Trabajo Social se considera como parte del equipo

interdisciplinar que atiende al paciente y familia, proporcionando herramientas para el tratamiento domiciliario, buscando restablecer la adaptación del paciente a su dinámica familiar y laboral.

La ubicación local del acontecimiento comunicativo se dio en la institución pública hospitalaria de prestación de servicios de salud mental, utilizando como técnica la entrevista, la cual se encuentra consignada esta investigación. El papel comunicativo de la participante es de entrevistada. Su papel interactivo es el de experta en Trabajo Social y salud mental, ya que cuenta con experiencia laboral en unidades mentales.

Su papel societal es el de la integrante del equipo interdisciplinar que apoya al paciente para reintegrarse a la familia y sociedad como una persona útil y en lo posible lo vincula al mercado laboral, respondiendo a las dinámicas del sistema, rompiendo con los estigmas y estereotipos que encasillan al paciente.

La acción comunicativa completa es el aporte a la investigación, enfatizando en su actuar profesional, en el apoyo al paciente tratando de vincularlo e integrarlo con los diferentes sistemas, respondiendo así al enfoque sistémico. Para finalizar, el discurso va dirigido a las entidades estatales, ya que se realiza una crítica en donde se refleja la falta de oportunidades y la ineficiencia a la hora de atender la población con enfermedades mentales pos egreso de las instituciones hospitalarias.

3.3 Discurso práctico III

3.3.1 Macroestructura semántica

La salud mental es el bienestar físico y psicosocial del paciente, donde se da un equilibrio entre lo físico, emocional, afectivo y social. En cuanto al rol del Trabajador Social en el tratamiento de la enfermedad mental, este trabaja integradamente con el equipo interdisciplinar identificando redes de apoyo, promoviendo la adherencia al

tratamiento y la participación de la familia en el mismo, además busca la inserción del paciente a la vida laboral y social.

3.3.1.1 Macroproposiciones

Macroproposición 1: La salud mental es el bienestar físico y psicosocial del paciente, donde se da un equilibrio entre lo físico, emocional, afectivo y social.

Macroproposición 2: El Trabajador Social es el integrante del equipo interdisciplinario que interviene identificando la red de apoyo familiar con que cuenta el paciente, promoviendo la participación de ésta en el tratamiento y buscando en lo posible la inserción del paciente a la vida laboral.

Macroproposición 3: La participación de la familia en el tratamiento del paciente psiquiátrico, es indispensable para la recuperación de éste, logrando una adherencia al tratamiento y así reintegrar al paciente a la vida en sociedad.

3.3.2 Significados locales

“En los últimos tiempos se ha incrementado el número de pacientes, de enfermos mentales, por las condiciones económicas, por problemas familiares que existe ahora, de violencia intrafamiliar”.

Del anterior texto, se infiere que, en la actualidad hay un aumento de problemáticas sociales, como las “condiciones económicas” ya sea por desempleo o informalidad laboral; problemáticas familiares como la violencia intrafamiliar, la descomposición familiar, entre otras, las cuales generan una alta incidencia en la población, incrementando el número de pacientes con enfermedades mentales. En palabras de Amico, existe una complejidad de problemáticas sociales que afectan la salud mental de todos los individuos no solo de los que se hallan rotulados por un diagnóstico psiquiátrico.

No es menos compleja la situación de quienes, estando empleados, desarrollan su existencia en la amenaza permanente de dejar de estarlo, o bien en condiciones de flexibilización laboral, que se materializa como un disciplinador

social, esto es, las jornadas laborales interminables, el trabajo sábados, domingos y feriados, desfavorecen la interacción agudizando el individualismo y la competencia. En otras palabras, se puede decir que el miedo de cada individuo a la exclusión social ya no afecta sólo a los marginados y desempleados sino también a los que están insertos en el sistema, es decir, a todos los sectores sociales. (...). En consecuencia, todos estos cambios en la sociedad tienen su impacto en la salud mental, y generan nuevos padecimientos. Amico (2005, pp. 76-77).

“se trabaja para que la familia participe en el tratamiento y que maneje al paciente tanto aquí como ambulatoriamente”.

Del discurso, se resalta la frase “maneje al paciente” a través de la cual, analizamos el modelo mental que tiene la Trabajadora Social del paciente con enfermedad mental, donde se ve que el paciente es aquella persona que no tiene una voluntad propia, de manera que, alguien, en este caso, el profesional y la familia debe controlar la voluntad del paciente. Se ve al sujeto como paciente o como un cliente al cual hay que estabilizar mejorando su funcionamiento, realizando un ajustamiento de la personalidad a través del tratamiento diseñado para modificar las conductas que son consideradas como anormales y de esta manera poder adaptar al paciente a las lógicas de la sociedad. Inversamente, no se considera al paciente como es “ese Ser en construcción permanente que piensa, siente, disiente, participa, desea, se emociona, y va más allá de una categoría nominal. (...) Entendiéndolo como aquella persona de motivación, de problemáticas contemporáneas, de sueños, de placer, entendiendo el placer no solo sexual, sino placer por conseguir, por lograr y alcanzar las metas que se traza” Semillero de Investigación de Sujeto y Subjetividad de Uniminuto (2011), citado por (Rodríguez, M., Silva, L., 2011, p.42). Así pues, no se tienen en cuenta los saberes, los sentimientos y la voluntad de los sujetos, sino que estos deben aceptar un tratamiento del cual no son partícipes, sino que ya está diseñado según la categorización diagnóstica que le corresponde.

“las políticas que se crean frente a eso son mínimas”

Ante esta premisa, el modelo mental de la Trabajadora Social frente a las políticas creadas en salud mental, define que son ineficientes, no brinda la cobertura suficiente para este tipo de alteraciones mentales y para la cantidad de pacientes que requieren la atención.

“las hospitalizaciones frecuentes los deterioran”

De lo anterior se entiende que, las frecuentes hospitalizaciones son nocivas, aíslan al paciente de su dinámica familiar, de su medio social generando así, más exclusión.

“Yo pienso que va a llegar un momento que se tiene que trabajar a nivel de salvar su hogar, de trabajar con el paciente en el medio familiar. Y va a llegar un momento, en que eso tiene que hacerse porque ya las instituciones digamos no dan abasto, es más la demanda que la oferta que se tiene para manejar los pacientes, entonces va a tocar trabajar a nivel preventivo y promocional no solo con pacientes mentales, sino a todo nivel en salud, que es lo que en este momento no se está manejando y la atención es más curativa y paliativa”. Pero al mismo tiempo se evidencia una dualidad en la postura reflexiva de la trabajadora social en relación con las anteriores macroproposiciones y significados locales, pues aunque el discurso presenta inconformidad con las estructuras institucionales y estatales, además del planteamiento de una forma extramuros de hacer intervención social, no se ve un posicionamiento frente a la realidad de estos sujetos que llegan a las unidades psiquiátricas ya sea por primera vez o porque reinciden con las crisis, pero que al mismo tiempo están expuestos a deteriorar su salud física y mental con el internamiento y el uso de los medicamentos.

3.3.3 Modelos Contextuales:

El modelo contextual de éste discurso esta dado en el ámbito de la institución pública, como institución hospitalaria de Tercer Nivel de atención, que presta servicios de alta complejidad, el cual se rige por la normatividad y políticas institucionales y estatales.

Así pues, las acciones generales del discurso, están dadas en torno a la prestación de servicios en salud mental con alto nivel de complejidad. Donde el Trabajo Social hace parte del equipo interdisciplinar que interviene en paciente y la familia, identificando la red de apoyo familiar con que cuenta el paciente.

La ubicación local del acontecimiento comunicativo se dio en la institución pública hospitalaria de prestación de servicios de salud mental, utilizando como técnica la entrevista, la cual se encuentra registrada en esta investigación. El papel comunicativo de la participante es de entrevistada. Su papel interactivo es el de experta en Trabajo Social y salud mental, ya que cuenta con experiencia laboral en instituciones de salud mental.

Su papel societal es el de la integrante del equipo interdisciplinar que interviene en la problemática del paciente y la familia, incentivando la participación de la familia en el tratamiento, para lograr una mayor adherencia al tratamiento y un adecuado manejo del paciente por parte de la familia. Así mismo, busca vincular al paciente a la vida laboral y social. Respondiendo así al enfoque sistémico.

La acción comunicativa es concreta, es el aporte a la investigación, el énfasis en el actuar profesional va dirigido al trabajo con las familias de los pacientes las cuales son de vital importancia para la recuperación del paciente. Para concluir, la Trabajadora Social dirige su discurso a las Trabajadoras Sociales en formación y a las profesionales a proponer innovadoras formas de atención en salud mental, brindando una atención domiciliaria, donde no sea necesario trasladar el paciente a una institución, sino que éste pueda recibir los servicios de salud mental dentro de su contexto familiar y social.

3.4 Discurso Práctico IV

3.4.1 Macroestructura semántica

La salud mental es el estado de bienestar a nivel mental, emocional y físico, se da a partir de la interacción personal y con los demás dentro de la cotidianidad. Así mismo, es la capacidad de resistencia y resiliencia para afrontar las situaciones de crisis y manejar adecuadamente los conflictos. En cuanto a los sujetos que padecen enfermedad mental, son sujetos de derechos, son ciudadanos en situación de vulnerabilidad.

3.4.1.1 Macroproposiciones

Macroproposición 1: La salud mental es el estado de bienestar a nivel mental, emocional y físico, se da a partir de la interacción personal y con los demás dentro de la cotidianidad. Así mismo, es la capacidad de resistencia y resiliencia para afrontar las situaciones crisis, de manejar adecuadamente los conflictos

Macroproposición 2: Los sujetos con enfermedades mentales, son sujetos de derechos, ciudadanos en situación de vulnerabilidad.

Macroproposición 3: El Trabajador Social es mediador. Se desempeña en la movilización de redes a nivel social e institucional, movilización de recursos, integrador en el trabajo con el paciente, las familias y el equipo interdisciplinar.

Macroproposición 4: La academia debe brindar bases sólidas en conocimientos teórico-prácticos de Trabajo Social en salud mental.

3.4.2 Significados locales

“Cuando se genera una situación que no permite un adecuado manejo de conflictos genera crisis emocional, nuestra salud mental puede estar en riesgo”

De lo anterior se entiende que, existen situaciones que pueden desestabilizar la salud mental de una persona y ponerla en riesgo, sin que necesariamente esta sea considerada como una enfermedad mental.

“sujetos sociales, ciudadanos de derechos”

Ante esta premisa, se infiere que el modelo mental de la Trabajadora Social referente a los sujetos en condición de enfermedad mental, parte de la carta constitucional, por tanto los concibe como ciudadanos, como sujetos de derechos, donde no hay una posición jerárquica, sino más bien, una posición y relación horizontal entre los profesionales y los sujetos que solicitan atención de tipo psiquiátrico.

“Ante todo movilizar la red primaria, hacer un trabajo familiar para que se sensibilicen, se fortalezcan. Movilizar herramientas y potencialidades a nivel familiar que permitan la protección y apoyo a la persona que presenta salud mental. Entonces, también es una labor a nivel educativo porque muchas veces no hay claridad, o hay negación en el hecho de aceptar que alguien de nuestra familia presente eso. También la posibilidad de que esta persona pueda tener la opción de insertarse en un medio en lo posible laboral, educativo o por lo menos que hayan opciones que le permitan ocupar su tiempo o sentirse una persona útil, que no se estigmatice por las situaciones adversas sino que puede desarrollar una serie de cosas que no lo limitan, la cuestión es entrar para romper esas barreras”.

Del anterior texto se resalta la importancia en el discurso de la Trabajadora Social por la familia del sujeto en condición de enfermedad mental, generando sensibilización, movilización de herramientas y potencialidades a nivel familiar, a partir de los saberes de la familia, los cuales empodera por medio de labores socioeducativas para lograr asegurar la aceptación, la protección y el apoyo de la familia hacia el paciente. De esta manera, podemos apreciar como la trabajadora social tiene un discurso integrador, que tiende a eliminar las estructuras de discriminación y exclusión de los sujetos.

“el trabajo interdisciplinario es clave a la hora de hacer un estudio, de hacer una intervención, porque es entrar a movilizar desde varios puntos, a la persona, no verla como sectorizada, sino que todos aportando podemos contribuir a la calidad de vida de esa persona”.

Para la Trabajadora Social la intervención debe partir desde un estudio previo o diagnóstico realizado al sujeto con todo su contexto, teniendo en cuenta los aportes interdisciplinarios y así lograr una contribución significativa para el mejoramiento de la calidad de vida del sujeto. Así mismo, esta perspectiva de intervención está en concordancia con la propuesta por Carballada (2012, p.1)

“Pensar lo social en términos de intervención implica la construcción de un punto de encuentro entre sujeto y cultura donde los aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demanda ligadas a la cuestión social. El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas”.

“Asistencial o paternalista”.

Estas palabras utilizadas por la trabajadora social denotan un aspecto negativo del enfoque asistencialista, ya que éste solo se enfoca en brindar lo básico para el sujeto en condición de enfermedad mental y no proyecta a la persona, brindando herramientas que garanticen la protección en la adultez y en la vejez.

“La cuestión es que considero que desde la academia falta mayores bases”

En este discurso, se destaca un aspecto negativo de la academia o de muchas de las universidades, las cuales brindan las bases teóricas del Trabajo Social, pero específicamente es muy mínima la formación en salud mental. En general no se da un

conocimiento teórico - práctico del Trabajo Social en salud mental. De manera que es en el ámbito laboral donde se adquiere este tipo de conocimiento.

“Pero uno va a entrar a mirar el cómo se va a desempeñar o cuáles son ya los procesos procedimentales de todo lo que la norma plasma y ya nos quedamos cortos. (...) desde la parte política, económica, de cómo se concibe la protección social frente a la seguridad social en este tipo de situaciones hay mucha tela por cortar”.

La trabajadora social destaca un aspecto negativo de las leyes establecidas a nivel nacional, exponiendo que en el plano real no se evidencia su efectividad, pues no hay recursos disponibles para la atención en salud mental, la atención no es priorizada, se presentan negligencias en las autorizaciones, entre otras. Luego así podemos afirmar lo expuesto por Oliva (2001, p.103) citada en (Mendoza, 2004, p.17):

La falta de un mayor presupuesto para la atención en salud mental, la ausencia y/o escasez de recursos materiales para atender las distintas problemáticas que atraviesa una persona portadora de trastorno mental, la no inserción laboral de la mayoría de los integrantes de los grupos familiares de los pacientes, las condiciones paupérrimas de sus viviendas son algunas de las consecuencias que expresa la cuestión social, pero no nos hablan de una crítica a la modalidad de atención, sino que colabora en visibilizar la dimensión político- ideológica de las prácticas asistenciales que se sostienen en el hospital al colocar por fuera de la institución la problemática de la salud mental, es decir en lo estructural.

3.4.3 Modelos contextuales

El modelo contextual de éste discurso está dado en el ámbito de la institución pública, como institución hospitalaria de Tercer Nivel de atención, que presta servicios de alta complejidad, el cual se rige por la normatividad y políticas institucionales y estatales.

Por tanto, las acciones generales del discurso, se dan en torno a la prestación de servicios en salud mental con alto nivel de complejidad. Donde el Trabajo Social es mediador, movilizador de redes a nivel social e institucional y movilizador de recursos. Además, hace parte del equipo interdisciplinar a través del cual se busca mejorar la calidad de vida de los sujetos.

La ubicación local del acontecimiento comunicativo se dio en la institución pública hospitalaria de prestación de servicios de salud mental, utilizando como técnica la entrevista, la cual se encuentra registrada en esta investigación. El papel comunicativo de la participante es de entrevistada. Su papel interactivo es el de experta en Trabajo Social y salud mental, ya que cuenta con experiencia laboral en instituciones de salud mental en el área de urgencias.

Su papel societal es el de la Trabajadora Social, que moviliza recursos, integrando el trabajo con el paciente, las familias y el equipo interdisciplinar. Además potencializa los recursos y saberes del paciente y la familia, logrando que sean identificados por éstos, para así brindar herramientas que contribuyan a la protección y la garantía de los derechos del paciente dentro de la dinámica familiar y social.

La acción comunicativa es concreta, es el aporte a la investigación. La estructura persuasiva, va dirigida a la ineffectividad de las políticas y leyes nacionales en salud mental a la hora de ser aplicadas en la realidad. Además, destaca la poca formación académica en las universidades en el área de Trabajo Social en salud mental.

3.5 Discurso práctico V

3.5.1 Macro estructura semántica

La salud mental es comprendida desde la enfermedad mental y a partir del diagnóstico psiquiátrico, donde la práctica profesional de Trabajo Social se da a nivel de acciones de apoyo al paciente y a la familia. Siendo esta una problemática que poco tiene garantías estatales para las personas que padecen enfermedad mental.

3.5.1.1 Macroproposiciones

Macroproposición 1: La salud mental es vista desde la enfermedad mental, desde el diagnóstico psiquiátrico. Por lo cual el Trabajo Social se dirige a acciones de apoyo del paciente psiquiátrico y la familia.

Macroproposición 2: El rol del Trabajador Social es amplio, y complicado, dada las duras problemáticas sociales. A la vez, hace de sensibilizador entre las familias y el paciente.

Macroproposición 3: Las entidades estatales se desentienden de las complejas problemáticas que sobrellevan los pacientes con enfermedades mentales.

3.5.2 Significados locales

“yo los concibo como a cualquier otra persona, como una persona funcional, porque ellos pueden ser funcionales, desde que tengan su tratamiento”.

El modelo mental de la Trabajadora Social frente a la noción de sujeto, está dado en cuanto el sujeto es una persona como cualquier otra, si se encuentra adherida al tratamiento. Es decir, solo si el sujeto tiene respuesta positiva a los medicamentos pueden ser considerado como una persona funcional, y a partir de allí puede hacer parte de la sociedad. Por otro lado, la persona es funcional, en cuanto es alguien que le sirve a los sistemas de producción.

“El rol del trabajador social en salud mental es demasiado amplio y muy sufrido, digámoslo así, porque lastimosamente nosotras tenemos que trabajar con las uñas. Ya que no tenemos ayuda del Distrito”.

Del discurso se infiere una inconformidad por parte de la Trabajadora Social, debido al desinterés del Estado por esta población, en cuanto no se destinan los recursos necesarios para la atención en salud mental, no se fortalecen, ni se crean instituciones de protección para los pacientes que requieran este tipo de beneficios por su condición

de enfermedad mental. Así el rol del Trabajador Social es restringido y limitado a lo que pueda hacer dentro de la institución la Trabajadora Social.

“Siempre que tenemos una persona con este tipo de dificultad, la mayoría vienen para institucionalización, pues son abandonados por la familia. No vemos pues, un apoyo directamente desde las entidades estatales, que deben responsabilizarse de ellos”.

En este discurso, la Trabajadora Social resalta las acciones negativas del Estado, enfatizando en el desamparo de los entes distritales y nacionales a la hora de brindar garantías de protección, de garantizar los derechos de los pacientes, en casos específicos como es el abandono familiar. Resaltando además, que la mayoría de los sujetos necesitan de protección del Estado y por tanto de un lugar de institucionalización como apoyo frente al abandono.

“por ayudarles a ellos, por ayudarles a las familias”.

Del texto podemos inferir que, el discurso se encuentra mediado por un enfoque asistencialista, donde se pretende ayudar al paciente y sus familias sin tener en cuenta las potencialidades que éstos pueden aportar para la solución de problemáticas y el mejoramiento de su calidad de vida.

“por hacerles entender que ellos pueden tener un espacio en la sociedad”

La premisa “por hacerles entender que ellos pueden tener un espacio en la sociedad”, denota el modelo mental de la Trabajadora Social frente a las personas que padecen enfermedad mental. En cuanto el adjetivo calificativo “ellos pueden tener un espacio en la sociedad” se puede inferir que la hablante piensa en la necesidad de inclusión de esta población a la sociedad, y ratifica que es una población que puede o no pertenecer a la sociedad dependiendo de la enfermedad mental y del empoderamiento que la familia tenga frente a la situación, dejando de lado que esta persona, es ya un sujeto

perteneciente a la sociedad, que es un ciudadano que se encuentra en una situación de enfermedad y además de exclusión social. Por tanto, es un discurso que se refiere a los sujetos con enfermedad mental como a personas en condición de exclusión y rechazado dentro de la sociedad.

En este sentido del discurso, Quiroga (1997, p. 32) citado por (Amico, 2005, p. 76) afirma que “las personas ya no están sólo privadas de trabajo, sino también aisladas socialmente. No sólo desprovistas de recursos, sino desconectadas de las redes solidarias”, donde el discurso de los profesionales frente al campo de la Salud Mental juega un papel muy importante en cuanto al poder ideológico que se reproduce y establece en los contextos familiares y sociales de los sujetos que padecen enfermedad mental.

3.5.3 Modelos Contextuales

El modelo contextual de éste discurso esta dado en el ámbito de una institución hospitalaria, de tercer nivel de atención, que presta servicios de alta complejidad, desde el sector público y que por tanto se rige por la normatividad y leyes de Colombia.

En cuanto a las acciones generales del discurso, se dan en torno a “la prestación de servicios en salud mental”, donde el Trabajo Social es sensibilizador, encargado de apoyar y ayudar al paciente y a la familiar. La salud mental es vista desde la significación de enfermedad mental. Por tanto las acciones realizadas se dan desde un enfoque asistencial y funcional, donde los pacientes necesitan ser medicados para que puedan hacer parte de la sociedad.

La ubicación local del acontecimiento comunicativo se dio en la institución pública hospitalaria, utilizando como técnica la entrevista, la cual se encuentra registrada en esta investigación. El papel comunicativo de la participante es de entrevistada. Su papel interactivo es el de experta en Trabajo Social y salud mental, ya que cuenta con experiencia laboral en dicha área.

Su papel societal es el de la Trabajadora Social, encargada de la sensibilización del paciente y las familias. Dentro del rol profesional desempeña la movilización de redes de apoyo, la identificación de factores de riesgo en los pacientes, evaluando la viabilidad de reintegración del paciente a la familia.

La acción comunicativa es concreta, es el aporte a la investigación. La estructura persuasiva, va dirigida a las entidades distritales y estatales por la sensación de desamparo que es percibida ante los complejos casos de los pacientes dentro de la cotidianidad institucional del hospital.

3.6 Discurso práctico VI

3.6.1 Macroestructura semántica

La salud mental es el pleno estar emocional y cognitivo de la persona, en contraste, la enfermedad mental o discapacidad mental y cognitiva no permite a los sujetos ser conscientes de los beneficios que les brinda la institución. Por tanto, el rol del Trabajador Social es el de formar un puente de cohesión entre la persona con enfermedad mental, la familia y la sociedad. De ahí que, la intervención parte del diagnóstico social y familiar, de la normatividad institucional y margo legal estatal.

3.6.1.1 Macroproposiciones

Macroproposición 1: La salud mental es el pleno estar emocional y cognitivo de la persona.

Macroproposición 2: El rol del Trabajador Social es el de formar un puente de cohesión entre la persona con enfermedad mental, la sociedad y la familia, partiendo del diagnóstico social y familiar.

Macroposición 3: La intervención profesional debe basarse en la normatividad y el marco legal Colombiano.

3.6.2 Significados locales

“por su misma discapacidad mental o cognitiva, no es consciente del beneficio que le puede brindar la institución”

El modelo mental que refiere la Trabajadora Social de las personas en condición de enfermedad mental, muestra que una persona con enfermedad mental no tiene voluntad propia para decidir, motivo por el cual necesita la tutoría de un tercero. Además no es consciente de los beneficios que le brinda la institucionalización. Lo que indica que estas personas no tienen capacidades y habilidades, en otras palabras son personas sin voluntad propia y por tanto están fuera de los parámetros establecidos como normales, por tanto es necesario cuidar y controlar a estos sujetos.

“Muchas veces la universidad, da una formación muy superficial en el ámbito de la enfermedad mental”.

La trabajadora social resalta un aspecto negativo de la academia, pues no brinda un conocimiento sólido de Trabajo Social y salud mental, “la educación universitaria es superficial” en dicha área. Lo cual afecta a los egresados ya que en la vida laboral no cuentan con bases académicas y herramientas necesarias para asumir el rol profesional. De manera que a partir de la experiencia cotidiana se va desarrollando el rol profesional y se van adquiriendo los conocimientos necesarios para la intervención.

“Y cuando ya ejercemos, nos tenemos que limitar a unas políticas que establece el Estado para realizar la intervención, políticas públicas, Ley 100. Aunque quisiéramos ayudar a estos sujetos, debemos limitar nuestro trabajo”

Es claro a partir del discurso, que la Trabajadora Social asume la intervención desde las políticas, los lineamientos estatales y la normatividad institucional, la cual esta

permeada por el funcionalismo que busca alinear a los sujetos dentro del marco de la normatividad. Por otro lado, al referirse con la siguiente premisa, “aunque quisiéramos ayudar a estos sujetos debemos limitar nuestro trabajo”. Se entiende del discurso que la trabajadora social considera a la normatividad estatal como un límite en la intervención, y por tanto se reduce el actuar profesional a lo estrictamente funcional e institucional.

“Hay una diferencia en el campo en el que ejerzo, no hay ningún adulto que solicite la atención, quien la solicita es una persona externa, allegada o conocida de él. Pues, por su misma discapacidad mental o cognitiva, no es consciente del beneficio que le puede brindar la institución. Entonces, siempre va a llegar por un tercero, no por voluntad propia”.

“El sujeto es el que nos brinda las herramientas para poder direccionar el trabajo con la familia. Aunque estos adultos, estos pacientes, estos sujetos, presenten una enfermedad mental. Muchas veces, en lo que ellos nos manifiestan, está esa herramienta que nosotros podemos enganchar para poder decir cuál es la situación o el problema que está originando tal aspecto, y creemos que, como es una persona con enfermedad mental todo lo que dice es igual ¡descabezado y loco!, ¡no es así!”

La Trabajadora Social en su discurso considera que es necesario indagar al paciente y a partir de lo que ellos manifiestan, se logran identificar diferentes problemáticas que afectan al sujeto en condición de discapacidad mental y a partir de allí establecer las herramientas para la intervención.

De acuerdo al anterior discurso, se evidencia una contradicción en la forma como la Trabajadora Social concibe a los sujetos, la primera se ubica al inicio del discurso, en el primer párrafo, donde la hablante expone que “en el campo en el que ejerce no hay ningún adulto que solicite la atención. Quien la solicita es una persona externa, allegada o conocida de él, pues por su misma discapacidad mental o cognitiva, no es consciente del beneficio que le puede brindar la institución. No por voluntad propia”. De

lo anterior se puede decir que el sujeto con enfermedad mental, no tiene voluntad propia y por tanto necesita de un tutor.

En contraste, en la segunda parte del discurso la Trabajadora Social considera que se debe tener en cuenta lo que manifiesta el sujeto, es decir, se deben tener en cuenta sus sentimientos, emociones y lo que expresa verbalmente. Porque en el discurso de este sujeto hay implícito un conocimiento el cual sirve de aporte para que la profesional diseñe su plan de intervención. Estos significados locales, evidencian además de contradicciones, falta de claridad en la noción de sujeto, como también un vacío de conocimiento teórico y académico frente a la práctica profesional.

3.6.3 Modelos contextuales:

El modelo contextual de éste discurso esta dado en el ámbito de una institución pública, prestadora de servicios de protección integral para personas mayores y adultas con discapacidad mental o cognitiva, el cual se rige por la normatividad del Estado.

En cuanto a las acciones generales del discurso, se encuentra que el Trabajador Social busca la cohesión entre el adulto, la familia y la sociedad. Pero hay que hacer notar que esta intervención es limitada por las mismas estructuras que establece la normatividad.

La ubicación local del acontecimiento comunicativo se dio en la institución pública prestadora de servicios de protección. El discurso es obtenido a través de entrevista, la cual se encuentra registrada en esta investigación. El papel comunicativo de la participante es de entrevistada. Su papel interactivo es el de experta en Trabajo Social y salud mental, ya que cuenta con experiencia laboral en dicha área.

El papel societal de la Trabajadora Social es "ser puente de cohesión entre la persona o el adulto, la familia y la sociedad". El rol profesional se enmarca en el trabajo interdisciplinar, y en la intervención a nivel individual y familiar y específicamente en el establecimiento de diagnósticos a nivel familiar y social, acciones realizadas desde la perspectiva del funcionalismo.

La acción comunicativa y la estructura persuasiva, va dirigida a la familia y la comunidad o sociedad, pues el objetivo del Trabajo Social es la inclusión familiar y social de estas personas, así se pretende a través de la intervención el reintegro de la población a su medio familiar.

3.7 Discurso teórico I – Entrevista desde la perspectiva de la investigación

3.7.1 Macroestructura semántica

La salud mental nace y se cultiva en la persona, a través de las relaciones y las interrelaciones con otras personas, por tanto va más allá de lo patológico, y debe abordarse desde todos los aspectos de la vida, donde el Trabajador Social debe su quehacer en pro de la salud mental que es transversal a toda práctica profesional. En contraste, desde la perspectiva de la intervención en sujetos que padecen enfermedad mental el enfoque más utilizado es el clínico funcionalista. Por tanto, la intervención se realiza junto con un equipo profesional, donde la intervención es multidisciplinar no interdisciplinar, ya que implicaría un trabajo más integrado, que aún no tiene nombre, porque no se ha trabajado.

3.7.1.1 Macroproposiciones

Macroproposición 1: La salud mental va más allá de lo patológico, más allá de la enfermedad, más allá del diagnóstico de una enfermedad que este en el DSM4.

Macroproposición 2: La salud mental nace y se cultiva desde la persona. Se manifiesta y se construye a partir de las relaciones y la interacción con otras personas, dentro de un contexto específico familiar y social.

Macroproposición 3: La salud mental debe abordarse en todos los aspectos de la vida.

Macroproposición 4: El Trabajador Social debe todo su quehacer en pro de la salud mental, sobre todo, en aspectos álgidos y en problemáticas sociales complejas a nivel nacional en la actualidad, como es la violencia, la restitución de tierras, el posconflicto, etc.

Macroproposición 5: En general, el enfoque más utilizado en la actualidad por las y los Trabajadores Sociales para la intervenir en enfermedad mental es el enfoque clínico funcionalista.

Macroproposición 6: La intervención del equipo profesional es multidisciplinar no interdisciplinar, ya que inter implicaría un trabajo más integrado, que aún no tiene nombre, porque no se ha trabajado.

3.7.2 Significados locales

“La enfermedad mental es como una parte del todo, de lo que es la salud mental para mí, históricamente la enfermedad mental para algunos es un mito, una invención, como la siquiatria también lo es”

El discurso deja notar un modelo mental referente a la enfermedad mental, donde ésta, es una parte de la salud mental, la cual ha sido abordada históricamente desde diversas teorías, bajo una relación sujeto-enfermedad mental, donde la enfermedad equivale muchas veces a salud mental, y a partir del discurso se manifiesta que la salud mental es el todo en relación al ser humano.

“Hablemos de cuando existe la enfermedad mental y cuando el sujeto acude a ser atendido. Desde la perspectiva funcionalista que es lo que se ve en la de salud, la persona debe ser tratada, medicada, y debe ser controlada para ajustarla a la sociedad, esta es la perspectiva del funcionalismo. Y hacer que la sociedad funcione mejor y progrese. Es una persona que esta patológica que está enferma, pues debe ser tratada, cuidada, demás”.

Desde esta perspectiva, la enfermedad mental se considera como una patología, que produce alteraciones en la persona, las cuales no permiten que conviva armónicamente en la sociedad, por lo cual debe ser tratada y controlada para reintegrarla a la sociedad.

Adicionalmente, desde esta perspectiva el sujeto en condición de enfermedad mental es considerado como una persona que se encuentra descontrolada, es disfuncional para las lógicas del sistema, ya que no contribuye al progreso de la sociedad. En consecuencia, se observa una falta de aceptación del sujeto en condición de enfermedad mental ya que es éste el que debe someterse un manejo de su personalidad y del comportamiento para poder aceptado socialmente y no ser excluido o internado en una institución.

Desde la segunda perspectiva:

“En la perspectiva que no exista la salud mental pues se genera como un gran interrogante y una gran incertidumbre, que hacemos con las personas que parece ser que no entendemos o que no sabemos cómo clasificarlas o ponerlas dentro de la normalidad, es un discurso muy discutido, qué es normal y qué no lo es, y cómo históricamente se ha construido. Y ahí la enfermedad mental tiene mucho que ver. La persona que no se entiende, que otros no entienden, que es rara, hay que señalar que en la historia de la enfermedad mental y en la historia de la psiquiatría eso ha tenido como ciertos lugares, porque en la antigüedad no se llamaba locura, mejor dicho se hablaba de locura pero no de enfermedad”.

Desde esta perspectiva, la enfermedad mental no ha sido clasificada, pero, tampoco entra dentro de las lógicas de normalidad impuestas por la sociedad.

El sujeto en condición de enfermedad mental es visto con comportamientos que no son entendidos ni comprendidos socialmente.

Adicionalmente, la hablante expone la forma como en Colombia ha predominado la perspectiva biologicista para abordar la enfermedad mental y a los sujetos en esta condición.

“En Colombia la mirada es muy biologicista hay que tratar el organismo sobre todo, aquello que está pasando adentro de su cerebro y entender que, y por eso muchas de las terapias que se utilizaban como la terapia de choque, como la insulino terapia, el cardiasol, y demás tenían esos efectos de convulsión y hacían que la persona volviera a la normalidad, eso siempre era un borramiento de lo anormal para traerla a la normalidad como en ese sentido. Entonces ahí como que se complejiza la cosa pues de entrada uno no diría que es enfermo, que es patológico que existe o que es una enfermedad y que lo diagnosticaron pero acá pues sí, estaríamos centrados en esa perspectiva”.

Desde esta perspectiva, la enfermedad mental es considerada como un desequilibrio en el cerebro, por lo tanto la persona debe someterse a una serie de tratamientos para que su comportamiento sea transformado y logre encasillarse dentro de los parámetros de normalidad. Este modelo también es aplicado en la terapia farmacológica actual de la enfermedad mental, ya que afirman que las enfermedades mentales son determinadas biológicamente, obedecen a desequilibrios de determinados neurotransmisores cerebrales. De manera que es necesario la administración de psicofármacos que corrijan estas desviaciones (Berdullas, S., Castilla, C., Vicente, A., 2012, p. 4).

El sujeto en condición de enfermedad mental es considerado como una persona enferma, que tiene una patología que no le permite ser normal para la sociedad. De manera que, desde este discurso se busca una explicación fisiológica para la alteración y así sustentar las prácticas que conllevan a que la persona vuelva a la normalidad. Inversamente, Parra (1999, p. 64) en (Mendoza, 2004, p. 4) expone que,

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.

“El Trabajador Social debe, todos sus quehaceres están centrados en el pro de la salud mental que es lo que yo les decía en clase, entonces cuando trabajamos temas de desplazamiento forzado, en el tema de restitución de tierras, temas de violencia, de post conflicto esos temas del hoy tiene que ver con el ejercicio de la salud mental”

Del anterior discurso inferimos que, el modelo mental del hablante referente al rol del Trabajador Social, es que éste debe dirigir el actuar profesional en pro de la salud mental de las personas, sobre todo, en aspectos álgidos y en problemáticas sociales complejas a nivel nacional en la actualidad.

“yo empecé como en 1900 pero a mí me toco ir acortando por las fuentes he encontrado y si he identificado eso que es asistencial, básicamente” (...) “aquí se llama depresión post parto es esa época se llamaba psicosis puerperal como esas formas de cambiar los discursos pero en esencia esas prácticas se mantienen”.

De la anterior premisa podemos inferir que, los discursos han cambiado a través del tiempo, pero la forma de abordarlos continúa siendo prácticamente iguales. Al referirse al asistencialismo, se resalta que éste ha permeado el actuar profesional en Trabajo social y salud mental, o que se le ha cambiado es el discurso del asistencialismo, pero aún algunos profesionales continúan enfocando su intervención en prácticas asistenciales.

“Y ese trabajo está ceñido a que cada quien hace lo suyo, para mí no es inter sino multi”. “Es el psiquiatra, porque el psiquiatra es el que médica”.

La autora denota que el Trabajo Social en salud mental no es interdisciplinar sino multidisciplinar, pues cada profesional aborda al sujeto con enfermedad mental desde

su disciplina pero no hay una integración de las disciplinas para abordar al sujeto. Además se ve una jerarquización dentro del equipo de salud, medida por relaciones de poder, y en este caso el que tiene dicho poder es el que tiene autoridad de decidir su la persona es o no normal dentro de la sociedad y ese poder se otorga por medio del diagnóstico y la medicación, entonces es el psiquiatra el líder del equipo que interviene en el sujeto con enfermedad mental y los demás profesionales son los que de alguna, colaboran al psiquiatra a normalizar otros aspectos en la vida del sujeto.

“Pues para empezar esa no es un área o un campo que se piense en la formación del trabajador social, somos muy pocos los que se nos ocurren que este espacio que hay que explorar, que además muy de lugar para nosotros los trabajadores sociales porque siempre hemos pensado en familia, en comunidad, en desarrollo social, pero bueno detrás de eso también está ese tema, entonces desde la formación como que no se piensa y pues mucho menos en el ejercicio profesional” (...) “en los pregrados no nos está formando para eso”.

A partir de este discurso, se infiere que son pocos los académicos que ven la necesidad de la formación en pregrado de Trabajador Social en el ámbito de la salud mental. Este es un aspecto negativo de las universidades, ya que teniendo en cuenta que los Trabajadores sociales intervienen en áreas donde hay problemáticas sociales que involucran a los sujetos, familia, y comunidades, no consideran importante dicha formación.

“formación como que no se piensa y pues mucho menos en el ejercicio profesional, entonces la gente que llega al ejercicio profesional porque salió una convocatoria y esa fue la opción, y lo que se vea va aprendiendo de la práctica. De lo que hace, de lo que ve, de no me tocó atender estos pacientes en depresión, estas familias”

De lo anterior, podemos percibir un vacío teórico en muchas de las profesionales a la hora de ejercer en el área de Trabajo Social en salud mental, pues desde la academia,

no hubo una formación en dicha área, perjudicando en cierta manera a las egresadas y egresados. Lo cual, se ve reflejado en el actuar profesional. De manera que, muchas (os) de los profesionales deben construir este saber desde la experiencia cotidiana y el aprendizaje autónomo.

“Yo reitero lo del compromiso ético y político eso debe estar, no se debe quitar, es algo que ya es nuestro, porque somos de lo social estamos ahí en esas transformaciones y la salud mental para mí permea todos los campos”.

3.7.3 Modelos contextuales

El modelo contextual de éste discurso está dado en el ámbito investigativo en salud mental.

Así pues, las acciones generales del discurso, en el primer aspecto es la salud mental, la cual nace y se cultiva desde la persona. Se manifiesta y se construye a partir de las relaciones y la interacción con las demás personas, dentro de un contexto específico.

La ubicación local del acontecimiento comunicativo se dio en las instalaciones de la universidad pedagógica de la ciudad de Bogotá. Utilizando como técnica la entrevista, la cual se encuentra plasmada en esta investigación. El papel comunicativo de la participante es de entrevistada. Su papel interactivo es el de Trabajadora Social, investigadora en salud mental.

Su papel societal es el de la académica encargada de investigar temas de salud mental y de fomentar la importancia que tiene la salud mental dentro de la cotidianidad y dentro de las universidades con el fin de fortalecer la formación en salud mental en el pregrado, incentivando de esta manera, a los profesionales de Trabajo Social para que dentro del actuar profesional no desvinculen lo teórico de lo práctico.

Por último, la acción persuasiva del discurso se enfoca a entender la salud mental desde las diferentes áreas del Trabajo Social dirigiendo su discurso a las y los

profesionales. Además, resalta la importancia de analizar las diferentes problemáticas sociales en la actualidad y así abordar otros ámbitos en el actuar profesional, esto sin desvincular la salud mental. Adicionalmente, dirige su discurso a los académicos, invitándolos a no radicalizar la enseñanza de los enfoques de intervención e investigación, sino más bien, a dar a conocer los diferentes enfoques, para que el estudiante pueda elegir desde donde mirar la realidad y así posicionarse dentro del actuar profesional

3.8 Discurso teórico II: “Las prácticas en Salud Mental ante nuevos desafíos. Cómo pensarnos en la reconstrucción del tejido social”. Barrios, Mariza (2004).

3.8.1 Macroestructura Semántica

El padecimiento del sujeto involucra el área individual y produce una exclusión masiva que desfavorece las oportunidades. Donde la lógica neoliberal en articulación con el Estado agudiza el padecimiento y destituye al sujeto, reduciéndolos como un objeto improductivo y poco útil dentro de la sociedad. Al igual el Estado no crea leyes efectivas para garantizar la calidad de vida de los sujetos. Razón por la cual, los y las Trabajadoras Sociales, deben resignificar su práctica profesional, de modo que no se continúen reproduciendo estructuras que conlleven a la exclusión de los sujetos.

3.8.1.1 Macroproposiciones

Macroproposiciones 1: El padecimiento del sujeto no solo involucra el área individual en cuanto a su estructura mental, sino también la dimensión relacional y social a causa de la estigmatización, produciendo una exclusión masiva que desfavorece las oportunidades para mejorar las condiciones de vida de los sujetos.

Macroproposiciones 2: La lógica neoliberal en articulación con el Estado, destituye al sujeto de su condición de sujeto convirtiéndolo en un objeto improductivo y poco útil dentro de las dinámicas del mercado.

Macroproposiciones 3: La mayoría de los sujetos se encuentran con oportunidades limitadas a nivel educativo, laboral y relacional.

Macroproposiciones 4: El Estado no cuenta con óptimas políticas para integrar a la sociedad al sujeto pos internación.

Macroproposiciones 5: Las prácticas del Trabajo Social y, del equipo de profesionales que intervienen con los sujetos, deben ser resignificadas, de modo que no se continúen reproduciendo prácticas que conlleven a la exclusión de los sujetos.

3.8.2 Significados locales

“El padecimiento no es entendido sólo como cuestión de un individuo en cuanto a su estructura mental, sólo en una dimensión privada, sino como cuestiones enmarcadas en procesos sociales que tienden a la exclusión masiva de personas de mejores e igualitarias condiciones de vida”.

De este texto podemos inferir que, la hablante considera que las personas con enfermedad mental tienen un mayor padecimiento, pues socialmente existen representaciones sociales hacia los sujetos en condición de enfermedad mental, que producen estigmatización generando exclusión hacia estas personas, desfavoreciendo así las condiciones de vida de los sujetos en condición de enfermedad mental.

“Las condiciones actuales en las que se desarrollan las prácticas presentan una complejidad donde parecen coexistir viejos y nuevos problemas, viejos y nuevos modos de intervención”.

Del anterior texto la trabajadora social da a entender que la forma de intervención ha avanzado, pero no lo suficiente, ya que muchos profesionales siguen interviniendo basados en prácticas antiguas, lo que sugiere la reproducción de las formas de intervención sin una praxis que permita nuevas formas de analizar las problemáticas y de abordar la realidad.

“Si pensamos en las nuevas condiciones de exclusión que producen la expulsión de los sujetos desde la lógica neoliberal, también tenemos que pensar que las instituciones si no cumplieran ya con la función de la reclusión para el disciplinamiento, tendrían otras funciones para buscar medidas compensatorias en términos de ausencia de políticas que puedan integrar realmente a un sistema productivo y social”.

De lo anterior, se puede analizar que el modelo mental de la autora, refiere que las instituciones de salud mental, funcionaban para la reclusión y el disciplinamiento del sujeto en condición de enfermedad mental. Ahora bien, en la actualidad con el sistema neoliberal y la articulación con el Estado las instituciones se enfocan a desempeñar funciones para que el sujeto asuma un rol productivo y así integrarlo a la sociedad dentro de la lógica del mercado.

“Además de una trayectoria de padecimiento subjetivo, entre las personas que en su mayoría ingresan a la institución, se encuentran muchos sujetos con una trayectoria de desocupación, de ausencia de recursos materiales, de precaria escolarización e inclusión en espacios sociales”.

El significado local del hablante referente a los sujetos, es que éstos se encuentran en una condición de desventaja y de falta de oportunidades ya que muchos no cuentan con un empleo, son de escasos recursos, tienen bajo nivel de escolarización y son

excluidos de los espacios sociales. De lo anterior, se evidencia la falta de programas por parte del Estado para brindar adecuadas condiciones de vida que conlleven a la vida digna en sociedad y puedan vivir como los ciudadanos que son. Además, la autora en su significado local dejar ver, que no desliga la responsabilidad del Estado frente a la vida de los Sujetos, al mismo tiempo, que conoce y critica la realidad del Estado dentro de las dinámicas del neoliberalismo, donde los sujetos son reducidos en su esencia si no cumplen con las exigencias como individuos productivos en función del mercado.

“la permanencia en la institución mucho más allá de una situación de crisis, ya que la ausencia de otros dispositivos que permitan reforzar la inserción social y los vínculos en lo local ubica a la institución en un lugar de permanencia prolongada o definitiva para muchos de estos sujetos.”

El padecimiento y la exclusión que sufren los sujetos en condición de enfermedad mental con lleva a la internación prolongada de estos sujetos. Como lo menciona la autora, más allá de la crisis, la ausencia de dispositivos, ya sean políticas, planes y programas por parte del Estado para brindar garantías que beneficien a esta población y la falta de vínculos locales, generan la reclusión de estos sujetos durante años o quizás por el resto de sus vidas negando la posibilidad a la inserción social.

“pero al no existir una política que contemple la creación de otros dispositivos se reproduce la lógica tradicional y la ley funciona a modo de enunciado”. (...) “Habría una especie de coexistencia de ambas lógicas, lo viejo y lo nuevo, lo tradicional y el cambio. La idea de encierro permanece frente a la ausencia de otros soportes sociales que integren a los sujetos más allá de su permanencia en la institución. Se podría pensar que este encierro, dentro de esta lógica social, si bien no tiene el horizonte del disciplinamiento, cumpliría de algún modo la función de ubicar el excedente d mano de obra, como las instituciones que describía Foucault en el siglo XVII y XVIII”.

De acuerdo al anterior texto, el hablante destaca un aspecto negativo de las políticas, en este caso, las políticas de salud mental, pues su contenido no se evidencia efectivamente en la realidad. De manera que, al no haber una garantía que asegure la ejecución de las políticas en salud mental, se continuara recluyendo y destituyendo a los sujetos dentro de las éstas instituciones, albergando personas que no son útiles y productivas dentro de la lógica neoliberal del mercado.

“Desde esta perspectiva, en la institución se han producido movimientos en la lógica de funcionamiento que han dado lugar a la problematización de las condiciones de vida de los pacientes, el ingreso indiscriminado y posterior institucionalización, los efectos destructivos del encierro en la subjetividad, las prácticas represivas como formas de tratamiento, la pérdida de los derechos y de la identidad y la exclusión de la participación en la vida social, lo que ha provocado algunos cambios en las prácticas y en el modo de funcionamiento de la institución” “Es necesario reforzar el debate para problematizar, no sólo las marcas de lo manicomial en la subjetividad de nuestras prácticas, sino además todo intento de reproducir aquellas instituciones que, lejos de generar salud, refuerzan el debilitamiento de las condiciones de vida de los sujetos”.

De acuerdo al texto, la escritora nombra un aspecto negativo de la internación de los sujetos, pues genera la pérdida de derechos de los sujetos, de identidad de participación en la vida social, aislándolos de la sociedad. A partir de ahí, los profesionales deben resignificar la función que cumple la institución y así reorientar las prácticas profesionales reduciendo los efectos nocivos de la internación.

3.8.3 Modelos contextuales

El modelo contextual de éste discurso esta dado desde el aporte teórico de la Trabajadora Social experta en el área de salud mental ya que cuenta con experiencia laboral en un hospital psiquiátrico en la localidad de Oliveros, Santa Fe en Argentina.

Así pues, las acciones generales del discurso, en primer plano es la resignificación de las prácticas que realizan los profesionales que intervienen con el sujeto en condición de padecimiento a nivel mental. Además, se hace una crítica a las lógicas neoliberales y la articulación del Estado, lo cual ha causado la desvalorización del sujeto.

La ubicación local del acontecimiento comunicativo se encuentra en internet en un documento PDF. El Artículo fue escrito por la autora Barrios, en el año 2004. El papel comunicativo de la participante es el del hablante o escritora, autora de la fuente. Su papel interactivo es el de Trabajadora Social, con experiencias en el ejercicio profesional en una institución psiquiátrica y quien se refiere como opositora a las lógicas neoliberales referente a la desvalorización del sujeto en cuanto a la fragmentación y la pérdida del sentido que ocasiona este sistema en el sujeto.

Su papel societal es el de la Trabajadora Social que incentiva a la praxis desde el ejercicio profesional en la cotidianidad, con el fin de fomentar la reflexibilidad en los demás profesionales para repensar nuevas prácticas frente al tema de la salud y enfermedad mental.

Por último, la acción persuasiva del discurso se enfoca a entender al sujeto, a comprender el padecimiento al que se ve enfrentado desde lo individual hasta lo social y en su contexto. Así mismo, su discurso va dirigido a los profesionales que intervienen con dichos sujetos, para repensar las prácticas, específicamente las prácticas de internación de los sujetos dentro de una institución psiquiátrica, instando a la inclusión de los sujetos a los espacios sociales.

3.9 Discurso teórico III: El Trabajo Social en Salud Mental. Cap. capítulo III “Lo propio del Trabajador Social en salud mental”. Eva María, Garcés Trullenque. (2010).

3.9.1 Macroestructura semántica

La salud mental es parte de la salud integral de las personas, se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Donde el Trabajador social orienta su actuar profesional desde la perspectiva clínica y biologicista, tratando al individuo con enfermedad mental para producir cambios desde el aspecto personal, relacional y social

3.9.1.1 Macroproposiciones

Macroproposiciones 1: la salud mental es parte de la salud integral de las personas, se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral y con la capacidad de integración al medio social y cultural.

Macroproposiciones 2: El Trabajo Social en salud mental es netamente clínico donde se da una interacción desde la experiencia biológica, psicológica y social del individuo.

Macroproposiciones 3: Los tres fundamentos principales por lo que el Trabajo Social Clínico produce el cambio son: por medio de la relación interpersonal, por medio de los cambios en la situación social, por medio de los cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos.

Macroproposiciones 4: El equipo de profesionales que interviene en el individuo con enfermedad mental es un equipo interdisciplinario, donde todos aportan desde su conocimiento para tratar al individuo.

3.9.2 Significados locales:

"La salud mental es mucho más amplia que la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud".

En el texto anterior, la autora deja ver la diferencia que existe entre salud y enfermedad mental. En cuanto a la enfermedad mental, la autora indica que el equipo de salud se encarga de la rehabilitación de la persona, lo que sugiere una posición biologicista para abordar la enfermedad mental, ya el profesional debe intervenir en la persona con enfermedad mental para que recupere la actividad o función orgánica a nivel mental, y así pueda funcionar en la sociedad. Adicionalmente, resalta que los profesionales deben abarcar la promoción y la prevención de la salud mental.

"El Trabajo Social en salud mental es fundamentalmente un Trabajo Social clínico que tiene lugar con una población determinada". (...) Estamos hablando por consiguiente de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona un guía para la intervención clínica".

De lo anterior, la hablante deja ver su perspectiva clínica para abordar la salud mental, se observa la forma como su discurso esta permeado por el enfoque clínico hegemónico en el que se interviene en el persona que está enferma, que es patológica, que tiene una alteración biológica; con comportamientos anormales e inadecuados de acuerdo con los parámetros de normalidad establecidos, esto corresponde a un área psicológica; con problemas a nivel familiar, laboral y relacional que corresponde al área social.

"enfermo mental". "individuo"

De acuerdo a lo anterior, se puede inferir que el modelo mental de la autora referente al sujeto en condición de enfermedad mental, es un individuo, que es independiente de los demás, que tiene una patología que altera estructuralmente su función normal, afectando negativamente su comportamiento y pensamientos, lo cual no le permite vivir armónicamente en la sociedad. Adicionalmente, el término enfermo, es utilizado en la medicina para catalogar la persona que tiene una alteración fisiológica que no permite

su funcionamiento normal. En efecto, se puede observar que desde Trabajo social se mantiene una perspectiva clínica para dirigirse al sujeto, a pesar de ser ésta una profesión que hace parte de las ciencias humanas y sociales.

“El ámbito de la salud mental es un campo de intervención interdisciplinar”

La autora menciona diferentes fuentes donde sustenta el trabajo interdisciplinar en salud mental, quienes desde los conocimientos propios de cada profesión brindan su aporte para después tomar decisiones respecto al tratamiento que debe seguir el individuo.

“El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia. Todo ello llevado a cabo mediante un proceso que incluye: Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y familiares. Valoración socio familiar, diagnóstico social, planificación de la intervención social”.

Del anterior texto se infiere que, el Trabajo social en salud mental aborda al paciente desde el método de caso, donde se centran la atención en la problemática del individuo y la familia, pero no hay una visión holística de la realidad, donde se analice la realidad desde las políticas estatales, las dinámicas sociales, el entorno donde se encuentra inmerso el sujeto, entre otras.

“Con el objetivo de conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo a través de: Los recursos normalizados, los recursos específicos dirigidos a este colectivo (programa residencial, ocupacional, de ocio y tiempo libre, laboral). Fomentar la creación de grupos de autoayuda, asociaciones de familiares y afectados, etc.”.

Del anterior texto se puede inferir que, se considera al sujeto con enfermedad mental como una persona desadaptada dentro de su medio, por lo que hay que adaptarlo y

adecuarlo en el área personal, familiar y social. Lo anterior, se realiza para adaptar al enfermo dentro de los parámetros de normalidad impuestos en un medio social. Además se observa la falta de comprensión hacia el sujeto en condición de enfermedad mental, pues para ser aceptado socialmente, debe él aceptar dichos parámetros de normalización y encasillar su comportamiento, sus pensamientos y su actuar dentro de dichos parámetros.

3.9.3 Modelos contextuales

La ubicación local del acontecimiento comunicativo se encuentra en internet en un documento PDF. El Artículo “El Trabajo Social en Salud Mental” fue escrito por la autora (Garcés Trullenque Eva María, 2010), del cual sustrajimos el capítulo III “Lo propio del Trabajador Social en salud mental: Definiendo la especificidad”. El papel comunicativo de la participante es el del hablante o escritora, autora de la fuente. Su papel interactivo es el de Trabajadora Social, con experiencias en el ejercicio profesional en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Su papel societal es el de la Trabajadora Social que defiende el Trabajo social en salud mental clínico, desde la experiencia biológica, psicológica y social. Así mismo, resalta los tres fundamentos del Trabajo Social clínico por medio de la relación interpersonal, por medio de los cambios en la situación social, por medio de los cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos. Por último, el texto va dirigido a los profesionales de Trabajo Social, exponiendo una perspectiva para el ejercicio profesional, Además, la autora insta al trabajo interdisciplinario, buscando la articulación de aportes que puedan ser útiles para intervenir en una realidad.

Cada momento histórico ofrece una gama limitada de posibilidades ante los problemas que enfrenta una cultura. Soltar los lazos de todo lo dado es abrir caminos a nuevas soluciones. (Huleche y Delgado. 1998, p.56)

CAPITULO IV: DISCREPACIAS Y CONFRONTACIONES DE LAS CONSTRUCCIONES DISCURSIVAS TEÓRICAS Y PRÁCTICAS EN TORNO A LA SALUD MENTAL

4 Análisis de los Resultados

A continuación, se plasman los discursos prácticos de seis Trabajadoras Sociales que laboran en instituciones públicas en salud mental de la ciudad de Bogotá y los discursos teóricos de tres Trabajadoras Sociales investigadoras en dicho ámbito.

Este discurso se encuentra organizado por categorías, dentro de las cuales están: Salud mental, sujeto, intervención, rol del Trabajador Social, acciones específicas de la profesional y aportes del discurso de la Trabajadora Social al discurso ideológico de la sociedad. La matriz permite observar fácilmente los modelos mentales de las profesionales, la noción que tienen de salud mental, la significación que le dan a los sujetos y la relación que establecen con ellos; la orientación que le dan al ejercicio profesional y la ideología propia de cada profesional, en la que fundamentan su actuar profesional y pretenden generar un impacto a nivel social.

Esta matriz, también nos permite analizar los contenidos y valorar la similitud y contrariedades dentro del discurso de cada profesional, además de confrontar los discursos prácticos y teóricos generando una comprensión y análisis que conlleve a una reflexión del actuar profesional y el abordaje de la salud mental en Trabajo Social.

4.1 Matriz: análisis de la información de los Discursos Prácticos

Trabajadora social	DISCURSO PRÁCTICOS					
	I	II	III	IV	V	VI
Noción de Salud Mental	Salud mental = enfermedad mental.	Capacidad para desarrollar habilidades a nivel físico y emocional, que le permite al sujeto desenvolverse en el medio laboral, social y familiar.	Es el bienestar físico y psico- social del paciente donde se da un equilibrio entre lo físico, emocional, afectivo y social.	Es el estado de bienestar a nivel mental, emocional y físico, se da a partir de la interacción personal y con los demás dentro de la cotidianidad. Es la capacidad de resistencia y resiliencia para afrontar las situaciones de crisis, y manejar adecuadamente los conflictos.	Salud mental = enfermedad mental de acuerdo el diagnóstico psiquiátrico.	Salud mental es el pleno estar emocional y cognitivo de la persona.
Perspectiva de Sujeto	Sujeto de necesidades evidentes a nivel emocional, familiar y social. Necesidad de recuperación y movilización de redes. Necesidad de intervención con la familia y la comunidad.	Sujeto de necesidades. Necesidad de mejorar la calidad de vida del sujeto y la familia. Necesidad de ayuda para superar su condición de excluido de la sociedad por la enfermedad mental. Necesidad del servicio de la institución por diferentes circunstancias,	Sujeto=Paciente. Paciente, enfermo mental, psiquiátrico y cliente al cual hay que estabilizar mejorando su funcionamiento y reajustando su personalidad, a través de la adherencia al tratamiento, el cual permitirá reintegrarlo a la sociedad, por tanto es un individuo que debe ser manejado por la familia.	Sujetos de derechos, ciudadanos en situación de vulnerabilidad, y que por su condición son excluidos de su medio social.	El sujeto es una persona funcional si se encuentra medicado y con adherencia al tratamiento. Así, ellos pueden ser funcionales desde que tengan su tratamiento y pueden como cualquier otro individuo pertenecer a la sociedad.	Sujeto como persona con discapacidad mental y cognitiva que no es consiente del beneficio que se le brinda en la institución, por tanto siempre necesita de la ayuda y cuidado de un tercero.

		<p>económico, familiar o social.</p> <p>Sujetos como pacientes estereotipados, estigmatizados, alejados de la sociedad por tanto necesitan de mucho apoyo.</p>				
Intervención	<p>Necesidad por el aumento de la población enferma mental.</p> <p>Se prenda de la experiencia en la práctica cotidiana.</p>	<p>Parte del diagnóstico dado por el psiquiatra y de las dinámicas familiares y laborales del paciente.</p> <p>La intervención busca garantizar una mejor calidad de vida para los pacientes y las familias a través del trabajo interdisciplinario el interinstitucional.</p>	<p>La intervención se da a través de procesos de comunicación, participación y apoyo a la familia, orientando el manejo y el tratamiento del paciente y buscando su evolución positiva en el ámbito familiar y social.</p>	<p>La intervención se da a nivel de educación familiar buscando la aceptación, protección y apoyo de la familia al sujeto.</p> <p>La intervención debe darse en lo posible movilizando herramientas y potencialidades a nivel familiar y social para la inserción de los sujetos a contextos laborales y educativos.</p>	<p>La intervención es de corte asistencialista.</p> <p>Se da una relación de ayuda con la familia y el paciente.</p> <p>Mediada por el diagnóstico psiquiátrico, busca la normalización del sujeto mediante la adherencia al tratamiento para que este pueda integrarse a la sociedad.</p>	<p>La intervención se establece a partir de la normatividad del Estado, las cuales también son un límite para su abordaje.</p> <p>Tiene como objeto el reintegro y la inclusión familiar y social.</p>
Rol del Trabajador Social	<p>Puente de cohesión entre la sociedad, la familia y el paciente.</p> <p>Ayudador de necesidades.</p>	<p>Ayudador de las necesidades del paciente.</p> <p>Socializador de herramientas para el manejo del paciente después del egreso en su medio familiar.</p>	<p>Orientador familiar en el manejo del paciente, para que este se adhiera al tratamiento y pueda reintegrarse al ámbito familiar y social.</p> <p>Movilizador de redes.</p>	<p>Mediador, orientador y guía entre los sujetos y las redes familiares, sociales e institucionales.</p> <p>Movilizador de redes a nivel social e institucional.</p>	<p>Ayudador y sensibilizador en acciones dirigidas al paciente y la familia.</p> <p>Movilizador de redes familiares e institucionales.</p>	<p>Ser puente de cohesión entre el adulto, la sociedad y la familia, partiendo del diagnóstico social y familiar.</p> <p>Movilizador de redes.</p>

		Movilizador de redes familiares y sociales.		Movilizador de recursos. El T.S es una persona resolutive, recursiva e integradora entre el sujeto, la familia y el equipo interdisciplinar.	Rol restringido y limitado por falta de recursos estatales y apoyo para esta población.	
Acciones Propias	Recuperación y Movilización de redes secundarias y familiares.	Movilizador de redes de apoyo institucional y familiar.	Identificar la red de apoyo familiar y laboral del paciente. Fomentar la comunicación familiar y la participación de la familia en el tratamiento y manejo del paciente. Seguimiento del caso a nivel familiar y laboral.	Movilizar la red primaria, haciendo un trabajo familiar de sensibilización donde se fortalezcan y promuevan las herramientas y potencialidades para la protección y apoyo del sujeto. Movilización de redes interinstitucionales y a nivel social.	Apoyo a nivel individual, y familiar. Acciones de psicoeducación. Movilización de redes familiares e institucionales. Sensibilizador entre la familia y el paciente. Identificación de factores de riesgo y vulneración de derechos en los pacientes.	Trabajo interdisciplinar. Intervención individual y familiar. Establecimiento de diagnósticos a nivel familiar y social.
Aporte del discurso de la T.S. al discurso ideológico de la Sociedad	La salud mental es entendida en términos de enfermedad mental, donde el sujeto es un sujeto de necesidades que necesita ser integrado a la sociedad. Por tanto, el Trabajo Social es un puente de	La salud mental es la capacidad, que tiene el sujeto para desarrollar habilidades a nivel físico y emocional, las cuales le permiten vivir dentro de una sociedad siendo funcionalmente	La salud mental es el bienestar físico y psico - social del paciente. En cuanto al sujeto que padece enfermedad mental, es necesario estabilizarlo mejorando su funcionamiento y	Los sujetos con alteraciones de salud mental se encuentran en una situación de vulnerabilidad, donde el Trabajador Social es el mediador, orientador, y guía entre los sujetos y las familias, interviniendo	La salud mental es comprendida desde la enfermedad mental, donde la persona puede pertenecer a la sociedad si se halla adherida a los medicamentos, además del empoderamiento que	La salud mental es el pleno estar emocional y cognitivo de la persona. Por el contrario en la enfermedad mental, o discapacidad mental y cognitiva la persona no es consciente del beneficio que se le

	<p>cohesión entre el paciente la familia y la sociedad.</p> <p>Donde cobra valor la profesión a través de la ayuda que se pueda dar para suplir las necesidades de los pacientes psiquiátricos.</p>	<p>productivo, ya que debe responder a las dinámicas laborales, sociales y familiares que exigen las estructuras culturales y sociopolíticas de los contextos en los que se halla inmerso el sujeto.</p> <p>Por tanto, el sujeto que sufre una enfermedad mental necesita de ayuda institucional para superar esta condición, y así lograr ser una persona útil, que se pueda vincular al mercado laboral y a la sociedad.</p>	<p>reajustando su personalidad, a través de la adherencia al tratamiento, el cual permitirá reintegrarlo al ámbito familiar y social.</p> <p>En contraste, existe una dualidad en el discurso frente a la realidad de los sujetos expresado por la T.S, "se sabe y todos lo saben que la internación y hospitalizaciones frecuentes deterioran a los pacientes, por tanto es necesario pensarse la atención domiciliaria" y otros dispositivos de intervención en el contexto familiar y social.</p>	<p>desde la educación, de la movilización de redes, la sensibilización, el fortalecimiento de herramientas y potencialidades a nivel familiar.</p> <p>Por tanto es necesario realizar un trabajo interdisciplinario que permita la calidad de vida del sujeto desde una perspectiva de intervención diferente al asistencialismo.</p>	<p>la familia tenga frente a la situación. Son por tanto personas que necesitan ser integrados a la sociedad, que necesitan de la ayuda de Trabajo Social.</p>	<p>presta, por eso necesita de cuidadores. En consecuencia el objeto de intervención es el reintegro y la inclusión familiar y social, desde los lineamientos de la normatividad estatal.</p>
--	---	--	--	---	--	---

4.2 Matriz: análisis de la información desde los Discursos Teóricos

Trabajadora Social	DISCURSO TEÓRICO		
	I Perspectiva de la Investigación Entrevista	DISCURSO TEORICO II: Las prácticas en Salud Mental ante nuevos desafíos. Cómo pensarnos en la reconstrucción del Tejido social	Critico Reflexivo
Noción de Salud Mental	La SM nace, se cultiva, se manifiesta y se construye en las personas a partir de las relaciones y la interacción	Es una parte de la salud integral de las personas, se relaciona con las condiciones de vida, con las	

	<p>con otras personas, dentro de un contexto específico, por tanto, no es igual a enfermedad mental o a lo patológico.</p>	<p>posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural.</p>	
<p>Perspectiva de Sujeto</p>	<p>Existe desde lo teórico dos perspectivas de percibir al sujeto:</p> <p>Desde la enfermedad mental – clínico funcionalista:</p> <p>El sujeto es una persona que debe ser tratada, medicada y contralada para ajustarla a la sociedad, por tanto es una persona que es disfuncional para las lógicas del sistema, ya que no contribuye al progreso de la sociedad.</p> <p>Desde la perspectiva de la Salud Mental:</p> <p>Sujeto como persona que se construye en relación con unos contextos familiares, sociales y políticos.</p>	<p>Es el individuo, paciente, usuario o población con la que se trabaja la psicopatología.</p> <p>Por tanto, es el trastorno mental el que define al individuo como usuario o el que diferencia a esta población.</p>	<p>El sujeto con padecimientos que no solo involucran el área individual en su estructura mental, sino también la dimensión relacional y social a causa de la estigmatización, produciendo una exclusión masiva que desfavorece las oportunidades para mejorar las condiciones de vida de los sujetos.</p>
<p>Intervención</p>	<p>Desde la enfermedad mental:</p> <p>Centrada en lo patológico, la persona debe ser tratada y cuidada, para hacer que la sociedad funcione mejor y progrese.</p> <p>Ejercicio profesional multidisciplinar no interdisciplinar liderado por el psiquiatra.</p> <p>Desde la Salud Mental:</p> <p>Todo campo de actuación del Trabajo Social es un lugar de anunciación de salud mental, porque lo que define el</p>	<p>Es interdisciplinar, ya que integra varias disciplinas con sus conocimientos, para atender a las prioridades del problema de los sujetos.</p> <p>La intervención tiene como objeto el tratamiento clínico, la rehabilitación, reinserción social, promoción y prevención de la salud.</p> <p>El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia.</p>	<p>En la actualidad las condiciones en las que se desarrollan las prácticas presentan una complejidad donde parece coexistir viejos y nuevos problemas, viejos y nuevos modos de intervención, lo tradicional y el cambio. Luego así, la idea de encierro permanece frente a la ausencia de otros soportes sociales que integren a los sujetos más allá de la permanencia en una institución.</p>

	Trabajo Social abarca todas esas dimensiones de lo que es la salud mental.		
Rol del Trabajador Social	<p>Desde la enfermedad mental:</p> <p>El rol está enmarcado bajo ley, bajo ciertas funciones que deben ser cumplidas.</p> <p>Asistencial y de seguimiento familiar.</p> <p>Desde la Salud Mental:</p> <p>El Trabajador Social debe todo su quehacer en pro de la salud mental. Porque ve la S.M desde los contextos sociales, y desde la realidad de los sujetos con su vida cotidiana y la realidad del país, desde un compromiso ético y político.</p>	<p>El rol del T.S es el de especialista de lo social, por tanto traslada la vertiente ambiental, relacional, cultural, económica, etc. que se incorpora a lo biológico y a lo psicológico para realizar la valoración global del enfermo y el plan de tratamiento.</p> <p>Asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias en las organizaciones y en los servicios sociales.</p>	Trabajadora Social que incentiva a la praxis desde el ejercicio profesional en la cotidianidad con el fin de fomentar la flexibilidad en los demás profesionales para repensar nuevas prácticas frente al tema de la salud y enfermedad mental.
Acciones Propias	<p>Desde la Enfermedad Mental:</p> <p>Seguimiento individual, familiar y comunitario.</p> <p>Desde la Salud Mental:</p> <p>El Trabajo Social abarca todas esas dimensiones de lo que es la salud mental, por tanto es transversal a toda la actividad profesional.</p> <p>Donde la salud mental se da en interacción con las condiciones sociales de la persona.</p>	<p>Valoración socio-familiar.</p> <p>Acompañamiento individual y familiar.</p> <p>Orientar e informar sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre.</p> <p>Seguimiento y evaluación del proceso de intervención.</p> <p>Visitas domiciliarias.</p> <p>Discusión del caso con el equipo profesional para estructurar plan de trabajo.</p>	<p>Las prácticas del Trabajo Social y, del equipo de profesionales que intervienen con los sujetos, deben ser resignificadas, de modo que no se continúen reproduciendo prácticas que conlleven a la exclusión de los sujetos.</p> <p>Es necesario reforzar el debate para problematizar, no sólo las marcas de lo manicomial en la subjetividad de las prácticas, sino además todo intento de reproducir aquellas instituciones que, lejos de generar salud, refuerzan el debilitamiento de las condiciones de vida de los sujetos”.</p>

		Fomentar la creación de grupos de autoayuda, asociaciones de familiares y afectados, etc.	
Aporte del discurso de la T.S. al discurso ideológico de la Sociedad	<p>La salud mental nace y se cultiva en la persona, a través de las relaciones y las interrelaciones con otras personas, por tanto va más allá de lo patológico, y debe abordarse desde todos los aspectos de la vida, donde el Trabajador Social debe su quehacer en pro de la salud mental, comprendiendo que esta es transversal a toda práctica profesional. La salud mental en la intervención es de segundo plano porque generalmente se cree que salud mental es enfermedad y es estar loco. Es todo un imaginario creado históricamente.</p> <p>Pero la S.M debe pensarse desde los contextos de fragmentación social y política, desde la realidad actual del país con todas sus problemáticas, desde las relaciones que se establecen en lo cotidiano y a través de las interacciones de los sujetos.</p>	<p>La salud mental es una parte de la salud integral de las personas, es un término alternativo al de psiquiatría y forma la base fundamental de esta. La intervención es clínica, y tiene lugar con poblaciones diagnosticadas con psicopatologías.</p> <p>El T.S clínico se interesa por el contexto social en el cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares de los pacientes. Y tiene como objeto el tratamiento clínico, la rehabilitación, reinserción social, promoción y prevención de la salud.</p>	<p>Para abordar los sujetos, se desarrollan prácticas que presentan una complejidad entre nuevos y viejos paradigmas, donde la idea de encierro permanece frente a la ausencia de otros soportes sociales que integren a los sujetos más allá de la permanencia en una institución.</p> <p>Con el sistema neoliberal y la articulación con el Estado las instituciones se enfocan a desempeñar funciones para que el sujeto asuma un rol productivo y así integrarlo a la sociedad dentro de la lógica del mercado generando una desvalorización del sujeto, a un objeto productivo.</p> <p>La Trabajadora Social incentiva a la praxis con el fin de fomentar la flexibilidad en los demás profesionales para repensar nuevas prácticas frente al tema de la salud y enfermedad mental.</p>

4.3 Matriz: análisis del Discurso frente al papel del Estado y la Academia

Teniendo en cuenta que para la realización de las entrevistas se utilizó un formato que contenía una serie de preguntas semiestructuradas, con el objetivo de alcanzar la información pertinente que permitiera abordar el tema de investigación. Las cuales no se orientaron conseguir información sobre el papel que desempeña el Estado en cuanto a la creación de políticas para los sujetos con alteraciones y padecimientos mentales, como tampoco, el papel de la academia en la formación de Trabajadores Sociales en salud mental. Tema que si fue abordado por algunas de las Trabajadoras Sociales en sus discursos. Además, tema referenciado también en uno de los discursos de carácter teórico. Por tanto, nos parece importante exponerlo en este capítulo como un resultado de la investigación, ya que las trabajadoras sociales expresan de suma importancia e influencia a la hora de intervenir con estos sujetos, ya que el estado es directamente responsable de estos sujetos, frente a lo que evidencian en general abandono por parte del mismo. De manera que, a continuación presentamos un esquema con la información obtenida, para facilitar la comprensión y análisis de dicho discurso.

4.3.1 Discursos desde la Práctica Profesional

Discurso Práctico I	<ul style="list-style-type: none"> • Estado: Población Olvidada en Colombia • Academia:
Discurso Práctico II	<ul style="list-style-type: none"> • Estado: El distrito no cuenta con instituciones que garanticen la calidad de vida de los pacientes. Los pacientes muchas veces no pueden continuar con sus tratamientos por la falta de recursos económicos. A esto se suma la falta de oportunidades laborales para esta población • Academia:
Discurso Práctico III	<ul style="list-style-type: none"> • Estado: Cuenta con políticas mínimas para la atención del paciente con enfermedad mental. De manera que, algunos pacientes quedan en condición de desamparo y abandono. • Academia:
Discurso Práctico IV	<ul style="list-style-type: none"> • Estado: Crea políticas y normas, pero no se destinan los recursos y las condiciones necesarias para la ejecución. • Academia: La academia debe brindar bases sólidas en conocimientos teórico- prácticos de Trabajo Social en salud mental.
Discurso Práctico V	<ul style="list-style-type: none"> • Estado: El discurso denota abandono del Estado, desamparo de las entes Distritales y Nacionales frente a la garantía de los derechos de los pacientes. No existen garantías de protección para los pacientes que se encuentran en abandono familiar. Por tanto, no existen instituciones de protección frente al abandono. • El Estado es el responsable de las personas que padecen enfermedades mentales. • Las entidades públicas no valoran y reconocen muchas veces el trabajo que se realiza a nivel profesional de Trabajo Social.
Discurso Práctico VI	<ul style="list-style-type: none"> • Estado: La intervención se debe regir a la normatividad del Estado, por tanto es a veces limitada y no se puede ayudar a los sujetos. • Academia: La formación es a veces muy superficial, y en el ámbito de la salud mental y enfermedad mental es un campo sin explorar en la academia. No hay bases académicas para la intervención.

4.3.2 Discursos Teórico

Discurso Teórico I: Entrevista desde el area de investigación

- Estado: la exclusión y la fragmentación social, tiene que ver en como esa salud mental históricamente se ha visto profundamente afectada, desde la misma concepción de la política. Pues, no hay prioridad por pensarse la salud mental en todos esos espacios.
- Academia: La salud mental no es un area que se piense el la formación del T.S. y menos como ejercicio profesinal, son muy pocos los que piensan que este es un espacio que hay que explorar y además muy a lugar para los Trabajadores Sociales. Por tanto los T.S que llegan al ejercicio profesional aprende de la práctica con los sujetos.
- Desde la academia debe fomentarse el ejercicio reflexivo de pensar la salud mental desde los contextos sociales y políticos, y desde la realidad actual del pais, donde la salud mental no es solo la enfermedad mental.

DISCURSO TEORICO II: Las prácticas en Salud Mental ante nuevos desaffos. Cómo pensarnos en la reconstrucción del Tejido social

- Estado:
- Academia:

DISCURSO TEORICO III: Trabajo Social en Salud Mental. Cap. III: Lo propio del Trabajador Social en Salud Mental: Definiendo la especificidad.

- Estado: El Estado no cuenta con óptimas políticas para integrar a la sociedad al sujeto pos internación. La lógica neoliberal en articulación con el Estado, destituye al sujeto de su condición de sujeto convirtiéndolo en un objeto improductivo y poco útil dentro de las dinámicas del mercado.
- Las lógicas neoliberales en articulación con el Estado, han causado la desvalorización del sujeto.
- El Estado crea políticas y leyes débiles e ineficientes, pues no se cuenta con los dispositivos necesarios para la aplicación y ejecución. De manera que, la ley funciona a modo de enunciado.

4.4 Aportes centrales al tema investigado

El proceso de investigación que hemos realizado a través de la perspectiva del análisis crítico del discurso sustentadas en la teoría de van Dijk, y a partir del análisis de las estructuras discursivas: macroestructuras semánticas, significados locales y modelos contextuales, presentamos los aportes centrales al tema investigado, resaltando que nuestro aporte es hermenéutico y reflexivo, a través del cual pretendemos aportar al conocimiento teórico del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental. Por tanto, toma mayor relevancia en cuanto está dirigido a todos los profesionales de la disciplina que realizan su ejercicio profesional e investigativo en el área de la salud mental.

Por consiguiente, el fin último de nuestra investigación es presentar la discrepancia del enfoque clínico tradicional y disentir del enfoque crítico reflexivo, el cual intenta dar una mirada transformadora a la práctica profesional. De modo que, los aportes al problema investigado surgen partir de este dialogo de uno y otro enfoque, pues sobre estas dos miradas se intenta desde Trabajo Social en la actualidad abordar la intervención de salud mental, teniendo en cuenta que históricamente es el enfoque del modelo clínico funcionalista y hegemónico el que guía la intervención en salud mental, en relación con la enfermedad mental.

En consecuencia, encontramos a través del análisis discursivo, a partir de la práctica profesional y del enfoque clínico funcionalista, que existen fuertes falencias en torno al ejercicio profesional en salud mental, de las cuales podríamos afirmar que tienen su origen en la falta de formación académica, teórica y de un ejercicio reflexivo frente a las mismas. Pues en general, desde esta mirada el discurso de las profesionales reproduce una estructura discursiva de dominación y desigualdad frente a un grupo de personas por su condición de enfermos mentales, alimentando el discurso de las estructuras sociales, como lo expone van

Dijk (1994), pues, el discurso lleva implícito unos mecanismo complejos, a través de los cuales se trasmite y reproduce las ideologías de quienes tienen el poder. Lo anterior es evidenciado en las formas en que las profesionales conciben a los sujetos, la salud mental y el ejercicio profesional.

En esta dirección, uno de los aspectos relevantes es la generalización que se da a partir de la intervención y de las acciones profesionales de algunas trabajadoras sociales en el ámbito hospitalario. Pues son prácticas que clasifican a los sujetos en categorías diagnósticas diferentes, por tanto la intervención se orienta de la misma forma para todos, sin tener en cuenta que cada persona es diferente y por ende cada proceso es distinto. De forma tal, se debe abordar al sujeto desde la especificidad del ser y desde las dinámicas relacionales propias a cada sujeto.

En cuanto, al discurso “integrar al paciente a la sociedad”, después de un prolongado proceso de internación en la institución psiquiátrica, la intervención se dirige hacia el sujeto y algunos familiares, dejando de lado el contexto social, sobre el cual urge realizar un trabajo a nivel comunitario, pues es la sociedad la que no está preparada y dispuesta a recibir y ver al sujeto que padece enfermedad mental como un ciudadano, como una persona, que hace parte de todas las dinámicas de la sociedad. Por tanto, los procesos de socioeducación, deben ir enfocados al cambio de ideologías socialmente establecidas y reproducidas en el sistema desde los propios discursos profesionales, esto implica necesariamente un cambio en la forma de concebir a los sujetos y la salud mental.

En contraste, una de las trabajadoras sociales desarrolla un discurso que contribuye a combatir las estructuras de abuso del poder, de discriminación y desigualdad en las que se encuentran los sujetos con enfermedad mental.

Agregando a lo anterior, existe en algunas de las Trabajadoras Sociales una brecha entre teoría y práctica, dualidades, falta de claridades conceptuales y metodológicas en torno a la salud mental, enfermedad mental y del ejercicio

profesional. Por tanto, se mecaniza el actuar profesional desvinculando algunos de los conocimientos teóricos y metodológicos básicos del Trabajo Social, institucionalizando la intervención y dirigiéndola únicamente hacia los lineamientos institucionales y normativos del Estado. No se observa además, un posicionamiento propio para intervenir en las diferentes realidades y abordar las situaciones de los sujetos que solicitan la atención del Trabajador Social desde el medio clínico. Por consiguiente, no se evidencia una praxis de la práctica profesional, que enriquezca los aportes del Trabajo Social al campo de la Salud Mental y genere nuevas e innovadoras propuestas de intervención en éste ámbito.

Pues, incluso desde el mismo ejercicio reflexivo de las trabajadoras sociales se expresan inconformidades frente a las estructuras estatales e institucionales y la falta de interés de las academias por el tema, pero en sus modelos mentales analizamos un discurso, con muy pocos argumentos teóricos para posicionar sus posturas y para proponer nuevos dispositivos y formas de actuación. Por el contrario, son discursos centrados en procesos asistencialistas y que sirven para reproducir las estructuras de poder, dominación y discriminación de estos sujetos.

En consecuencia, evidenciamos que las trabajadoras sociales que laboran en estas instituciones de atención a sujetos con enfermedades mentales, no cuentan con una formación académica referente al tema de salud y enfermedad mental, sino que su actuar profesional lo construyen en el día a día, de acuerdo a los parámetros de cada institución o desde las experiencias de sus colegas. En efecto, desde la academia no se piensan estos espacios de intervención, y no existen cátedras que impartan estos conocimientos y den apertura a campos de intervención en Trabajo Social y salud mental, sustentados desde la teoría, permitiendo crear espacios de reflexión y praxis en este campo.

Enfatizando así, que la salud mental es un campo o área de intervención que aún no ha sido abordado desde el Trabajo Social, pues la generalidad de los profesionales es pensar la salud mental igual a enfermedad mental, por este

motivo, desde Trabajo Social se piensa la intervención desde el tratamiento clínico, la rehabilitación, la reinserción social, promoción y prevención de la salud.

Es por tanto necesario que nos repensemos el ejercicio profesional desde la salud mental, pues desde esta perspectiva la salud mental está en constante relación con el sujeto, la familia, la comunidad y la sociedad.

Además, resaltamos que son escasos los aportes teóricos y las investigaciones realizadas en Colombia en torno al tema de salud mental y Trabajo Social, esto refleja desconocimiento y desinterés de muchos profesionales frente al tema. Por tanto, es necesario que los profesionales repensemos desde el ejercicio investigativo y la práctica, la salud mental desde otros contextos, donde además, exista la posibilidad de plantear la intervención en este campo fuera de las unidades de salud mental y centros psiquiátrico, comprendiendo la salud mental como un campo de intervención en todos los espacios de actuación del trabajador social. Esto implica cambiar nuestros modelos mentales, para luego contribuir a combatir las construcciones discursivas de poder y discriminación en torno a la salud mental y enfermedad mental reproducidas en los textos y en los discursos de los profesionales.

En cuanto al enfoque crítico reflexivo, este busca dar una mirada diferente a la intervención en salud mental, colocando en discusión las formas en que el neoliberalismo y las estructuras estatales son excluyentes, y reduccionistas del sujeto a las lógicas del mercado, por tanto, discrepa del enfoque funcionalista el cual perpetua las dinámicas de exclusión en las personas que padecen enfermedad mental, pues estos sujetos necesitan ser cuidados, medicados y normalizados para que puedan integrarse a la sociedad ya que son personas disfuncionales para las lógicas del sistema, y que no contribuye al progreso de la sociedad.

Este discurso discrepante del enfoque crítico reflexivo frente al enfoque funcionalista, es un discurso que intenta combatir las estructuras discursivas

mantenidas y reproducidas socialmente, pero tampoco plantea nuevas formas de abordar el complejo tema de la enfermedad mental, ni propone otras perspectivas de intervención en salud mental. Se realiza una fuerte crítica a los conceptos de salud mental desde el funcionalismo y desde los enfoques clínicos de la salud, como es la definición de la OMS, pero tampoco, este enfoque ha logrado dar una definición concreta en torno a la salud mental, ya que varios de los teóricos afirman que es un concepto de difícil definición.

Para finalizar, y recogiendo la experiencia del análisis de los discursos, proponemos la siguiente definición de salud mental:

Condición holística del ser humano, donde se da una articulación entre lo mental, emocional, físico y social, donde el sujeto es “ese ser en construcción permanente que piensa, siente, disiente, participa, desea, se emociona, y va más allá de una categoría nominal”. (Semillero 2011) Como una construcción que nace y se cultiva partir de la relación consigo mismo, y desde las subjetividades en relación con el contexto familiar, político, económico, cultural, histórico y social.

4.5 Nuevos interrogantes

¿Cómo lograr que desde la disciplina de Trabajo Social, los profesionales nos repensemos la salud mental, y generar cambios en la formas de intervención, para desnaturalizar la visión de que el sujeto con enfermedad mental debe ser recluido en una institución psiquiátrica? Pues hasta el momento, los trabajadores sociales desde este ámbito han centrado su intervención en cambiar los comportamientos y pensamientos de los sujetos, para adaptarlos a los parámetros socialmente establecidos y luego integrarlo a la sociedad. Pues, el encierro y la reclusión no es la única salida, es una medida paliativa y no una fórmula mágica para curar o sanar la enfermedad mental, por el contrario la agudiza. Es lo que se ha hecho

durante siglos, por eso es necesario repensar esta práctica y comenzar a diseñar y proponer acciones que conlleven a mejorar la salud mental de una forma más humana, con compromiso y respeto hacia la persona, más no recluyéndolos como elementos peligrosos, peor que si fueran animales feroces.

¿Cómo pensar la salud mental como práctica profesional transversal a todos los campos de actuación profesional?, como una intervención opuesta a un diagnóstico social, donde el sujeto vive cotidianamente en relación con los conflictos sociales, familiares, culturales y contextuales que ponen su salud mental.

¿Existe realmente un trabajo interdisciplinar en torno a la intervención con los sujetos que padecen enfermedad mental en las instituciones psiquiátricas o de qué forma se aborda en la realidad la intervención? Este cuestionamiento nos surge a partir del análisis entre las entrevistas y los textos, en cuanto los discursos a nivel práctico y funcionalista exponen que el trabajo a nivel de salud mental es interdisciplinar, en contraste con el discurso teórico, encontramos que el ejercicio profesional es "más multi que inter, porque en inter, estaríamos pensando ya no solamente en psiquiatría, psicología y trabajo social, sino en algo más integrado, que aún no tiene nombre, porque aún no se ha trabajado" (Garzón, L, Diciembre 3, 2014) . Además, el discurso de las Trabajadoras Sociales evidencia en su mayoría que la intervención está dada a partir de la directriz del psiquiatra y el diagnóstico de cada sujeto, donde además, los profesionales ya sean psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros y trabajadores sociales se limitan a realizar el tipo de funciones concretas desde la especificidad de su profesión sin que haya una articulación entre las disciplinas.

4.6 Sugerencias y recomendaciones

A partir de la información analizada en esta investigación, planteamos una serie de sugerencias, las cuales consideramos importantes para el abordaje de la salud mental y del ejercicio profesional de Trabajo Social:

La salud mental debe ser replanteada, reformulada y transformada, donde no se quede solamente en un concepto, sino que se haga viva en la sociedad. Así pues, se deben analizar las diferentes concepciones que se tienen al respecto, sopesando las implicancias que tienen los conceptos y las definiciones al llevarlos a la realidad. Luego así, dirigir la acción profesional, donde las prácticas de las y los Trabajadores Sociales le apuesten a mantener y fomentar una buena salud mental, comprometiéndose con la realidad social, a partir de la interacción con los sujetos, familias y comunidades generando transformaciones colectivas en diferentes espacios de la sociedad.

Otro aspecto a mencionar, es la forma como se abordan a los sujetos con alteraciones a nivel mental, pues algunas profesionales en su discurso los presentan como un individuo, enfermo, elemento patológico, encasillándolos en una categoría diagnóstica. De manera que, es necesario que se reconsidere esta concepción, ya que no se les ve como a un ser humano que piensa, sueña, siente, que tiene derechos, reduciéndolos a un objeto de intervención, generando una deshumanización frente a la comprensión y abordaje del sujeto. Razón por la cual, es necesario resignificar al sujeto, teniendo en cuenta el padecimiento que éste enfrenta desde su estructura mental hasta el ámbito familiar y social, y de esta manera orientar el ejercicio profesional que conlleve a cambios y transformaciones en pro de los sujetos.

Adicionalmente, se deben repensar y resignificar la forma de intervención de los profesionales de Trabajo Social en las instituciones de salud mental, donde no se reproduzcan prácticas instrumentales que conduzcan a la mecanización del ejercicio profesional, sino que se genere una praxis entre la teoría y la práctica, lo cual conlleve a reformular y proponer nuevas alternativas de intervención

generando nuevos aportes que enriquezcan el conocimiento en el ámbito de Trabajo Social en salud mental.

Consiguientemente, se observa desde los discursos críticos - reflexivos, analizados y revisados en el proceso investigativo, la falta de evidencias frente a una práctica transformadora. Razón por la cual sugerimos a los y las Trabajadores Sociales que le apuestan a la perspectiva crítica, que lleven su discurso a la práctica dentro del ejercicio profesional, proponiendo acciones de cambio que generen verdaderas transformaciones en la sociedad y de esta manera se le dé vida a esos aportes tan valiosos y así mismo sirvan de referencia para que otros profesionales orienten su ejercicio profesional.

Por otro lado, desde los discursos de las profesionales se observa la inconformidad frente a la academia, a causa de los reducidos o inexistentes espacios de formación en el tema de Trabajo Social en salud mental, lo cual, ha repercutido en el ingresar y desempeñarse en la vida laboral en este ámbito. Razón por la cual, sugerimos que la academia debe generar espacios, donde se aborde el tema de Trabajo Social en salud mental, ya sea por medio de cátedras, semilleros, seminarios, logrando así una mirada más holística de la realidad, generando nuevos conocimientos teóricos y prácticos, además de formar profesionales que estén preparados para enfrentar la vida laboral en esta área.

Para finalizar, encontramos que la interacción entre el Trabajo Social y el campo de la Salud Mental, puede ser muy enriquecedora, pues desde una perspectiva de las ciencias sociales puede contribuir a una mayor integración de los individuos y sus contextos sociales, dando una mirada a la salud mental, como eje transversal a todo lo que es la vida humana. Así, se hace necesario pensar la actuación profesional más integrada, es decir interdisciplinar.

4.7 Conclusiones

El Análisis Crítico del Discurso como perspectiva de investigación analítica, fue realizado al Discurso práctico de seis Trabajadoras Sociales en el ámbito de la salud mental en instituciones públicas y de atención psiquiátrica en Bogotá .D.C, y tres discursos teóricos que sustentan el ejercicio profesional del Trabajador Social en este campo desde la investigación. Por tanto, esta investigación ha sido realizada con el objetivo de confrontar los discursos, generando la comprensión y análisis de los mismos, a partir de lo propuesto por van Dijk, para analizar como el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados y reproducidos o combatidos a través de los discursos de los hablantes y de los textos.

Por tanto, encontramos que en la actualidad abordar el tema de la salud mental desde el ejercicio profesional de Trabajo Social se da desde dos perspectivas, la primera de ellas desde el enfoque clínico tradicional y funcionalista y la segunda desde una posición crítico reflexiva, que intenta discrepar de la mirada funcionalista además de proponer la reflexividad para repensar la forma de comprender la salud mental y la forma de actuación de los profesionales en los campos de intervención psiquiátricos frente a los sujetos que padecen enfermedad mental.

En primer lugar, concluimos que desde la perspectiva clínico – funcionalista la salud mental desde el ejercicio profesional de Trabajadoras Sociales que laboran en instituciones de atención psiquiátrica, en cuanto a la noción de salud mental existe una fuerte confusión, al comprender la salud mental igual a enfermedad mental partiendo del diagnóstico psiquiátrico. Por otra parte, es comprendida la salud mental desde la perspectiva de capacidades, habilidades físicas psicosociales y como estado de bienestar, que permite el funcionamiento de la

sociedad ya que el individuo sano o normal es aquel que le proporciona rentabilidad a las estructuras sociopolíticas del Estado.

Por tanto, desde este enfoque evidenciamos además que los sujetos son vistos como sujetos de necesidades, como persona patológica y enferma que debe ser tratada, medicada, cuidada, contralada, dependiente y demandante de apoyo. Como individuos que debido a su discapacidad mental y cognitiva no son conscientes de los beneficios que reciben, y por tanto son funcionales dependiendo de la adherencia positiva al tratamiento, a través del cual se les controla para ajustarlos a la sociedad y lograr que funcione y progrese.

Encontramos además, que el ejercicio profesional es visto como una necesidad, debido al aumento de la población con enfermedad mental en la actualidad, la intervención cobra valor por los diagnósticos psiquiátricos, donde deben ser analizadas las dinámicas familiares y sociales de los sujetos, para luego realizar las respectivas funciones de integro, inclusión y adaptación de estos a su medio dentro de los parámetros socialmente establecidos y regidos por la normatividad estatal.

En cuanto al rol de las trabajadoras sociales, se consideran un puente de cohesión entre el sujeto, la familia y la sociedad, donde se atiende, ayuda, asiste las necesidades del paciente, orienta, realiza acciones socioeducativas, y media entre la familia y las instituciones, es decir, es movilizador de redes y recursos en pro del bienestar del paciente.

Y la segunda perspectiva abordada desde la visión crítico reflexiva que intenta discrepar de la mirada funcionalista además de proponer la reflexividad para repensar la forma de comprender la salud mental de una forma holística, dada en la vida cotidiana y en relación con todos los contextos culturales, sociales y políticos los seres humanos, y la forma de actuación de los profesionales en los campos de intervención psiquiátricos frente a los sujetos que padecen enfermedad mental.

Desde esta perspectiva, la salud mental es comprendida de forma holística, nace, se cultiva, se manifiesta y se construye en las personas a partir de las relaciones y la interacción con otras personas, dentro de un contexto específico. Por tanto, no es igual a enfermedad mental. De ahí que, el sujeto es comprendido como persona que se construye en relación con unos contextos familiares, sociales y políticos, como un sujeto de padecimientos que no solo involucra el área individual en su estructura mental, sino también la dimensión relacional y social.

Hay que hacer notar que desde el T.S no se ha elaborado una conceptualización en torno a la salud mental, los autores exponen que es de difícil definición, y por el contrario se da una mirada crítica sobre las conceptualizaciones planteadas en general desde la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud, y desde directrices clínicas y estructuralistas. Así mismo, se evidencia la crítica sobre los antiguos modelos de intervención en relación con las complejas condiciones estructurales sociales, políticas y estatales, así como de los contextos de los sujetos, cuestionando la idea de encierro que permanece por la falta de soportes sociales que permitan contemplar la salud mental en relación con la enfermedad desde otros contextos y más allá de la institución. Plantando además la necesidad de repensar la intervención y nuevos dispositivos para comprender la salud mental, pero no hay nuevas propuestas de cómo realizar esta intervención a nivel de enfermedad mental y tampoco desde la salud mental como eje transversal del ejercicio profesional.

Se evidencian entonces, fuertes falencias en torno al ejercicio profesional en salud mental, que podríamos decir, tiene su origen en la falta de formación académica, y por tanto, se continúa reproduciendo un discurso con una estructura social de dominación y desigualdad frente a un grupo de personas por su condición de enfermos mentales. Pues, incluso desde el mismo ejercicio reflexivo de las trabajadoras sociales se expresan inconformidades frente a las estructuras estatales e institucionales y la falta de interés de las academias por el tema, pero

en sus modelos mentales analizamos un el discurso, con muy pocos argumentos teóricos para posicionar sus posturas y para proponer nuevos dispositivos y formas de actuación. Por el contrario, son discursos centrados en procesos asistencialistas y que sirven para reproducir las estructuras de poder, dominación y discriminación, más aun, sostenidos por los marcos de normatividad de la sociedad y del Estado.

Existen dualidades en los discursos de las T.S, falta de claridades conceptuales, metodologías en torno a la salud y enfermedad mental y el ejercicio profesional del T.S, evidenciándose una práctica profesional mecanizada y estrictamente enfocada a realizar acciones de normalización, reintegro, inclusión y adaptación de los pacientes, sin una praxis que le aporte a la construcción del conocimiento en nuestra área, que es lo social. Una reflexión que lleve a pensar la salud mental no solo como enfermedad mental y a los sujetos, no como individuos, pacientes, enfermos o locos, sino como personas históricas, culturales, sociales y políticas, en relación con todos sus contextos, ya sea que estos se encuentren o no, con algún padecimiento mental, pues la salud mental es transversal a la vida humana, y todo ser humano puede encontrarse con situaciones de padecimientos mentales y emocionales que ponen en riesgo su salud mental.

En el ejercicio investigativo, evidenciamos también que son pocos los profesionales que piensan la salud mental desde otros contextos, y que además, plantean la posibilidad de hacer un campo de intervención de la salud mental, todos los espacios donde se realiza el ejercicio profesional. Esto implica cambiar nuestros modelos mentales para luego contribuir a combatir las construcciones discursivas de poder y discriminación en torno a la salud mental y enfermedad mental reproducidas en los textos y en el discurso de los hablantes.

BIBLIOGRAFIA

- Alvaro, J (1992) en Reyes, R. (2009). Salud Mental. Diccionario critico de ciencias sociales: Terminología científico social. Plaza y Valdes Editores. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm
- Amico, Lucía. (2005) La institucionalización de la locura, la intervención del Trabajo Social en alternativas de atención. Espacio Editorial.
- Anguita, E (2012). Una mirada social sobre la locura. Recuperado el día 10 de Enero de 2012 de la web: <http://www.elortiba.org/pichon1.html>
- Arcila, A. Buriticá, L. Ramírez, L. (2004) Paradigmas y Modelos de Investigación. Guía didáctica y módulo. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ. Facultad de Educación. 2 Edición.
- Arráez, M., Calles, J. & Moreno de Tovar, L (2006). “La Hermenéutica: una actividad interpretativa. Sapiens” En: La Revista Universitaria de Investigación, (vol. 7, No 2). Venezuela: Universidad Pedagógica Experimental Libertador
- Carballada, Alfredo, J. M. (2012) La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. Documento Margen No 65.
- Casamayor, A. Marchesoni, C. (2005). Salud mental infanto juvenil Abordaje grupal desde el Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio editorial.

- Barberena, M. Carballada, A. (SF). Trabajo Social, Política Social y Salud. Recuperado de <http://www.margen.org/catedras/apunte11.html>
- Barrios, Marisa. (2004). Las prácticas en Salud Mental ante nuevos desafíos. Cómo pensarnos en la reconstrucción del tejido social. En, Intervención Profesional: Legitimidades en debate. Editorial Espacio. Recuperado de la Web, http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/barrios__las_practicas_en_salud_mental_ante_nuevos_desafios_.pdf
- Becerra, R.M., & Kennel, B.L. (2008). Elementos Básicos para el Trabajo Social en Salud Mental. Primera edición. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Bogdan, R. Taylor, S. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. Barcelona: Paidós.
- Cárcamo, Héctor (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Cinta de Moebio, Septiembre, No. 023. Chile: Universidad de Chile.
- Casco, J. (1996). "Curar la salud", En la Salud y en la Enfermedad. Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura, nº 25.
- Cochrane, Raymond (1991). La Creación Social de la enfermedad mental. Ediciones Nueva Visión SAIC. Buenos Aires, Republica de Argentina. Traducción de Horacio Pons.
- Colombia. Congreso de la Republica (2013) Ley 1616.
- Colombia, Ministerio de Protección Social. (2007). Política Nacional del campo de la salud mental.

- Cortés, F. (Enero- Marzo 2006). Consideraciones sobre la marginación, la marginalidad, marginalidad económica y la exclusión social papeles de la población. Red de revistas Científicas.
- Doré, E. (2008). Marginalidad urbana en su contexto: modernización truncada y conductas marginales. Revista Sociológica.
- Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional Mar de Plata (1998). La función Social de la Locura. Una mirada desde el poder. Primera Edición. Buenos Aires.
- Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional Mar de Plata (1998). La función Social de la Locura. Una mirada desde el poder. Primera Edición. Buenos Aires. Cap. "Yo soy y no quiero ser". Acerca de la discriminación y la certeza. Huletche, A.M., & Deldgado, L.: Autoras.
- Federación de Asociaciones de Familiares de personas con enfermedad mental de Galicia. (2010) ¿Qué es la enfermedad mental? FEAFES GALICIA. Recuperado de la web
<http://www.feafesgalicia.org/ES/contenido/18/Qué%20es%20una%20enfermedad%20mental>
- Foucault. M. (1967) Historia de la Locura en la época clásica I. Biblioteca_ IRC.
<http://biblioteca.d2g.com>. Edición proyecto Espartaco.

- Foucault, M. (1974- 1975). Los Anormales. Curso en el Collège de Francia. Edición establecida bajo la dirección de Francois Ewald y Alexandro Fontana. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1976), Microfísica del poder. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, Michel. (1999) Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen II Traducción de Fernando Álvarez Uría y Julia Varela. Ibérica: Ediciones Paidós. S.A.
- Foucault, Michel. (2005) El Poder Psiquiátrico. Traducción de Horacio Pons. Curso en el College de France (1973 – 1974). Argentina: Fondo de Cultura Económica de, A.S.
- Garcés, E. (2010) Trabajo Social en Salud Mental. Universidad de Zaragoza. Revista Científica Complutenses.
- Gil, J., García, E., Rodríguez, G. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Granada. España: Ediciones Aljibe. PDF.
- González, A. (2009). Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. ISLAS, 45 (138):125-135; octubre-diciembre, 2003. Cuba: Editorial Universitaria.
- Hernández, N. & Tenorio, R. (2005). Panorama de investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental (1970-2000). España y Portugal: Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe,

- Hernández, Marín, B. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo Social y acción Social. No 52.
- Isla, P. (2000-2013). La salud en su contexto político, económico y social. Dialnet, Vol. 31, Nº. 2, P.P, 34-38.
- Kazi, G., Ajerez, M. (2008). Salud Mental. Experiencias y prácticas. Primera Edición Espacio Editorial. cap. IX. La Intervención del Trabajador Social en el área de la Salud Mental en un hospital de agudos. Hernández, R., Guerrero, J., Braganza, G. y Cortizo, M., Autores.
- Kazi, G., Ajerez, M. (2008). Salud Mental. Experiencias y prácticas. Primera Edición. Espacio Editorial. cap. IV. Poder y Política: las máscaras del sometimiento. Carpintero, E., Autor.
- Luna, L. Sosa, A. (2010). Trabajo Social y Salud Mental, la intervención profesional en los centros infanto juveniles de la provincia de Mendoza. Universidad Nacional de Cuyo .Recuperado de <http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/laura-elisa-luna.pdf>.
- Martínez, K. (2009). Contribución a un análisis y reflexión crítica del programa de Trabajo Social de Uniminuto Bogotá. (Tesis de pregrado). Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios.

- Martínez, M. (2008). Salud mental y género: Causas y Consecuencias de la Depresión en las Mujeres. Universidad Nacional de Educación a Distancia Facultad de Ciencias Políticas y Sociología.
- Martín, Juan Pastor & Ovejero Bernal, Anastasio. (2007). Michel Foucault, Caja de herramientas contra la dominación. Capítulo VIII, Foucault filósofo del poder y la libertad. Ediciones de la Universidad de Oviedo.
- Núñez, M. (2009). Prólogo a la llamada investigación cualitativa en ciencias sociales. Colombia: Red Colombia internacional.
- Mendoza, F. M. (2004). Las relaciones entre Trabajo Social y Salud Mental: Un recorrido histórico. Obtenido de XVIII Seminario Latinoamericano de escuelas de Trabajo Social. La cuestión social a la formación profesional en Trabajo social en el contexto de las relaciones de poder y la diversidad latinoamericana San José de Costa Rica.
- Muñoz, M., Pérez, S.E., Crespo, M. & Guillén. A. (2009) Estigma y enfermedad mental, Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Primera Edición. Madrid: Editorial Complutense, S. A.
- Organización Mundial de la Salud (2013) Salud Mental: un Estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Parra, M. (2005). Fundamentos epistemológicos, metodológicos y teóricos que sustentan un modelo de investigación cualitativa en las ciencias sociales. Chile: Universidad de Chile.

- Ramírez. I. (SF) Trabajo Social. Tomado de: file:///C:/Users/DELL/Downloads/9525-9606-1-PB.PDF. Recuperado el día 26 de Enero de 2015.
- Reyes, R. (2009). DICCIONARIO CRÍTICO DE CIENCIAS SOCIALES TERMINOLOGÍA CIENTÍFICO SOCIAL. MADRID: Plaza y Valdés Editores.
- Ricoy. L. C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. Educação Revista do Centro de Educação, Universidade Federal de Santa María. (Vol. 31, No. 1). Brasil. Redalyc.
- Sacristán, T. O. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio. Revista Mexicana de Sociología. No. 4.
- Semillero de Investigación Sujeto y Subjetividad (2011) en Rodriguez, M., Silva, L. (2011) Pertinencia de la Participación de la disciplina del Trabajo Social en el proceso de atención psicológica del programa de Trabajo Social en Uniminuto Bogotá sede principal. (Tesis de pregrado). Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Tamayo, T. (2002). El proceso de la Investigación Científica. Cuarta Edición. México: Noriega Editores.
- Universidad Nacional de Mar de Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social (1998). La función social de la locura. Una mirada desde el poder. Primera Edición. cap. Función Social de la Locura. Losada, G., Rodas, M., Rodríguez, S. y Veyra, M.: Autores.

- Universidad Nacional de Mar de Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social (1998). La función social de la locura. Una mirada desde el poder. Primera Edición. cap. Una mirada desde la salud mental. Cuello, C., Federici, S., Kitlajn, A., Sicard, E. y Vicens, G.: Autores.
- van Dijk, T.A. (1994). Discurso, Poder y Cognición. Conferencias. Cuadernos. No 2.
- van Dijk, T.A. (1997). Signos. Teoría y práctica de la educación. PDF
Recuperado de la web:
<http://www.discursos.org/oldarticles/Discurso%20cognicion%20y%20sociedad.pdf>
- van Dijk, T.A. (1999). El análisis crítico del discurso. Recuperado de <http://www.discursos.org/oldarticles/El%20an%20lisis%20cr%20del%20discurso.pdf>
- van Dijk, T.A. (2003). La multidisciplinaridad del análisis crítico del discurso: un alegato en favor de la diversidad. Barcelona.
- van Dijk, T. A. (2008). Semántica del discurso e ideología. Discurso & Sociedad, Vol 2. Universitat Pompeu Fabra. Departamento de Traducción y Filología. Traducido por Cristina Perales.
- van Dijk, T. A. (2009). Discurso y Poder. Gedisa, Barcelona.
- Viscarret, J. J. (2006). Modelos y Métodos de intervención en Trabajo Social. Alianza Editorial.

REFERENTES DE LAS ENTREVISTAS

- Giraldo, E. (17 Noviembre 2014). Comunicación personal. Discurso Práctico de Trabajo Social en Salud Mental. Bogotá: Clínica Fray Bartolomé de las Casas.
- Morales, N.A. (20 Noviembre 2014). Comunicación personal. Discurso Práctico de Trabajo Social en Salud Mental. Bogotá: Hospital Simón Bolívar.
- Muñoz, J. (20 Noviembre 2014). Comunicación personal. Discurso Práctico de Trabajo Social en Salud Mental. Bogotá: Hospital Simón Bolívar.
- Ospina, L.A. (03 Diciembre 2014). Comunicación personal. Discurso Teórico de Trabajo Social en Salud Mental. Bogotá: Universidad Pedagógica.
- Padilla, L. (17 Noviembre 2014). Comunicación personal. Discurso Práctico de Trabajo Social en Salud Mental. Bogotá: Clínica Fray Bartolomé de las Casas.
- Rodríguez, M. T. (27 Noviembre 2014). Comunicación personal. Discurso Práctico de Trabajo Social en Salud Mental. Sibaté: Centro Masculino Especial la Colonia.
- Sandoval, M.C. (20 Noviembre 2014). Comunicación personal. Discurso Práctico de Trabajo Social en Salud Mental. Bogotá: Hospital Simón Bolívar.

ANEXOS

Instrumento Aplicado para la recolección de información Entrevista a Trabajadoras Sociales en el ámbito de la Salud Mental

Objetivo: Conocer cuál es la mirada específica del trabajador social que se encuentra ejerciendo la profesión en el ámbito de la Salud Mental.

1. ¿Cómo entiende usted la Salud Mental desde el Trabajo Social?
2. ¿Usted como concibe a los sujetos que llegan a solicitar atención de tipo psiquiátrico?
3. ¿Cómo comprende usted el rol del Trabajador Social en el ámbito de la Salud Mental?
4. ¿Cuáles son las acciones específicas del Trabajador Social en un equipo interdisciplinar en el área de la salud mental?
5. ¿Desde qué enfoque de intervención profesional comprende usted la Salud Mental en el trabajo social?
6. ¿Qué de lo teórico en Trabajo Social en salud mental usted aplica en su ejercicio profesional?
7. ¿Cómo es la intervención en salud mental en Trabajo Social?
8. ¿Cuál es su postura como Trabajadora Social en relación con la práctica profesional en un contexto social y político de fragmentación y creciente exclusión en el campo de la salud mental?

Entrevista: Trabajadora Social 1

Con experiencia en práctica profesional en institución psiquiátrica

1. ¿Cómo entiende usted la Salud Mental desde el Trabajo Social?

Entiendo la salud mental desde la profesión, desde el enfoque empirista, desde la necesidad que surge con el aumento de la población de salud mental en Colombia. Entiendo la salud mental desde el trabajo social, en la importancia que tiene desde la profesión, la recuperación de las redes, la movilización de redes secundarias, la intervención con familia y con la comunidad. Puesto que es necesario para este tipo de población, además, olvidada aquí en Colombia.

2. ¿Usted cómo concibe a los sujetos que llegan a solicitar atención de tipo psiquiátrico?

Son sujetos de necesidades. De necesidades evidentes a nivel emocional, a nivel familiar y a nivel social. Por tanto, desde el trabajo social uno puede ser un puente de cohesión y de ayuda frente a las necesidades que surgen de cada situación, cada sujeto llega con una situación diferente en la cual uno tiene que estar dispuesto a intervenir y apoyar cada caso.

3. ¿Cómo comprende usted el rol del Trabajador Social en el ámbito de la Salud Mental?

Lo comprendo como dije en la pregunta anterior. Como un puente de cohesión, de ayuda y de apoyo al sujeto, a las familias y a la comunidad donde está el paciente de psiquiatría que manejamos cada día.

4. ¿Cuáles son las acciones específicas del Trabajador Social en un equipo interdisciplinar en el área de la salud mental?

Bueno, el trabajador social aquí en la unidad cumple un papel importante. Pues, aquí manejamos cada caso a través de un equipo interdisciplinario, es decir, que desde el trabajo social movilizamos toda la parte de familia, la parte social y

comunitaria, pero sobre todo recuperamos redes que es lo más importante para estos pacientes.

5. ¿Desde qué enfoque de intervención profesional comprende usted la Salud Mental en el trabajo social?

Desde la hermenéutica y desde el empirismo, porque finalmente de cada experiencia y de cada situación que vemos de nuestros pacientes, aprendemos para seguir apoyándolos.

6. ¿Qué de lo teórico en Trabajo Social en salud mental usted aplica en su ejercicio profesional?

De lo teórico, aplicamos las valoraciones iniciales, que son toda la intervención personal, los antecedentes familiares, la movilización de redes, a través de un formato teórico que se tiene en la unidad y que lo aplicamos a todos los pacientes.

7. ¿Cómo es la intervención en salud mental en Trabajo Social?

La intervención se hace de manera individual, familiar y grupal.

8. ¿Cuál es su postura como Trabajadora Social en relación con la práctica profesional en un contexto social y político de fragmentación y creciente exclusión en el campo de la salud mental?

Buscamos desde el trabajo social y desde la profesión, fortalecer a estos pacientes y a esta población, que es una población vulnerable y olvidada aquí en Colombia. Además, buscamos movilizar las pocas redes de apoyo que puedan existir para garantizarles un mejoramiento en su calidad de vida una vez salga de la unidad. Pienso que eso es lo más importante.

Entrevista: Trabajadora Social 2

Con experiencia en práctica profesional en institución psiquiátrica

1. ¿Cómo entiende usted la Salud Mental desde el Trabajo Social?

Mi nombre es (...), soy trabajadora social de la Unidad de salud Mental de (...). A nivel personal, yo entiendo la salud mental desde el trabajo social como la capacidad que tiene una persona para desarrollar una serie de habilidades tanto a nivel físico como emocional, y que por tanto se pueda desenvolver en el medio laboral, social y familiar.

2. ¿Usted cómo concibe a los sujetos que llegan a solicitar atención de tipo psiquiátrico?

Son sujetos que necesitan de mucha ayuda, y que vienen con una necesidad del servicio por diferentes circunstancias de la vida. Puede ser por lo económico, por causas familiares o por la parte social. Entonces, en este momento ellos necesitan de un apoyo para seguir adelante y poder tener una mejor calidad de vida.

3. ¿Cómo comprende usted el rol del Trabajador Social en el ámbito de la Salud Mental?

Es un rol muy importante el que se desempeña en el trabajo social, porque no solo se trabaja con el paciente, sino también, con un equipo interdisciplinario y con las familias. Así mismo, con todas las redes de apoyo institucionales que se tienen a nivel distrital con las que se realiza un trabajo para que estas personas puedan salir adelante, para poderles garantizar una mejor calidad de vida, tanto a ellos, como a los familiares, ya que siempre son situaciones complejas las que se viven en cada caso.

4. ¿Cuáles son las acciones específicas del Trabajador Social en un equipo interdisciplinar en el área de la salud mental?

Se hace la intervención con el paciente de acuerdo al diagnóstico y a la situación, porque no solo depende del paciente, sino también de la dinámica familiar, del apoyo que tenga no solo de la familia, sino a nivel laboral. Muchos pacientes no cuentan con esa serie de apoyo. Se encuentra, también que están muy estereotipados, o, a veces estigmatizados y los alejan de la sociedad, entonces son personas que necesitan de mucho apoyo del trabajo social, de psicología, de la psiquiatría, de terapia ocupacional, y de todas las profesiones que están a cargo de ellos en la unidad.

5. ¿Desde qué enfoque de intervención profesional comprende usted la Salud Mental en el trabajo social?

Desde la empírica, porque cada caso es especial, pues cada paciente tiene su diagnóstico, también, a veces se ve reflejado en la familia y por circunstancias económicas y sociales, como la falta de oportunidades que tienen a nivel personal, familiar y social, donde no hay tampoco entidades competentes que les puedan ayudar a ellos para seguir adelante, por eso muchos pacientes reingresan a la unidad por lo mismo, porque no hay oportunidades y no hay instituciones que los puedan apoyar en lo que ellos necesitan.

6. ¿Qué de lo teórico en Trabajo Social en salud mental usted aplica en su ejercicio profesional?

Lo teórico se aplica a través de las valoraciones de trabajo social, donde se mira toda la parte personal, los antecedentes familiares y lo social. Como también, si vienen remitidos de alguna institución, pues algunos se encuentran institucionalizados o si tienen algún apoyo institucional.

7. ¿Cómo es la intervención en salud mental en Trabajo Social?

Los pacientes de salud mental son pacientes muy demandantes, no sólo el paciente sino las familias. Entonces se trabaja con el paciente, en la valoración inicial, mirando la parte familiar y los antecedentes médicos y psiquiátricos. A las familias se les orienta en la posible solución de los inconvenientes que se les presentan, dándoles las herramientas para que ellos después de la hospitalización continúen como con su vida cotidiana y entiendan que no todo se les puede dar en el hospital. A ellos, hay que darles las herramientas para que busquen e igual a las familias.

A veces es muy complejo porque se niegan al tratamiento y otras veces por las barreras de acceso que tienen con las EPS, los aseguramientos, pues estos no dejan que los pacientes puedan continuar un tratamiento. Otros pacientes tienen muchos obstáculos para poder continuar el tratamiento por falta de recursos económicos. También es complicada, la parte laboral, no tiene una estabilidad laboral, entonces es una realidad compleja.

8. ¿Cuál es su postura como Trabajadora Social en relación con la práctica profesional en un contexto social y político de fragmentación y creciente exclusión en el campo de la salud mental?

Recogiendo todo lo dicho, salud mental no solo a nivel distrital sino en Colombia, está un poco complicada, porque cada vez es más la demanda de pacientes que asisten a los hospitales por enfermedad mental. Además, la familia se cansa de los pacientes entonces los quieren dejar en abandono, y si el paciente no tiene apoyo no puede salir adelante solo. También, la falta de oportunidad laboral por la misma situación, que no los deja incluir por lo mismo. En cuanto a la parte social, son rechazados y excluidos por la misma situación que ellos pasan, entonces es un poco complicado.

Además, el distrito no cuenta con instituciones que les garantice la calidad de vida, sino que son lugares de paso y ya. Vuelven al medio familiar, que también

tendríamos que trabajar con las familias para concientizar, reflexionar y para hacerles saber que son parte importante para ellos, que no son una carga más, sino que ellos necesitan de mucho apoyo. Es importante que sigan asistiendo a las consultas externas y sus controles, con el medicamento. También, a diario se les da orientación para que puedan continuar su calidad de vida y sean cada día mejor.

¿Y este espacio institucional si se presta para su trabajo con las familias?

A nivel de hospitalización nosotros hacemos intervención con familias, igual psiquiatría y psicología. De igual forma, cuando sale el paciente se continua el tratamiento ambulatorio, ellos pueden asistir a consultas de trabajo social, pueden asistir a consultas de sicología, siquiatria, terapia ocupacional, eso también depende del tipo de seguridad que tenga, la seguridad social a veces los remiten para otras instituciones para que les sigan prestando la atención en salud.

Entrevista: Trabajadora Social 3

Con experiencia en práctica profesional en institución psiquiátrica

1. ¿Cómo entiende usted la Salud Mental desde el Trabajo Social?

Mi experiencia es más o menos en salud mental como de diez años, yo trabajé con la Caja nacional de previsión. Es indispensable el rol del trabajador social como parte de un equipo interdisciplinario, porque el trabajo social es quien interviene con la familia o el núcleo familiar. Es digamos, la parte más importante para el manejo de un paciente en salud mental, un paciente siquiátrico, porque desde el manejo que haga la familia, del manejo del tratamiento, del manejo del paciente en su casa, depende que el paciente evolucione o no con su enfermedad, o que aprenda a manejarla o vivir con ella.

Si la familia también aprenda su manejo, el paciente no tendrá crisis tan frecuentes. Porque, en los últimos tiempos se ha incrementado el número de pacientes enfermos mentales, por las condiciones económicas, por problemas familiares como la violencia intrafamiliar, que se ha, yo creo, que triplicado con el tiempo, por la descomposición de la familia, entonces es importantísimo el rol del trabajador social, en tratar de que la familia participe en el tratamiento del paciente.

2. ¿Usted cómo concibe a los sujetos que llegan a solicitar atención de tipo psiquiátrico?

Comúnmente no lo solicitan ellos, pues, son pacientes que son traídos por la familia. Por la familia llegan a los servicios de urgencia. Comúnmente ellos no solicitan el tratamiento, quien lo busca es la familia o los lugares donde ellos trabajan. Pero, por sí solos, por voluntad del paciente son muy contados con los dedos, a no ser que hayan iniciado un tratamiento, que sean conscientes de ese tratamiento para que el paciente llegue al hospital.

3. ¿Cuáles son las acciones específicas del Trabajador Social en un equipo interdisciplinario en el área de la salud mental?

Bueno, el rol específico del trabajo social es identificar la red de apoyo familiar del paciente, con qué red de apoyo se cuenta para que ellos participen en el tratamiento del paciente y esa es la intervención que hace trabajo social en el equipo interdisciplinario, quien da a conocer toda la parte familiar y laboral del paciente, es trabajo social.

4. ¿Desde qué enfoque de intervención profesional comprende usted la Salud Mental en el trabajo social?

Basada en la experiencia, desde el enfoque de “la terapia familiar sistémica”, porque yo en los primeros años, cuando trabajé con la Caja nacional de previsión, se trabajaba en la cámara de gesell haciendo terapia de familia y formaba parte

del equipo interdisciplinario, entonces, la terapia se basaba más en las relaciones y en la comunicación entre la familia.

5. ¿Qué de lo teórico en Trabajo Social en salud mental usted aplica en su ejercicio profesional?

Del conocimiento teórico, toda la parte de terapia familiar sistémica, que se basa en la comunicación como dije anteriormente, en las relaciones intrafamiliares, eso es lo que se trabaja para que la familia participe en el tratamiento y que maneje el paciente, tanto aquí como ambulatoriamente.

6. ¿Cómo es la intervención en salud mental en Trabajo Social?

La intervención se hace inicialmente a nivel hospitalario. Cuando llega por primera vez el paciente, el paciente debe regresar a controles ambulatorios y debe tener un seguimiento por trabajo social. Como se hace con otros programas de otro tipo de pacientes, se hace también con salud mental. Y en la parte ambulatoria, al paciente se le hace un seguimiento, donde el trabajo social conozca que tanto ha avanzado o no, en su medio familiar y laboral.

¿Podría darnos una definición de salud mental?

Salud mental es, hablemos de bienestar del paciente, donde la salud del paciente no solo es física, es un equilibrio emocional, afectivo y pues básicamente emocional. Es un equilibrio, la salud como bienestar es total, es psicosocial, física, es una parte del complemento de la vida de cualquier persona. Si uno tiene fallas físicas, fallas mentales, todo a su alrededor se desbarata, entonces tiene que haber un equilibrio entre lo emocional, lo psicológico, lo social y lo físico.

7. ¿Cuál es su postura como Trabajadora Social en relación con la práctica profesional en un contexto social y político de fragmentación y creciente exclusión en el campo de la salud mental?

Yo pienso que el trabajo en este momento es mucho más complicado para todo el equipo interdisciplinario, e inclusive para la misma sociedad. Pues, las políticas

que se crea frente a este tema son mínimas para la cantidad de pacientes que están solicitando la intervención y solicitando, que se les preste atención en salud mental.

Cada día se ha complicado más, lo que hablan ustedes es cierto. La discriminación, la familia que por años maneja este tipo de pacientes, con el tiempo se cansa, entonces es el paciente que se abandona, el paciente en abandono. Si hay un paciente en abandono, tampoco hay una red institucional que a ellos los asuma, en estos momentos están desamparados también. La finalidad no es institucionalizarlos, la finalidad es que el paciente vuelva a su medio familiar, porque la hospitalización los deteriora, las hospitalizaciones frecuentes los deterioran, los medicamentos los deterioran. Entonces necesariamente tienen que volver a su medio familiar y eso es lo que tenemos que trabajar a nivel de salud mental, no solo en los hospitales y en las entidades privadas, porque en realidad ha aumentado el número de pacientes enfermos mentales.

¿Cómo trabajadores sociales qué podemos hacer en nuestra intervención para que el paciente no sea institucionalizado?

Por ejemplo, aquí en Bogotá, existe un manejo a nivel distrital que son, primeros, segundos y terceros niveles de atención. En los primeros y segundos niveles se maneja toda la parte de promoción y prevención. Yo pienso que, va a llegar un momento que se tiene que llegar a trabajar a este nivel. Digamos, salvar su hogar, trabajar con el paciente en el medio familiar. Y va a llegar un momento, en que eso tiene que hacerse porque ya las instituciones no dan abasto. Es más la demanda que la oferta que se tiene para manejar los pacientes, entonces tendremos que trabajar a nivel preventivo, no solo con pacientes mentales, sino a todo nivel en salud, que es lo que en este momento no se está manejando, y por tanto, la atención es más curativa y paliativa, en este momento. Pacientes que en el medio hospitalario tienen su tratamiento, pero que al salir de aquí lo abandonan,

estos son pacientes que tienen recaídas y reingresos permanentes al hospital. Por esto es importante trabajar en el medio familiar. De pronto las nuevas profesionales den otra mirada diferente a lo que es salud mental y se haga un trabajo más a nivel familiar.

Entrevista: Trabajadora Social 4

Con experiencia en práctica profesional en institución psiquiátrica

Frente al desarrollo del trabajo social en el ámbito de salud mental, es un campo que podría decirse ha cogido fuerza, debido a todas las situaciones que presentan los pacientes con alguna situación o patología mental. Hay que comprender la salud mental como un manejo que requiere toda una parte biopsicosocial, la cual, tiene una mirada integral, porque no solamente es la problemática de la enfermedad mental, sino el impacto que genera en la vida de la persona dentro de un contexto tanto familiar, como social y laboral. Lamentablemente aún se maneja un sistema de creencias donde prima la discriminación, la vulneración de derechos de las personas con situación de salud mental, entonces hay una serie de paradigmas y prejuicios que aún siguen marcando y se tiende a hacer excluyentes en todos los ámbitos sociales frente a las personas que presentan este tipo de problemática.

1. ¿Cómo entiende usted la Salud Mental desde el Trabajo Social?

Para mí, la salud mental hace parte de nuestro propio desarrollo como seres humanos, todos tenemos que manejar salud mental. Es como el estado de bienestar que se genera a nivel mental, emocional y físico, en nuestro interactuar personal y en nuestro encuentro con los sujetos en el día a día. O sea, eso lo vivimos en el día a día. Porque de todas maneras, en el contexto en el que nosotros nos desenvolvemos no estamos exentos de tener situaciones de riesgo a

nivel de salud mental. Lo que se llama el tal estrés, la depresión que está tan de moda, situaciones que pueden llevar al consumo excesivo de sustancias psicoactivas, al alcohol o a cualquier tipo de adicción, sea la que sea, todo eso tiene que ver con la forma de salud mental. La capacidad que tenemos para afrontar situaciones de crisis y la resistencia y la resiliencia que tenemos para hacer el manejo adecuado de esos conflictos. Cuando se genera una situación que no permite un adecuado manejo de conflictos, se genera una crisis emocional y nuestra salud mental puede estar en riesgo.

2. ¿Usted cómo concibe a los sujetos que llegan a solicitar atención de tipo psiquiátrico?

Pues ante todo, son sujetos sociales, son sujetos, son ciudadanos. Ante todo, son ciudadanos de derechos. La cuestión es poderlos concebir como ciudadanos, no como personas extrañas, ajenas a nuestra realidad como a veces se denominan “anormales”, “raros”, “locos”. No son ciudadanos de derechos como cualquiera de nosotros que presentan una situación de vulnerabilidad, como cualquiera la podemos tener, pero ellos también tienen la misma capacidad y los mismos derechos frente al desarrollo de su vida como seres humanos, como seres sociales que son.

3. ¿Cómo comprende usted el rol del Trabajador Social en el ámbito de la Salud Mental?

Pues el rol principal, pienso yo, es el de mediador. Ante todo mediador, porque nosotros como trabajadores sociales somos como el punto de conexión y movilización de redes a nivel social y a nivel institucional. Entonces, tenemos que ser personas resolutivas, recursivas, integradoras a la hora de generar algún trabajo, tanto como con la persona y con la familia, con el equipo de profesionales, como necesidades que se lleguen a presentar a nivel de la comunidad. Entonces, eso pienso, que son los aspectos más importantes de nuestro desempeño profesional.

4. ¿Cuáles son las acciones específicas del Trabajador Social en un equipo interdisciplinar en el área de la salud mental?

Las acciones específicas es ante todo, movilizar la red primaria, hacer un trabajo familiar de sensibilización, donde se fortalezcan y movilicen herramientas y potencialidades a nivel familiar, que permitan la protección y apoyo a la persona que presenta salud mental. Entonces, también es una labor a nivel educativo, porque muchas veces no hay claridad o a veces se hace negación del hecho que alguien de nuestra familia sea enfermo mental. También, la posibilidad de que esta persona pueda tener la opción de insertarse en un medio laboral, educativo o por lo menos que hayan opciones que le permitan ocupar su tiempo o sentirse una persona útil, que no se estigmatice por las situaciones adversas sino que puede desarrollar una serie de cosas que no lo limitan. La cuestión es entrar para romper esas barreras, lo otro, es el hecho de participar en el trabajo interdisciplinario porque eso es clave a la hora de hacer un estudio, de entrar a hacer una intervención, es entrar a movilizar desde varios puntos a la persona, no verla como sectorizada, sino que todos aportando podemos contribuir a la calidad de vida de esa persona.

5. ¿Desde qué enfoque de intervención profesional comprende usted la Salud Mental en el trabajo social?

Pues el enfoque que más se procura manejar es el enfoque sistémico. La mirada del enfoque sistémico, es no ver a la persona como un problema sino verla como un potencial, que tiene la posibilidad de movilizar recursos propios para fortalecerse como ser humano y a nivel familiar. Entonces la manera de intervención, lo que permite es que por medio de las preguntas reflexivas entres a mover la red, porque lamentablemente estos espacios no son para llevar un proceso de largo tiempo, sino que a veces las opciones de intervenir es la única sesión, o la primera o única entrevista y a través de esa única entrevista debes tratar de generar lo que más puedas.

Entonces, la cuestión no es hacer cosas muy lineales como las que sabemos hacer, como “y con quién vive, y qué hace, y quién integra su familia” y bueno una serie de elementos y herramientas que usamos que son importantes, pero, que muchas veces nos quedamos ahí, y a la hora de intervenir nos quedamos cortos. El manejo de las preguntas reflexivas a través de lo que muestra el enfoque sistémico, permite movilizar la familia para que se fortalezca y no se agote o por lo menos que tenga la opción de recargar esas baterías y tenga luces. Uno lo que busca es orientar y guiar, pero los que se tienen que mover y fortalecerse es la red primaria y las instituciones. El trabajador social apoya pero la idea es que la familia principalmente actúe.

6. ¿Qué de lo teórico en Trabajo Social en salud mental usted aplica en su ejercicio profesional?

De lo teórico, la posibilidad de intervención en casos, individuo y familia. Inicialmente se realiza un estudio, un diagnóstico, con un plan de trabajo. Las herramientas, como el familograma, el ecomapa, el mismo desarrollo de la entrevista, la posibilidad de documentarse con el CIE10 – DSM4 de salud mental, los diferentes enfoques que existen para intervención en salud mental. Hay enfoques que se trabajan hoy en día desde un sentido psicosocial que buscan la integralidad.

Actualmente se está trabajando mucho el enfoque diferencial, donde se ve a la persona desde el desarrollo humano, un ser de oportunidades, donde, desde un nivel social, económico, político, se desarrolla una serie de estrategias de intervención para potencializar al ser humano, la idea no es limitarlo. Hoy en día, se manejan muchos programas a nivel focalizado y eso en parte es bueno. La cuestión es que se sigue haciendo desde el corte asistencial, entonces el subsidio, el mercado, el bono y nos quedamos en eso.

7. ¿Cuál es su postura como Trabajadora Social en relación con la práctica profesional en un contexto social y político de fragmentación y creciente exclusión en el campo de la salud mental?

Me parece muy favorable que se generen espacios para el trabajo social en salud mental. La cuestión es que desde la academia faltan mayores bases a nivel teórico. Pues, las bases en estudios de caso, son importantes, pero al manejar una situación de un usuario con salud mental es saber que es totalmente diferente por la dinámica que se genera.

A veces, los niveles de disfuncionalidad que se generan dentro de un contexto familiar, son bastantes complejos. Entonces hay que tener una mirada de complejidad, una mirada constructivista dentro de la intervención que se realiza. Y muchas veces, estamos todavía parados desde una perspectiva paternalista y asistencial, en parte, influenciado por los contextos políticos.

La ley 1616 de 2013 de salud mental, como la ley de víctimas, que busca la atención integral de la población desplazada, que también son pacientes y personas que presentan situaciones de salud mental, entre otras normatividades. Que contiene lineamientos para los programas de atención, consulta y hospitalización. Pero al mirar, los procesos de todo lo que la norma plasma, nos quedamos cortos, ante la realidad.

Nos hemos enfocado muchas veces en hacer en el reconocimiento de las poblaciones, de la discapacidad, de la mujer, de género, reconocimiento de salud mental, pero nos quedamos en el reconocimiento y a la hora del hacer, encontramos el problema. No hay recursos, no está el personal capacitado, formado, no hay continuidad. También hay que tener en cuenta como es el contexto laboral, hoy en día los profesionales que se desenvuelven en esta área, también puede entrar en situaciones de salud mental. Como por ejemplo, el Síndrome de Burnout o estrés laboral, por desgaste profesional, el agotamiento, la

sobrecarga a nivel emocional y mental, porque son contextos bastante difíciles, frete a sus mismas disfuncionalidades personalidades y familiares.

Por otro lado, la cuestión del acceso a los servicios de salud mental que se prestan dentro de los hospitales de mayor complejidad a las personas de zona rural, desplazadas, no es sencillo. Se espera que con las propuestas que están surgiendo se trabaje la atención primaria en salud, desde las comunidades. Pero, son solo propuestas, que se dé quien sabe. Por otro lado, el presupuesto cada vez es menor para el sector salud. Así, la idea es que se preste lo mínimo, lo básico, para un paciente hospitalizado y sus medicamentos. Pero, cuando los pacientes están fuera de la unidad mental existe poco acceso a las citas, no hay posibilidad de agenda, no se proporcionan los medicamentos, hay medicamentos controlados, como también la psicoterapia con un tiempo de 20 minutos y una cita cada tres meses, los cambios de profesionales, etc. Lamentablemente se generan una serie de sistemas a nivel político, legal y financiero, que llevan a limitar muchas veces la acción.

¿Cuál cree usted, debería ser la posición del trabajo social frente a la salud mental en una intervención fuera de la institución, en un entorno familiar y social?

Pues, es una mirada que se hace desde un contexto político, con la participación social, la movilización de los diferentes actores sociales en espacios de concertación. Creo que desarrollar ese tipo de trabajo es factible, pero es buscar el cómo, que tenga aplicación en lo rural y en lo urbano.

Ahora, por ejemplo el tema de las negociaciones que se están haciendo frente al conflicto, ¿qué va a pasar con estas personas que se van a integrar a la sociedad? ¿Cuáles van a ser los manejos? ¿Cómo van a ser los programas?, porque ellos han sido tanto víctimas como victimarios y deben tener sus situaciones de salud mental. Entonces pienso, que hay muchos espacios para empezar a trabajar desde lo social, la cuestión es que desde la academia, ¿cómo generar esos espacios?

Entrevista: Trabajadora Social 5

Con experiencia en práctica profesional en institución psiquiátrica

1. ¿Cómo entiende usted la Salud Mental desde el Trabajo Social?

La salud mental desde el trabajo social, es tener este apoyo tanto para el individuo como para su familia en todas estas dificultades que ellos tienen. Pues a nivel psiquiátrico, ellos tienen unos trastornos mentales desde diferentes diagnósticos. Entonces el apoyo que nosotros damos, es tanto a nivel individual como familiar, donde se trabaja toda la parte de psicoeducación y de movilización de redes.

2. ¿Usted cómo concibe a los sujetos que llegan a solicitar atención de tipo psiquiátrico?

Bueno, yo los concibo como a cualquier otra persona, como una persona funcional, porque ellos pueden ser funcionales, desde que tengan su tratamiento, son como cualquier otro individuo que puede pertenecer a la sociedad.

3. ¿Cómo comprende usted el rol del Trabajador Social en el ámbito de la Salud Mental?

El rol de trabajador social en salud mental es demasiado amplio y muy sufrido, digámoslo así, porque lastimosamente nosotras tenemos que trabajar con las uñas. Ya que no tenemos ayuda del Distrito. Siempre que tenemos una persona con este tipo de dificultad, la mayoría vienen para institucionalización, pues son abandonados por la familia. No vemos pues, un apoyo directamente desde las entidades estatales, que deben responsabilizarse de ellos, entonces, el rol del trabajador social se hace complicado. Es complicado a nivel de salud mental por esa situación. Pero también, es complicado porque la familia no tiene un empoderamiento, esa sensibilización que ellos necesitan. Entonces la parte de sensibilización que debemos manejar debe ser muy, muy grande.

4. ¿Cuáles son las acciones específicas del Trabajador Social en un equipo interdisciplinar en el área de la salud mental?

Bueno, aquí en nuestra unidad, existe un trabajo interdisciplinario. El siquiatra, el jefe de enfermería, las auxiliares o la terapeuta ocupacional, cuando identifican alguna situación de vulneración de derechos o factores de riesgo en uno de los pacientes, ellos lo informan a trabajo Social ya sea mediante una interconsulta o a través de las notas en las evoluciones de las historias. Entonces nosotros tenemos que verificar, día a día la historia de cada persona, verificar a través del estudio social de caso, como por ejemplo sus redes de apoyo, su situación actual, y desde ahí partimos para verificar que a ellos realmente se les estén vulnerando los derechos o encontrar algún factor de riesgo. En el caso de existir algún factor de riesgo, nosotros tenemos que movilizar redes, por tanto debemos trabajar con las instituciones.

5. ¿Desde qué enfoque de intervención profesional comprende usted la Salud Mental en el trabajo social?

Bueno, desde el enfoque sistémico, porque como lo he dicho, tenemos que trabajar mucho con la familia y con las instituciones, tanto a nivel distrital como a nivel nacional. Además, nosotros tenemos que buscar de la personería, también tenemos que buscar de la defensoría, de las alcaldías, para poder atender a las personas que llegan, y este hospital es un referente nacional. Aquí nos llegan pacientes de todo el país, muchas veces ellos llegan solitos y necesitamos trabajar con las alcaldías, con las inspecciones de policía, con las comisarías de familias y con todos estos municipios y corregimientos. Entonces, el enfoque es sistémico porque trabajamos con las familias, con entidades y con nuestro equipo interdisciplinario.

6. ¿Qué de lo teórico en Trabajo Social en salud mental usted aplica en su ejercicio profesional?

Bueno, de lo teórico! no me acuerdo. Pero, yo creo que se aplica todo. En la realidad ya uno tiene que manejar todo lo que aprendió en la escuela, pues lo que

le deja a uno la academia es mucho, uno viene aquí a aplicar todo, en todo aspecto.

7. ¿Cuál es su postura como Trabajadora Social en relación con la práctica profesional en un contexto social y político de fragmentación y creciente exclusión en el campo de la salud mental?

Mi postura es de seguir luchando. De seguir luchando por ellos, porque lastimosamente estas entidades públicas no valoran muchas veces el trabajo de nosotros y no lo reconocen como debe ser.

Nosotros tenemos que seguir luchando a conciencia, por ayudarles a ellos, por ayudarles a las familias, por hacerles entender que ellos pueden tener un espacio en la sociedad. Se deben implementar más proyectos para apoyar a esta población tan excluida y falta de apoyo por todas las entidades distritales. Entonces, mi postura es que tenemos que seguir luchando a conciencia para sacar esta población adelante.

Entrevista: Trabajadora Social 6

Con experiencia en práctica profesional en institución psiquiátrica

1. ¿Cómo entiende usted la Salud Mental desde el Trabajo Social?

Como el pleno estar emocional y cognitivo de la persona.

2. ¿Usted cómo concibe a los sujetos que llegan a solicitar atención de tipo psiquiátrico?

A ver, aquí hay una diferencia en el campo en el que ejerzo, no hay ningún adulto que solicite la atención, quien la solicita es una persona externa, allegada o conocida de él. Pues, por su misma discapacidad mental o cognitiva, no es

consciente del beneficio que le puede brindar la institución. Entonces, siempre va a llegar por un tercero, no por voluntad propia.

3. ¿Cómo comprende usted el rol del Trabajador Social en el ámbito de la Salud Mental?

Es algo difícil, es un tema difícil, por la misma formación. Muchas veces la universidad da una formación muy superficial en el ámbito de la enfermedad mental, porque en este caso hablamos de una enfermedad mental. Y cuando ya ejercemos, nos tenemos que limitar a unas políticas que establece el Estado para realizar la intervención, políticas públicas, Ley 100. Aunque quisiéramos ayudar a estos sujetos, debemos limitar nuestro trabajo, pero nuestro rol está dirigido hacia ese puente entre el adulto, la sociedad y la familia.

4. ¿Cuáles son las acciones específicas del Trabajador Social en un equipo interdisciplinar en el área de la salud mental?

Bueno, ya nosotros podemos hablar de un equipo multidisciplinar, específicamente en el área de la salud, con muchas profesiones. Trabajo social ha tomado un punto muy fuerte que es la familia, es otro diagnóstico más que ya está sumado al diagnóstico de base del paciente. Entonces, el equipo de salud como tal, del área de salud, establece el diagnóstico médico, pero el fuerte de trabajo social es poder establecer esos diagnósticos a nivel social y familiar que da la base para la intervención del adulto.

5. ¿Desde qué enfoque de intervención profesional comprende usted la Salud Mental en el trabajo social?

Personalmente, el enfoque sistémico, humanista y desde el mismo diario vivir, el enfoque ecológico. Pues, estamos hablando de una sociedad, estamos hablando del contexto que rodea al individuo. Tres enfoques importantes.

6. ¿Qué de lo teórico en Trabajo Social en salud mental usted aplica en su ejercicio profesional?

Volvemos a lo anterior, la universidad da una información muy superficial sobre la salud mental. Nos explican que es otro campo de acción. Pero no hay bases para la intervención directa con el paciente, Siempre nos enfocan a la actividad de consecución, de bienestar del paciente pero a nivel de recursos, a nivel de disminución de cuota, de que la familia sea exonerada de algún tipo de pago.

Pero, cuando ya hay un trabajo multidisciplinar, cuando hay un concepto muy fuerte del área, y es importante que sea aplicado, es donde nos damos cuenta que el trabajador social debe intervenir individualmente al sujeto. Sí, el sujeto es el que nos brinda las herramientas para poder direccionar el trabajo con la familia. Aunque estos adultos, estos pacientes, estos sujetos, presenten una enfermedad mental. Muchas veces, en lo que ellos nos manifiestan, está esa herramienta que nosotros podemos enganchar para poder decir cuál es la situación o el problema que está originando tal aspecto, y creemos que, como es una persona con enfermedad mental todo lo que dice es igual ¡descabezado y loco!, ¡no es así!

Entonces, la universidad debería educarnos frente a la intervención hacia una persona con enfermedad mental, empezando porque hay muchos temores de afrontarlo, de que lo miro y cómo reacciona, si lo que me está diciendo es verdad o es mentira, si yo le digo que es blanco, y él cree que es negro. Para esto, nunca nos dan esas bases. La universidad nos enfoca hacia lo asistencial. Entonces, la intervención puede verse como que hay que buscarle ropa, recursos, busquemos que a la familia se le faciliten las cosas y pueda acercarse.

Pero, nunca nos dan esa herramienta para abordar al sujeto y para poder educar a la familia en cómo abordar al sujeto. Porque a veces la familia está igual, con la misma deficiencia con la que estamos nosotros. Entonces, cómo vamos a enfrentar en la intervención a un familiar cuando tampoco sabemos cómo enfrentar al adulto. Y esa es la situación que pone en juicio a la familia precisamente, por eso van a la institucionalización porque ellos no saben manejarla y llegan donde nosotros, y tampoco tenemos esas bases.

- A mí me surgen unas preguntas de lo que usted nos está compartiendo. ¿Usted tiene un contexto cotidiano, conoce lo que está pasando cada día con la familia, con el paciente. Ante este contexto, usted se nutre de lo teórico, busca fortalecer su conocimiento a través de bases teóricas? ¿Realiza algún tipo de praxis, tanto de lo práctico pero también desde ese profundizar en la teoría?

Bueno, no podemos de dejar de lado la parte legal, todo es un círculo, un circuito, va conectado, no podemos dejar la parte de anexo técnico, la política pública de discapacidad, la ley 1306 que ya establece las medidas de protección para las personas con enfermedad mental y específicamente la intervención de las personas. Entonces sí, es un aprender diario.

También me surgen unas dudas. ¿En esas políticas, decretos y marco legal que hay, usted ve reflejada la realidad de esos sujetos? ¿Qué deficiencias hay o ve realmente que esa política y normatividad se cumple a totalidad en estas personas?

Las situaciones si han cambiado. Yo pienso, que está en el profesional el cómo aplico la ley, o como permito, que la ley beneficie, o no, a X o Y sujeto. Es como lo que se vive ahora con lo del trasmilenio, no todo el mundo está contento, pero no todo el mundo está inconforme. Es cómo utilizamos los recursos, de manera que, haya un bienestar, un bien común, entonces la ley si ha cambiado, ha modificado muchas cosas. El simple hecho de que un paciente esté declarado interdicto, implica que va a tener una persona tutora o representante, ¿esto a que nos lleva? a que no, nos van a abandonar más a esta población. Ya que, va a haber alguien que tiene la custodia, en quien recae la responsabilidad en X momento del paciente. Anteriormente no la existía.

Por tanto, es como nosotros le sacamos beneficio a esa teoría, a esa norma y a esas leyes. No todas son aplicables, porque eso también depende de la situación

y del contexto en el que estemos en el momento, pero si nosotros las buscamos y las direccionamos hay resultados.

7. ¿Cómo es la intervención en salud mental en Trabajo Social?

Como todo, son procesos, son cambios, y hablamos de una práctica de muchos años, donde inicialmente se hacía una intervención de apoyo en la parte de salud en el sistema de referencia, contra referencia y acompañamiento a procesos de hospitalización. Aunque, nosotros somos una institución de beneficencia de Cundinamarca, que cuenta con el equipo médico, no somos una institución de salud. Por tanto, los adultos están afiliados a su EPS y hay que remitirlos como a cualquier persona a cumplir sus controles médicos. Entonces el trabajo está enfocado hacia ese cumplimiento en su parte de salud.

Posteriormente y dados los cambios, el trabajo social ha tenido mayor empuje. Por tanto, el trabajo directo en este momento es con la familia, las redes de apoyo y el adulto. Y son tres aéreas que estamos interviniendo, el individuo, la familia y la comunidad. ¿Cuál es nuestro objetivo? La inclusión familiar y social de estas personas. Ya los adultos que llegan no van a estar por una larga permanencia, porque el trabajo de los y las trabajadoras y trabajadores sociales está enfocado hacia el reintegro de la población a su medio familiar.

8. ¿Cuál es su postura como Trabajadora Social en relación con la práctica profesional en un contexto social y político de fragmentación y creciente exclusión en el campo de la salud mental?

Bueno, ¡mi postura es de cambio!, de, de dejar a un lado el ¡no se puede!, ¡es que la ley dice!, ¡es que la norma apoya!, ¡los estatutos hay que cumplirlos!. Es dar a conocer el punto de vista, es dar a conocer los beneficios, educar, educar a la sociedad, educar a los mismos compañeros, aprender de los compañeros y de la sociedad. Esto nos debe llevar a una construcción, entonces estoy siempre empeñada, en que hay que dar todo y con mucho positivismo, no solo en el quehacer del trabajo social y la postura mía, sino desde el punto de vista de cada

familia, de cada persona, que debe dejar a su adulto, y ellos no lo hacen porque les nace o quieren, ¡no! Es, porque hay una situación que los obliga, pero, no es fácil dejar a una persona en un lugar donde ni siquiera ellos saben cuál es su destino.

Es una actitud de cambio, de querer poder y de querer sentir que las cosas si se van a lograr, eso mismo se le inculca al adulto. Nosotros sabemos que la enfermedad mental no se va a curar, se estabiliza, pero se estabiliza con amor, acompañamiento, con apoyo, con entendimiento. Hay que escuchar al paciente, muchas veces ellos tienen la idea más clara que nosotros, la postura de ellos es única, es real, no es fingida. Nosotros creemos que actúan, manipulan, pero la mente de ellos es esa y debe estar controlada por su parte médica, pero la parte social y familiar tiene mucho que ver en esa parte médica.

Entrevista: Trabajadora Social 7

Desde el campo de la investigación y la teoría

Como le había dicho a Gina, y pues ustedes lo saben, yo no he ejercido, no he estado en clínica psiquiátrica, atendiendo las familias y los pacientes. Pero, en lo que sí me he formado es como investigadora en el tema, en dos perspectivas: una la que tiene que ver con la salud mental hoy, desde la política, desde discutir cuál es ese campo de actuación, que no solamente tiene que ver con la enfermedad como tal, sino que impacta a todo el ámbito social. Y, la perspectiva investigativa, que es la que estoy abordando ahora en la tesis del doctorado, es histórica. Histórica porque estoy haciendo un abordaje histórico, desde una perspectiva metodológica que se llama la microhistoria, para entrar a comprender como se configuró todo el tema del saber psiquiátrico en el país, en una institución que tenía la beneficencia de Cundinamarca, que se llamaba el Manicomio mujeres de Bogotá.

Entonces, mi estudio desentraña los orígenes de lo que fue la psiquiatría en la primera mitad del siglo XX en Colombia y particularmente en Bogotá. Y deja ver, muchos asuntos de la génesis, de lo que hoy se ve en la psiquiatría, y lo que se ve, en el ejercicio de lo que se entiende como salud mental.

1. ¿Cómo entiende usted la Salud Mental desde el Trabajo Social?

Yo entiendo la salud mental más allá de lo patológico, o sea, más allá de la enfermedad, más allá del diagnóstico de una enfermedad mental que este en el DSM4. Siempre he pensado, que el trabajador social debe todo su quehacer en pro de la salud mental.

Cuando trabajamos temas de desplazamiento forzado, temas de restitución de tierras, temas de violencia, de post conflicto, todos esos temas del hoy, tiene que ver con el ejercicio de la salud mental. Entonces, salud mental nace desde las

personas, se cultiva en nosotros como personas, en las relaciones que establecemos con otros, con nuestras familias, nuestras parejas, nuestros hijos, en nuestras comunidades donde interactuamos, ahí se construye también esa salud mental, que está en nosotros y se construye también con otros. De modo que, el quehacer del trabajador social abarca todas esas dimensiones de lo que para mí sería salud mental.

2. ¿Usted cómo concibe a los sujetos que llegan a solicitar atención de tipo psiquiátrico?

Ya eso sería como una parte del todo, de lo que es la salud mental para mí, que es la enfermedad mental, con todo lo que hay detrás de eso. Porque históricamente para algunos es un mito, una invención, como la siquiatria también lo es. Y, hay una crítica muy fuerte a la clasificación por enfermedades, porque se da un discurso de normalidad y anormalidad. Temas que trajo la racionalidad versus la emocionalidad en los siglos XIX y XX en la instauración de la modernidad. Entonces, esos dualismos cartesianos de alguna manera impactan en discursos que critican la siquiatria, y que son anti siquiatria, que hablan del mito de la enfermedad mental.

Entonces, la enfermedad mental no existe, es algo impuesto, es una etiqueta que se le coloca a una persona para de alguna manera aislarla, señalarla y determinar que tiene una cosa y tiene otra. Entonces, desde esa perspectiva esta toda la crítica, o sea, que la enfermedad mental no existiría. Sin embargo, desde la perspectiva de salud y en el marco de la ley 100 y desde la política, la enfermedad mental si existe.

Yo me paro en esas dos posibilidades y voy a hablar de las dos.

Si la enfermedad mental sí existe. Hablemos de cuando existe la enfermedad mental y cuando el sujeto acude a ser atendido.

Desde la perspectiva funcionalista, que es lo que se ve en salud, el sujeto es una persona que debe ser tratada, que debe ser medicada y que debe ser contralada

para ajustarla a la sociedad, esta es la perspectiva del funcionalismo. Y hacer que la sociedad funcione mejor, que progrese. Por tanto, si la persona esta patológica, está enferma, debe ser tratada, cuidada, demás.

En la perspectiva que no exista la salud mental, pues, se genera un gran interrogante y una gran incertidumbre, ¿qué hacemos con las personas, que parece ser que no entendemos o que no sabemos cómo clasificarlas? o ¿ponerlas dentro de la normalidad? Es un discurso muy discutido, ¿qué es normal? y ¿qué no lo es? y ¿cómo históricamente se ha construido?. Y ahí, la enfermedad mental tiene mucho que ver. Pues, es la persona que no se entiende, que otros no entienden, que es rara, que hay que señalar. Y en la historia de la enfermedad mental y de la siquiatria, eso ha tenido ciertos lugares.

En la antigüedad se hablaba de locura pero no de enfermedad, eso lo habla Foucault en la historia de la locura. Pero, esa manera de ver a la persona que es diferente ha variado en el tiempo. Antes se veía al loco, como el que iba de pueblo en pueblo, o el que estaba poseído por los espíritus, que fue todo el tema del Medioevo y demás, la religión era muy fuerte influenciando esa mirada.

Cuando empieza a surgir la psiquiatría, eso que parecía no tener explicación en el mundo de la racionalidad empieza a tenerlo, y se empieza a dar de alguna manera una relación de esas enfermedades con el cerebro.

En la historia de la siquiatria, por ejemplo, acá en Colombia la mirada es muy biologicista, hay que tratar el organismo, sobre todo aquello que está pasando adentro del cerebro, y por eso muchas de las terapias que se utilizaban, como la terapia de choque, la insulino terapia, el cardiazol, y demás, tenían esos efectos de convulsión y hacían que la persona volviera a la normalidad. Eso siempre era un borramiento de lo anormal para traerlo a la normalidad. Entonces, ahí se complejiza la cosa, pues de entrada uno diría, entonces ¿qué es enfermo?, ¿qué es patológico?

3. ¿Cómo comprende usted el rol del Trabajador Social en el ámbito de la Salud Mental?

Digamos que en la vida real es funcionalista. Es un rol que está enmarcado bajo una ley y bajo unas ciertas funciones que deben ser cumplidas. Y la hora de hacer la intervención está más centrado en lo patológico, entonces es hacer ese seguimiento individual, familiar y comunitario, y ver como la persona se medicaliza, que es el tema de herencia al tratamiento; el tema del seguimiento familiar que se pueda hacer, para que entiendan que le está pasando a él, como a su círculo inmediato, y poder enfrentar la vida desde ahí. Entonces, esta perspectiva está como ceñida a ese espacio, pero también tiene que ver con lo histórico. La investigación que estoy haciendo, no la estoy fijando desde el trabajo social, pero he encontrado en los archivos que específicamente la atención del asistente social de la época de 1920, 1930, 1940 en la beneficencia de Cundinamarca, era netamente asistencial y de seguimiento familiar.

Entonces, en este caso la paciente, pues yo estoy trabajando la locura femenina, ingresa primero al asilo y luego al manicomio de mujeres, quien la lleva es un familiar, quien debe dejar los datos, una dirección, y el asistente social lo que hace ahí, es direccionado por los médicos o enfermeras, para que la familia no deje a la persona botada en la institución. Sino que responda, que la saque, que tenga esas salidas de un mes, de una semana. Esa es la secuencia de los formatos que estuve revisando, y en lo que estaban centrados. Entonces, ligado a esto, la perspectiva siempre ha estado ahí, no ha sido mucho el cambio. Estoy viendo archivos de 1920 que he encontrado, hasta 1950 más o menos.

En lo que encontrado, he identificado que es asistencial. Básicamente, es hacer ese seguimiento, primero saber quién es el paciente, quien lo trae, (la esposa, el esposo) y las razones, si es remitido de otros hospitales, es decir, la ficha social. Ese es como el asunto ahí, para que el paciente no quede en abandono.

4. ¿Cuáles son las acciones específicas del Trabajador Social en un equipo interdisciplinar en el área de la salud mental?

Partiendo, de que existe la enfermedad mental, porque entonces, ahí, se pueden hacer dos diferencias:

En salud mental, todo lo que hacemos está centrado ahí. Estemos en comunidades, trabajando el enfoque crítico,... lo que sea, está enfocado en que la persona de alguna manera se sienta feliz consigo misma. Pues, ese es mi lugar de anunciación cuando hablo de salud mental.

Pero, lo que yo siempre he percibido, es que, quien lidera el equipo cuando se habla de ese tipo de enfermedades es el siquiatra. Porque el siquiatra es el que medica, el que diagnostica, y junto a él el terapeuta ocupacional, el sicólogo, la sicóloga, y nosotros. De igual manera, el enfermero o la enfermera siquiátrica en algunos casos. Y ese trabajo está ceñido a que cada quien hace lo suyo, para mí, no es inter sino multi. Yo medico, diagnostico, usted hace un seguimiento al comportamiento, usted hace un seguimiento familiar y tratamos de ver que va pasando. Yo lo veo más multi que inter, porque en inter, estaríamos pensando ya no solamente en siquiatria, psicología y trabajo social, sino en algo más integrado, que aún no tiene nombre, porque aún no se ha trabajado.

“Yo soy siquiatra, y estoy formado como médico siquiatra en identificar orgánicamente”, y eso sigue siendo así. Ya no se ve el cerebro como se veía en los 20 y en los 30, sino el cerebro ahora, con las conexiones, con la neurociencia, con todo este tipo de asuntos, para ver que falta algún tipo de sustancia en el cerebro que no comunique, y que por eso la persona está en depresión, además, de otros componentes muy vinculados a lo biológico, que es hereditario, sumado a las orientaciones sociales que la persona tiene, (no tiene trabajo, no tiene la escucha de sus padres, o ni siquiera tiene padres), bueno, tantas cosas que pueden pasar ahí, y que confluyen de alguna manera para que la persona

termine en una crisis (se llama crisis en psiquiatría). Entonces, yo diría que está más por el lado de la multi, que de la interdisciplinariedad.

5. ¿Qué de lo teórico en Trabajo Social en salud mental usted aplica en su ejercicio profesional?

Pues para empezar, esa no es un área o un campo que se piense en la formación del trabajador social. Somos muy pocos a los que se nos ocurren, que este es un espacio que hay que explorar, y que además, muy a lugar para nosotros como trabajadores sociales. Porque siempre nos hemos pensado en familia, en comunidad, en desarrollo social. Pero bueno, detrás de todo eso, está también este tema. Entonces, desde la formación no se piensa en este tema y pues mucho menos en el ejercicio profesional.

La gente llega al ejercicio profesional, porque salió una convocatoria y esa fue la opción. Van aprendiendo de la práctica, de lo que hacen, de lo que se ve. Porque la formación en los pregrados no nos está formando para eso.

6. ¿Cómo es la intervención en salud mental en Trabajo Social?

La intervención en salud mental en trabajo social, tiene que ver desde la génesis, pues no se está formando desde ahí. Porque la salud mental es como de segundo plano, no es tan fuerte como comunidad, familia, y cuando se piensa en el ejercicio profesional, eso es lo último en lo que se piensa.

Eso de trabajar por la salud mental de las personas, o con el ejercicio de la salud mental, de construir, ¡no!, lo que pasa es que no estamos locos. Hablar de salud mental es hablar de locos, y eso, no es así. Y ahí hay un imaginario creado históricamente. Se empezaron a nombrar las clínicas psiquiátricas, a crear asilos y manicomios. Entonces, la gente que algún tornillo se le soltó, terminan allá, en ese proceso de institucionalización.

7. ¿Cuál es su postura como Trabajadora Social en relación con la práctica profesional en un contexto social y político de fragmentación y creciente exclusión en el campo de la salud mental?

Pues ahí, es donde se debe pensar el ejercicio de la salud mental. Ahora con este tema tan álgido del post conflicto, y de cómo esto nos afectaría a nosotros socialmente y políticamente nuestra organización de país. Pues ese debería ser un tema fundamental, debería cobrar vigencia, debería ser central. Porque muchas de estas personas que son víctimas, con el tema del perdón; eso en otras palabra es la búsqueda de la salud mental. Entonces, estas personas no están psiquiátricas, internadas, pero que sí han vivido un proceso de violencia de fondo; de muertes de sus familiares, de sus hijos, de ser sacados de sus territorios, que realmente están afectando su salud mental y su ser como tal. Entonces yo creo que ahí, hay que repensarse ese ejercicio. Yo pienso que, desde la universidad debe fomentarse ese ejercicio reflexivo.

Ese tema de la exclusión y de la fragmentación social, tiene que ver en como esa salud mental históricamente se ha visto profundamente afectada, desde la misma concepción de la política. Pues, no hay prioridad por pensarse la salud mental en todos esos espacios, y es un reto nuestro como trabajo social tratar de visibilizar ese espacio, haciéndonos nuevos planteamientos **para pensar que la salud mental no es solo la enfermedad mental**. Hay formación totalmente sesgada al verlo así.

Los psicólogos, por ejemplo, tienen una especialidad que es psicología clínica y en psicología clínica, lo que hacen es eso, es trabajar sobre el comportamiento humano patologizado por una depresión, por un trastorno bipolar, por un sello; mientras que nosotros, vemos la salud mental en el desplazado, en el de la restitución de la tierra, en el que ha sido violado, en el que ha sido abusado, en el maltratado. También, en las personas que se deprimen por sus circunstancias de vida, por haber tenido una vida con una prospectiva muy positiva, pero luego, llega un momento de quiebra, se le muere su familia, se queda solo, donde ya no sabe

qué hacer, donde pierde el rumbo, y entra en una depresión tal, que no puede seguir viviendo. Todo esto lo vemos en la perspectiva de la salud mental, desde un compromiso ético y político, ya que somos de lo social. Estamos ahí, en esas transformaciones y la salud mental para mí, permea todos los campos. Sí, es transversal, no es una sola cosa, no es patología, no es enfermedad. Que difícil que la gente piense así y como ustedes se habrán dado cuenta, no es igual a enfermedad mental, eso tiene todo un direccionamiento en todo lo que hacemos.

DISCURSO TEÓRICO: Barrios, M. (2004)
Las prácticas en Salud Mental ante nuevos desafíos.
Cómo pensarnos en la reconstrucción del tejido social.

La decisión de compartir este panel sobre "lilas diferencias" estuvo vinculada a incluir en él este trabajo, que se nutre de mi experiencia como Trabajadora Social en un hospital psiquiátrico en la localidad de Oliveros, Santa Fe.

El trabajo con la locura me remitió a pensarla justamente en el plano de las diferencias existentes en la trayectoria de un sujeto en su padecimiento.

Las diferencias también podrían ser concebidas como fortalezas. Tomás Villasante señala "cómo algunos vínculos en las redes que eran tenidos como 'estigmas', se pueden tornar 'emblemas': el emblema del trabajo o de la diferencia se convierte en una autoestima colectiva", por ejemplo, "donde antes sólo había oprobio".

Pero ¿Qué sucede cuando esas diferencias se tornan desigualdades?

En ese sentido, el padecimiento no es entendido sólo como cuestión de un individuo en cuanto a su estructura mental, sólo en una dimensión privada, sino como cuestiones enmarcadas en procesos sociales que tienden a la exclusión masiva de personas de mejores e igualitarias condiciones de vida.

En este sentido, ¿Qué lugar ocupan las prácticas que desarrollamos para incidir en esas condiciones? ¿De qué modos nos movemos como trabajadores en relación con el modo en que nuestras prácticas se mueven en un contexto social y político de fragmentación y creciente exclusión, y de qué modos pensar a las mismas en sus posibilidades de reconstrucción del tejido social y de mayor incidencia pública en la modificación de las condiciones de desigualdad?

Las prácticas, no sólo de trabajadores sociales, sino de aquellos trabajadores que están implicados en este campo, requieren ser resignificadas en sus modos de

analizar y de intervenir en lo social para poder comprender el padecimiento de salud mental en trayectorias que han generado condiciones de exclusión.

Las condiciones actuales en las que se desarrollan las prácticas presentan una complejidad donde parece coexistir viejos y nuevos problemas, viejos y nuevos modos de intervención.

A propósito de esto algunos autores como Cantarelli, Lewcovicz y otros ponen énfasis en un escenario social que pareciera ser diferente en cuanto a que la acción del Estado y sus instituciones ya no requerirían del disciplinamiento y la regulación para mantener y garantizar un orden, sino que operaría una lógica diferente que, más que exclusión, produce destitución, algo que podría ser entendido como una especie de borramiento de la condición de sujeto; señalan que "la destitución neoliberal no es la solidez estatal, sino más bien la fluidez mercantil." Entiendo que esto no implica una ausencia del Estado, sino que habría una lógica de acción diferente que articula el Estado con el mercado; éste no utiliza los mismos procedimientos e instrumentos que el Estado, porque su modo de dominación no necesitaría sujetos disciplinados, sino sujetos a la deriva que no encuentran lugar donde sea posible consolidar el lazo social. El mercado, "no necesita ordenar para dominar", "el horizonte de dominación no es la alienación, sino la fragmentación y la pérdida de sentido. (Cantarelli, Lewcovicz, otros).

Esta idea me permitió pensar en cuáles serían esos mecanismos diferentes desde los cuales funcionan las instituciones, que parecen hoy cobrar nuevos sentidos y nuevas funciones y, por lo tanto, las prácticas que desarrollamos no estarían exentas de tales efectos.

En este sentido, las históricas instituciones de encierro que funcionaban desde la lógica estatal, desde las que se marcaban normas de funcionamiento social, les era requisito para garantizar el orden y el disciplinamiento, para lo cual el encierro era el modo de brindar seguridad a la sociedad del elemento peligroso y, a su vez, ubicar "en algún lugar" el excedente de mano de obra.

Foucault revisa las funciones que cumplía la creación del Hospital General en el siglo XVII, al menos entre las aspiraciones del orden burgués: “. por primera vez se sustituyen las medidas de exclusión puramente negativas, por una medida de encierro; el desocupado no será ya expulsado ni castigado; es sostenido con dinero de la nación, a costa de la pérdida de su libertad individual”, “. [Se trataba de una]. población sin recursos ni lazos sociales, que se encontraba abandonada, o que se ha vuelto móvil durante cierto tiempo, debido al nuevo desarrollo económico”.

Si pensamos en las nuevas condiciones de exclusión que producen la expulsión de los sujetos desde la lógica neoliberal, también tenemos que pensar que las instituciones si no cumplieran ya con la función de la reclusión para el disciplinamiento, tendrían otras funciones para buscar medidas compensatorias en términos de ausencia de políticas que puedan integrar realmente a un sistema productivo y social.

Además de una trayectoria de padecimiento subjetivo, entre las personas que en su mayoría ingresan a la institución, se encuentran muchos sujetos con una trayectoria de desocupación, de ausencia de recursos materiales, de precaria escolarización e inclusión en espacios sociales.

Esto implica para muchos la permanencia en la institución mucho más allá de una situación de crisis, ya que la ausencia de otros dispositivos que permitan reforzar la inserción social y los vínculos en lo local ubica a la institución en un lugar de permanencia prolongada o definitiva para muchos de estos sujetos.

¿Cómo pensar en este sentido la función de la institución de salud mental en este contexto? La misma cumpliría una función de atención de personas con problemas mentales que está enmarcada en la ley de Salud mental 10772. Dicha ley contempla el trabajo en el padecimiento subjetivo con alternativas "que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social", la ley contempla los servicios de salud mental en hospitales generales con y sin internación, la

atención domiciliaria, los hospitales de día, casas de medio camino y talleres protegidos entre otras alternativas.

En la actualidad, esto marca diferencias sustanciales con las instituciones de la época clásica, pero al no existir una política que contemple la creación de otros dispositivos se reproduce la lógica tradicional y la ley funciona a modo de enunciado.

Habría una especie de coexistencia de ambas lógicas, lo viejo y lo nuevo, lo tradicional y el cambio. La idea de encierro permanece frente a la ausencia de otros soportes sociales que integren a los sujetos más allá de su permanencia en la institución. Se podría pensar que este encierro, dentro de esta lógica social, si bien no tiene el horizonte del disciplinamiento, cumpliría de algún modo la función de ubicar el excedente de mano de obra, como las instituciones que describía Foucault en el siglo XVII y XVIII.

A modo de ejemplo sobre las condiciones mencionadas al principio, me pareció importante aportar algunos datos del informe de ingresos con el que cuenta el hospital psiquiátrico de la localidad de Oliveros: en el año 2003 de 169 consultas, 138 resultaron internaciones (82%) y 68 ingresaron con orden judicial (49%), no siempre mediando un criterio de internación. En el año 2004, entre los meses de enero y mayo, sin contar marzo, de 68 consultas al comité de admisión se realizaron 54 internaciones, de las cuales 25 llegaron con órdenes judiciales, algunas de ellas proceden de lugares de detención (19 quedaron internadas) y 4 personas fueron encontradas en la vía pública en estado de indigencia y traídas por la policía, 1 con orden judicial.

Cabe destacar que la orden judicial es un instrumento legal de suma importancia que le otorga al juez la capacidad de decidir y a la institución le implica la obligación de aceptarla, más allá de que pueda mediar o no un criterio clínico de pertinente internación. Esto implica, muchas veces, no sólo una sobre demanda,

sino que ubica a la institución en una especie de depósito, de fragilización y sobre-exposición, al tener que buscar respuestas que la exceden.

En esta complejidad nos preguntamos cómo ubicar a nuestras prácticas en un horizonte de construcción de nuevas alternativas frente a problemas de salud que se agudizan por situaciones sociales de precarización y frente a mecanismos políticos y burocráticos que generan situaciones de desigualdad.

Nuestras prácticas, lo que decimos y lo que no decimos, lo que hacemos y lo que deseamos hacer, tienen base material concreta. Es decir, lo que transcurre y lo que se despliega institucionalmente no es algo ajeno y externo a los actores que trabajamos; lo que se pone en acto en la práctica contiene potencias de producción y reproducción de lógicas en salud mental que inciden tanto en las condiciones de vida de los sujetos con padecimiento subjetivo como en los modos de implementación de la política en salud mental.

Si hablamos de efectos de una nueva lógica de funcionamiento de la sociedad en la subjetividad contemporánea, tendríamos que pensar qué tipos de subjetividades se ponen en juego en esas prácticas y qué efectos producen.

Debemos ir comprendiendo cuáles son las manifestaciones de esas relaciones en épocas de "Modernidad Líquida" como lo piensa Zigmunt Bauman, quien señala que lo que caracteriza el ritmo y las características de los cambios sociales es la velocidad, la fluidez, el corto plazo y la ausencia de lazos basados en el compromiso y la responsabilidad. Este autor va a pensar en la dinámica que adquieren las relaciones en un escenario que define como de "destrucción inexorable de los lazos sociales" y recupera la idea de comunidad para pensar alternativas que contrarresten esos efectos de destrucción.

Si pensáramos en la idea de lo inexorable, la destrucción de los lazos se presentaría al modo de una profecía. Si se tratara de esto, los sujetos ya no tendríamos injerencia en los movimientos sociales, no tendríamos nada por hacer

porque la suerte ya estaría echada y las manifestaciones de resistencia frente a las desigualdades no serían más que meros reflejos de supervivencia.

Pensar las prácticas desde la clave de la posibilidad de construcción y resignificación permanente de los lazos sociales, significa verlas en un movimiento constante que se pone de manifiesto en las acciones que los sujetos van desplegando a partir de "la subjetividad de la experiencia vivida".

En el hospital psiquiátrico de la localidad de Oliveros se han generado algunos dispositivos nuevos que se sustentan en la idea de la desmanicomialización o más radical aún, de sustitución del manicomio.

Vasconcellos sostiene la perspectiva de la desinstitucionalización, y citando a Rotelli habla de un nuevo paradigma, "el nuevo paradigma pone énfasis en la reinención de la salud, en la existencia y sufrimiento de los pacientes, en el sentido de la producción de la vida, de sentido de sociabilidad, la utilización de diferentes formas (de los espacios colectivos) de convivencia dispersa, que amplía y complejiza el objeto de conocimiento e intervención. Esto implica diseñar dispositivos de trabajo que apoyen la socialización contemplando las diferencias respecto de la inserción en espacios productivos y sociales.

Desde esta perspectiva, en la institución se han producido movimientos en la lógica de funcionamiento que han dado lugar a la problematización de las condiciones de vida de los pacientes, el ingreso indiscriminado y posterior institucionalización, los efectos destructivos del encierro en la subjetividad, las prácticas represivas como formas de tratamiento, la pérdida de los derechos y de la identidad y la exclusión de la participación en la vida social, lo que ha provocado algunos cambios en las prácticas y en el modo de funcionamiento de la institución.

De la población que llega al espacio del Comité de Admisión de la institución, la mayoría no cuenta con cobertura de Obra social y presenta una trayectoria de desocupación, con familias que se encuentran fragilizadas en sus posibilidades de contención. A su vez, como lo mencioné anteriormente, en el transcurso del

presente año ha habido un incremento de los pedidos de internación por orden judicial que implica la judicialización de problemas de salud y sociales.

Cabe mencionar que en el presente año hubo un importante intento (como en años anteriores) por parte del Gobierno Provincial a través del Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto y del Ministerio de Salud, de instalar en el hospital un pabellón de detenidos en espacios considerados "ociosos". Si bien fue rechazado fuertemente por los trabajadores y parte de la opinión pública, el instrumento de la orden judicial en el ingreso de personas le da vigencia a la cuestión.

Cómo es posible pensar en la sustitución de un tipo de institución que permanentemente queda ubicada no sólo como lugar de atención de problemas en salud mental, sino también como especie de reservorio "del elemento excluido, expulsado de la sociedad", cómo reforzar el papel de esa institución para que pueda funcionar como un eslabón más en una cadena de relaciones y no como punto definitivo de llegada.

Es necesario reforzar el debate para problematizar, no sólo las marcas de lo manicomial en la subjetividad de nuestras prácticas, sino además todo intento de reproducir aquellas instituciones que, lejos de generar salud, refuerzan el debilitamiento de las condiciones de vida de los sujetos.

El desafío desde nuestras prácticas implica interpelar y modificar una mirada cronificada, institucionalizada, que asuma el lugar de lo que es así y no puede cambiar, de lo que dependería de un poder central para que se modifique, o aquello que no podría ser modificado por nuestras prácticas porque pareciera estar predeterminado. La institución, las condiciones de asistencia y hasta los efectos de nuestra intervención parecen quedar por fuera de la órbita de nuestras decisiones. Aparecerían como algo externo/lejano/anterior y extraño a nuestra práctica, funcionando como nombres, lugares y formas de intervenir que se asumen.

Lo que los autores mencionados plantean como efectos en la subjetividad contemporánea de esa lógica mercantil es algo que no aparecería de un modo visible, sino más bien de manera difusa. Esto, daría la sensación de pérdida del sentido? Es decir, cuál sería el horizonte de nuestras prácticas en una realidad fragmentada? Si la dominación no aparece de un modo central y visible de qué modos aparece?

Esta lógica operaría muchas veces en nuestras prácticas dejando una sensación de vacío, de impotencia y de aparente ausencia de horizonte y de claridad acerca del rumbo porque ya no hay política estatal que responda a la incertidumbre ni que garantice condiciones mínimas de subsistencia.

Entonces, el desafío de nuestras prácticas sería consolidar el sentido de nuestra intervención en la salud mental en un marco de construcción social.

De qué modo asumimos el lugar de nuestras prácticas en la potencia que tienen en la producción de cambios, en el modo de nombrar sujetos, de reproducción de ciertos esquemas, en la consolidación de construcciones?

En este escenario buscar el sentido y encontrarlo en la construcción social implicaría apuntalar nuestro trabajo hacia el logro de mayores posibilidades de inclusión en espacios sociales, en los que el destino no sea su desaparición.

DISCURSO TEORICO: Garcés, E. (2010)

Trabajo Social en Salud Mental. Cap. III

Lo propio del trabajador social en salud mental: Definiendo la especificidad.

El término Salud Mental se ha ido imponiendo como alternativo al de Psiquiatría, para subrayar el aspecto de prevención (en el que comenzó a insistir la Organización Mundial de la Salud) y el hecho de que la tarea exige la participación, además de los psiquiatras de otros profesionales, de algunos sectores de la población implicados, de los legisladores y de los políticos (Guimon, 2008).

La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural.

Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud. En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales,...) procurando la integración de las diferentes disciplinas (Barg, L., 2006).

Aunque el concepto y el ámbito de la Salud Mental son más extensos que los de la psiquiatría, ésta forma la base fundamental de aquella. Hasta finales del siglo pasado hablábamos de la asistencia psiquiátrica para referirnos a las actividades destinadas a prevenir y tratar las enfermedades psiquiátricas. De esta forma lo definían los Principios de las Naciones Unidas para la protección de las personas que padecen una enfermedad mental a principios de los 90:

Definiciones y conceptos generales en Salud Mental.

Principios de las Naciones Unidas (U.N., 1991)

Desde esta perspectiva, el trabajador social atenderá a toda población adscrita al dispositivo de atención de salud mental dentro de las demarcaciones geográficas y poblaciones establecidas, especialmente a aquella que presente riesgo social o problemática social instaurada.

¿Dónde recae entonces la especificidad? ¿Qué es lo que espera el equipo de nosotros como trabajadores sociales? ¿Cuál es la expectativa de otros compañeros trabajadores sociales, que desempeñan su trabajo en otros dispositivos respecto a nuestra actividad profesional? Si partimos de la idea de que una profesión es lo que hacen sus profesionales, hablar de especificidad del trabajo social en salud mental es referirnos a la actividad profesional que propiamente desempeñan estos profesionales en los diferentes dispositivos de salud mental.

Como en otros momentos hemos defendido el Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. Este enfoque ha sido ampliamente desarrollado en la bibliografía y en la práctica del trabajo social, especialmente en los países anglosajones y, aunque no de forma mayoritaria, se realiza en la práctica profesional en nuestro país (Miranda, M., y Garcés, E., 1998).

En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental.

Estamos hablando, por consiguiente, de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y el análisis y el diagnóstico del estado mental de una persona; el tratamiento y la asistencia y la rehabilitación de un trastorno mental un médico, un psiquiatra, un

psicólogo clínico, una enfermera, un trabajador social (...) todas aquellas personas admitidas en una prestación en salud mental.

social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares.

El Trabajo Social Clínico, por consiguiente, puede implicar intervenciones tanto en la situación social como en la situación de la persona (Ituarte, A., 1992).

Los tres fundamentos principales por los que el Trabajo Social Clínico produce el cambio son:

1. Por medio de la relación interpersonal.
2. Por medio de cambios en la situación social.
3. Por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos.

EL PUNTO DE PARTIDA: LA INTERDISCIPLINARIEDAD

El ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar, por tanto es un lugar donde concurren diferentes profesionales, diferentes modelos teóricos, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención.

Si algo caracteriza el funcionamiento de la Salud Mental es su intervención en equipo; se ha de ofrecer integración, coherencia y articulación ya que, de lo contrario son imposibles actuaciones eficaces y de calidad. La interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada (García, R., 2004).

Los trabajadores sociales en Salud Mental estamos integrados en un equipo interdisciplinario, entendiendo por tal al conjunto de profesionales encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciado en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema.

La composición del equipo puede variar según las necesidades de la población que atiende el dispositivo. El equipo no es un fin en sí mismo, sino es un instrumento que está también en función del nivel y formación de los profesionales que lo forman. En concreto, el trabajador social traslada la vertiente ambiental, relacional, cultural, económica, etc. que se incorpora a lo biológico y a lo psicológico para realizar la valoración global del enfermo y el plan de tratamiento (Díaz, E., 2002).

La interdisciplinariedad desde una perspectiva biopsicosocial es definida por Tizón como el trabajo en equipo de personas y papeles pertenecientes a diversas profesiones y formaciones académicas que realizan un trabajo conjunto con los roles y funciones tradicionales de cada uno: psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social,... Pero este mismo autor plantea cómo debe definirse una remodelación de los roles profesionales en función de las necesidades y favoreciendo el intercambio de ideas entre los mismos. Cuando la unidad interna del equipo es efectiva, es normal que un miembro asuma técnicas de otro aunque no sean específicas de su profesión, sin que por ello se rompa la cohesión del equipo, se interfiera el rol de sus componentes y se sustituyan los objetivos del equipo. En el equipo interdisciplinar los profesionales socializan sus saberes e intercambian parte de sus prácticas de forma coordinada. De esta manera se puede conseguir una acción terapéutica global más coherente y se evita la proliferación de intervenciones profesionales más allá de lo necesario (Tizon, J.L., 1992).

Este enfoque interprofesional bien estructurado y con un buen nivel de funcionamiento es la garantía absoluta de eficacia y se caracteriza por la existencia de espacios o lugares comunes para estudiar las situaciones y estrategias a seguir (Ramírez de Mingo, I., 1992).

Igualmente debemos señalar como generalmente la organización y características terapéuticas del equipo son diferentes en la psiquiatría hospitalaria respecto a la psiquiatría comunitaria:

— En los centros en los que predomina el (hospital), los equipos terapéuticos tienen una estructura más vertical. Lo deseable aquí es la perfecta coordinación de los miembros en el fomento de unas habilidades técnicas precisas.

— En los centros en los que predomina un modelo (Hospital de DIA, CSM, módulos psicosociales, comunidades terapéuticas) el equipo es de una estructura más horizontal.

El cambio de la interacción tradicional a la orientación comunitaria del equipo requiere hacer menos rígida la noción del rol que tiene cada miembro del equipo, permitiendo unificar actitudes en la comprensión del enfermo y formar relaciones más significativas en el marco del tratamiento. Esto significa que aunque cada profesional es responsable de su área de intervención, las decisiones del tratamiento son discutidas por el equipo (Gálvez, E.M., 1997).

LA ESPECIFICIDAD COMO TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DE SU EQUIPO

En primer lugar, es importante diferenciar lo que son funciones del trabajador social con el rol profesional que desempeña. Cuando hablamos de funciones, vamos a referirnos a las manifestaciones dispuestas desde la institución. En nuestro caso no es lo más frecuente que la institución que contrata al trabajador social en el ámbito de la salud mental defina las funciones que tiene que desempeñar. Más bien, hemos sido los propios trabajadores sociales los que las hemos ido desarrollando en los diferentes servicios de salud mental, en un intento de definir nuestro espacio profesional.

En el caso de los roles, nos referimos a las expectativas latentes en cuanto a funciones, tareas o comportamientos y actitudes que existen en un grupo de trabajo al respecto de cada uno de sus miembros.

Si bien las actividades desempeñadas por los trabajadores sociales en Salud Mental son diferentes de acuerdo con el Centro donde prestan sus servicios, la finalidad del dispositivo y los objetivos del equipo podemos partir de una serie de funciones básicas:

Es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud.

El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia. Todo ello llevado a cabo mediante un proceso que incluye:

- Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y/o familiares.
- Valoración socio-familiar.
- Diagnóstico social.
- Planificación de la intervención social.
- Acompañar al individuo en la asimilación del proceso de cambio y favorecer su socialización.
- Entrevistas con el usuario dirigidas a potenciar la autonomía en las actividades cotidianas.
- Trabajo dirigido a informar y orientar sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre.
- Seguimiento y evaluación del proceso de intervención.

- Realizar visitas a domicilio para valoración e intervención.
 - Apoyar y contener a las familias, tanto a nivel grupal como individual, para que participen en el proceso de cambio.
 - Informar del acceso a los recursos comunitarios e institucionales.
 - Conexión y derivación del usuario a recursos adecuados.
- Discusión del caso con el equipo profesional, para estructurar un plan de trabajo en función de las necesidades detectadas.

Con el objetivo de conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo a través de:

- Los recursos normalizados.
- Los recursos específicos dirigidos a este colectivo (Programa residencial, ocupacional, de ocio y tiempo libre, laboral).
- Fomentar la creación de grupos de autoayuda, asociaciones de familiares y afectados, etc.

Dentro del equipo de salud mental la función que el trabajador social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración e reinserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales. Todo ello es una exigencia básica de la atención integral de salud, otorgándole el valor de una asistencia de calidad (Díaz, E., 2002). La importancia que lo social adquiere en la comprensión de la vulnerabilidad y la enfermedad, y el hecho de que cualquier tipo de intervención adquiere la categoría de acción terapéutica supone un necesario replanteamiento de las estrategias de salud mental (Pons, I., 2006).

En cuanto al rol que desempeña, en el equipo de atención a la salud mental al trabajador social se le considera como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales (Pellegero, N., 1992). En concreto, los trabajadores sociales, por su parte, son los que mejores preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias (Guimon, 2002).

Por tanto, debe los servicios del entorno e informar tanto a los usuarios y a las familias como a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados. De hecho, las actividades de los trabajadores sociales se centran en la mayoría de los países del mundo en cooperar en los aspectos sociolaborales y vocacionales de los pacientes y en ayudarles a ellos y a sus familias a transitar por los intrincados caminos de la provisión de los servicios médicos y psiquiátricos.

El proceso de evaluación de Salud Mental abre la posibilidad del estudio de habilidades, aptitudes, cualidades, intereses, carencias del enfermo, valorando su función en la familia y en el medio social así como la capacidad para cubrir necesidades básicas propias y la de aquellas personas que de él pudieran depender, es decir, el profesional debe identificar y evaluar riesgos a corto y medio plazo así como las capacidades conservadas que actúan como soportes para orientar el tratamiento que se determine en el plan de intervención.

Por otra parte, cada vez con más frecuencia, se recurre a nosotros para delegarnos funciones psicoterapéuticas, sobre todo en los servicios de rehabilitación y de atención comunitaria y estas intervenciones terapéuticas van a venir determinadas por las características personales y profesionales, y de la formación, experiencia y competencia del trabajador social (Guimon, J., 2002).

LA ESPECIFICIDAD DE SU ÁMBITO EN RELACIÓN A OTROS ÁMBITOS DONDE INTERVIENEN TRABAJADORES SOCIALES

Esta especificidad viene definida por un lado, por la población con la que trabaja y su psicopatología y por otro, por una metodología propia de intervención:

1. La población con la que trabaja y su psicopatología. El conflicto o trastorno mental es lo que diferencia a este grupo de población. Es por tanto ese conflicto o trastorno mental el que los define como usuarios de los Servicios de Salud Mental, y el que a la vez los diferencia, ya que algunas personas se convierten en usuarios de una consulta especializada en una situación de crisis y otras son usuarios «continuos» de la red de salud mental por su evolución.

— La demanda de consulta al dispositivo es objeto de la atención en salud mental porque sufren un trastorno mental: Pacientes que acuden a recibir tratamiento y cuyo problema médico fundamental es el psiquiátrico.

— El caso requiere un Plan de tratamiento específico, tratamiento basado en objetivos con el paciente por parte del equipo.

— El trabajo se define a medio-largo plazo.

— Intervención sobre:

- La problemática socio-familiar.

- Las consecuencias sociales de la enfermedad: en el caso de las enfermedades crónicas, la prolongación en el tiempo del trastorno produce la aparición de «consecuencias» psicosociales que perturban el curso de la vida habitual.

— La formación en psiquiatría, favorece el desarrollo de una intervención adecuada.

— Accesibilidad del trabajador social (para el paciente, familia y equipo).

— La demanda de consulta a la Unidad sea objeto de la atención en salud mental.

— Plan de tratamiento específico, tratamiento basado en objetivos con el paciente por parte del equipo.

— El trabajo se define a corto plazo.

- La problemática social del usuario esté relacionada con el motivo de la consulta, con la demanda de salud mental.
- Intervención sobre la problemática socio-familiar, ligada al motivo de consulta.
- La formación en psiquiatría, favorece el desarrollo de una intervención adecuada.
- Accesibilidad del trabajador social (para el paciente, familia y equipo).