



SAÚDE MENTAL, MALESTAR SOCIAL E CAPITALISMO TARDÍO: ACHEGAS PARA O TRABALLO SOCIAL.

**SALUD MENTAL, MALESTAR SOCIAL Y CAPITALISMO TARDÍO:
APORTACIONES PARA EL TRABAJO SOCIAL**

**MENTAL HEALTH, SOCIAL DISCONTENT AND LATE CAPITALISM:
CONTRIBUTIONS FOR SOCIAL WORK**

Antía González Devesa - Traballadora Social

antiaglez46@gmail.com

RESUMO

No presente estudo, preténdese unha abordaxe de como o malestar social que produce o capitalismo tardío na poboación, con leva problemáticas de saúde mental. Tendo presente que, historicamente, tense relacionado o malestar social co sufrimento mental, xestáronse diversos estudos dende un modelo biomédico hexemónico dentro do capitalismo tardío, levando consecuentemente a unha análise individual e patoloxizadora do suxeito. Na procura de alternativas para o cambio social do sistema e cun enfoque de dereitos, apostarase por un Traballo Social Crítico e Antiopresivo. O obxectivo principal é deconstruír a loucura como construción sociohistórica, para así revelar como se construíu a historia da loucura e reconstruíla máis aló do modelo biomédico hexemónico imperante. Para conseguilo, levarase a cabo unha revisión teórico crítica documental, demostrando, como resultado, que o modelo biomédico sigue sendo preponderante, atravesando a práctica profesional.

PALABRAS CLAVE

Saúde mental, malestar social, capitalismo tardío, traballo social crítico e antiopresivo, alternativas.

RESUMEN

En el presente estudio, se aborda cómo el malestar social generado por el



capitalismo tardío en la población, conlleva problemáticas de salud mental. Considerando que, históricamente, se ha relacionado el malestar social con el sufrimiento mental, se han realizado diversos estudios desde un modelo biomédico hegemónico dentro del capitalismo tardío, lo que ha llevado a un análisis individual y patologizador del sujeto. En la búsqueda de alternativas para el cambio social del sistema y con un enfoque de derechos, se apuesta por un Trabajo Social Crítico y Antiopresivo. El objetivo principal es deconstruir la locura como construcción sociohistórica, para revelar cómo se ha construido la historia de la locura y reconstruirla más allá del modelo biomédico hegemónico imperante. Para lograrlo, se llevará a cabo una revisión teórico-crítica documental, demostrando, como resultado, que el modelo biomédico sigue siendo predominante en la práctica profesional.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, malestar social, capitalismo tardío, trabajo social crítico y antiopresivo, alternativas.

ABSTRACT

This study aims to address how the social discontent produced by late capitalism in the population, leads to mental health issues. Considering that social discontent has historically been associated with mental suffering, several studies have been conducted from a hegemonic biomedical model within late capitalism, consequently leading to an individual analysis and pathologization of the subject. In the search for alternatives for social change within the system and with a rights-based approach, we advocate for Critical and Anti-Oppressive Social Work. The main objective is to deconstruct madness as a socio-historical construction, in order to reveal how the history of madness has been constructed and subsequently reconstruct it beyond the prevailing biomedical model. To achieve this, a theoretical and critical documentary review will be conducted, demonstrating as a result that the biomedical model continues to dominate and permeate professional practice.

KEY WORDS

Mental health, social discontent, late capitalism, critical and anti-oppressive social



work, alternatives.

1. INTRODUCCIÓN

Ao longo da historia, tense abordado a saúde mental dende distintos paradigmas, o que leva a cuestionarse como se está a tratar na actualidade. Dende a instauración das tecnoloxías do eu, co nacemento das profesións e da abordaxe na saúde mental en particular, comeza a facerse unha diferenciación entre o que se considera normal e o que non, adoptando distintas concepcións; dende a Idade Media, pasando pola modernidade, momento no que o pseudocapitalismo aproveita para expulsar a todo aquel que non comulgue co contrato social vixente na época (Fraser e Gordon, 1992).

Así mesmo, hai unha evolución do manicomial nos anos cincuenta cara a antipsiquiatría, sendo o inicio da crítica e reformas legais que darían comezo á reforma psiquiátrica, nun intento para ir en contra da manicomialización (Desviat, 2020). A reforma psiquiátrica, pola súa parte, expón un modelo comunitario que a lexislación non permitiu, polo que non conseguiu os seus desexos de desmanicomializar, e, despois da súa caída, xerouse unha sobrecarga da saúde mental e bioloxizouse. Na actualidade, continúan a apartarse aos seres improdutivos, sendo disfuncionais para o capitalismo feroz da actualidade, quen se esforza en naturalizar a cuestión social e o malestar, individualizando os problemas sociais (Fisher, 2009). A pesar de todo, deféndese que a saúde mental non pode definirse como a adaptación do individuo á sociedade, senón que se está san ou non, non é principalmente unha cuestión persoal, senón que depende da súa estrutura social (Fromm, 1964).

Tocante ao exposto anteriormente, a atención en saúde mental actual céntrase na hexemonía do modelo biomédico positivista, que separa en persoas “enfermas” e “normais”, favorecendo o estigma e deixándoas na marxe do sistema. Así mesmo, leva consigo un senso paternalista, onde as profesionais²⁰ son as responsables de actuar na solución do problema mental e as pacientes²¹ deben aceptar as actuacións, favorecendo así certas prácticas coercitivas.

²⁰ Neste documento usaremos o feminino xenérico referido as persoas.

²¹ Entendemos a terminoloxía “paciente” como persoa que recibe unha atención médica.

Consecuentemente, o paradigma tecnolóxico no que se move a atención en saúde mental de hoxe en día, dótaa dunha condición de ciencia, dificultando a súa análise crítica, a pesar de que os seus efectos negativos sexan claramente visibles (Ortiz-Lobo, 2013c). Este exercicio do poder e do control polos saberes expertos, interpela directamente as profesionais do Traballo Social, ao levalo a un paradigma de actuación funcionalista, exercendo control e burocracia.

Polo tanto, o obxecto do presente estudo céntrase na abordaxe de como o malestar social que produce o capitalismo tardío na poboación con leva problemáticas de saúde mental, motivo polo que se debe analizar en que medida a praxe dos sistemas de saúde mental teñen en conta esta manifestación como de carácter estrutural ou se esquece. Faise necesario tomar unha orientación crítica, na pescuda de alternativas que permitan o cambio social do sistema e enfocada cara unha perspectiva de dereitos, situando as persoas con enfermidade mental na mesma situación que o resto da cidadanía. Consecuentemente, é precisa a utilización de prácticas antiopresivas no Traballo Social (AOP), buscando o recoñecemento dos contextos sociopolíticos, das experiencias vividas polas persoas afectadas pola opresión e involucrándose no cambio para reformar os sistemas (Morgaine e Capous-Desyllas, 2020).

Partindo do anteriormente exposto, establécese como obxectivos; determinar a construción sociohistórica da *loucura*²² coa finalidade de ver como ten sido entendida e abordada ao longo da historia; explorar criticamente o hexemonismo da abordaxe biomédica positivista en relación co tratamento da loucura; entender como o malestar social no capitalismo/capitalismo tardío contribúe á medicalización e psicoloxización da vida cotiá; analizar, por esta razón, si este enfoque é asumido polo Traballo Social e si a súa aplicación na saúde mental sería adecuado; e propoñer, dende un Traballo Social antiopresivo e crítico, alternativas contra o modelo hexemónico actual.

Para dar resposta ao obxecto e obxectivos deste traballo, levarase a cabo unha revisión teórico crítica cunha análise documental, consistente nun procesamento analítico-sintético que pretende representar a documentación e

²² Utilizarase o termo *loucura* como forma de reapropiación da linguaxe, realizada dende os movementos críticos, para darlle visibilidade a estes suxeitos de dereito.



realizar unha análise da información para unha correcta selección e síntese das mensaxes presentes nos documentos (Dulzaides-Iglesias e Molina-Gómez, 2004).

Comézase cunha revisión histórica da loucura, onde se fai unha mención específica á antipsiquiatría e á reforma psiquiátrica, como dous fitos históricos fundamentais de cambio na mirada. Posteriormente, trátase de vincular o malestar social e o capitalismo coa saúde mental e a súa abordaxe. Continúase facendo un percorrido histórico do Traballo Social no ámbito de saúde mental, para, posteriormente, propoñer unha postura concreta antiopresiva fronte á positivista. Finalízase cunha argumentación crítica e conclusións, xunto coas reflexións finais.

2. DECONSTRUIR A LOUCURA: CAMIÑOS DISCURSIVOS ALTERNATIVOS

Neste primeiro apartado, preténdese mostrar como as concepcións e tratamentos dos problemas de saúde mental teñen mudado ao longo da historia; dende ser considerados como causas sobrenaturais, ata enfoques naturalistas baseados en teorías médicas, variando segundo a interpretación e atención ás enfermidades mentais da época.

O concepto de saúde mental é un termo en constante evolución, pois sofre variacións dependendo de factores sociais, culturais, filosóficos ou psicolóxicos; un exemplo disto é a consideración da homosexualidade e a transexualidade como un trastorno mental ata o ano 1990 pola Organización Mundial da Saúde (Brea Iglesias e Gil Rodríguez, 2016). Non existe unha conceptualización de saúde mental ou loucura sen ter en conta a sociedade; non se pode entender a saúde mental sen ter en conta o social, a situación socio-histórica e as desigualdades sociais existentes, xa que é o grupo social dominante o que determina o que é considerado normal.

Por un lado, pódese definir o concepto de saúde mental tamén dende a influencia da antipsiquiatría, movemento crítico que reformula as bases da psiquiatría, nacido entre 1955 e 1975 en Estados Unidos. A enfermidade mental pasa a ser un mecanismo social, unha tendencia da psiquiatría a patoloxizar a variedade humana e toda singularidade que se escape da norma.



Por outro lado, dende a Organización Mundial da Saúde (OMS), dáse unha definición diferente na que non se entende como a ausencia de trastornos mentais, senón que se considera a saúde mental como un estado de benestar. Deste modo, xérase unha conciencia das propias habilidades, con capacidade para afrontar as responsabilidades cotiás de forma produtiva e contribuindo na comunidade condicionado por diversos factores, como o carácter biolóxico, individual, familiar, social, económico e ambiental. Esta definición podería ser cuestionada, ao non ter en conta que as condicións do entorno onde se desenvolve o individuo, afectan ao desenvolvemento destas capacidades, facendo que as tensións normais da vida cheguen a superar a tolerancia humana.

Asemade, a mediados do século XX, durante a reforma psiquiátrica, cámbiase o termo *enfermo mental* por *trastorno mental*, entendéndose como unha alteración emocional, cognitiva e de comportamento fóra do considerado normal, seguindo os patróns establecidos pola maioría da sociedade.

2.1. Historizando a loucura

Tocante a esta cuestión, centrarase en como a loucura foi mirada dende diferentes puntos de vista ao longo da historia, pois, para facer unha boa historia da loucura, é necesario desvelar o sentido que se lle daba en cada época determinada.

Os problemas de saúde mental apareceron por primeira vez na literatura sacra occidental, establecéndose a crenza de que a tolemia era causada por deuses ou forzas naturais, chegando a realizar craneotomías para liberar os demos, causantes das enfermidades mentais (Salaverry, 2012).

Na antiga Grecia, desenvolveuse a teoría humoral, segundo a cal a saúde é o equilibrio dos catro fluídos do corpo, polo que as enfermidades mentais corresponderían ao desequilibrio do líquido cerebral. A pesar diso, mantíñase a crenza da posesión demoníaca e incluíanse as “enfermidades diviñas”, atribuídas aos deuses.

Máis adiante, durante o Imperio Romano, a enfermidade mental fai unha diferenciación entre teima ou melancolía, ata que comeza a extensión do



cristianismo, aceptando a idea da mesma como unha posesión demoníaca e os médicos cristiáns subordinaron os seus coñecementos á relixión.

Na Idade Media, continuaba a verse dende unha perspectiva cristiá, sendo tratada igual que a un pobre ou miserable da época, como obxecto de caridade, para, posteriormente, no Renacemento, pasar a ser visto como un ser respectado, incluso admirado pola súa diferenza respecto ao resto das persoas (Foucault, 1986).

Foi coa chegada da chamada Época Clásica, entre os séculos dezasete e dezaioito, cando Foucault fala dun cambio de mentalidade. Comeza unha época na cal o pensamento ven baseado na razón e na produtividade, onde se chega ao encerro daqueles membros considerados como indesexables, os tolos non podían aportar, dando inicio así as institucións de saúde mental, organismos encargados de manter e aumentar o poder dos que xa o teñen e illar a aqueles que non. O illamento destas persoas, viría determinado por diferenzas baseadas na sociedade e nas crenzas do momento histórico, establecendo unha dicotomía entre estas e as consideradas normais, quen encaixaban no contrato social (Foucault, 1964). Tendo en conta isto, demóstrase a incerteza de que o internamento estivese destinado exclusivamente para o tratamento da loucura, pois segregouse do mundo moderno a todas as persoas manifestadas como asociais.

Ata os anos cincuenta do século pasado, hai un predominio da psicanálise; posteriormente, coa chegada da clorpromazina, xurdiu o paradigma biolóxico, quen non acadou a hexemonía (García-Valdecasas Campelo et al., 2016). A parte diso, a finais dos sesenta e dos setenta, comeza un rexeitamento xeral, por parte dun amplo grupo de psiquiatras e psicólogos, da psiquiatría médica hexemónica. Como expón Markez (2017), foi neste momento cando a Antipsiquiatría comeza a cuestionar se a Psiquiatría é esencialmente represiva e baseada nunha ideoloxía médica errónea. Este feito supón un ataque frontal contra o status quo psiquiátrico e unha reformulación radical da loucura como condición humana, asentándose nunha negación da institución psiquiátrica como instrumento de opresión e control social. En resumo, realiza unha crítica da atención en saúde mental, sobre todo do seu proceder médico, chegando a proclamar a inexistencia da enfermidade mental (Desviat, 2020).

2.2. A propósito da reforma psiquiátrica

Non será, ata despois da Segunda Guerra Mundial, que se tome consciencia sobre a situación na que vivían as pacientes ingresadas nos hospitais psiquiátricos e a ineficacia terapéutica destas institucións, facéndose urxente unha reformulación da atención ao sufrimento psíquico.

En España, iniciouse a reforma psiquiátrica durante a Transición, co comezo da democracia, levando consigo a dificultade da escasa vontade política dos gobernos e a sedución pola privatización da sanidade dende a década dos noventa. Esta desinstitucionalización que busca a reforma psiquiátrica, require dun modelo centrado na comunidade, coa necesaria pescuda de procedementos máis eficaces para o tratamento da cronicidade, involucrando para tal fin ao sistema sanitario e as atencións sociais (Desviat, 2010).

Moitas das pescudas da reforma psiquiátrica, víronse obstaculizadas pola aparición de novos crónicos e a persistencia de vellas deficiencias, incluíndo recursos económicos, asistenciais e comunitarios, xunto coa falta de acordo ideolóxico, non existindo un consenso entre quen debían desenvolver as funcións (Salazar, 2000).

Posteriormente, entre os anos oitenta e noventa, comeza a facerse predominante o paradigma biolóxico, coincidindo coa publicación do DSM-III e o DSM-III-R, xunto coa aparición dos psicofármacos (García-Valdecasas Campelo et al., 2016). Estes avances psiquiátricos, os cales prometían uns psicofármacos que garantían a efectividade terapéutica con menos efectos secundarios e unhas técnicas de neuroimaxe que confirmaban a etiología cerebral do trastorno psíquico, foron política e economicamente apoiados nos anos noventa, a coñecida como década do cerebro.

Finalmente, nas últimas décadas, coa expansión do modelo biomédico, a profesional é considerada a experta que conduce a práctica clínica e a paciente debe de “deixarse facer” para que se mellore do seu sufrimento psíquico, responsabilizándose do malestar provocado pola nova orde económica e catástrofe social na que se está a vivir, consecuencia das políticas neoliberais. Neste contexto, individualízase o malestar persoal, como unha forma de linguaxe a través da cal, as causantes reais dos seus malestar, quedan impunes e



carentes de responsabilidade (Ortiz Lobo, 2017).

Pola súa parte, Allen Frances (2014), quen foi director do comité diagnóstico da American Psychiatric Association (APA) en 1987 e director do Manual diagnóstico DSM-IV, mostrou unha gran preocupación respecto á publicación coa chegada do novo milenio do DSM-V. Este autor encamiñouse nunha tarefa de advertencia dos riscos deste manual, podendo chegar a diagnosticar a persoas sans, promovendo o uso inadecuado da medicación, levando á diagnose psiquiátrica polo camiño equivocado, creando falsas epidemias e favorecendo o abuso de medicación. Na súa opinión, o camiño correcto do DSM-V debería ter pasado pola limitación de diagnósticos, non por unha ampliación dos mesmos, o que provoca un aumento de tratamentos.

Este feito, axudou a que se producise unha patoloxización e medicalización dos problemas de saúde mental, etiquetando dende o momento en que o problema se diagnostica como enfermidade e xustificando así a asignación dun fármaco. Estase nun momento no que se trata a persoas sans, coas consecuencias negativas relacionadas, como as referidas a producir diagnósticos categoriais, a iatroxenia do tratamento farmacolóxico ou psicolóxico... (Markez, 2017). Ademais, a construción do coñecemento psiquiátrico non pode ser máis excluínnte. A pesar da súa aspiración universal, tense como referencia un varón, branco e occidental e faise uso dun método científico que non é neutral. Isto débese a que, quen fan a ciencia, tamén son persoas, con intereses variados, prexuízos e relacións de poder, non tendo en conta que o cerebro tamén pode enfermarse por motivos exógenos e que os medicamentos poden ter efectos non desexados (Madera Minondo, 2022).

Hoxe en día, estase a recibir nos servizos de atención á saúde mental, numerosas demandas relacionadas con problemas da vida cotiá, sentimentos desagradables relacionados cos avatares da propia existencia ou cunha situación vital estresante. Estas respostas emocionais cualificadas como negativas, son adaptables e proporcionais, polo cal, non son patolóxicas. Tratar con fármacos ou con psicoterapia a persoas que están completamente sans, supón expoñelas a danos, levando a unha medicalización, coa consecuente psiquiatrización e psicoloxización da normalidade (Ortiz-Lobo, 2013a).



Segundo Kuhn (1975, como se cita en García-Valdecasas Campelo et al., 2016), a ciencia pasa por distintas fases. Comeza cunha fase de ciencia inmatura, onde varias tendencias ou escolas coexisten ata que unha se impón sobre as demais. Despois de establecerse un paradigma, segue un período de ciencia normal, caracterizado polo progreso na investigación. Eventualmente, chégase a un punto no que os problemas insolubles comezan a acumularse, levando a unha crise na que tende a ser substituído por un novo, coñecido como o período de ciencia revolucionaria. Nesta fase, prodúcese unha loita entre paradigmas, baseada na persuasión, popularidade ou capacidade de progreso e resolución de conflitos, podendo mesmo depender da capacidade para proporcionar financiamento ou prestixio. Despois da selección, a ciencia volve a normalidade, iniciando un período de resolución.

Partindo do modelo de ciencia de Thomas Kuhn, a situación actual da abordaxe en saúde mental, podería ser unha crise que desemboque nun novo paradigma, convivindo actualmente varios deles como contraposición ao hexemónico, pois leva un tempo estancado no seu progreso e os problemas comezan a acumularse.

3. MALESTAR SOCIAL E CAPITALISMO: CONFRONTANDO A INCERTIDUME

Neste seguinte apartado, preténdese concretar como o malestar social está atravesado polo capitalismo e como afecta á atención en saúde mental, nunha sociedade moderna onde as persoas son dependentes do coñecemento científico e adictas a organizar a súa vida persoal e social en base á opinión dos expertos (Oosterhuis, 2018).

Sen pretender realizar unha análise histórica, comézase a relatar dende a sociedade na era moderna, onde quedaba fora da cidadanía todo o que non era considerado normal, incluído a loucura. Para comezar, na base de toda a sociedade civil moderna, atópase o concepto de cidadanía, o que supuña a capacidade de realizar pactos de calquera clase libremente (Fraser e Gordon, 1992). Foi a metáfora creada a partir dese contrato, o que supuxo cambiar o arrendamento do traballo cara o asalariado, un intercambio contractual da forza de traballo por salarios, supostamente libre e igual. A hexemonía do contrato deu

lugar a unha concepción moderna da caridade como alternativa complementaria do mesmo, sendo un contrato, por exemplo, o seguro por accidentes de traballo e caridade as pensións de viuvez.

Máis adiante, en palabras de Fromm (1964), o concepto de saúde mental pasa a depender da propia percepción da natureza humana. As necesidades e paixóns xorden das condicións particulares do seu ser, sen esquecer que as que comparten cos animais son importantes, pero a súa plena satisfacción aínda non é condición suficiente para a saúde física e o equilibrio mental. O interesante deste concepto é que pode entenderse como un concepto aberto á evolución, porque non se sabe se os humanos desenvolverán un novo tipo de necesidade básica durante a evolución e se esas necesidades, formuladas por Fromm, existirán sempre. Dende un punto de vista psicolóxico, a solución das necesidades biolóxicas é simple, as dificultades atópanse nas sociolóxicas e económicas. A solución do home das súas necesidades humanas, é extraordinariamente complexa, depende de moitos factores, de como está organizada a súa sociedade e de como determina as relacións entre as persoas que viven nela (Ubilla, 2009).

A modo de tránsito entre a modernidade e o capitalismo, xa Foucault comezara a percibir en 1974, coa crise de 1973, a aparición do neoliberalismo, quen se encargaría de lexitimar a desigualdade, ao considerar que as sociedades contan con mobilidade social. Así, o neoliberalismo, en lugar de ver o mercado como algo natural, enténdeo como algo a producir e manter mediante accións xurídicas e políticas (Salinas Araya, 2020).

A continuación, durante o capitalismo tardío, exacerbase o individualismo e a desintegración do vínculo social, ao estar as bases na economía e nunha visión conservadora da sociedade. Acentúase o concepto do individuo desvinculado da participación política ao igual que todos os cidadáns, como xa sucedía na idade moderna. Segundo Fisher (2009), hai un termo que se podería aplicar á situación actual, xa utilizado con anterioridade ao tempo actual, o realismo capitalista; enténdese como algo que condiciona a todo no seu conxunto, á produción cultural, á regulación do traballo e á educación, conformando unha atmosfera xeral. Nas últimas tres décadas, ten introducido unha ontoloxía comercial na cal toda a sociedade pasa a funcionar como un

negocio, afectando tanto a atención médica como a educación.

Este presente precario, culpable da inseguridade, causado polas fragmentación sociais e económicas do neoliberalismo, leva a unha sensación de desapego da poboación, ante o malestar que xera a precariedade das condicións de vida e de traballo. Ante todo isto, o campo da saúde mental vese desafiado polo crecente problema do estrés e a ansiedade na sociedade actual. Isto evidencia que o capitalismo, en lugar de ser o único sistema social que opera de maneira eficiente, é intrinsecamente disfuncional, e págase un alto prezo para manter a ilusión do seu funcionamento.

Actualmente, este malestar xerado pola insatisfacción das necesidades humanas, vese exacerbado polos procesos de modernización, é dicir, por este complexo tecido de experiencias individuais e colectivas que perpetúa, como correlato, outras expresións de violencia que resultan deste fronte á exclusión e á desigualdade social (Herrera Bautista e Rodríguez Rodríguez, 2014). Éntrase na era de auto construción do eu, sendo as únicas responsables de nós mesmas, nun mundo de capitalismo feroz. Profúndase a crenza de que non se poden afrontar os altibaixos da vida sen axuda das persoas expertas, o que converte a cada individuo nunha actitude pasiva fronte o sufrimento (Talarn et al., 2011).

Como se ten mencionado con anterioridade, non é novo o sentimento de que o malestar social ten aumentado a nivel mundial, afectando ao tecido social e desgastando os lazos sociais (Bhargava e Gupta, 2020). Debido á falta de investigación do seu impacto psicosocial sobre a poboación, é o momento de que se comece a ter en conta o contexto socio político, para así dar lugar a intervencións a nivel preventivo e rehabilitador do individuo. Dado que a psiquiatría utiliza como obxecto de estudo a conducta, emocións e pensamentos humanos, pódese argumentar que a psicopatoloxía carece do carácter obxectivo e científico da metodoloxía das ciencias naturais. Esta falta de obxectividade científica reflíctese en como, en tempos de crise económica e política, a atención psiquiátrica e psicolóxica se converte nun dispositivo de control do malestar, desviando a orixe social a aspectos individuais. Reflexa unha perspectiva capitalista que prioriza as ganancias sobre todo o demais, óptica que as compañías farmacéuticas aproveitan ao promover enfermidades que non son patoloxías reais, levando a un exceso de diagnósticos e medicalización (García-



Valdecasas Campelo e Vispe Astola, 2017).

Desta forma, os problemas colectivos de malestar pasan a ser un problema de saúde mental, un conflito privado, ocúltanse os problemas sociais tras os sufrimentos persoais para que non se detecte aos responsables reais. Isto leva a un sobre diagnóstico, un erro de prognóstico, adquirindo a mesma evolución que outras entidades de similar diagnóstico, sendo malestares non patolóxicos. O dano que xera o sobre diagnóstico débese as consecuencias que leva consigo a etiqueta, tanto no ámbito clínico, como no persoal e social. Tendo en conta que diagnosticar da certa reputación ás profesionais como mostra de erudición, hai que recordarlles que só sucede cando da lugar a máis beneficios que danos na paciente (Gervás e Pérez Fernández, 2014). O dano que poden causar as clasificacións DSM/CIE, provén do seu deseño taxonómico que tende a etiquetar e desvincular da normalidade, do modelo médico no que se basean e da súa hexemonía, o que fai que prevalezan outras visións en culturas non occidentais, defendendo a posición universalista (Ortiz-Lobo, 2013b).

De acordo con este punto de vista, o que pode diferir dunha cultura a outra é o limiar no que os síntomas da enfermidade ou o comportamento se consideran normais ou patolóxicos. O problema é que, esta clasificación ideolóxica colonialista, require dunha nova forma de entender os problemas mentais e o seu tratamento, pero non serve para pacientes de culturas non dominantes. Nun clima social no que o que se proclama é a felicidade como ben de consumo e como dereito, téntase eliminar o sufrimento, por adaptativo que sexa, exercendo unha nova forma de control social (Ortiz-Lobo, 2013a).

Non se pode esquecer facer mención á pandemia da covid-19, relevante como proceso histórico por ser unha forma de encerro nunca vista nas últimas décadas, tendo unha serie de efectos na saúde mental e en malestares diversos, pasando do individual ao social e colectivo (García, 2021). Non é certo que, nestas circunstancias, os gobernos tiveran de prioridade a saúde fronte a economía, senón que se tomaron medidas sen pensar nas consecuencias emocionais, afectivas ou mentais que podían ter. Deuse prioridade ao acudir ao teu posto de traballo e o moverse en transporte público, expoñéndote ao contaxio, fronte a momentos de pracer, como poden ser dar un paseo ou compartir tempo cos teus seres queridos. Estes malestares, que poderían mellor

cualificarse como traumas colectivos, pasa a ser palpable de forma física ou psíquica, non debería ser tratado soamente por profesionais da medicina ou de saúde mental, non se debería individualizar e interiorizar (Desviat, 2021).

4. TRABALLO SOCIAL EN SAÚDE MENTAL

Partindo do modelo hexemónico bioloxicista imperante nas profesións de atención en saúde mental, non é de estrañar que o traballador social acabe supeditado a un rol funcionalista, de control social e de poder, dende a presunción dunha posición de saber experto. Para poder dar unha visión máis completa do que se considera que debería ser o Traballo Social, vaise realizar unha introdución de como se entendeu a figura do traballador social ao longo da historia, centrada na atención á saúde mental, e como debería ser levada a cabo a súa función a partir de argumentación crítica.

O Traballo Social é unha profesión baseada na práctica e unha disciplina académica que busca o cambio e o desenvolvemento social, a cohesión social e o empoderamento e a liberación das persoas (Stone et al., 2021). Actualmente, queda supeditado á protección dos máis vulnerables, en nome dun ben común, en busca do benestar individual, construído como responsabilidade pública. Así, dásele un papel de control, disciplina e corrección, co obxectivo de producir cambios nos suxeitos e nas situacións sociais, para a consecución final da inclusión social. Esquécense, nalgunhas ocasións, tanto aspectos do macrosocial como os que afectan ao máis individual, caendo no modelo médico, buscando “un recurso-medicina para cada necesidade-enfermidade” (Molleda Fernández, 2007, p.149). Para non quedar condenadas a unha labor de administrativas, de simples xestoras de recursos, e poder facer unha atención social real, tense que elaborar primeiro unha teoría da práctica, construír un saber rico e vivo que permita situarse máis aló das funcións profesionais asignadas.

A práctica do Traballo Social, comezou como auxiliar da psiquiatría social, entre o asistencialísimo e as reivindicación emancipadoras, entre a axuda á persoa pobre e o activismo, fronte a condicións estruturais que posibilitan a marxinação e a pobreza (Desviat, 2020). Foi en América Latina, e en concreto en Brasil, onde o Traballo Social toma certa relevancia, considerado cunha



entidade conceptual e técnica propia que propicia a reflexión teórica na interdisciplinaridade, non sendo subordinado á psiquiatría nin á psicoloxía, cun enfoque diverso e amplo.

A nivel de profesión, o Traballo Social en saúde mental é pouco coñecido, sendo entendido como aquel que actúa dentro dos servizos de saúde mental, para atender aos aspectos sociais e complementar ás profesionais da saúde implicadas. Todo comeza coa inclusión das traballadoras sociais nos hospitais psiquiátricos, co obxectivo de dar unha visión social aos trastornos mentais, por iniciativa de Adolph Meyer a partir de 1904, quen defendía a necesidade de incluír actuacións sociais nos tratamentos das pacientes (Garcés Trullenque, 2010). Mare Potter Brook foi considerada a primeira traballadora social psiquiátrica, foi a creadora dun programa que vinculaba a psiquiatría co traballo en comunidade, visitando ás pacientes nos seus domicilios, para así dar continuidade ao tratamento, e recollendo información sobre a súa situación social. O propio Meyer (1922, como se citou en Desviat, 2020) afirmou que axudaba a situar o problema nun marco social máis amplo, entendendo a orixe da enfermidade coa familia e coa comunidade.

En Barcelona, o Dr. Sarró creou a terceira Escola de Traballo Social de España en 1953, dependente do Departamento de Psiquiatría do Hospital Clínico, con influencia da psiquiatría social e saberes laborais das traballadoras sociais psiquiátricos nos centros de saúde mental. Foi nesta escola, onde disciplinas como a psiquiatría e a psicoloxía dinámica se incorporaron por primeira vez ao currículo profesional do Traballo Social.

Primeiramente, a asistencia psiquiátrica estaba controlada polas Deputacións Provinciais, excluída da Seguridade Social. Foi a mediados da década dos setenta, cando se inicia en Europa o movemento da reforma psiquiátrica, coa apertura de hospitais psiquiátricos, externalización das persoas ingresadas e inserción e tratamento na comunidade. A pesar diso, estes anos caracterizáronse pola precariedade de recursos sociais, cunha escasa rede de beneficencia e asistencia social, estando a asistencia psiquiátrica excluída como prestación sanitaria da seguridade social. Este feito, xunto coa pouca asistencia por parte dos servizos sanitarios das deputacións provinciais, reducía ao sistema psiquiátrico á organización manicomial.



A continuación, na década dos oitenta, comeza un forte cambio na concepción da persoa enferma mental, considerándoo unha persoa con dereitos e obrigas que precisan dunha intervención técnica, psicolóxica e social. Coa aprobación da Lei Xeral de Sanidade, comeza a integración da asistencia psiquiátrica no sistema sanitario xeral, sendo o punto de partida e o marco que permite o desenvolvemento da atención á saúde mental nas últimas décadas. Simultaneamente, comeza a ligarse o papel do Traballo Social coa misión de normalizar á paciente no seu ámbito social.

Por último, na década dos noventa, prodúcese unha sobrecarga de poboación con enfermidades mentais no ámbito sanitario-psiquiátrico. Estas centrábanse en problemáticas psicosociais, discapacidades e déficits na autonomía, froito de situacións de desvantaxe social como a pobreza, falta de emprego, illamento social..., coa consecuenta sobrecarga nas familias e xerando tensións. Todo isto, fai relevante a actuacións das traballadoras sociais para atender as dificultades psicosociais e necesidades sociais que rodean á problemática psiquiátrica, buscando unha rehabilitación e integración social normalizada na comunidade.

Polo tanto, actualmente, o Traballo Social consiste nunha valoración da relación entre a experiencia biolóxica, psicolóxica e social do individuo, facendo de guía para a intervención clínica (Garcés Trullenque, 2010). Noutras palabras, a actuación da traballadora social implica, en maior ou menor medida, encontro, diálogo e cambio a través do sistema de protección social, é dicir, institucións, políticas, plans e programas que teñan algunha expresión na singularidade de cada situación.

Por outra banda, os cambios ocorridos neste país e rexión na última década, dan mostras de diversos intentos de construción de alternativas, dende a nova presenza do Estado na sociedade e a intervención na economía, ata a creación dunha economía nacional. Neste contexto de cambios, as novas políticas sociais e de saúde, remiten a paradigmas que se enfocan na protección dos dereitos humanos e a inclusión social (Carballeda, 2012). A traballadora social realiza a súa labor profesional dende un rol terapéutico, con actuacións dende o nivel individual ao grupal, co obxectivo de promover a convivencia, fomentando hábitos e habilidades no fogar, fortalecendo a relación das pacientes



coa súa contorna social e, ademais, sempre se considera importante a posibilidade de promover a autonomía persoal (Gómez Parada, 2017).

A nivel xeral, a práctica da traballadora social na saúde mental céntrase na aplicación e apoio a enfoques do modelo médico psiquiátrico, nunha metanarrativa do Manual Diagnóstico Estatístico (Johnstone, 2021). En correlación co anterior, as restricións neoliberais da eficiencia fiscal e de rendición de contas, levan aos servizos de saúde mental a estar máis orientados a tarefas e enfocar as actuacións na resolución de problemas e na pescuda de solucións inmediatas, en lugar de xerar un entorno terapéutico de relación e escoita da experiencia do “cliente” e comprensión do problema. Esta persoal definición patolóxica do problema, axuda a despolitizar as causas sociais e nega a influencia de factores estruturais, favorecendo así que, a psiquiatría como institución, remate intimamente relacionada co mantemento do control social (Morley, 2015).

En relación co exposto, a pesar da concepción do Traballo Social que se ten como antiopresivo, fronte a exclusións como o racismo, o heterosexismo e o capacitismo, tense que parar a pensar noutro tipo de discriminación máis relacionada co que se está a falar, o *sanism*²³. Este tipo de opresión, perpetúa as concepcións médicas e a linguaxe sobre a saúde mental, minimizando á súa vez o abuso xeneralizado dos dereitos e a opresión experimentada polas persoas que sofren de estigma ²⁴ por algunha problemática de saúde mental. Seguindo a Healy (2005, como se citou en Poole et al., 2019), as prácticas antiopresivas son un novo engadido do Traballo Social Crítico, consistente na consideración das múltiples formas de opresión, nadas de relacións de poder desiguais, sendo imprescindible a interseccionalidade, para ter en consideración o conxunto de opresións.

A literatura crítica do Traballo Social sobre saúde mental, esixe que as traballadoras sociais asuman activamente a responsabilidade de deconstruír como opera o discurso médico para manter a orde social e ocultar as relacións

²³ Non existe unha tradución directa para este termo inglés.

²⁴ A pesar de non ser obxecto deste traballo, consideramos necesaria a definición deste concepto como unha forma de opresión, ao ser este entendido como un atributo ou característica negativa dun grupo social calquera, considerado polo grupo social dominante como desacreditador (Brea Iglesias e Gil Rodríguez, 2016).

de poder desiguais. Dende unha perspectiva crítica do Traballo Social, existe unha clara necesidade de desafiar estes procesos cando se traballa con persoas de servizos individuais, grupos e comunidades.

5. ALTERNATIVAS DENDE UN TRABALLO SOCIAL ANTIOPRESIVO

Neste apartado, preténdese xustificar a necesidade dun cambio de paradigma a nivel profesional e dentro da axenda pública, para poder atender á situación sociohistórica actual dende unha perspectiva de dereitos humanos. Farase uso de postulados antiopresivos e referenciaranse experiencias que amosan a pertinencia deste cambio de paradigma.

O Traballo Social clínico asociouse, orixinalmente, co modelo médico, co diagnóstico das necesidades individuais e familiares, e as súas intervencións tradicionais sumíronse nunha nova revictimización e exclusión, debido á opresión estrutural que priva de dereitos a quen carece do poder, culpando as persoas dos seus problemas sociais (Grandón, 2018). No contexto global destas últimas décadas, coa complexidade en aumento dos problemas sociais e onde o sufrimento mental dos países de capitalismo avanzado ven mediatizado pola subxectividade do neoliberalismo e a fragmentación do suxeito, vólvese necesario pensar na saúde mental de forma colectiva e entendela como un dereito fundamental (Serrano-Miguel, 2022).

Prácticas como a supervisión xerárquica, as sancións normalizadas e os exames, xeran formas de poder explícitas e implícitas nas disciplinas. En España, a burocratización das actuacións sociais xeneralizouse dende a década dos oitenta, dando lugar a unha sobreinstrumentalización e intervencións paternalistas, debido a predominancia de funcións de xestión sobre as de axuda. A burocratización, foi identificada como unha das principais causas das relacións de poder entre as traballadoras sociais e as persoas, xa que as profesionais forman parte da administración burocrática, afectando tanto á autonomía das profesionais, como limitando o empoderamento das persoas. É determinante, recoñecer e evitar o abuso de poder no Traballo Social, sendo necesario partir dunha formación ética para sensibilizar ás profesionais ante a violencia e o abuso de poder, fomentando unha actitude perpetuamente crítica e autocrítica (Idareta Goldaracena, 2017).



5.1. Fomentando a comunidade e a participación como chaves para a transformación social

Neste complexo armazón social, onde a colaboración e a axuda mutua se converten en estratexias fundamentais para o sostemento da vida, as profesionais do Traballo Social poden ser actores chave para activar redes solidarias e acompañar ás pacientes no seu proceso de recuperación persoal e social. Así mesmo, tense alertado dos problemas que pode xerar o despregamento do modelo médico de forma acrítica por parte das traballadoras sociais, xerando un proceso lineal de actuación de identificación de síntomas clínicos, que levan a un diagnóstico, co seu correspondente tratamento, axuda ou intervención.

Como contraposición, xorde o modelo de recuperación, buscando un cambio filosófico e conceptual, cambiando o foco de atención da enfermidade ás fortalezas e capacidades. Para que este cambio sexa efectivo, recoñecendo a experiencia das persoas como únicas coñecedoras da súa situación, as traballadoras sociais deben levar a cabo unha práctica que favoreza a inclusión da diversidade na sociedade, mediante redes relacionais, e o traballo comunitario, mediante a supresión de estigmas e desigualdades (Cazorla Palomo e Parra Ramajo, 2017). O Traballo Social, ten a responsabilidade de recoñecer os saberes e as vivencias das experiencias silenciadas pola diversidade, para que a práctica da disciplina se converta nunha plataforma que facilite a creación de novas institucións simbólicas e formais, ampliando o diálogo con novos actores.

Para evitar repetir as dinámicas de opresión e discriminación, é necesario reflexionar sobre as posicións e rumbos das traballadoras sociais, podendo así introducir prácticas antiopresivas que busquen reducir as desigualdades estruturais e promover o empoderamento das persoas. Facelo require, non só dunha reflexión crítica, senón tamén dunha comprensión do impacto da exclusión en diferentes niveis (Grandón, 2018). Neste sentido, a práctica antiopresiva, asume o empoderamento como unha estratexia para equilibrar os diferenciais de poder, considerando ás persoas como axentes sociais activas capaces de xerar cambios dende enfoques de recursos, asumindo que é unha experta sobre a súa vida, familia e antecedentes.

A profesional de saúde mental, debe xerar redes de solidariedade e reforzar vínculos sociais, debe velar pola construción dun lazo social que cuestione o poder e o saber, buscando unha igualdade, sen impoñer o saber duns sobre os outros, xuntando forzas, non só con outras profesionais, senón tamén coa comunidade e coa cidadanía (Amico, 2004). A profesional que fai uso dunha práctica antiopresiva, consegue obter unha mirada reflexiva e empática, favorecendo o concepto da persoa como suxeito activo e axente de cambio persoal, máis aló da tradicional percepción da paciente cun rol pasivo e do saber experto como o encargado de solucionar os seus problemas.

Neste mundo globalizado e dependente da economía do mercado, vólvese crucial a utilización dun Traballo Social crítico e antiopresivo, pois é necesaria unha reflexión crítica para que as traballadoras sociais comprendan como, as estruturas sociais, perpetúan a opresión. Para iso, esta reflexión ten que ser interseccional, a través de distintas categorías, para así centrar as relacións de poder e ser capaces de abordar a opresión nas súas múltiples dimensións (Mattson, 2014). Nesta dirección, débense obter alternativas que fomenten o exercicio dos dereitos que lles corresponden, mediante un compromiso e participación máis activa na súa defensa. Tamén é relevante o despregue de novos abordaxes terapéuticos, xerando dispositivos e espazos de enunciación, para rescatar a subxectividade das persoas, coa participación no centro do cambio (Amico, 2004).

5.2. Visibilizando experiencias contrahexemónicas

Partindo da análise realizada no anterior apartado, continúaase reflexionando sobre o Traballo Social antiopresivo mediante experiencias xa existentes. Radio Nikosia²⁵, é un exemplo dunha iniciativa que cumpre cos requisitos dun Traballo Social antiopresivo, ao empoderar ás persoas, desafiar a estigmatización e promover a inclusión e a participación activa. Ademais, aborda as desigualdades e inxustizas sociais, traballando para a eliminación da opresión en todas as súas formas. Configúrase nun espazo de contrapoder, para a loita por un lugar social activo, cuestionando a atención do sufrimento psíquico dende a hexemonía do paradigma biomédico. Busca facer visibles e audibles a aqueles que foron

²⁵Para máis información: <https://radionikosia.org/es/>



historicamente oprimidos e excluídos, promovendo a igualdade de oportunidades e loitando por un cambio social positivo. A súa principal tarefa é a recuperación da palabra das persoas ingresadas, revalorizando o seu discurso e utilizando os medios de comunicación para establecer un diálogo social coa comunidade.

No campo da saúde mental, as emisoras e os programas de radio teñen sido en España o principal altofalante das persoas psiquiatrizadas durante a última década, sendo un espazo onde defender un lugar social activo e cuestionar a unidimensionalidade do paradigma biomédico na abordaxe do sufrimento psíquico. Radio Nikosia, foi pioneira neste sentido, estando ligada a un movemento maior coñecido como Movemento Tolo (Correa-Urquiza, 2023). Xurdiu inspirada na Colifata, emisora realizada por pacientes psiquiátricas dende o Hospital José T. Borda en Buenos Aires, Arxentina. Tiña como obxectivo levar a cabo unha labor terapéutica de restauración da rede social e de valoración discurso individual das persoas internas, chegando a ser vista pola sociedade e polo sistema sanitario como unha ferramenta de concienciación e sensibilización cidadán.

Radio Nikosia forma parte tamén da Asociación Sociocultural Radio Nikosia, unha entidade creada co obxectivo de crear un marco institucional e administrativo da experiencia, cunha Xunta Directiva formada integramente por membros redactoras e co apoio dun grupo de antropólogas, psicólogas e periodistas que forman parte á súa vez do equipo de traballo. Preséntase como unha reelaboración teórica de La Colifata, adaptando a experiencia a un contexto sociocultural diferente.

Esta experiencia, ten unha clara converxencia cun Traballo Social crítico e antiopresivo, pois, mirando directamente aos seus obxectivos, busca xerar espazos seguros onde poder levar a cabo procesos de resubxectivización, cuestionando a estrutura e prácticas opresivas do sistema de saúde e promovendo a participación activa na toma de decisións sobre a propia vida (Radio Nikosia, s.d.). Relacionado co anterior, contribúe á de-construción do estigma, desafiando as categorías diagnósticas fronte á patoloxización das persoas, cuestionando os marcos biomédicos dominantes e propiciando relacións intersubxectivas baseadas na igualdades e no respecto. Para



conseguir estas cuestións, xera espazos de reflexión e consciencia política, para realizar unha análise das estruturas de poder sobre as persoas cuxo sufrimento ten sido medicalizado e considerado disfuncional para a comunidade en conxunto. Co obxectivo de chegar a desafiar as narrativas dominantes, intervénse nos medios e na comunicación social, coordínanse espazos culturais e sociais e deséñanse e impártense formacións e seminarios, aollendo tamén a estudantes en itinerario de prácticas, co fin último de democratizar o coñecemento, dende espazos abertos á comunidade e fomentando a participación activa desta.

Para as súas integrantes, Radio Nikosia é unha oportunidade para intervir socialmente a través dun medio de comunicación, no intento de deconstruír a súa situación de exclusión, promove nas participantes unha certa politización do sufrimento ao evidenciar os determinantes sociais e desligándoo da exclusividade diagnóstica, habilitando espazos onde poder ser pensadas e escoitadas máis alá dunha exclusividade de categorías médicas. Configúrase nun contexto no que teñen cabida os saberes profanos, un dispositivo de diálogo social e cuestionamento das etiquetas en tanto homicidas das identidades. Se o estigma está nos diagnósticos (Colina, 2020 como se citou en Correa-Urquiza, 2023), a revolución nace na xeración de novos contextos para a reapropiación do relato da loucura, con novas formas de nomear e pensar os sufrimentos, cuestionando a medicina hexemónica coa súa sobremedicación, terapias electroconvulsivas, silenciamento e contencións mecánicas.

6. ARGUMENTACIÓN CRÍTICA

A modo de peche deste traballo, pódese afirmar que existe unha preeminencia do discurso médico como superior a outras disciplinas, tanto no traballo en equipo como en supostos de interdisciplinariedade, facendo que a traballadora social acabe tendendo a facerse cargo de solucionar problemas que afectan ao programa terapéutico, provocando que o social quede reducido a un obxecto de intervención da profesión e normalizando os problemas sociais (López et al., 2012). Un dos desafíos que se presentan, está vinculado coa efectución de garantías ou de recoñecemento dos dereitos das persoas.

Na actualidade, téndese a unha estratexia de normalización, baseada na

xestión de corpos, incluso atribuíndo a dificultades cotiás na inserción social dos individuos a etiqueta de discapacidade mental, motivo polo que é necesario recordar que, as traballadoras sociais nos servizos de saúde mental, non se ocupan da enfermidade mental, senón de persoas que teñen ou experimentaron unha enfermidade mental. Neste sentido ético-político, hai que ter en conta que, defender os dereitos humanos e respectar ás persoas, está lonxe de adaptarse aos servizos que prestan as institucións. Non se pode deixar de visibilizar que, no ámbito da saúde mental, son identificables múltiples desigualdades, as cales se representan en procesos de asimetría, comezando pola hexemonía do modelo médico hexemónico, cuxo trazo estrutural dominante é o bioloxicismo (Acosta e Heras Monner Sans, 2015).

Como características desta asimilación dos individuos como organismos vivos, refórzase unha concepción do modelo médico bioloxicista como natural, como libre de variación histórica. Algunhas das súas características principais son o individualismo, a eficacia pragmática, a relación médico paciente onde a paciente se considera subordinada..., xerando unha sensación de que o saber experto é o único depositario do saber en saúde. Dentro do seu recoñecemento social como expertas, xustifícase a coerción, sendo mecanismos de exercicio do poder e do control social, mediante ingresos involuntarios, suxeicións mecánicas, uso forzado de medicación..., prácticas naturalizadas pola súa frecuencia na asistencia, destruindo a relación terapéutica e aumentando a perda de poder e de autoestima da persoa con sufrimento psíquico (Beviá e Girón, 2017).

Por outra parte, tamén se fai uso do estigma, exclusión e poder interpersoal conseguindo, mentres se trata de xustificar as prácticas coercitivas, ocultar as realidades sociais que conforman a orixe dos problemas de saúde mental, para que sexa aceptado o uso da coerción é necesario primeiro deshumanizar á persoa co etiquetado. Así mesmo, o saber experto trata de facer uso das taxonomías, agochando así as prácticas realizadas sobre o tecido social, chegando a ter a concepción de saber social, con presenza inclusive fóra dos propios ámbitos institucionais do biomédico. Os suxeitos deixan de ser persoas e pasan a ser considerados en termos de enfermidade total (Correa-Urquiza, 2018).

A Organización Mundial da Saúde (OMS), define en 1948 a saúde como

o estado de completo benestar físico, mental e social, tendo lugar unha abordaxe tanto biolóxica como psíquica e social (Juesas Celorio et al., 2020). O Modelo Biomédico imperante, queda afastado desta concepción de saúde anteriormente mencionada, sendo máis próximo o modelo Biopsicosocial, que leva a un tratamento ou recuperación que ten en conta todas estas variables. Pero, a pesar do que se poida pensar, este modelo queda baleiro de contido, pois está centrado na mera reunión das tres vertentes, sen aludir a unha forma de praxes, sendo compatible cunha práctica dende un modelo opresivo e positivista na realidade. Este modelo pode expoñer unha mirada integral, pero a pregunta é, dende onde?

Máis aló da necesidade técnica de aprender unha mirada máis plural, biopsicosocial e política no Traballo Social Sanitario, se non se é quen de dar resposta ao sufrimento psíquico sen facer uso da coerción, a persoa estará sola e desamparada fronte as dificultades e non se dará a oportunidade de acompañala no proceso (Beviá e Girón, 2017). Unha posible saída e transformación desta realidade, sería a de crear espazos naturais fundamentados nun coidado que non patoloxice, que non poña a mirada na outra persoa, é precisa unha experimentación e aprendizaxe, repensando a complexidade taxonómica (Correo-Urquiza, 2017).

Relacionado con anteriormente exposto, atópanse iniciativas moi interesantes, pero hai que ter en conta o contexto de xurdimento das mesmas, comezando algunhas en Latino América, onde a comunidade sigue vixente e o Traballo Social comunitario ten moita forza, polo que habería que repensar como poder levalo a cabo en España, onde hai unha predominancia do individualismo, coa consecuente rotura dos lazos sociais, dificultando o despregue deste tipo de abordaxes.

Respecto a problemática na atención en saúde mental que xerou a covid-19, demostrouse que si xa se atendía mal antes da pandemia, máis nefasta foi esta asistencia coa utilización de mecanismos que non eran efectivos, nin para aqueles que xa estaban presentes nos sistemas de atención á saúde mental, nin para os que se viron pechados nas súas casas con estas problemáticas (García, 2021), polo que se cuestiona, en particular sobre a covid-19 e en xeral, importa máis a economía e o control social que a cidadanía e os suxeitos de dereitos?



7. CONCLUSIONES

Para dar resposta as necesidades do traballo, neste apartado faise unha presentación dos principais puntos chave e dos descubrimentos realizados ao longo deste proceso de investigación e revisión teórica.

- Establécese que a loucura non ten sido un concepto inmóbil, senón que é considerado unha construción sociohistórica, polo que a forma de mirala vai ter que ver coa lectura dominante que se faga en cada contexto, como se reflectiu no primeiro apartado.
- Enténdese que, a psiquiatría, como todas as ciencias, ten pasado por diversas etapas, atopándose actualmente nun período de crise, pero, a pesar diso, ten unha serie de consecuencias sociais, entre as que destacan a medicalización da vida cotiá, a categorización, o sobre diagnóstico. Facendo á poboación insegura e impotente á hora de xestionar o seu propio malestar. Consideran que deben acudir a un saber experto que os guíe e os corrixa, ao ser os propios individuos os responsables do seu sufrimento.
- Queda vixente que, o capitalismo tardío, é un sistema que favorece esta individualización dos malestares sociais, facendo crer á persoa que debe acudir a un servizo de saúde mental para dar resposta a ese problema e, en lugar de colectivizarse, acaba medicalizada e sendo atendida por un servizo que o enferma e fai que adquira unha conciencia de enfermidade.
- Obsérvase que, o Traballo Social clínico, ten evolucionado como auxiliar da psiquiatría, cuxa única función era complementar os diagnósticos cos factores sociais, non favorecendo un cuestionamento e quedando subalterno ao sistema vixente, provocando que adquirise un rol asistencial, individualizador dos problemas e establecendo unha relación vertical entre profesional e suxeito de axuda, continuando cos parámetros marcados polo enfoque bioloxicista.
- Analízase como o Traballo Social debe fomentar a transformación social, devolvéndolle o poder a aqueles aos que a opresión os fixo meros suxeitos pasivos, dándolles voz e dotándoos de novo coa capacidade de



tomar decisións, presentando alternativas exemplificadoras coa participación activa da cidadanía e da comunidade como núcleo deste proceso transformador.

Para concluír, é urxente e de vital importancia, rematar resaltando que levamos anos tratando sobre a mesma temática e seguimos formulándonos as mesmas cuestións, xa chegou o momento de buscar as respostas necesarias e de tomar acción!

8. REFLEXIÓNS FINAIS

Para finalizar, quérese destacar a importancia da realización de máis produción científica onde se reflicta as voces dos *tolos*²⁶, sendo escasa na nosa humilde opinión. Este traballo, a pesar de ter limitacións relacionadas coa falta de formación académica sobre a temática, pode facilitar unha reflexión e afondar sobre a nosa función como axentes de cambio. Como engadido, sería interesante a ampliación desta perspectiva teórica mediante un estudo cualitativo ou cuantitativo, aportando novas vías de actuación para a abordaxe das diversas problemáticas xestadas polo paradigma vixente, escoitando a outras voces.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, C. e Heras Monner Sans, A. I. (2015). *Salud mental, asimetrías de poder-saber y heterotopías* [Xornadas Internacionais]. Discurso y poder: Foucault, las ciencias sociales y lo jurídico (A cuarenta años de la publicación de "Vigilar y castigar"). UNLA, Lanús, Pcia. de Buenos Aires. <https://n2t.net/ark:/13683/pomx/r5t>
- Amico, L. C. (2004). Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental". *MARGEN Revista de Trabajo Social*, (35), 1-39.
- Beviá, B. e Girón, M. (2017). Poder, estigma y coerción. Escenarios para un práctica no autoritaria en salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 37(132), 321-329. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000200001>
- Bhargava, R. e Gupta, N. (2020). Social unrest and its impact on mental health. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 36(1), 3-4. http://dx.doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_27_20
- Brea Iglesias, J. e Gil Rodríguez, H. (2016). Estigma y salud mental: una reflexión desde el trabajo

²⁶ A palabra *tolo*, ao igual que loucura, utilízase con intencionalidade, como unha forma de reapropiación da linguaxe, devolvéndolle a voz a aquelas que foron silenciadas.



- social. *Trabajo Social Hoy*, (78), 95-112. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0012>
- Carballeda, A. J. M. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen*, (65), 1-13.
- Cazorla Palomo, J. y Parra Ramajo, B. (2017). El cambio en los modelos del trabajo social en salud mental: del modelo rehabilitador al modelo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (24), 43-54. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.03>
- Correa-Urquiza, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 38(134), 567-585. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200012>
- Correa-Urquiza, M. (2023). Justicia social, comunicación y desestigmatización en salud mental. La experiencia de Radio Nikosia. *RAE-IC, Revista de la Asociación Española de Investigación de la Comunicación*, 10(19), 134-159. <https://doi.org/10.24137/raeic.10.19.7>
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253-263.
- Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educación social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 17-45. <https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn75id367856>
- Desviat, M. (2021). La privatización del malestar. *Vientos sur*, (177), 66-73.
- Dulzaides-Iglesias, M.E. e Molina-Gómez, A.M. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*, 12(2), 1.
- Fisher, M. (2009). *Realismo capitalista. ¿No hay alternativa?*. Titivillus.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica 1*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1986). *Historia de la locura*. Fondo de Cultura Económica.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?*. Ariel.
- Fraser, N. e Gordon, L. (1992). Contrato versus caridad: una reconsideración de la relación entre ciudadanía civil y ciudadanía social. *ISEGORIA*, (6), 65-82. <https://doi.org/10.3989/isegoria.1992.i6.324>
- Fromm, E. (1964). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. Fondo de cultura económica.
- Garcés Trullenque, A. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuaderno de trabajo social*. 23, 333-352.
- García, T. (2021). Malestar social y salud mental. *Vientos sur*, (177), 45-49.



- García-Valdecasas Campelo, J., Vispe Astola, A., García-Valdecasas Campelo, V.G. e Hernández González, M. (2016). ¿Hacia un nuevo paradigma en Psiquiatría?. *Norte de salud mental*, 14(55), 20-30.
- García-Valdecasas Campelo, J. e Vispe Astola, A. (2017). El fin de la psicopatología (o de como nombrar las cosas no es sino un ejercicio de poder). *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 14(1), 21-33.
- Gervás, J. e Pérez, M. (2014). Sobrediagnóstico, un problema clínico, ético y social. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 21(3), 137-142. [http://doi.org/10.1016/S1134-2072\(14\)70724-8](http://doi.org/10.1016/S1134-2072(14)70724-8)
- Gómez Parada, L.T. (2017). Intervención en Salud Mental desde el Trabajo Social. *Revista Margen*, (86), 1-8.
- Grandón, E.P. (2018). La práctica antiopresiva en contexto de trabajo social clínico. *Comunidad Internacional del Trabajo Social Clínico*. <https://jpineroregalado.wixsite.com/citsc/copia-de-articulos>
- Herrera Bautista, M. R. e Rodríguez Rodríguez, G. (2014). El sufrimiento social como un problema de salud pública. *Archivos en Medicina Familiar*, 16(4), 73-81.
- Idareta Goldaracena, F. (2017). Eufemización de la violencia ejercida en Trabajo Social: Hacia el reconocimiento intradisciplinar del abuso de poder. *Trabajo Social Hoy*, 81, 59-82. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2017.0011>
- Johnstone, M. (2021). Centering social justice in mental health practice: epistemic justice and social work practice. *Research on social work practice*, 31(6), 634-643. <http://doi.org/10.1177/10497315211010957>
- Juevas Celorio, R., Álvarez Alonso, M., Otero del Castillo, B. e García Meré, B. (2020). La importancia del modelo biopsicosocial frente al modelo biomédico en el Trabajo Social sanitario. *Revista Ocronos*. <https://revistamedica.com/modelo-biopsicosocial-biomedico-trabajo-social-sanitario/>
- López, M.N., Andreoni, M.L. e Gulino, F. (2012). La lógica manicomial en cuestión: habitar tensiones, interrogar prácticas, fundar propuestas. *Claroscuros: Trabajo Social, capitalismo tardío y subjetividades*, 47(380), 121-157.
- Madera Minondo, M. (2022). La salud mental y la locura a partir de Michel Foucault. *Claridades, Revista de filosofía*, 14(1), 191-197. <https://doi.org/10.24310/Claridadescrf.v14i1.14670>
- Markez, I. (2017). Ayer y hoy, en la Psiquiatría, épocas de cambio posible. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 14(1), 53-63.
- Mattson, T. (2014). Intersectionality as a Useful Tool: Anti-Oppressive Social Work and Critical



- Reflection. *Journal of Women and Social Work*, 29(1), 8-17.
<http://doi.org/10.1177/0886109913510659>
- Molleda Fernández, E. (2007). ¿Por qué decimos que no podemos hacer intervención social? *Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 139-155.
- Morgaine, K. e Capous-Desyllas, M. (2020). *Anti-oppressive social work practice. Putting theory into action*. Cognella.
- Morley, C. (2015). Towards critical social work practice in mental health: a review. *Journal of progressive human services*, 14(1), 61-84. https://doi.org/10.1300/J059v14n01_05
- Oosterhuis, H. (2018). Locura, salud mental y ciudadanía: del individualismo posesivo al neoliberalismo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 38(134), 515-545.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200010>
- Ortiz-Lobo, A. (2013a). El tratamiento de las personas sanas. En M. Fernández González (Ed.), *Hacia una psiquiatría crítica* (67-85). Editorial Grupo 5.
- Ortiz-Lobo, A. (2013b). Las consecuencias negativas de producir diagnósticos categoriales DSM/CIE. En M. Fernández González (Ed.), *Hacia una psiquiatría crítica* (107-125). Editorial Grupo 5.
- Ortiz-Lobo, A. (2013c). ¿Por qué hablar ahora de los daños que produce la psiquiatría?. En M. Fernández González (Ed.), *Hacia una psiquiatría crítica* (17-33). Editorial Grupo 5.
- Poole, J., Jivraj, T., Arslanian, A., Bellows, K., Chiasson, S., Hakimy, H., Pasini, J., e Reid, J. (2012). Sanism, Mental Health, and Social Work/Education: A Review and Call to Action. *Intersectionalities: A Global Journal Of Social Work Analysis, Research, Polity, And Practice*, 1, 20-36.
- Radio Nikosia (s.d.). *Objetivos y valores*. Radio Nikosia. <https://radionikosia.org/es/quienes-somos/objetivos-y-valores/>
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 29(1), 143-148. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2012.291.322>
- Salazar, I. (2000). El modelo gallego de atención a la salud mental. *GOZE*, 3(9), 39-44.
- Salinas Araya, A. (2020). El análisis foucaultiano del neoliberalismo. Elementos para un balance actual. *Dorsal. Revista de Estudios Foucaultianos*, (8), 35-72.
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3901007>
- Serrano-Miguel, M. (2022). Salud mental colectiva y trabajo social. Una ventana de oportunidad para nuevas prácticas en la atención social al sufrimiento mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 35(2), 243-252. <https://doi.org/10.5209/cuts.79225>
- Stone, K., McCusker, P., Davidson, G. and Vicary, S. (2021). An Exploratory Survey of Mental



Health Social Work in Europe. *Int J Environ Res Public Health*, 18(19).
<https://doi.org/10.3390/ijerph181910462>

Talarn, A, Rigat, A. e Carbonell, X. (2011). Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar. *Aloma, Revista de Psicología, Ciènces de l'Educació i de l'Esport*, (29), 325-340.

Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Rev. Chil. Neuro. Psiquiat.*, 47(2), 153-162. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000200008>