

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

Los Orígenes del Trabajo Social en Psiquiatría: unas figuras por descubrir.

Alumno/a: Julia Férriz Granada
Director/a: Miguel Miranda Aranda

Zaragoza, octubre de 2013



Universidad
Zaragoza



**Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo**
Universidad Zaragoza

ÍNDICE

1. LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD.....	4
DEWEY Y MEAD.....	13
INTRODUCCIÓN DE ALGUNOS TÉRMINOS BAJO UNA PERSPECTIVA CRÍTICA.....	17
 2. ORÍGENES DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.....	23
2. 1. Relación entre los orígenes del Trabajo Social sanitario y el problema de identidad profesional.....	23
2. 2. Sobre Richard C. Cabot.....	26
2. 3. Cabot y <i>Ensayos de la Medicina Social: La Función de la Inspectora a Domicilio</i>	27
a) Historia de la Inspección Social en sus relaciones con la Medicina.....	27
b) Posición de la inspectora social y deberes desde el punto de vista médico.....	30
c) Funciones de la Inspección Social.....	32
d) El Tratamiento Social.....	33
 3. LOS COMIENZOS PROPIAMENTE DICHOS EN SALUD MENTAL.....	35
3. 1. La situación de la asistencia psiquiátrica en los orígenes de la psiquiatría: una crítica a la institucionalización manicomial.....	35
3. 2. Movimiento de la Higiene Mental.....	35
3. 3. La llegada del Psicoanálisis.....	48

El movimiento psicoanalítico.....	52
Tratamientos de choque y la introducción de químicos.....	55
La Antipsiquiatría.....	60
4. LA OBRA DE M. C. JARRETT.....	62
PREFACIO.....	62
INTRODUCCIÓN.....	63
I. RELACIONES ENTRE TRABAJO SOCIAL, SOCIOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA.....	63
II. MÉTODO DE ENFOQUE.....	66
VII. TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO.....	68
1. HISTORIA.....	68
2. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL SERVICIO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE PSICOPATÍAS DE BOSTON.....	70
3. EXPEDIENTES SOCIALES.....	73
4. TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SOCIAL.....	74
5. TRATAMIENTO MÉDICO EN TRABAJO SOCIAL DE CASO.....	75
6. EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO.....	75
ANEXOS.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91

1. LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD

"No saber lo que ha sucedido antes de nosotros es como ser incesantemente niños" (Cicerón, 106 AC-43 AC).

El propósito de rescatar las voces de los diversos profesionales que han ido contribuyendo, a lo largo de la Historia, a la construcción de la identidad del trabajador social se debe a la preocupante invisibilización de los protagonistas de nuestra disciplina, que con sus aciertos y sus fallos, constituyen la base fundamental del conocimiento de hoy en día. No podemos obviar, es más, es imprescindible hacer hincapié en el estado del arte, el estado de la cuestión, o lo que H. R. Saltalamacchia denomina "*saberes preexistentes*" para continuar contribuyendo a la construcción del conocimiento sabiendo cuáles son nuestros orígenes y los padres del Trabajo Social, puesto que nadie inventamos la pólvora.

Así pues, no es que el Trabajo Social sea una disciplina joven con una Historia reciente y escaso material bibliográfico, sino que compartiendo una de las tesis de Miranda (2004), los problemas surgidos en cuanto a identidad, legitimación y reconocimiento académico se deben a otras causas, entre ellas, la invisibilización anteriormente citada; y no a una Historia temprana como de vez en cuando escuchamos en boca de algunas personas o incluso escrito en según qué bibliografía. Aunque sí que sea cierto que en España el Trabajo Social se profesionaliza en las últimas décadas, hemos de mirar más allá, saber que el nuestra disciplina nace en Europa y Estados Unidos, dentro del marco de las Ciencias Sociales, de tal

modo que no es una profesión inventada “a la española” a partir de la institucionalización de la misma tras la muerte de Franco.

No podemos dejar de conocer la historia de nuestra propia disciplina ni de reconocer los grandes pasos que se atrevieron a dar las mujeres pioneras en la lucha por los derechos humanos y la justicia social, ya que éstos son los principios fundamentales de nuestra profesión, tal y como afirma la FITS (Federación Internacional de Trabajadores Sociales) en su definición del Trabajo Social, presentada en Reunión General celebrada en Montreal, en julio de 2000:

La profesión de trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el trabajo social.

En Trabajo Social nos encontramos ante una gran escasez de producción de material histórico relacionado con los orígenes de nuestra propia disciplina. Esto no ocurre en otras disciplinas de las Ciencias Sociales. Por ello, mediante el Trabajo de Final de Grado mi propósito es contribuir, humildemente, como una estudiante que se ha percatado de esta carencia disciplinaria, a la producción de conocimiento sobre la Historia del Trabajo Social. Así pues, se trata de difundir el reconocimiento de nuestros antecedentes históricos y dejar a un lado el desperdicio de la experiencia, “(...) lo que Boaventura de Sousa Santos denomina “*epistemicidio*” (aplicado libremente al campo disciplinar) como producto de la negación,

silenciamiento y desvalorización de nuestro acervo de conocimientos y experiencias profesionales” (Travi, 2008: 2).

Como hemos mencionado, el Trabajo Social “nace como parte del proyecto global de las Ciencias Sociales, ni antes ni después, y por los mismos motivos, en el mismo contexto social y político y en permanente dialogo con ellas” (Miranda, 2004:37). Además, surge y se profesionaliza en Estados Unidos en el mismo contexto social e histórico en el que surgen las Ciencias Sociales, concretamente la sociología y la psicología social. A su vez, las Ciencias Sociales **emergen a raíz de la inquietud de conocer científicamente la sociedad y dar solución a los problemas sociales debido a las nefastas consecuencias de la revolución industrial y de los enormes cambios sociales y políticos patentes en Europa y Estados Unidos hacia mediados y fines del siglo XIX (Travi, 2008). “Las Ciencias Sociales van a aparecer como consecuencia de la necesidad de estudiar la sociedad para modificar su conocimiento” (Miranda, 2004: 43)**, en forma de Economía política, con Malthus, Adam Smith, Weber, Marx y Durkheim entre los máximos exponentes. Se trata de estudiosos del descomunal incremento de la productividad, producto de la industrialización, y junto con este aumento de “riqueza”, el gran aumento de la pobreza. Así pues, se trataba de comprender y actuar sobre la pobreza, sobre la manera de funcionar de la sociedad con el fin de armonizar el desorden social consecuencia de la revolución industrial). En suma, me baso en la siguiente tesis que formula Miguel Miranda:

“(...) el Trabajo Social nace a la vez que las Ciencias Sociales y compartiendo el mismo proyecto global. La aparición de una nueva profesión, primero, y una nueva disciplina, después, no se produce simplemente como

consecuencia de la mera evolución de la caridad y la filantropía” (p. 81).

Tras formular la mencionada tesis, Miguel Miranda confirma su adscripción a la tesis que Friedlander afirmó en 1961 y consideramos necesaria de incluir:

“El concepto y la denominación «asistencia social», en el sentido de un programa científico, solo muy recientemente se han relacionado con los problemas sociales de nuestra sociedad industrial. La pobreza, la enfermedad, el sufrimiento y la desorganización social han existido a través de la historia de la humanidad; pero la sociedad industrial de los siglos XIX y XX tuvo que hacer frente a numerosos problemas sociales que no podían resolver ya, adecuadamente, las instituciones humanas más antiguas: la familia, el vecindario, la iglesia y la comunidad local. (...) Además de que han surgido ideas humanitarias, que conceden gran importancia a nuestra responsabilidad hacia los demás, el progreso de las ciencias biológicas y sociales proporcionó nuevos instrumentos para investigar las causas de la pobreza, de las deficiencias humanas, y de la insatisfacción, con el objetivo general de resolver o aliviar los problemas sociales” (Friedlander, 1969:3, en Miranda, 2004: 81).

La Enciclopedia de Trabajo Social de la NASW (National Association of Social Workers) afirma que el Trabajo Social derivó en disciplina a partir de la primera mitad del siglo XIX hasta fines del siglo decimonónico, a raíz de las asociaciones organizadas por voluntarios que fueron auto-aprendiendo sus propias habilidades y conocimientos, con el fin de asistir a los pobres (Miranda, 2004). Pasados unos cuantos años, esta llegó a la educación formal con una práctica estructurada. Miranda, basándose en la idea de Reisch, afirma que es en la década de 1890 cuando el Trabajo Social se

transforma; de tal manera que pasa de ser una empresa sostenida mayoritariamente por voluntarios, a estar manejado por profesionales expertos y asalariados.

“El desarrollo del *social work* tiene sus raíces en la tradición de la caridad y la filantropía. Teniendo en cuenta el contexto religioso norteamericano y el rechazo a considerar la pobreza un problema social y político, esta herencia explica la preponderancia permanente de las conductas paternalistas y moralizadoras. Sin embargo, a finales del siglo XIX y en los primeros años del XX aparece una nueva tendencia, a la profesionalización y a la politización (Castel, 1980: 48, citado en Miranda, 2004: 156).

En este contexto, la pionera **M. E. Richmond** concretó los fundamentos del conocimiento y técnicas que diferenciaban a los trabajadores sociales entrenados de los voluntarios, además de especificar las habilidades sociales que los trabajadores sociales podían emplear en cualquier ámbito de intervención. La autora insiste una y otra vez en lo necesario de aportar una formación científica a la hora de intervenir en la realidad social, desechando las técnicas paternalistas y moralizadoras. Asimismo, defiende la autodeterminación del individuo a la hora de tomar sus propias decisiones. Según Miguel Miranda, a M. Richmond



Mary Ellen Richmond

“(...) aprender los esquemas profesionales de los médicos no le pareció mala alternativa y eligió conceptos tales como diagnóstico y tratamiento para ser utilizados por los trabajadores sociales en las intervenciones individualizadas,

buscando ese rigor científico, esa sistematización de procedimientos, ese nivel científico que ella quería para la nueva profesión. Esta decisión por construir un modelo cuasi médico para la intervención social ha provocado las críticas tachándole de funcionalista. Merecería la pena que quienes así la adjetivaron en algún momento hubieran demostrado dónde se concretan esas influencias (...) Más allá de estos ataques más o menos extremistas, lo que M. Richmond siempre defendió es que la pobreza es el resultado de múltiples factores y que para acabar con la desigualdad eran precisas medidas de política social y también servicios de ayuda y de asesoramiento individualizados y de apoyo a las familias” (Miranda, 2004: 160-161).

Si bien es cierto que los antecedentes y el nacimiento del Trabajo Social los podemos encontrar en Inglaterra, de la mano de Octavia Hill, Beatrice Potter Webb..., se profesionaliza y se constituye como disciplina en Estados Unidos (aunque copiando las prácticas inglesas). El proceso se da en el contexto de una economía que estaba en proceso de industrialización, dentro del escenario urbano, donde encontramos una clara brecha entre clases sociales y la desencadenación de movimientos obreros de resistencia. La pobreza, marginación, miseria...afectaba a tal cantidad de personas que surgía la necesidad de analizar científicamente los problemas sociales, dejando de ser solamente una cuestión moral o ética. En consecuencia, el factor determinante para el surgimiento de esta nueva profesión y disciplina es la vinculación científica, y no la mera búsqueda de un determinado orden social. Las aportaciones científicas confeccionadas en la Escuela de Chicago y el Trabajo Sociales fueron básicas en el proceso de desarrollo de dicha disciplina, de tal manera que forman parte tanto de su historia como de su identidad. Miranda (2004) insiste en la siguiente idea:

“(…) la historia del Trabajo Social comienza cuando existe la profesión y una ideología corporativa. Antes está la historia de la acción social, de la política social o simplemente de la solidaridad humana, pero que en ningún caso forman parte de la historia del Trabajo Social, por más que, en este tipo de experiencias y en otras más remotas, se acumulasen conocimientos metodológicos que, progresivamente depurados, dieron lugar a un conjunto de conocimientos sobre el cómo intervenir, del que los primeros profesionales se beneficiaron ampliamente” (p. 135).

En la misma línea, compartimos firmemente con Bibiana Travi (2008) la idea de que el factor determinante para la profesionalización del Trabajo Social fue su vínculo con la ciencia como instrumento para la resolución de los problemas sociales de la época “y no una mera “ilusión” de ayudar al prójimo o la “intención” de reproducir un sistema social injusto” (p. 2). Desde los comienzos, el Trabajo Social rechaza una única forma de método científico, de la mano de autores **que llevan a cabo una gran crítica al positivismo como George Mead¹ y John Dewey. Es más, parafraseando a nuestra gran pionera, Mary Richmond (1922), la base del método está en las “comprensiones” y las “acciones”, a través de una relación dinámica y recíproca entre conocer-intervenir-transformar, concibiendo los “valores” como guía y dirección de la intervención, apoyando un rol activo y participativo por parte del**



Ida Maud Cannon

¹ Parafraseando a Miranda (2004), M. E. Richmond reconoce la clara influencia del interaccionismo de Mead en su obra, especialmente cuando menciona el desarrollo de la personalidad y la adaptación del individuo al medio. Dichos conceptos los define desde una perspectiva interaccionista y pragmatista, y no psicoanalítica ni sociológica funcionalista. Además de influencia, pasaron a ser grandes amigos y compartidores de ideas, de tal modo que influyeron recíprocamente en sus obras.

profesional y del sujeto. En este aspecto, una figura clave fue **Ida Cannon**, en la cual profundizaremos más adelante.

“Con el fin de profesionalizar el Trabajo Social sanitario, ella desarrolló un programa formativo especializado en colaboración con el Colegio de Trabajadores Sociales de Boston y su propio Departamento en el Hospital General de Massachusetts. Este programa le hizo ver que cada trabajador social sanitario debería tener un conjunto de conocimientos prácticos sanitarios y de Trabajo Social. Llevó a cabo una labor docente durante el resto de su carrera, aconsejando a las instituciones y hospitales de todo el país sobre cómo crear sus propios Departamentos de Trabajo Social Sanitario y sus propios programas formativos en el mismo campo” (Morales, Redrado, et al., 2012: 208).

Según Greenwood (2002, citado en Miranda, 2004), durante la segunda mitad del siglo XVIII es cuando tiene lugar la escisión de las Ciencias Sociales en diferentes disciplinas. No obstante, el Positivismo las divide de tal modo que nos encontramos con unas Ciencias “prestigiosas” (Ciencias Políticas y Económicas, Sociología, Psicología y Antropología), y otras “inferiores” (Trabajo Social, Pedagogía, Ciencias de la Comunicación, Psicología y Sociología de las organizaciones y los estudios de familia).

“El nivel de prestigio o su situación de inferioridad vendrá dado precisamente por su vinculación con el mundo de la acción y de la empresa. Cuanta mayor voluntad de vinculación con la realidad social y cambio social haya, cuanto más fuerte sea la voluntad de ser ciencia aplicada, menor será su estatus, al menos en el mundo académico” (Miranda, 2004: 44).

En realidad, es a principios del siglo XX cuando claramente se pronuncia la diferenciación entre la Sociología académica y la aplicada. Al surgir la segunda rama, es cuando las pioneras de

Trabajo Social se disponen a defender su profesión diferenciando el trabajo voluntario del científico, fundamentado en teorías y métodos. Dicha Sociología aplicada trataba los problemas sociales, siendo clara la influencia de los movimientos reformistas, humanistas y filantrópicos (Travi, 2008). Los principios filosóficos, marcos teóricos e intervenciones políticas, llevados a cabo por las pioneras, marca la diferencia con las prácticas caracterizadas por la caridad y la beneficencia, aunque el trabajo de estas pioneras haya sido invisibilizado por el machismo imperante. No es la búsqueda de la cientificidad lo que separa las ciencias académicas y las aplicadas, "(...) que era una característica común, sino la pretensión de ser «ciencia aplicada». Los trabajadores sociales quieren valerse de la ciencia para transformar la realidad, para enfrentarse a los problemas sociales, para producir cambios" (Miranda, 2004: 51). En esta misma línea, Berger (1997) afirma: "El trabajo social, cualquiera que sea su justificación racional teórica, es una práctica positiva en la sociedad. La sociología no es una práctica, sino un intento por comprender..." (p. 16). Así pues, nuestra disciplina es una profesión introducida por el sexo femenino desde la buena voluntad pero también desde la fundamentación científica, con el fin de cambiar la realidad social. Por otro lado, el sociólogo era un hombre erudito que aporta conocimiento útil para el Trabajo Social.

Por todo ello, se trata de romper la falsa idea de que las pioneras del Trabajo Social no eran simples damas de la caridad y que su trabajo no estuvo ligado al mero asistencialismo, sino que lucharon bajo el ideal de conseguir vivir en una sociedad mejor y más justa (Travi, 2008). Además, el trabajo realizado por las pioneras no se enmarca en la teoría sociológica funcionalista, sino que, en todo momento luchan por la reforma del sistema, apoyándose en los principios filosóficos del **interaccionismo simbólico y del pragmatismo**, concibiendo a la persona, no como un ser individual, sino como un ser social claramente marcado por las diversas

interacciones con otros seres. Es por ello, que el conocer adecuadamente la Historia de nuestra disciplina contribuirá a desmitificar falsas afirmaciones sobre el supuesto funcionalismo-asistencialismo de las pioneras y ayudará a demostrar la lucha que supuso el que un grupo de mujeres se abriera hueco para el empleo del método científico en el fin de lograr una sociedad mejor, en un mundo en el que lo público estaba dominado por eruditos varones.

DEWEY Y MEAD

A fin de aclarar conceptos, considero necesario profundizar un poco en los términos, varias veces mencionados, «pragmatismo» e «interaccionismo simbólico», que como hemos dicho, son las influencias filosóficas clave en la profesionalización del Trabajo Social, y no la Sociología funcionalista; y que en relación con nuestra disciplina, vienen de la mano de Dewey y Mead.

El pragmatismo es una posición filosófica defendida por autores como James, Pierce, Dewey y Mead. Etimológicamente, viene de la palabra griega *pragma* que significa “acción”. El tema de la verdad es uno de los más abordados por esta corriente filosófica:

“De acuerdo con Ferber, habría en la Filosofía cinco criterios de verdad y uno de ellos sería el propuesto por el pragmatismo de W. James: «Ideas verdaderas son las que podemos asimilar, hacer válidas, corroborar y verificar; ideas falsas, son las que no». Para James: «La verdad *acontece* a una idea. *Llega a ser* cierta, *se hace* cierta por los acontecimientos. Su verdad es, en efecto, un proceso, un suceso, a saber: el proceso de verificarse, su *verificación*. Su validez es el proceso de su *validación*” (Miranda, 2004: 251).

La crítica que se le hace al concepto de James sobre la verdades su relación con la utilidad; esto es, no por el hecho de ser

una idea útil al individuo o a la sociedad, ha de ser una idea verdadera. Existen ideas que son falsas, y son útiles. Pero también es cierto que el pragmatista ha sufrido críticas injustas, especialmente de la mano de Russell en la *Historia de la Filosofía occidental*, el cual tergiversaba muchas de sus frases (Miranda, 2004).

Según Sánchez de la Yncera, parafraseado por Miranda (2004) "(...) el pragmatismo sería el conjunto de realizaciones intelectuales llevadas a cabo por pensadores americanos que trabajaron fundamentalmente en la universidades de Harvard y Chicago durante el tercio final del siglo XIX y los primeros decenios del XX" (p. 253). Por su parte, Campbell diferencia dos planteamientos que subyacen de esta corriente: el planteamiento general y el específico. El general, se fundamenta en aceptar un método científico dentro de un contexto no problemático, aportando una teoría del significado y otra de la verdad. El específico, que viene de la mano de Dewey y Mead se basa en una filosofía de la reconstrucción social que hace hincapié en la necesidad de la acción humana para lograr un mundo mejor. En consecuencia, el pragmatismo se puede concebir como un intento por unificar ideales morales y valores éticos con el método científico y el conocimiento empírico; dando al individuo un rol fundamental en la mejora de los problemas sociales, al contrario de ser una simple filosofía norteamericana mercantilista y especuladora como afirman algunos de sus críticos.

En concreto, Dewey, muy influenciado por la filosofía hegeliana, fue una figura clave en la confianza de los pragmatistas en la educación como instrumento para cambiar la

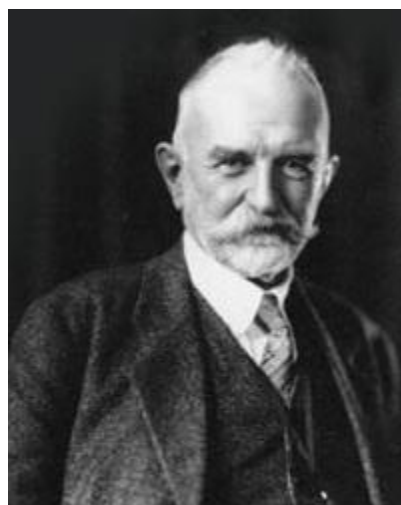


John Dewey

sociedad. Reconocía la función social de la educación y la idea de que es una forma más de acción política. El autor muestra una constante preocupación por la ética y la conducta del individuo en sociedad, lo que coincide con la preocupación de los estudiosos de la Escuela de Chicago de reforma social. Según Dewey (1977):

“La educación es el método fundamental del progreso y de la reforma sociales. Todas las reformas que se apoyen simplemente en la aplicación de una ley, o en la amenaza de ciertos castigos, o en los cambios de disposiciones mecánicas o externas son transitorias y fútiles. La educación es una regulación del proceso de llegar a participar en la conciencia social; y la adaptación de la actividad individual sobre la base de esta conciencia social es el único método seguro de reconstrucción social. Esta concepción tiene debidamente en cuenta los ideales individuales y sociales. Es acertadamente individual porque reconoce la formación del carácter como la única base genuina del recto vivir. Es social porque reconoce que este carácter recto no ha de ser formado por conceptos, ejemplos o exhortaciones meramente individuales, sino más bien por la influencia de cierta forma de vida colectiva o comunal sobre el individuo, y que el organismo social mediante la escuela, como órgano suyo, puede producir resultados éticos” (p 7).

En consonancia con Dewey, también George Herbert Mead se centra en el tema «individuo y sociedad». Si bien Dewey alcanzó mayor éxito que su colega y amigo, éste no dejó de reconocer la grandísima

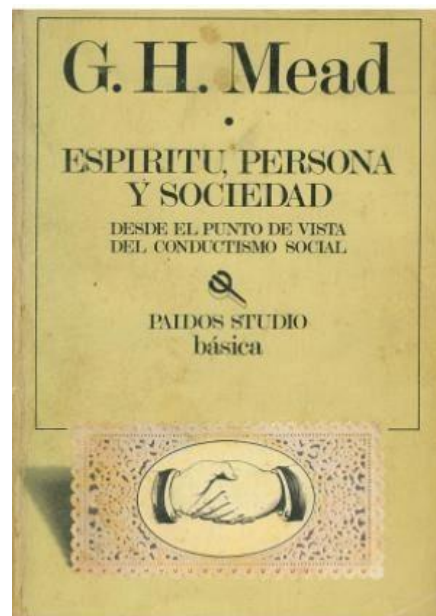


George H. Mead

influencia que Mead supuso en sus obras e ideas principales. Del mismo modo que Dewey, Mead fue una figura clave en la orientación del pensamiento de la Escuela de Chicago hacia la identificación científica de los problemas sociales. Cabe mencionar que, junto a Freud, fue uno de los grandes pioneros en Psicología social. Además, fue el padre del interaccionismo simbólico², corriente filosófica que comenzó con el movimiento interaccionista (Miranda, 2004).

Aunque de corte conductista, él mismo aclaraba que pertenecía al conductismo social; reconocía el factor social como determinante en la conducta individual. Es, debido a este factor, que criticaba numerosas teorías del conductismo más ortodoxo, especialmente la de Watson. Según Mead (1968), la sociedad es anterior al individuo, el todo precede a la parte, y no al contrario; aunque respetando la individualidad de cada persona. En su obra *Espíritu, persona y sociedad*, el autor afirma:

“El proceso del cual surge la persona es un proceso social que involucra la interacción de los individuos del grupo e involucra la pre-existencia del grupo. Implica, también, ciertas actividades cooperativas en las que participan los distintos miembros del grupo. Involucra, además, que de ese proceso puede desarrollarse, a su turno, una organización más complicada que aquella de la que ha surgido la persona, y que las personas pueden ser los órganos, las partes esenciales al menos, de esa organización social más complicada dentro de la cual surgen y existen esas personas. Y así, existe un



² Término acuñado por Blumer, sucesor temprano de la filosofía de Mead.

proceso social del que nacen las personas y dentro del cual tiene lugar la diferenciación, evolución y organización ulteriores” (Mead, 1968: 193).

Mead sostenía firmemente la idea de que el progreso de la humanidad dependía del conocimiento científico como método para la resolución de problemas, confiando en la inteligente intervención del ser humano. Conservando cada hombre su individualidad, la sociedad ideal sería una en la que se diera la máxima participación de todos sus miembros. Para Mead, “(...) el pragmatismo no es otra cosa que un intento de replantear el concepto del hombre y de su lugar en el universo en función de los corolarios revolucionarios del método científico y de la teoría evolucionista (Miranda, 2004: 276).

INTRODUCCIÓN DE ALGUNOS TÉRMINOS BAJO UNA PERSPECTIVA CRÍTICA

Centrándonos en el ámbito de la salud mental, Castel (1980) recalca la importancia de la reconstrucción histórica: “en este preciso sentido, la prehistoria y la historia de la medicina mental son condiciones necesarias para la comprensión de su modernidad” (p.207). Su objetivo es plantear la historia del presente describiendo la política de la salud mental en los siglos XIX y XX. Se trata de estudiar las cuestiones del pasado sistema psiquiátrico que todavía están presentes en la actualidad. El autor observa el recorrido que se ha seguido desde entonces hasta nuestros días y el impacto sobre la configuración del tratamiento actual del enfermo mental.

A continuación llevaremos a cabo la definición, de corte historiográfica, de algunos términos imprescindibles en el presente trabajo: **psiquiatría, antipsiquiatría, enfermedad mental y locura.**

“La psiquiatría, como ciencia teórica, se ocupa del estudio de

la conducta humana, de esclarecer y «explicar» los tipos de juegos que las personas juegan entre sí, cómo los aprendieron, por qué les gusta jugarlos, etc.” La conducta propiamente dicha proporciona los datos primarios de los que se infieren las reglas del juego. Entre las muchas y distintas clases de conducta, la forma verbal—o la comunicación por medio del lenguaje convencional— constituye una de las áreas esenciales que interesan a la psiquiatría” (Szasz, 1976: 12-13).

Cabe mencionar que el modelo de la conducta humana como juego fue formulado por primera vez por George H. Mead. Según Mead, la mente y el propio yo se forman en un proceso social, y la comunicación lingüística es la característica particular de mayor importancia a la hora de explicar las diferencias entre conducta animal y conducta humana.

“En nuestra exposición del desarrollo de la inteligencia hemos sugerido ya que el proceso del lenguaje es esencial para el desarrollo de la persona. La persona posee un carácter distinto del organismo fisiológico propiamente dicho. La persona es algo que tiene desarrollo; no está presente inicialmente, en el nacimiento, sino que surge en el proceso de la experiencia y la actividad sociales, es decir, se desarrolla en el individuo dado de resultados de sus relaciones con ese proceso como un todo y con los otros individuos que se encuentran dentro de ese proceso. La inteligencia de las formas inferiores de la vida animal, como gran parte de la inteligencia humana, no involucra una persona” (Mead, 1968: 167).

Szasz (1994) trata el concepto de psiquiatría como un análisis de la comunicación. Aunque no se trata de una nueva perspectiva del término, este autor explica de una manera muy clara la idea/teoría de

que las supuestas enfermedades mentales se parecen a los idiomas y no a las enfermedades orgánicas-anatómicas;

“(...) supongamos, por ejemplo, que el problema de la histeria se pareciera más al problema de una persona que habla una lengua extranjera que al del individuo que padece una enfermedad física. Estamos acostumbrados a pensar que las enfermedades tienen «causas», «tratamientos» y «curas» Empero, si una persona habla en un idioma que no es su lengua materna, por lo común no buscamos la «causa» de su peculiar conducta lingüística. Sería ridículo —y, por supuesto, infructuoso— preocuparnos por la «etiología» de hablar el francés” (p. 15).

El término «antipsiquiatría» fue creado por David Cooper “(...) para designar un movimiento político de impugnación radical del saber psiquiátrico, que se desarrolló entre 1955 y 1975 en los Estados donde se habían institucionalizado la psiquiatría y el psicoanálisis como saber regulador de la normalidad y la anormalidad” (Vásquez, 2011: 4).

Según varios autores, entre ellos Vásquez (2011), la antipsiquiatría, la cual se asociaba con políticas de izquierda, propugnaba la desinstitucionalización de las prácticas psiquiátricas ejercidas en el momento. A la par pero desde una perspectiva totalmente distinta, los políticos de extrema derecha (Ronald Reagan en los Estados Unidos y Margaret Thatcher en el Reino Unido) apoyaban la “asistencia comunitaria” puesto que se posicionaban en contra de un Estado benefactor y no les interesaba mantener las camas de los hospitales psiquiátricos que suponían tan elevado coste.

Por otro lado, “el concepto de enfermedad mental tuvo su utilidad histórica, pero en la actualidad es científica, médica y jurídicamente inapropiado, así como moral y políticamente incorrecto” (Vásquez, 2011: 8).

Szasz³ (1994) sostiene que la mente no es un órgano anatómico como el corazón o el estómago, por lo que literalmente no puede existir enfermedad mental. Si hablamos de enfermedad mental lo hacemos en sentido figurado, de igual modo que nos podríamos referir a una "economía enferma" de un país dado. "Los diagnósticos psiquiátricos son etiquetas estigmatizadoras aplicadas a personas cuyas conductas molestan u ofenden a la sociedad. Si no hay enfermedad mental, tampoco puede haber hospitalización o tratamiento para ella" (Vásquez, 2011: 8). En consecuencia, la cura o recuperación vendrá dada según el cambio de comportamiento de la persona supuestamente enferma. Esto es, que su conducta se torne acorde a lo socialmente acordado como normal. "Así pues, lo que la gente llama enfermedad mental como tal, no existe. Lo que hay son conductas, conductas anormales. Enfermedades son cosas como el cáncer y la hipertensión, por ejemplo" (Vásquez, 2011: 8).

Siguiendo con la interesante (aunque, en mi opinión a veces extrema) postura de Szasz, Vásquez (2011) sostiene que la locura no puede no se puede definir bajo ningún criterio objetivo, por lo que toma de ejemplo la esquizofrenia por ser el diagnóstico más corriente:

"Los psiquiatras tratan de hacernos creer que existe con el mismo título que el cáncer o una úlcera. En la mayoría de casos, lo que se llama esquizofrenia no se corresponde con ningún desarreglo orgánico. Debe dejarse de afirmar que, detrás de cada pensamiento torcido, hay una neurona torcida" (p.10).

A fin de entender el término de la enfermedad mental en nuestra sociedad, tanto Szasz (1994) como Vásquez (2001) sostienen que no estamos ante un fenómeno científico, sino religioso.

³Thomas Szasz, médico psiquiatra, psicoanalista y Profesor Emérito de la Universidad del Estado de Nueva York, uno de los representantes del movimiento antipsiquiátrico.

“El diagnóstico de “locura” ha sustituido, en la sociedad contemporánea occidental, a la “posesión”. La bruja, los poseídos, molestaban, y eran, por tanto, eliminados por los inquisidores en nombre de la verdadera fe. Hoy, los psiquiatras son los nuevos inquisidores, y proceden a una eliminación semejante, pero ahora en nombre de la “verdadera” ciencia. Antaño se creía en la religión; hoy en la ciencia” (Vásquez, p. 13).

Resulta interesante hablar un poco sobre la psiquiatrización del crimen. Vásquez (2011) opina que las personas tendemos a buscar la enfermedad mental detrás de un crimen; pero en la mayor parte de los casos el criminal es “normal” y muy astuto para hacer crímenes complejos.

“¿Por qué no aceptar que en el hombre hay, como dirá Freud, pulsiones Thanaticas; destructivas y autodestructivas; y que puede ser un animal asesino? La resistencia a reconocer todo esto responde a nuestro narcisismo primario, como a la excesiva medicalización de nuestra sociedad, la que ha conducido a considerar la apelación a la locura como un atenuante en lo que se ha dado en llamar la humanización de la pena” (p. 14).

Este fenómeno de buscar la enfermedad mental detrás del crimen no es por humanidad, sostiene Szasz, sino por todo lo contrario. El hecho de que un ser humano sea capaz de llevar a cabo crimen terrible se debe a que nuestra naturaleza puede llegar a ser malvada. No obstante, deseamos que dicha naturaleza humana sea buena, rechazando la idea de maldad y sin querer que el libre albedrío pueda llevar a cometer crímenes espantosos. En consecuencia, rechazamos la idea de crimen por libre albedrío y lo justificamos con la enfermedad mental. Mientras que antiguamente el mal o los grandes crímenes se asociaban a la posesión demoníaca;

hoy en día se intentan asociar a un supuesto trastorno químico y genético para salvaguardar la idea de que el ser humano es bueno y responsable *per se*, y ninguna persona “normal”, esto es “en su sano juicio” (eso sí, socialmente establecido), haría ninguna atrocidad bajo su voluntad y capacidad de decisión. De este modo, y una vez más a través de la ciencia y ya no de la religión, se está descartando la idea del pensamiento libre del ser humano. Pero, se pregunta Vásquez (2011), si de verdad se puede analizar el comportamiento y la conducta a través del cerebro ¿por qué no tratamos de descubrir las causas químicas, genéticas u orgánicas de una buena acción, en lugar de centrarse únicamente en la explicación de las malas? El autor responde a dicha pregunta argumentando que

“Una de las conclusiones de la antipsiquiatría es que nada, según el conocimiento actual del funcionamiento del cerebro, permite explicar nuestras elecciones. El libre albedrío no es un fenómeno químico o eléctrico. Es imposible leer nuestros pensamientos en el cerebro. Si bien es exacto que ciertos pensamientos desencadenan ciertas reacciones químicas, la causa de la reacción es el pensamiento libre” (p. 14).

2. ORÍGENES DEL TRABAJO SOCIAL

SANITARIO

"Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas." (Ramón Carrillo⁴, 1906-1956).

2. 1. Relación entre los orígenes del Trabajo Social sanitario y el problema de identidad profesional.

El Trabajo Social nace como disciplina aplicada de las aportaciones de las Ciencias Sociales. Nace como trabajo remunerado a partir de unas necesidades sociales que se dan en la población a raíz de la nueva sociedad industrial. El Trabajo Social en salud se desarrolló también de manera muy temprana, contribuyendo a la constitución de esta nueva disciplina y profesión. Según Miranda (2001), si no hubiera sido por las elevadas tasas de tuberculosis dadas en Europa y América a partir del siglo XIX, hubiera sido muy probable el retraso del nacimiento del Trabajo Social en salud.

Mediante el presente trabajo, pretendo contribuir a rescatar los cimientos a los pioneros en Trabajo Social sanitario, siguiendo el camino del conocimiento heredado que, lamentablemente, muchos trabajadores sociales sanitarios desconocen. Se trata de sacar a la luz la importancia de los clásicos y sus obras en la construcción de nuestra profesión y disciplina, del mismo modo que se reconoce a Weber como uno de los clásicos de la Sociología, a Malinosky en Antropología o a Freud en Psicoanálisis. El proceso de construcción de la identidad profesional es común a todas las disciplinas, y en él interviene de manera intrínseca la Historia. El exceso de ignorancia

⁴ Neurocirujano, neurobiólogo y médico sanitarista de Argentina, que alcanzó la capacidad político-administrativa de ministro de dicha nación.

de los orígenes de nuestra profesión se ven plasmados en las dudas e inseguridades de muchos trabajadores sanitarios cuando han de justificar su presencia ante los equipos de salud. Según Miranda (2001), es entendible tener dudas respecto a lo que uno mismo, como profesional, debe o no debe hacer si en primera instancia, no está claro quién es y cuál es su rol profesional.

“Para no estar obligados a construir permanente nuestra historia y para no tener que inventar cada día nuestra identidad profesional hay que volver a los clásicos y por ello, en lo que nos compete, hay que volver, hay que dar a conocer, a Richard Cabot y a Ida Cannon” (Miranda, 2008: 12).

Se trata, además, de reivindicar el peso de los factores psíquicos y psicológicos del proceso de salud- enfermedad, desmantelando un Modelo Médico Hegemónico que “objetiva” al sujeto. “Cada vez tiene menos importancia el síntoma, porque éste lo construye el sujeto con sus elementos culturales, con su lenguaje, con sus vivencias, con su nivel educativo, con sus experiencias vitales” (Miranda, 2008: 15).

En Trabajo Social y Salud, fue Cabot, en 1905, quien justifica la incorporación de los trabajadores sociales en los equipos interdisciplinarios de salud. Cabot organizó el *Massachusetts General Hospital* como una institución moderna y, calcando su funcionamiento, se organizaron muchos hospitales en los Estados Unidos. En 1913 ya había Departamentos de Trabajo Social en 100 hospitales por todo el país. Estamos ante un espíritu pionero, preocupado por las reformas sociales necesarias para hacer su sociedad más justa e igualitaria, que pretendía incluir a un profesional en su equipo que, desde el punto de vista científico, comprenda los factores sociales del proceso salud-enfermedad e intervenga sobre ellos. De su mano, Ida M. Cannon, fue Jefa del Departamento de Trabajo Social del *Massachusetts General Hospital* y

autora del libro "*Social Works in Hospitals. A contribution to progressive medicine*", de 1913 (cuatro años antes de que Mary E. Richmond publicara *Social Diagnosis*). En este libro, dedicado a Cabot, la autora explica los comienzos del Trabajo Social Hospitalario, dedicando su último capítulo al futuro de esta rama de la disciplina. (Miranda, 2008). Esta obra aborda temas como los orígenes de los Servicios Sociales en el Hospital, las bases del tratamiento, los problemas clínico-sociales (tuberculosis, enfermedades mentales...), el trabajo interdisciplinar, la organización y el futuro del Servicio Social en el Hospital (Cannon, 1917).

Ida Cannon, a través de su experiencia, se percató de que necesitaba formación como trabajadora social a fin de ampliar su trabajo de enfermera. Fue a través de su hermano Walter Cannon que conoció a Richard Clark Cabot, profundizando así en el conocimiento y relación entre pobreza-ocupación-enfermedad. El reconocimiento por su trabajo se tradujo en el título recibido de Doctora Honoris Causa de Ciencia en la Universidad de Boston, y Honoris Causa en Humanidades por la Universidad de New Hampshire.

"Cannon y Cabot estudiaron a los pacientes que presentaban enfermedades laborales en el Hospital General de Massachusetts. En 1915, Cannon se convirtió en la líder del departamento de Trabajo Social, una posición que ella mantuvo hasta que se retiró en 1945. El destacado éxito del Departamento de Trabajo Social trajo consigo la integración de éste en las consultas internas del Hospital General de Massachusetts" (Morales, Redrado, et al., 2012: 208).

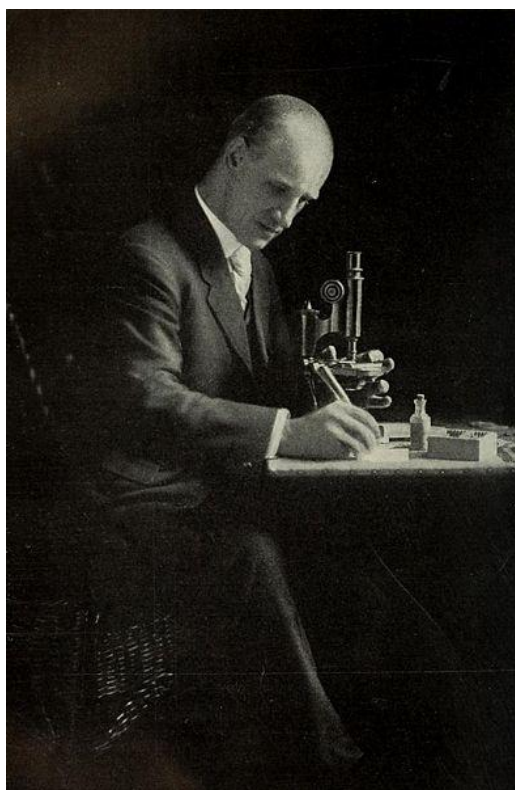
Cabe decir que al analizar la obra de Cabot, el autor utiliza ciertos términos y algunas ideas (sexistas, discriminatorios...) propios de su época que, hoy en día están más que superados. No por ello deja de ser un pionero clave en Trabajo Social en salud, necesario de

estudiar con sus fallos y carencias (propias de cualquier pionero que esté fundando los cimientos de cualquier disciplina o ciencia) pero también con sus magníficas aportaciones, pues forma parte ineludible de los saberes preexistentes sobre los que vamos construyendo el conocimiento científico del Trabajo Social⁵.

2. 2. Sobre Richard C. Cabot

Richard Clarke Cabot nació en Brookline, Massachusetts, en 1868. Su padre, James Elliot, era un filósofo que influyó mucho en la vida de su hijo, queriendo éste ser clérigo antes de decidirse a estudiar medicina debido, según su madre, a su interés por la humanidad y sus semejantes. Llevó a cabo sus estudios en la Harvard Medical School, en Boston, realizando su residencia en el Massachusetts General Hospital (Miranda, 2001).

En 1894 se casó con Ella Lyman, profesora de Ética y Psicología, la cual le influyó en gran medida. Se dedicó a ejercer la medicina con pacientes externos del Hospital General de Massachusetts, sin dejar nunca su trabajo de investigación, consistente en la recopilación de datos procedentes de múltiples casos y en sacar conclusiones estadísticas que trataba de aplicar a la clínica para llegar a diagnósticos etiológicos⁶,



Richard Clarke Cabot

⁵ (Ver, por ejemplo, Cabot, 1920 p. 90 tercer párrafo: "(...) siendo mujer, tiene las cualidades de tacto y habilidad necesarias para entrar en la intimidad del enfermo".)

⁶ Fenómeno muy novedoso si se tiene en cuenta que los cien años anteriores los diagnósticos han sido basados en "déficits estructurales".

incidiendo en las causas de las enfermedades (Miranda, 2001).

Según Miranda (2001), las dos contribuciones más importantes de este clásico son: a) la utilización del método de caso como forma de enseñar, y b) la incorporación al hospital de la profesión de Trabajo Social, crenado el ***Hospital Social Service***. Especialmente la segunda contribución, más relevante para la Historia del Trabajo Social, será explicada en el siguiente apartado.

2. 3. Cabot y Ensayos de la Medicina Social: La Función de la Inspectora a Domicilio⁷

a) Historia de la Inspección Social en sus relaciones con la Medicina

En su obra *Ensayos de Medicina Social: La función de la inspectora a domicilio* (1920), Richard Cabot asegura que es una profesión que se había extendido esos últimos veinticinco años hasta el punto que, en 1920, existían más de veinte mil. El autor distingue entre las inspectoras sociales, varios grupos dependiendo del ámbito en el que actúan, con diferentes denominaciones:

- En hospitales: trabajadoras médico-sociales.
- En las fábricas y talleres: laboradoras del bienestar.
- En las escuelas: visitadoras de la casa y de la escuela.
- En las cárceles: empleadas de comprobación.

El juez tiene tantos imputados que no puede profundizar en cada uno; el maestro tantos alumnos que no puede atender a todos y a sus familias de manera particular; lo mismo con los médicos y en

⁷ El libro fue escrito por Cabot en 1918, un año después de que Mary E. Richmond publicara *Social Diagnosis*. Fue traducido, en 1920 (Madrid, Editorial Calpe), por la Dra. Nieves González Barrio y recoge un prólogo de del Dr. Gustavo Pittaluga. Una traducción más acorde a nuestros tiempos sustituiría los términos "inspección social" e "inspectora social", por "Trabajo Social" y "trabajador/a social".

las grandes fábricas. Aunque desarrollen su trabajo en instituciones independientes unas de otras, su función principal es la misma: "ocuparse atentamente de todas las necesidades del individuo, que podrían de otro modo ser descuidadas, y en los hospitales, en las escuelas, en las fábricas y en las cárceles es donde se descubren estas necesidades" (Cabot, 1920: 31).

En la esfera de la Medicina, la asistencia social ejercida por la inspectora o visitadora a domicilio es un nuevo órgano, a comienzos del siglo XX, intermediario entre los enfermos (caracterizados por la incultura, pobreza, desorden, hacinamiento...) y los médicos (funcionarios de ciudad). En otros tiempos, en los que predominaba la sociedad rural, era el médico el que, muchas veces también como amigo, aconsejaba recursos terapéuticos, era el apoyo psicológico...pero la realidad social cambió.

En Estados Unidos, la inspectora social se ocupa de tomar medidas de higiene: mejorar la vivienda del enfermo, proporcionarle la mayor cantidad de aire y de sol posibles, mejorar alimento y, especialmente, explicarle al enfermo en qué consiste su enfermedad y cómo combatirla. Cabot (1920), toma la idea del doctor Clamette⁸ de que la inspectora de higiene es el nexo de unión entre la institución y el domicilio del enfermo.

Cabot (1920) explica las diferencias entre los médicos de antaño y sus contemporáneos. Hasta entonces, los médicos se ocupaban únicamente de los enfermos que iban a su dispensario, con una actitud pasiva. En la época del autor, el médico pasa a ser "el luchador que habiendo entrado en guerra con la enfermedad, busca por todos sus medios el modo de atacarla donde se encuentre" (Cabot, 1920: 37). Por lo tanto, sólo a partir de entonces, el médico trabaja sobre las medidas preventivas que van a tratar de impedir el

⁸ Cabot resalta la experiencia de los médicos franceses en su lucha contra la Tuberculosis, unida a la extrema pobreza y otras enfermedades como el alcoholismo.

desarrollo de la enfermedad, y no esperar pasivamente a que el paciente pida auxilio en el último momento, aspecto que es clave para la Salud Pública.

Cabot (1920) comenta la necesidad de coordinar la gran cantidad de asociaciones y obras benéficas que se han venido desarrollando desde finales del siglo XIX, y que actúan cada una por su cuenta, sin coordinación entre ellas, generando desorden y confusión. Es necesaria la cooperación para obtener un máximo beneficio con un mínimo gasto de energía, acciones duplicadas y contrariedades. Esta organización existe ya en Estados Unidos e Inglaterra con la forma de **federación de las obras benéficas**, conservando cada entidad su independencia administrativa y financiera.

El autor se dio cuenta de la importancia de una inspectora a domicilio, en 1903, a través de su colaboración e implicación con determinadas obras benéficas hacia 1903. Le parecía ilógico decirle a un paciente, por ejemplo, que necesitaba vacaciones (siendo ésta la única prescripción posible a su juicio), cuando era imposible debido a sus condiciones económicas, sus recursos, sus escasos apoyos sociales, etc. Lo compara con la metáfora de poner una carga pesada a un caballo fatigado que sube una cuesta. Según Miranda (2001) la cuestión era muy sencilla: muchas veces se prescribían tratamientos y se hacían recomendaciones médicas imprescindibles para superar la enfermedad (vacaciones, dietas, cambios en el estilo de las condiciones de vida...) que no eran posibles debido a las condiciones sociales del individuo.

Siguiendo a Burns (1977, en Miranda, 2001), Cabot creía que los cuidados físicos no podían desligarse de las circunstancias sociales de los pacientes. Llegó a desilusionarse al reflexionar sobre el hecho de que las circunstancias sociales de los usuarios impedía una respuesta adecuada a las recomendaciones médicas, por ejemplo

cuando él podía recetar un medicamento para aumentar el apetito de un paciente, pero éste no disponía de dinero para comprar comida.

Al ver que perdía el tiempo con sus diagnósticos, pues los enfermos no podían seguir sus prescripciones, se dio cuenta de la necesidad de la inspectora a domicilio, una inspectora social que completara su diagnóstico estudiando de manera más profunda la enfermedad y la situación económica de los pacientes. Esto a su vez, propiciaría la coordinación entre los recursos de asociaciones privadas e instituciones públicas (Cabot, 1920). Así pues, en 1905, Cabot hizo entrar en el hospital general de Massachusetts una inspectora social retribuida, a fin de trabajar en cooperación con el mismo doctor y otros médicos de la consulta ambulatoria. Según Miranda (2001: 233), estamos ante un médico que:

“(...) encontró en las trabajadoras sociales, las profesionales que, desde el interior del equipo, y no desde fuera como a veces alguien ha defendido, en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, médicos y enfermeras, se encargaban de tratar de remover esos inconvenientes sociales y culturales que impedían a los pacientes alcanzar mejores niveles de salud”.

Durante los trece años que pasaron hasta la publicación del libro que estamos analizando, doscientos hospitales siguieron el ejemplo de Cabot en los Estados Unidos, empleando hasta cuarenta o cincuenta inspectoras retribuidas.

b) Posición de la inspectora social y deberes desde el punto de vista médico.

El autor deja bien claro en su libro que “es necesario establecer de una manera precisa, desde el principio, que la inspectora forma parte de una organización médica” (Cabot, 1920: 47). Es por ello que

su salario debe proceder de dicha organización, y no de otra fuente. Según Cabot, la inspectora actúa como auxiliar del médico en cuanto a **diagnóstico y tratamiento**. Resulta necesario que descubra, en la medida de lo posible, en qué clase de enfermedad se encuentra el paciente, en qué grado y a qué es debida⁹; lo que no quiere decir imitar al médico en sus exploraciones clínicas. Para que los datos complementarios adquiridos por la inspectora sean útiles, el médico ha de ponerse inmediatamente al corriente en todos los aspectos, a fin de que pueda emplear los datos para el diagnóstico y tratamiento. Así pues, la información recabada ha de constar en la historia clínica.

Es fundamental, pues, que la inspectora posea unos conocimientos, mínimos pero muy relevantes, sobre Medicina y Salud Pública. Estos valiosos conocimientos, si no se sacan a la luz, no sirven de mucho. La inspectora tiene el deber de romper con ideas catastrofistas mitos y supersticiones populares.

“La inspectora puede combatir la enfermedad repartiendo el contagio de la verdad médica. Multiplica los focos donde la verdad puede extenderse aún más, cuando ella no esté presente, así como la enfermedad se distribuye a todas horas por nuestros centros de infección” (Cabot, 1920: 59-60).

La inspectora tendrá que averiguar, a través de relaciones amistosas, los recursos de los que dispone el enfermo y su familia para tomar las medidas más idóneas respecto a la nutrición, higiene, vacaciones, reposo, etc. La crítica o ayuda moral vendrá después de haber establecido una relación amistosa y nunca antes, para evitar el fracaso (Cabot, 1920).

⁹ Ejemplo: en un caso de tuberculosis avanzada, y obviamente contagiosa, la inspectora, como mecanismo automático de la institución, tendrá que investigar los puntos de contacto de este enfermo con otros. En el caso de enfermedades no contagiosas, como las profesionales (ejemplo: intoxicación por plomo), la inspectora tendrá que investigar las condiciones de la industria, **misión de la inspectora fundamental para la seguridad pública.**

c) Funciones de la Inspección Social

Cabot (1920), establece como una de las funciones de la inspección social la de descubrir por qué un enfermo determinado acude a la consulta el día que lo ha hecho. Tiene mucha importancia ya que puede aportar al médico el hecho fundamental que guiará sus investigaciones, y porque puede hacerle descubrir que la queja del enfermo no tiene importancia alguna.

Entre los deberes de la inspectora se incluye el de enterarse de las condiciones de higiene de la **habitación** del enfermo y explicárselas al médico, pues éstas sirven de base para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Después, la inspectora intentará procurar las mejoras necesarias a su juicio, junto con el consejo del médico. A veces es más importante propiciar el grado de calor deseado o la aireación, que dar medicamentos. "Los problemas de la habitación son los más difíciles entre todos los que la sociedad tiene de frente" (Cabot, 1920: 82). Es por ello que la inspectora de higiene debe poseer un conocimiento exhausto de los alojamientos, que sin ser tan costosos sean más adecuados.

Las **condiciones de trabajo** son de los problemas económicos más difíciles que se le pueden presentar a una inspectora (condiciones físicas y morales, salario, posibilidad o no de ascenso, capacidad o incapacidad para realizar el trabajo...). La inspectora puede asesorar acerca de ofertas de trabajo en mejores condiciones (que un obrero perfectamente puede desconocer) o puede adquirir informes sobre fábricas y patronos. También puede apreciar, mejor que el trabajador, el efecto nefasto de su trabajo sobre su salud: "(...) la clase de socorros que puede dar es la menos perjudicial, y, en cierto modo, la más satisfactoria: **enseñar al necesitado**" (Cabot, 1920: 84), sin que sea tarea fácil estar mejor informado que un individuo sobre sus asuntos.

La inspectora también tiene que ver con la necesidad de adaptarse al temperamento del enfermo, adaptarse al mismo e incluso modificar el tratamiento común; dependiendo de cada caso particular y de las diferencias de cada individuo. Se trata de hacerle comprender que su mejoría depende en gran medida de los esfuerzos que haga él mismo para recuperarse. Es una tarea difícil, pero muy relevante, prestar atención a los temores del enfermo e intentar entenderlos. "Para esta tarea hace falta una persona que pueda consagrarle tiempo, paciencia y tacto" (Cabot, 1920: 92). No obstante, podemos realizar una crítica al autor cuando asegura que esta tarea es idónea para una inspectora social porque, entre otros argumentos, "(...) siendo mujer, tiene las cualidades de tacto y habilidad necesarias para entrar en la intimidad del enfermo" (Cabot, 1920: 92).

d) El Tratamiento Social

Siguiendo a Cabot (1920), es muy común entre los médicos ceñirse al tratamiento médico sin incluir la segunda parte, el tratamiento social. Se trata de una segunda parte indispensable, sin la cual, la perspectiva es falsa. Se trata de una perspectiva que no ve más que la enfermedad patente, desligada de la parte económica, mental y moral.

¿Cómo hay que dar? Cabot (1920) sostiene que queremos dar: placer, belleza, dinero, instrucción, educación y valor. Pero, además, "poner a los que ayudamos en condiciones de poder adquirir todas estas cosas muy pronto con sus propios medios" (Cabot, 1920: 147).

Es muy importante para la inspectora social la escucha **y atención activa**, dedicar su atención al individuo, para lo que se

necesita una paciencia extraordinaria, pues la escucha activa dura todo el tiempo que pasamos con una persona. Se trata no sólo de escuchar con simpatía, sino interesándose, preguntando y señalando la falta de conformidad cuando es el caso.

Según Cabot (1920), los **principios** de la inspección social son:

- 1º) Ayudar, no a los que amamos, sino a los que lo necesitan.
- 2º) “Es necesario dar como quien transmite una cosa que no le pertenece en realidad” (Cabot, 1920: 169).
- 3º) Se debe edificar al mismo tiempo que damos, puesto que los efectos del donativo por sí solo, no son duraderos.
- 4º) Debemos dar y tomar.
- 5º) “Debemos dar, no como las gentes que quieren aminorar la miseria del mundo, por piedad, sino como las gentes que quieren librarse, pagar a un mundo desbordante de gloria y generosidad para con nosotros” (Cabot, 1920: 170).
- 6º) Necesidad de esfuerzo previo para dar forma a nuestro sentimiento de admiración y gratitud.
- 7º) Que aquellos a quienes damos sepan bien que nos damos cuenta de que nosotros no somos otra cosa, sin sospecha de superioridad.

3. LOS COMIENZOS PROPIAMENTE DICHOS EN SALUD MENTAL

"La locura, a veces, no es otra cosa que la razón presentada bajo diferente forma"
Goethe (1749-1832).

3. 1. La situación de la asistencia psiquiátrica en los orígenes de la Psiquiatría: una crítica a la institucionalización manicomial

Según Campos y Huertas (2008), hasta la década de los setenta del pasado siglo no surgió la corriente historiográfica que estudiaba el manicomio como medio de control social. Dicha corriente comenzó con la publicación de *Histoire de la folie à l'âge classique* de Foucault, a raíz de su interés en la relación psiquiatría-poder y la marginalización espacial y social de los enfermos mentales. Esta introspección en la Historia de la psiquiatría desató una gran polémica sobre los métodos de tratamiento a los enfermos mentales, lo que demuestra, una vez más, la importancia de la Historia para mejorar las actuaciones presentes.

Podemos afirmar que el interés por los manicomios, la locura y la psiquiatría surge a finales del siglo XVIII y principios del XIX en un contexto social de lucha contra la pobreza y sumisión de la clase popular (Campos & Huertas, 2008). Según Castel (1975), en el siglo XIX surge el problema del loco, que desentona en una sociedad contractual derivada de las revoluciones burguesas. Por un lado, estos sujetos carecen de razón, pero por otro lado, conservan el estatus de ciudadano; por ello, se plantea como un problema dentro de la nueva legalidad burguesa según los ideales ilustrados. El mismo autor concibe la institución manicomial como una estrategia de

dominación burguesa que utilizaba los asilos como espacios de laboratorio para la experimentación social a fin de disciplinar a la clase popular. Es por ello que se produce:

“(...) un proceso de erosión del derecho por un saber y la subversión progresiva del legalismo por unas actividades de peritaje” que constituirían “una de las grandes mutaciones que desde el advenimiento de la sociedad burguesa, alteran los procesos de toma de decisiones que comprometen el destino social de los hombres.” (Castel, 1980: 25).

En esta misma línea, podemos afirmar que el asilo sirvió como escenario para estudiar concretamente a los casos de enfermos mentales y que los médicos extrajesen sus teorías; fue en la institución manicomial donde la psiquiatría encontró el lugar idóneo para desplegar sus teorías científicas entorno a la sintomatología de los internos:

“El manicomio privado sirvió para “comerciar con la locura” pero también funcionó como un promotor obligado del desarrollo de la psiquiatría como ciencia y como arte. El asilo no se instituyó para practicar la psiquiatría: más bien la psiquiatría fue la práctica que se desarrolló para manejar a los internos.” (Porter, 2003: 103).

Retomando a Castel (1980), el autor relaciona el ingreso en una institución manicomial con una vida alienada del enfermo —que muy lejos se encuentra de la cura terapéutica, y muy cerca del carácter custodial— así como con su inoperancia y el tratamiento moral, llegando a la siguiente conclusión:

“Por tanto se puede entender que el aparente fracaso de esta empresa pedagógica, la incurabilidad del enfermo, pueda realizar una de sus finalidades profundas. El alienado que muere alienado en un manicomio tras una larga vida de

alienado exhibe en su destino todas las características negativas de la alienación mental. Simboliza con la perfección de un personaje trágico la exclusión social y humana de la locura. Si alguna cosa puede disuadir de estar loco, es esta visión de una vida de loco, o sea de la vida que se da al loco en esos manicomios donde, sin embargo, se le dispensan – según se dice– todos los auxilios de la ciencia y la filantropía (...). Porque los propios fracasos pueden encerrar una significación pedagógica más sutil, y quizás más ejemplar: dicen lo que hay que pagar por transgredir las normas. Basta que haya unos cuantos locos para mostrar a todos cuán prudente y bueno es ser normal. Eficacia simbólica tal vez, utopía social si se quiere, pero que no se debe menospreciar para comprender esta especie de duración supra-histórica de la forma manicomial” (p. 256).

Se puede afirmar que la Psiquiatría clásica reinó como una verdad absoluta entre 1850 y 1930, apoyándose en el discurso de la necesidad de residencia de los enfermos mentales en asilos/manicomios. Pero la Psiquiatría no toma tanta importancia en el siglo XIX por su capacidad de racionalizar los trastornos mentales y conductuales, sino que vino desarrollándose como una forma de higiene pública, en cuanto que la locura se asociaba a problemas/peligros sociales malsanos (con el crimen y la delincuencia, al fin y al cabo): alcoholismo, vida urbana, promiscuidad... (Foucault, 1992). No será hasta las décadas de 1930 y 1940 cuando surge el movimiento “antipsiquiátrico”, aunque personalmente me decanto por la denominación «crítica institucional» hacia la violencia del poder médico ocurrida en los dispositivos manicomiales y en las prácticas psiquiátricas hegemónicas que, en sus inicios tuvieron tantas y tan graves repercusiones en el desarrollo vital del enfermo.

Podemos hablar, pues, a partir del siglo XIX, de la necesidad de un poder y una institución médico-hegemónicas que manifiestan un gran interés por relacionar la práctica psiquiátrica con el discurso científico de la verdad, "(...) una práctica psiquiátrica que quería que la verdad fuera dada de una vez por todas y nunca volviera a cuestionársela (Foucault, 2005: 159). Foucault plantea una descripción tremendamente ilustrativa de la realidad psiquiátrica en sus orígenes:

"En líneas generales, el poder psiquiátrico dice esto: entre la locura y yo la cuestión de la verdad nunca se planteará por una razón muy sencilla a saber: que yo, psiquiatría, ya soy una ciencia. Y si como tal, tengo derecho a interrogarme a mí misma sobre lo que digo, si es cierto que puedo cometer errores, de todos modos me toca, y me toca a mí sola, en cuanto ciencia, decir si lo que yo digo es verdad o corregir el error cometido. Soy dueña, si no de la verdad en su contenido, al menos de todos los criterios de la verdad. Además esa razón, el hecho de poseer, en cuanto saber científico, los criterios de verificación y de verdad, me permite hacer míos la realidad y su poder e imponer a todos esos cuerpos dementes y agitados el sobrepoder que voy a dar a la realidad. Yo soy el sobrepoder de la realidad como poseedora, por mí misma y de una manera definitiva, de algo que es la verdad con respecto a la locura." (Foucault, 2005: 159-160).

Estamos, pues, ante una época en la que triunfará sin titubeo alguno la razón clínica sobre la locura. Por su parte, Castel (1980) denuncia el poder político de la salud mental a fines del siglo XIX y principios del XX, disfrazado por el aparente neutralismo de los médicos. En *El orden psiquiátrico* Castel plantea la historia del presente para el caso del sistema psiquiátrico. En su obra describe la política de la salud mental en los siglos XIX y XX. El objetivo del

autor es analizar las cuestiones del pasado sistema psiquiátrico aún presentes en la actualidad, concretamente en la definición del «enfermo mental», de tal manera que se articulan la medicina y la administración política para tratar a un sujeto que se concibe como imposibilitado para decidir sobre su propia vida. Asimismo, observa los caminos que se han seguido desde entonces hasta nuestros días y el impacto sobre la configuración del tratamiento al enfermo mental. Miranda (2003) afirma: "(...) la Ilustración, en el contexto postrevolucionario (...) convirtió al loco en enfermo, quitándole las cadenas y sacándole de la cárcel para llevarle a otra institución *especializada* donde un médico *especial* había desarrollado un nuevo discurso para una enfermedad *especial* que necesitaba por tanto un nuevo modelo de gestión" (p.51).

Según Foucault (2005) el gran problema de la historia de la Psiquiatría en el siglo decimonónico no será la clasificación de las enfermedades, la definición de conceptos, ni incluso la histeria (que en el momento se encontraba en pleno debate) sino el **problema de la simulación**¹⁰, esto es, que la cuestión de la verdad nunca se plantee y que los síntomas de las enfermedades mentales se conciban como algo determinante. No se trata entonces de que el "no loco" se haga pasar por "loco", sino del problema del determinismo de los síntomas y de la respuesta del enfermo mental ante el poder psiquiátrico; esto es, la mentira de la simulación, el fingir de los síntomas, la locura simulando locura, de tal modo que ante dicho poder nos encontramos con el «antipoder de la simulación» por parte de los pacientes. Con todo, se deduce que fueron los mismos locos quienes instauraron en psiquiatría el problema de la verdad, como un acto de lucha y no patológico, contra el sistema manicomial. Continuaremos citando el interesante planteamiento de Foucault

¹⁰ Cabe mencionar que se trata de un problema ya planteado por Philippe Pinel en 1800. También Armand Laurent en 1866, Henri Lois Bayard en 1867, Edmond Boisseau en 1876, Désiré Magloire en 1884, Charcot en 1888 y Lecrosnier y Babé en 1890.

puesto que es fundamental para entender la filosofía subyacente en los inicios de la psiquiatría y el mencionado problema de la simulación:

“A grandes rasgos, la psiquiatría decía: contigo, que estás loco, no plantearé el problema de la verdad, pues yo misma la poseo en función de mi saber, a partir de mis categorías; y si tengo algún poder sobre ti, el loco, es porque poseo esa verdad. A lo cual la locura respondía: si pretendes tener de una vez por todas la verdad en función de un saber que ya está constituido, pues bien yo voy a plantear en mí misma la mentira. Y por consiguiente, cuando manipules mis síntomas, cuando estés frente a lo que llamas la enfermedad, te encontrarás la trampa, porque en medio de mis síntomas habrá ese pequeño núcleo de noche, de mentira, a través del cual te plantearé la cuestión de la verdad. Por lo tanto, no te engañaré en el momento en el que tu saber esté limitado, lo cual sería simulación lisa y llana; al contrario, si quieres tener algún día una autoridad efectiva sobre mí, la tendrás al aceptar el juego de verdad y mentira que te propongo” (Foucault, 2005: 161-162).

En cuanto a la cura, Foucault (2005) la concibe como una suerte de proceso espontáneo, a través de combinar: aislamiento en manicomio, medicamentos de orden fisiológico (opiáceos, láudano, etc.), las coerciones propias de la vida en el asilo (disciplina, reglamento, régimen alimentario...) y una medicación psicofísica unas veces castigadora y otras terapéutica (ducha, sillón giratorio...).

Como gran carencia de la disciplina manicomial se destaca la falta de libertad. Durante el siglo decimonónico podremos observar cómo la teoría del aislamiento va, poco a poco, cambiando. “La teoría del aislamiento (...) estaba esencialmente regida por la obligación de establecer una ruptura entre el marco terapéutico y la

familia del paciente, el medio en el cual se había desarrollado la enfermedad” (Foucault, 2005: 184). Según esta teoría, a la vez de estar protegiendo a la familia, se produce el valor añadido de que el enfermo valore la necesidad de libertad que antes, al no estar interno, no percibía.

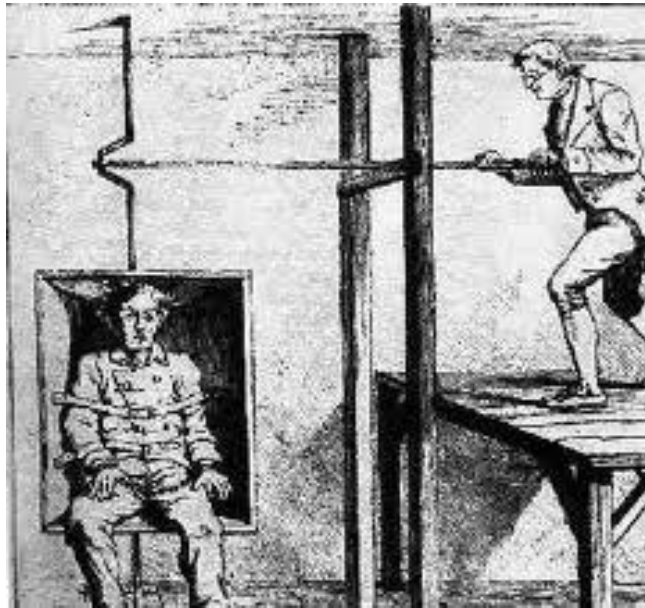


Ilustración del sillón giratorio, inventado por Erasmus Darwin (1731-1802). Médico, filósofo y científico británico; uno de los defensores pioneros del evolucionismo.

Foucault (2005) nos habla sobre una serie de complementos de poder agregados por el manicomio: “la disimetría disciplinar, el uso imperativo del lenguaje, el aprovechamiento de la penuria y las necesidades, la imposición de una identidad estatutaria en la cual el enfermo debe reconocerse, la supresión hedonista de la locura” (p. 196). Se supone que dichos a través de dichos complementos, y gracias al mismo funcionamiento de la máquina manicomial, la realidad podrá imponer su autoridad a la locura. Adaptarse a estos complementos de realidad significará querer abandonar el estado de locura, dejar de estar enfermo, y por tanto aceptar un poder legitimado como omnipotente. En consecuencia, salir del estado de locura significará ser obediente, reconocerse en la identidad biográfica estipulada en el asilo, evitar el placer que en ocasiones puede dar la locura...

El asilo comenzó a verse como un verdadero problema a finales del siglo XIX. El índice de recuperaciones bajaba y “(...) los asilos públicos se anegaban con pacientes de estancias indefinidamente prolongadas que llevaban una vida de zombies” (Porter, 2003: 119). En este momento los encargados de los mismos se dieron cuenta de

que los costes y la rehabilitación presentaban más problemas de lo que se esperaba. Además, los enfermos mentales se mezclaban con la entrada de personas con otros tipos de enfermedades neuro-degenerativas (paralíticos, epilépticos, demencia senil...), convirtiéndose así en "(...) el basurero de los casos terminales" (Porter, 2003: 120).

Según Porter (2003) en Estados Unidos se dio una transformación paulatina que fue desde el optimismo de la terapia moral hasta una excesiva preocupación por la seguridad con la consecuente utilización de sedantes, deteriorándose así la calidad de los cuidados. Dicha transformación se puede ejemplificar con el *Pennsylvania Asylum*, que en la primera mitad del siglo decimonónico, propugnando una filosofía de curación, fomentó una gran participación comunitaria y familiar, pero a finales de siglo terminó practicando un tipo de psiquiatría más biologista que justificaba la mencionada utilización de sedantes, dejando a un lado la terapia personalizada.

Así pues, podemos contemplar que el poder psiquiátrico comenzó (y paulatinamente perduró hasta la segunda mitad del siglo XX), siendo, más que una cura, una forma de autoridad disciplinaria y obediencia. No podemos hablar de intervención terapéutica en un dispositivo que trata de funcionar con la misma homogeneidad que en las cárceles, colegios...de la época. La locura se trataba con un régimen institucional de aislamiento y regularidad, uso medido del tiempo, aprovechamiento de las necesidades, deber de trabajar, etc. Por todo ello, Foucault (2005), con bastante propiedad, denomina protopsiquiatría a la supuesta Psiquiatría del siglo XIX; y "dirección de la conciencia" en lugar de intervención terapéutica. A continuación, una cita de hace siglo y medio, del psiquiatra Belloc (1861) cuestionándose la práctica de la mencionada «dirección» en el manicomio:

“Cada día en el asilo que dirijo, alabo, recompenso, censuro, impongo, obligo, amenaza, castigo; ¿y por qué? ¿Acaso yo mismo soy un insensato? Y todo lo que hago lo hacen también mis colegas, todos, sin excepción, pues así se deduce de la naturaleza de las cosas” (p. 422).

Personalmente, lo que deduzco es que el objetivo de esta dirección, que como vemos en la cita, se da por una especie de “inercia” dada por el propio dispositivo manicomial, no es otro que el de dar un poder reafirmante a la realidad; esto es, recalcar bien la separación entre la realidad (verdad/razón absoluta) y la locura (sinrazón). Estamos ante una sociedad de razón ilustrada que pretende aislar, separar a todo lo que sea considerado “sinrazón” hasta que los locos recuperen la cordura, es decir, vuelvan a dicho estado de razón considerada perfectamente lógica. Según Porter (2003), “el establecimiento del asilo instaló un cordón sanitario que separaba lo “normal” de lo “demente” y que recalcó la Otredad de lo lunático al delimitar un ámbito generacional en el que lo ajeno y lo extraño pudieran ser manejados” (p. 122).

Otra de las tesis que sostienen Foucault y Castel, y que comparten Campos y Huertas (2008) es la creación, en campos aislados, de grandes centros manicomiales en el siglo XIX debido a lo costoso que suponía mantener a los enfermos pobres. Dichos centros se autofinanciaban a través del trabajo de estos pobres. Ello contribuía a la supuesta cronificación de los pacientes, pues sería imposible de mantener este sistema microeconómico sin la prolongación de la enfermedad de los usuarios. Este hecho demuestra la innegable determinación del contexto social en la historia de la práctica psiquiátrica.

Desde el siglo XIX se ha venido utilizando el modelo médico de enfermedad mental. Según Goffman (1961), cuando llega un paciente al hospital psiquiátrico, los profesionales no tienen en cuenta

las circunstancias del usuario, aplicando el modelo médico hegemónico, olvidando que hay casos para los que este modelo no vale. Un caso es el de pacientes que van forzados (por familiares, por ejemplo) a la institución psiquiátrica, por lo que el servicio realmente se estaría prestando, no al enfermo, sino a estos otros usuarios. Además, más que servicio, el autor nos habla de la autoridad que se ejerce en la relación mandar-obedecer. También critica la utilización de la institución a modo de albergue, lo que provoca que el fin terapéutico se encamine más hacia un fin asilar. Por otro lado, el carácter involuntario del ingreso del enfermo provoca en éste una sensación de resentimiento y estigmatización que supondrá otro inconveniente en el sistema psiquiátrico. Goffman (1961), del mismo modo que Foucault o Castel, critica la relación de poder en el mundo institucional de la locura, siendo el rol del psiquiatra, único e indiscutible; y quejándose los enfermos de ser únicamente sujetos y pacientes dentro del sistema. Todo ello dentro de un juego con normas más sociales que médicas: los criterios de la obediencia; de tal modo que se ha venido considerando a los pacientes obedientes como “menos locos” y viceversa, aunque clínicamente no sea el caso. Así pues, podemos calificar la función de los manicomios como adaptadora más que clínica, comparándolos con otras instituciones totales de sometimiento de masas como cárceles, campos de concentración o correccionales.

Siguiendo a Campos y Huertas (2008), en el siglo XX surgen los servicios de puertas abiertas como un medio supuestamente más eficaz para tratar la enfermedad mental. No obstante, el criterio de separación entre enfermos que debían permanecer ingresados en el manicomio y los de puertas abiertas no se puede calificar como médico. Dicho criterio estaba basado en la cronicidad, la peligrosidad, la sumisión y la obediencia más que en los niveles de salud mental. Si bien pues, estos criterios no tienen base científica, sino más bien disciplinaria ¿por qué la institución manicomial giraba

en torno a la figura médica de manera tan hegemónica? Este interrogante, tal y como hemos visto, es lo que Foucault viene cuestionando y analizando a lo largo de toda su obra.

3. 2. Movimiento de la Higiene Mental

Para comenzar este apartado, considero de suma importancia definir la «Higiene Mental», según M. Potet (1932, citado en Seva, 2006):

“Ciencia que tiene por objeto preservar de psicopatías al individuo normal, al predispuesto y al anormal conservando en equilibrio el estado mental y mejorándolo. Sus bases son la psicología o ciencia del funcionamiento normal del espíritu, unida a otras ciencias más como la psiquiatría, la pedagogía, la moral, la lógica, la antropología y la sociología” (p. 69).

Clifford Beers, un paciente psiquiátrico que recibió asistencia psiquiátrica en diferentes centros de salud mental, tanto públicos como privados, publica en 1908 *A mind that found itself*. En lugar de narrar sus experiencias negativas, en su obra propone una recomendación la cuál será objeto de discusión a partir de ese momento. El autor pone en cuestión la efectividad de los manicomios al plantear los efectos negativos y cronificadores que se derivan del ingreso del enfermo mental en los dispositivos hospitalarios. A su vez, propone llevar a cabo otras formas de intervención que verdaderamente ayuden al usuario a superar la enfermedad. Esta tesis fue apoyada por las figuras más progresistas dentro del mundo de la psiquiatría, como



Clifford Whittingham Beers

el mismo Adolphe Meyer (Garcés & Miranda, 1998). El libro mencionado tuvo una gran repercusión, estableciéndose ese mismo año la Mental Health Society en Connecticut (Bertolote, 2008).

En 1909, Beers funda el "National Comitee for Mental Hygiene". Es entonces cuando se origina el "Movimiento de la higiene mental", con los objetivos de prevención, educación, investigación y coordinación inter dispositivos (públicos y privados). A partir de entonces se desarrolla un gran número de prácticas psiquiátricas externas a las instituciones hospitalarias. Clara Basset, Mary J. Ward, Deutsch y Goffman son autores que durante la primera mitad de siglo realizarán una severa crítica (y autocrítica) a los centros manicomiales, a fin de convertirlos en verdaderos centros de terapia y rehabilitación (Garcés & Miranda, 1998). El propio Beers (1937, citado en Bertolote, 2008), "cuando, en 1909, se organizó el Comité Nacional, su labor principal residía en humanizar la atención de los locos: erradicar los abusos, las brutalidades y la desatención que tanto sufrimiento han causado tradicionalmente a los enfermos mentales" (p. 113). Posteriormente, se procedió a incidir en la prevención dado que consideraban que los trastornos mentales se originaban en los períodos de infancia y juventud y que las condiciones ambientales y la forma de vida contribuían al empeoramiento de la salud mental. Así pues, podemos afirmar que este movimiento se inició con una naturaleza parapsiquiátrica en cuanto que estaba dirigido a las mejoras en la salud mental, mejoras que defendían psiquiatras con orientación psicoanalítica.

Según Garcés y Miranda (1998), el mundo de la salud mental fue uno de los primeros campos en los que el Trabajo Social se hizo eco. Fue, en 1905, la esposa de Adolphe Meyer, la primera trabajadora social en Psiquiatría, la cual se integra en la Clínica Neurológica del Hospital General de Massachusetts. A partir de entonces, los asistentes sociales se van incorporando a los centros

psiquiátricos de Nueva York a fin de realizar un seguimiento de los enfermos post-hospitalarios.

“Pero es en 1913 cuando el Trabajo Social da un auténtico empuje. El Hospital Psiquiátrico de Boston inauguró su Departamento de Servicio Social dirigido por el Dr. Ernest Southard y la Asistente Social Mary C. Jarrett, y ambos fueron coautores de un manual de Trabajo Social muy leído desde 1920. Esta Asistente Social en 1913 había puesto en marcha un curso de especialización en Psiquiatría para el Trabajo Social” (Garcés & Miranda, 1998: 74).

Siguiendo a Seva (2006), en 1907 surge el comienzo científico de la Higiene Mental, el cual no se institucionalizará hasta 1919 a raíz de la fundación de la primera Asociación Nacional para la protección de la salud mental. Según Bertolote (2008) a partir de 1919 es cuando se internacionalizan las actividades de la Comisión de Higiene Mental, estableciendo asociaciones nacionales en Francia y Sudáfrica (1920), en Italia y Hungría (1924). Y a partir de ahí se crea el Comité Internacional de Higiene Mental, el cual se reemplazó posteriormente por la Federación Mundial de Salud Mental (World Federation of Mental Health, WFMH).

En 1922, Mary Richmond afirma que alrededor de 350 hospitales de EEUU ya tenían un Departamento de Trabajo Social. Así pues, podemos comprobar la estrecha y temprana relación entre Trabajo Social y Psiquiatría; una relación impulsada tanto por el Movimiento de Higiene Mental como por el Psicoanálisis. Los principios de prevención y rehabilitación del movimiento de Higiene Mental impulsaron la rápida incorporación del trabajador social a los equipos psiquiátricos interdisciplinarios (Garcés & Miranda, 1998).

El Movimiento de Higiene Mental no estaba orientado hacia el individuo enfermo, sino hacia la comunidad en general, considerándose a cada individuo de la misma como un miembro cuya

salud mental y emocional se encontraba determinada por factores causales, por lo que era más prioritario la prevención que la curación. Estamos, pues, ante una respuesta comunitaria organizada ante una necesidad comunitaria reconocida (Bertolote, 2008).

Según Bertolote (2008), en 1937, el Comité Nacional de Higiene Mental estipuló que iban a alcanzar sus objetivos mediante las siguientes acciones:

- diagnóstico y tratamiento precoces
- hospitalización adecuada
- investigación
- comprensión y apoyo público en lo relacionado con psiquiatría y salud mental
- instruyendo a individuos y grupos en la aplicación de los principios de higiene mental
- cooperación con organismos públicos y privados que tengan alguna relación con la salud mental.

3. 3. La Llegada del Psicoanálisis

Foucault (1973) interpreta el psicoanálisis como “el primer gran retroceso de la psiquiatría” (p. 164). Estamos ante el momento en que el problema de la simulación¹¹, esto es, la trampa de la verdad y la mentira en los síntomas, se impone al poder psiquiátrico. El mérito a la primera despsiquiatrización, entendido el concepto como la duda ante el poder psiquiátrico, según el autor, no es de Freud, sino del conjunto de simuladores y simuladoras, es decir, los supuestos enfermos. De este modo, Foucault plantea el inicio de la Historia del Psicoanálisis, no desde su propio padre, sino desde la simulación de

¹¹ Ver página 37.

los locos como lucha y trampa a la hegemonía psiquiátrica institucional.

Parafraseando a Porter (2003), en teoría la Psiquiatría siempre ha perseguido dos metas: comprender de manera científica la locura y curar a los lunáticos. A pesar de considerarse dos metas inseparables, la primera ha tomado más énfasis que la segunda. Esto se debe, sobre todo, al gran interés de los médicos psiquiatras, a finales del siglo decimonónico, de consolidar su especialidad dentro de las ciencias biomédicas más sólidas; y por el afán de desligarla de los mitos curanderiles y del espiritualismo.

A inicios del vigésimo siglo, el gran conocimiento que se había desarrollado sobre esta especialidad médica era patente, sin embargo dominaba un pensamiento pesimista que consideraba que en la práctica se podía ayudar bien poco al enfermo para su curación, fundamentado en las teorías eugenistas y degeneracionistas.

“Para muchos el psiquiatra parecía haberse reducido a un policía o a un guardián que protegía a la sociedad de los locos. Surgía, apuntada por el eugenismo y el degeneracionismo, una política psiquiátrica en la que pronto podría decirse que las mismas vidas de los pacientes no “valían la pena ser vividas”. La psiquiatría nazi de la década de 1930 juzgaba que los esquizofrénicos, igual que los judíos, debían ser eliminados; de enero de 1940 a septiembre de 1942, en lo que parece ser una operación previa a la “solución final”, 70.723 pacientes fueron asfixiados con gas; la selección de éstos se hizo a partir de listas de individuos cuyas “vidas no valían la pena ser vividas” redactadas por nueve eminentes profesores de psiquiatría y treinta y nueve doctores del más alto prestigio.” (Porter, 2003: 177-178).

A modo de reacción contra el mencionado eugenismo¹² y degeneracionismo¹³ surgieron nuevas corrientes de psiquiatría dinámica apoyadas por numerosos seguidores. Estamos ante recursos que trataban sobre el *yo*, la voluntad, el inconsciente y la voluntad de la persona; desterrando el concepto del *cogito* cartesiano¹⁴. “Incluso antes de Freud resultaba claro que el ser humano no era el amo de su propia casa” (Porter, 2003: 178), que el *yo* se encontraba dividido. Los franceses Lièbault y H. M. Bernheim investigaron el mundo de la psique mediante técnicas de mesmerismo¹⁵ y Charcot¹⁶ empleó el hipnotismo como



Jean-Martin Charcot enseñando en el Hospital Salpêtrière de París

¹² Según Julio Pérez Díaz: “El eugenismo es la doctrina que predica una mejora cualitativa, biológica, “natural” de la población (frente a la mejora “cultural”). Los mecanismos pueden ser “positivos” (por el fomento de la reproducción de los “más aptos”) o “negativos” (por las trabas o la incapacitación de los “menos aptos” para reproducirse)”. Disponible en su blog: <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/polpob/temaspolpob/eugenismo.htm>

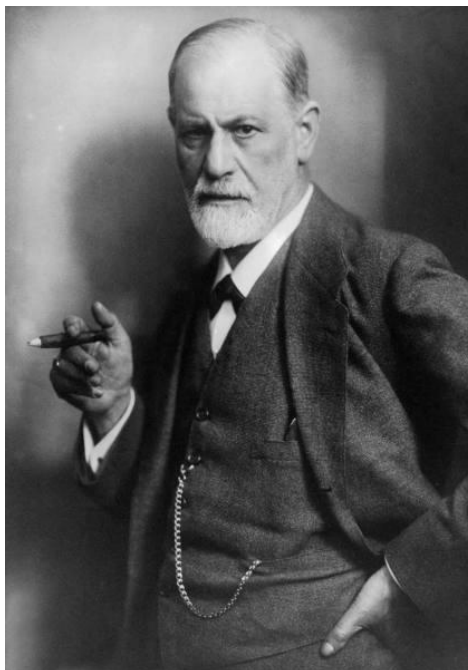
¹³ Según Magnan y Legrain (fieles defensores de esta teoría, junto con autores como Morel, Lombrosos, etc.): “La degeneración (*dégénérescence*) es el estado patológico del ser que, en comparación con las generaciones más cercanas, tiene constitutivamente debilitada la resistencia psico-física, y no es capaz de cumplir sino de manera incompleta las condiciones de la lucha hereditaria por la vida. Este debilitamiento que se traduce en estigmas permanentes, es esencialmente progresivo, de no mediar la posibilidad de una regeneración; cuando ésta no tiene lugar, aquél acarrea con mayor o menor rapidez la aniquilación de la especie” (Magnan y Legrain, 1895; citado en Esposito, 2004: 189)

¹⁴ *Ego cogito, ergo sum*: Todo lo que piensa existe; yo pienso entonces, yo existo. “El *cogito* cartesiano es inicialmente (...) dentro del contexto de la duda metódica, la certeza de mí mismo en contraposición a la dubatibilidad de la realidad del resto de los entes, entes los que se encuentra mi propio cuerpo” (Guarino, 2009: 182).

¹⁵ Mesmerismo “es el nombre dado a un arte o a la exhibición de un poder que afecta a los demás, tiene la capacidad de influenciar y antecede por mucho tiempo el período de Anton Mesmer. A algunos de sus fenómenos se les llaman Hipnotismo y Magnetismo. Este último deriva del hecho de que la persona sobre la cual se opera, algunas veces sigue la mano del operador, como un imán atrae la limadura de hierro” (Judge, 1892: 1).

herramienta para la histeria. De hecho, Charcot resultó ser una figura crucial en la formación del gran Freud (1856-1939).

Según Porter (2003), en la última década del siglo XIX Sigmund Freud ya trabajaba la teoría de que la neurosis se originaba a consecuencia de traumas sexuales en la infancia: la teoría de la seducción. Se basaba en el hecho de que la mayoría de sus pacientes histéricas habían sufrido algún tipo de abuso sexual de sus padres, de tal manera que los recuerdos reprimidos se despertaban en edades más adultas, dando lugar a los síntomas histéricos. Pocos años después, Freud dejó de creer en su teoría para propugnar que las historias de seducción de las pacientes no radicaban en abusos sexuales de adultos sino en los deseos eróticos en la infancia; desechando así su teoría de la seducción por el estudio de la sexualidad infantil con el complejo de Edipo, concepto que define y revela a su colega Fliess en 1897, mientras se autopsicoanalizaba:



Sigmund Freud en 1922, por Max Halberstadt

“También en mi caso he encontrado amor a la madre y envidia del padre, y lo creo un fenómeno general de la temprana infancia [...] de ser éste el caso, el poder cautivador de *Edipo rey*, a pesar de las objeciones racionales contra el destino inexorable que supone la historia, se vuelve comprensible. [...] Cada individuo del público fue en algún momento y en su fantasía un Edipo potencial” (Freud, en Porter, 2003: p. 181).

¹⁶ Cabe aclarar que, según Porter (2003) las críticas realizadas hacia el hipnotismo del gran Charcot estaban basadas en que, en buena medida, las actuaciones de las pacientes histéricas estaban influenciadas por la sugestión.

A partir de su gran obra *La interpretación de los sueños* (1900), comenzó a formular los postulados teóricos esenciales del psicoanálisis: estados mentales inconscientes (represión y consecuencias neuróticas), sexualidad infantil, significado simbólico de los sueños y síntomas de histeria. La obra de Freud es crucial en diversas disciplinas puesto que se ha visto extendida a los ámbitos social, histórico, cultural y antropológico originando varias teorías sobre el tabú del incesto, el patriarcado, el monoteísmo, etc. (Porter, 2003).

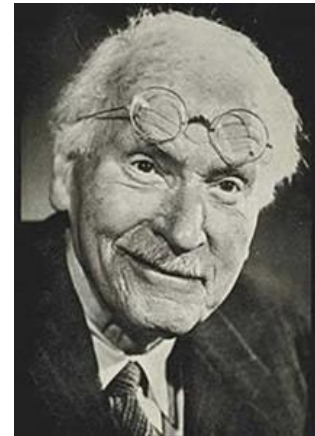
El movimiento psicoanalítico



Emil Kraepelin

Siguiendo con Porter (2003), en el hospital psiquiátrico de Zúrich (Burghölzli, Suiza), se desarrollaron teorías psicoanalíticas para describir la «esquizofrenia», término derivado de la *dementia praecox* (demencia precoz) de Kraepelin (1856-1926), caracterizado por delirios, alucinaciones y perturbaciones del pensamiento. No obstante, la influencia de mayor consolidación fue la de Carl Jung (1875-1961), desde su separación de Freud en 1912, con su psicología analítica alternativa caracterizada por un menor contenido sexual y un mayor idealismo del subconsciente. Jung trató de ofrecer una perspectiva más amplia de la psique que Freud, a través de los tipos de personalidad (el tipo «introvertido» y el «extrovertido»).

En Francia destaca la década de los setenta del vigésimo siglo con el polémico Jacques Lacan, el cual interpretó a Freud a partir de la semiótica estructuralista. Pero previamente a esta influencia lacanista, Pierre Janet (1859-1947) desarrolló teorías de desarrollo de la personalidad y de trastornos mentales claves en la psiquiatría



Carl Gustav Jung



Pierre Janet

dinámica francesa. "Al explorar el inconsciente, dejó descripciones clínicas sensatas de la histeria, la anorexia, la amnesia y las neurosis obsesivas, así como de su tratamiento mediante la hipnosis, sugestión y otras técnicas psicodinámicas" (Porter, 2003: 185).

Fueron muchos los psicoanalistas que emigraron a Estados Unidos ya

previamente a la persecución de los judíos, a pesar de la mala concepción que Freud (otro emigrante) tenía sobre la sociedad norteamericana. Uno de los primeros fue **Alfred Adler** (1870-1937), famoso por su término «complejo de inferioridad», que explicaba cómo un neurótico se sobrecompensaba con la consecuente agresividad. Adler, tras su ruptura con Freud, propugnó que era necesaria cierta armonía social para prevenir la enfermedad mental. Por lo tanto, **su trabajo fue**



Alfred Adler

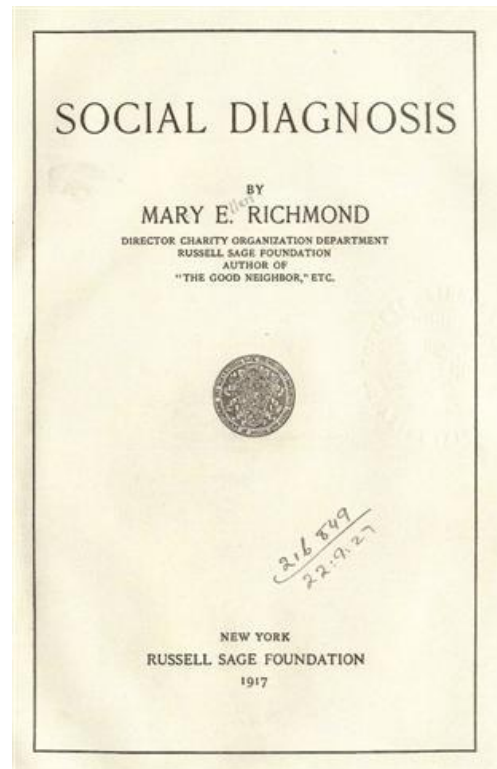
esencial para que la psiquiatría comenzara a tender hacia una perspectiva de integración social y estabilidad fundamentada

en la «adaptación individual» y en las «formas sociales sanas» (Porter, 2003). A partir de entonces, con la emigración masiva de médicos judíos a los Estados Unidos, a causa de la persecución nazi, dicho país se convirtió en el eje central de la psiquiatría (indubitablemente orientada hacia el psicoanálisis) en todo el mundo, distando notablemente de Gran Bretaña, donde se dio una gran resistencia a que la corriente se expandiera.

En este contexto, resulta interesante mencionar la gran obra de Mary Richmond: *Social Diagnosis*. Fue en 1904 cuando la autora empezó redactando este clásico como borrador, de tal manera que

“Esta fecha es importante porque indica que M. Richmond comienza la elaboración de su trabajo cinco años antes de la llegada de Freud a los Estados Unidos y, por tanto, este era un desconocido que, por otro lado, tenía pendiente desarrollar gran parte de su obra, y además, y no menos importante, la principal escuela de pensamiento social que estaba llamada a ser hegemónica hasta los años treinta, el Departamento de Sociología de la Universidad de Chicago, estaba dando sus primeros pasos (...). La consecuencia es evidente: resulta difícil identificar determinadas influencias aunque el primer borrador se enriqueciera progresivamente hasta su primera edición en 1917. De hecho, en la bibliografía citada sobresalen los nombres de algunos economistas, bastantes juristas y médicos como Adolf Meyer, figura clave del movimiento de la Higiene Mental, de la Psiquiatría progresista norteamericana e introductor del Trabajo Social en Salud Mental y Paul Dubois, también psiquiatra, como Putman; Weir S. Mitchel, y por supuesto, el Dr. Cabot; trabajadoras sociales como Ida Cannon, que trabajaba con el anterior, en el Massachusetts Hospital, Octavia Hill, Thomas Chalmers y otros autores” (Miranda, 2004: 149).

Si bien la cita del doctor Miranda es muy extensa, resulta fundamental para entender la consonancia entre el Trabajo Social y la llegada del Psicoanálisis. Además de las mencionadas influencias bibliográficas, la propia autora afirma taxativamente que en su intento de definir el Trabajo Social de caso se basa en las Ciencias Sociales más que en la Pedagogía, Psicología o Pedagogía, en relación con el concepto de desarrollo de la personalidad.



Hacia 1950 tomó fuerza la influencia psicodinámica, alegando que los trastornos de la mente no se podían reducir a lo clínicamente certificado, sino que la neurosis se podía encontrar en la gente "corriente": amas de casa con depresión, conflictos de familia, alcoholismo, adolescentes socialmente inadaptados, etc. Estamos en el inicio de una explosión de teorías sobre las depresiones y trastornos sexuales y de alimentación (Porter, 2003).

Tratamientos de choque y la introducción de químicos

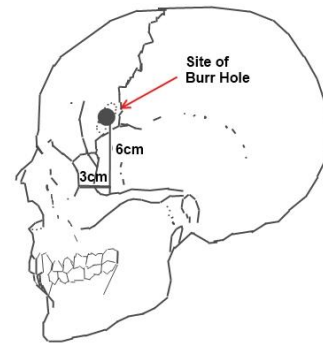
No obstante, a la par del éxito psicoanalítico surgido a raíz de las teorías freudianas, se fueron desarrollando en el siglo XX innovaciones terapéuticas (algunas eficaces y muchas dudosas y peligrosas) aplicadas, según Porter (2003), en enfermos mentales institucionalizados, a razón de la nueva microbiología, la cual identificó efectos de las infecciones bacteriales en el cerebro. En esta línea, Wagner-Jauregg (1857-1940) fue Premio Nobel en 1927 por su descubrimiento de que la infección artificial de malaria servía como tratamiento contra la parálisis general progresiva. Dicho psiquiatra

fue partidario, al igual que otros muchos, de la terapia de electrochoque, que se originó para tratar un nuevo fenómeno masivo que había dado lugar en la sociedad contemporánea: la neurosis de guerra¹⁷. En esta década de 1920, también alcanzaron mucho éxito las peligrosas terapias de sueño prolongado provocado por barbitúricos.

Ya entrados en la década de 1930, Manfred Sakel empleó el coma inducido por sobredosis de insulina como medio de lucha contra la esquizofrenia, otro método peligroso pero efectivo en algunos casos. En 1938 fue cuando Ugo Cerletti (1877-1936) se dispuso a emplear la terapia electroconvulsiva (electroshock) para curar la depresión severa. Se trata de una técnica que, a pesar de haber recibido numerosas críticas, ha tenido un gran éxito y sigue vigente en la actualidad. En esta misma década también se extendió la psicocirugía, con el neurólogo portugués Egas Moniz (1874-1955) defensor de la leucotomía, "(...) una separación quirúrgica de las conexiones entre los lóbulos frontales y el resto del cerebro" (Porter, 2003: 191). Esta técnica, junto con la lobotomía, tuvo un considerable éxito en Estados Unidos, de la mano del doctor Walter Freeman (neurólogo en el *George Washington University Hospital*).

¹⁷ Neurosis de guerra: "Cualquiera de diversos trastornos mentales, que van desde un temor exagerado hasta la demencia, debidos a una reacción traumática ante el estrés del combate" (*Diccionario Mosby - Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Ediciones Hancourt, S.A. 1999.*)

“A veces incluso con ayuda de un picahielos ordinario enserado a través de la cuenca del ojo y con unos cuantos golpes de un martillo de carpintero, Freeman llegó a despachar hasta cien lobotomías



transorbitales a la semana; en total llevó a cabo unas 3.600. Para 1951

Punto de incisión para lobotomía desarrollada por Freeman y Watts

más de 18.000 pacientes en los Estados Unidos habían sido sometidos a lobotomía antes de que esta práctica fuera desplazada debido a las crecientes dudas sobre su eficacia y a la revolución psicofarmacológica” (Porter, 2003: 191).

Mediante la psicocirugía, numerosos médicos creían en superar los manicomios llenos de despojos sociales de comienzos de siglo, con una psiquiatría que había tocado fondo, y rescatar la ciencia psiquiátrica mediante la cirugía, especialidad médica en auge. Si bien es cierto que en algunos casos su funcionamiento se patentó (pacientes que encontraron empleo, recuperaron su rol familiar...) siempre se convertían en individuos sumisos y maleables, despreocupados de sus problemas, que no iban a suponer más



Médico sacando sangre a un sujeto del experimento de Tuskegee

problemas de mal comportamiento, tanto en los pacientes ambulatorios como en los institucionalizados. “En un experimento tristemente famoso, cientos de pacientes mentales de raza negra en el Tuskegee Asylum en Alabama fueron conejillos de Indias sin su

conocimiento ni su consentimiento en un experimento sobre las reacciones a largo plazo producidas por la sífilis” (Porter, 2003: 193).

Entrando ya en la psicofarmacología, cabe mencionar la introducción del litio en 1949, primer medicamento psicotrópico¹⁸ el cual, sustituyendo a las anfetaminas y otros fármacos, se empleaba para la psicosis maniaco-depresiva, actualmente conocida como trastorno bipolar. Fue a partir de 1950 el *boom* de los antipsicóticos y los antidepresivos creados por las grandes industrias farmacéuticas, los cuales permitieron la salida de algunos enfermos institucionalizados que, bajo tratamiento, podían llevar una vida fuera de las puertas asilares. La psicofarmacología se concebía como una prometedora alternativa para evitar la internación manicomial, las largas terapias psicoanalíticas y la psicocirugía irreversible. Su éxito fue tal que en 1960 el Valium o Diacepam fue el fármaco más recetado en todo el mundo. Según Porter



(2003), el Prozac, introducido en 1987, el cual aumenta los niveles de serotonina provocando una sensación de agradable bienestar y autoseguridad se recetaba muy fácilmente para la depresión (y la supuesta depresión de la gente "corriente"). De este modo se esperaba la desaparición de toda enfermedad mental para el año 2000. Me parece de gran interés incluir el siguiente dato y reflexión que aporta el autor acerca de esta psiquiatría química:

¹⁸ Aquellos que alteran el estado del ánimo.



“Los fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central son actualmente el tipo de medicina de mayor venta en los Estados Unidos y representan una cuarta parte de las ventas totales (...) la psiquiatría corre ahora el riesgo de volverse adicta a los fármacos, un caso más en el que el remedio podría salir peor que la enfermedad” (Porter, 2003: 194).

Si bien es cierto que, como ya hemos mencionado, la entrada de fármacos supuso la salida de numerosos internos para su integración en el mundo exterior, no podemos negar la existencia de numerosos efectos secundarios (muchos de ellos desconocidos) y problemas de dependencia. Estamos ante problemas duraderos en el tiempo que plantean la cuestión moral de la modelación de la



Esta pastilla puede producir dolor de cabeza y cuello, náusea, vómitos, diarrea, palpitaciones, sudoración, hipotensión, arritmia, sangramientos, pérdida de la visión, disminución de la audición, ardor urinario y frigidez. Tómela 3 veces por día para mejorar su depresión.

personalidad. Y no sólo eso, sino que también entra en cuestión el gran lucro económico que ha generado la mercantilización de dichos medicamentos para los grandes monopolios de empresas farmacéuticas (Porter, 2003).



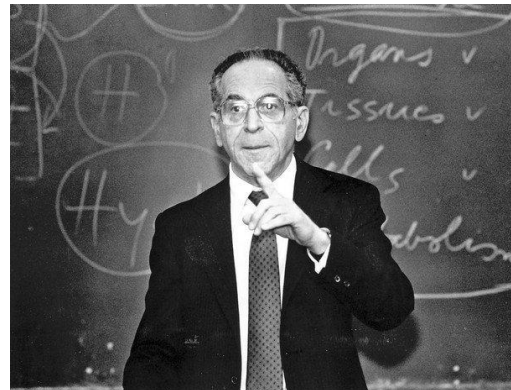
La Antipsiquiatría

Con la Psiquiatría moderna, la segregación ilustrada entre el “loco” y el “normal” había prácticamente desaparecido al reconocer que casi todo el mundo había sufrido cierto grado de enfermedad mental en algún momento de su vida. **Surgió una nueva psiquiatría social dirigida a toda la población.** Esta ruptura con la dicotomía locura-cordura supuso una gran influencia en cuanto al tema custodial. Esto es, las leyes favorecieron la salida de internos antes custodiados en asilos y hospitales psiquiátricos.

Por un lado, hubo un gran movimiento desde 1940 para la transformación de los hospitales psiquiátricos en relación con la ruptura de la jerarquía tan marcada entre el personal (dotado de gran autoridad) y los pacientes. Por otro lado, otros exigían medidas más radicales a partir del **movimiento antipsiquiátrico**, el cual tomó una gran fuerza en las décadas de los 60 y de los 70 del pasado siglo, criticando el asilo en cualquiera de sus variantes. Los principios de este nuevo movimiento, siguiendo a Porter (2003, p. 197), eran los siguientes:

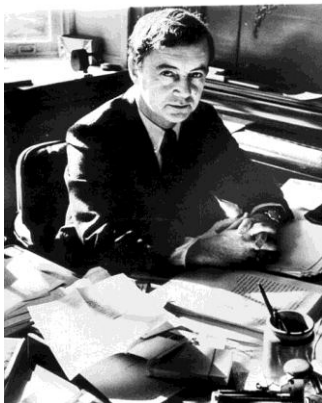
- ◇ La enfermedad mental no era una realidad objetiva de comportamiento o bioquímica sino una etiqueta negativa o estrategia para lidiar con un mundo loco.
- ◇ La locura tenía su propia verdad y la psicosis, en tanto que proceso de curación, no debería ser suprimida farmacológicamente.

Thomas Szasz fue el representante estadounidense de este movimiento con *El mito de la enfermedad mental* (1961) y *La fabricación de la locura* (1970),



Doctor Thomas Szasz

criticando la conversión de los enfermos en prisioneros. Por su parte, Erving Goffman pone de manifiesto las atrocidades cometidas en los manicomios totalizadores en su obra *Internados* (1961).



Erving Goffman

En la última década del siglo XX tanto el asilo psiquiátrico como el psicoanálisis ortodoxo freudiano habían decaído hasta su desacreditación, mientras que hubo un gran aumento de denominaciones en la clasificación de los trastornos psiquiátricos. También surgieron numerosas psicoterapias para manejar los trastornos de la mente mediante técnicas que incluyen sesiones de grupo, terapia familiar, entrenamiento de la sensibilidad, juegos, modificación del comportamiento mediante estímulos, etc. Así pues, se desarrolló la psicología clínica y la terapia cognitiva en gran medida para la resolución de disfunciones sexuales, problemas psicosociales, trastornos de la alimentación... todo ello paralelamente al uso de fármacos.

4. LA OBRA DE M. C. JARRETT

A continuación, por considerarlo un trabajo importante y escasamente reconocido, (al menos en los países de lengua hispana), traducimos y comentamos de manera resumida, y seleccionando lo más relevante de cara al presente trabajo, la obra de M. C. Jarrett (1922).¹⁹

The kingdom of evils; psychiatric social work presents in one hundred case histories, together with a classification of social divisions of evil, by E. E. Southard... Mary C. Jarrett; with an introduction by Richard Cabot... and a note upon legal entanglement as a division of evil, by Roscoe Pound²⁰

Southard, Elmer Ernest, 1876-1920.

New York, Macmillan, 1922

PREFACIO

Según Mary C. Jarrett estamos ante un libro con diversos propósitos: *sugerir ideas a los trabajadores sociales, revelar a otros profesionales la naturaleza del trabajo social y arrojar una luz sobre los problemas de la higiene mental para todas aquellas personas interesadas en la vida humana* (p.vii).

¹⁹ Las frases y párrafos literalmente traducidos se presentan en letra cursiva, a diferencia de los párrafos y apartados del libro que han sido resumidos, de las ideas parafraseadas y de los comentarios personales.

²⁰ Traducción del título: *El reino de los males; trabajo social psiquiátrico presentado en cien historias de casos, junto a una clasificación de las clasificaciones sociales de la perversidad* (recuérdese, que estamos ante una obra de 1922) *con una introducción de Richard C. Cabot* (muy mencionado en el presente trabajo)

INTRODUCCIÓN

Richard C. Cabot señala la importancia de introducir a la psiquiatría elementos como la moral, la educación o los problemas legales. (p.ix). Se trata de un fenómeno muy novedoso en el mundo de la psiquiatría.

*Estamos ante un libro que ilustra cómo el médico y el trabajador social pueden cooperar en la asistencia a los trastornados mentales*²¹. Asimismo muestra lo fructuosa que puede llegar a ser esta cooperación (p.x).

I. RELACIONES ENTRE TRABAJO SOCIAL, SOCIOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Según la autora, *los libros de sociología, ya sean antiguos o modernos, apenas tocan la teoría del Trabajo Social. Los trabajos en Sociología, desde el establecimiento de la teoría de la evolución, han entendido las relaciones familiares como un mero grupo de la comunidad, como un grupo en sí mismo*²² (p. 367). Jarrett considera que el Trabajo Social va a pasar a ser un “*gran cuerpo*” de la



Mary Cromwell Jarrett

teoría sociológica. *La nueva sociología*, en su opinión, *no va a ser una*

²¹ Aunque Jarrett emplee términos como «trastornados mentales», que puedan chirriarnos los oídos a día de hoy, preferimos guardarle fidelidad a la autora, siendo conscientes de que a los pioneros hay que estudiarlos con sus aciertos y sus errores, y siempre enmarcándolos en un contexto socio-histórico muy diferente al actual.

²² Toda letra en negrita es de la autora, figurando así en su obra.

mera teoría de las relaciones entre grupos, sino que va a ser una teoría de las relaciones entre individuos. (p.368).

La Historia de las ciencias mentales en los años recientes muestra el hecho de que los psicólogos están empezando a estudiar (1922) las relaciones internas de los hombres en contacto con la sociedad (un libro testigo de ello sería Social Psychology de McDougall). Asimismo, los sociólogos estaban comenzando a escribir libros sobre las acciones de la mente individual sobre la sociedad. En este momento, el trabajador social descansa en el medio de este cambio, en cuanto que le conciernen las relaciones humanas (p. 368).

Adaptación e ***inadaptación*** son las palabras clave en la rama de la Sociología práctica o aplicada llamada Trabajo Social. La suprema organización de la mente del hombre trae la consecuencia de la inadaptación. Existen carencias y desperfectos que influyen en el interior del hombre y de su entorno, para lo que es necesario la *reforma, reconstrucción, rehabilitación, reajuste y readaptación* (p. 369).

El deber del trabajador social descansa en el plano de ajuste y reajuste entre la mente humana y la sociedad. El trabajador social moderno realiza dicho reajuste, siempre que sea posible, en los casos concretos de personas cuyas relaciones vitales, internas y externas, se han desorganizado. Cada vez más, *la sociedad se concibe como la responsable de curar y prevenir todos los desajustes humanos*. La persona que tenga una perspectiva seria de la vida humana y de la sociedad procurará promocionar el bienestar del hombre y pensar en términos de incrementar su eficiencia. (p. 370).

La mente del hombre es más compleja y menos estable que cualquier otra forma de vida, y que cualquier otra cosa que posea. *La mente del hombre se encuentra en el centro de todas las relaciones internas que Spencer²³ ha definido como el ajuste requerido para el mundo exterior. Si el trabajo social moderno demanda el reajuste del hombre a su entorno, por no decir del entorno al hombre, es obvio que el especialista en adaptación social debe encontrar los soportes principales, pero también indagar en la gran inestabilidad de la mente. Dentro de las especialidades del trabajo social, actualmente se está desplegando con una gran rapidez y sorprendente precisión, un nuevo tipo de trabajo social denominado trabajo social psiquiátrico (p. 370-371). La psicopatología y la psiquiatría son, respectivamente, las ciencias de la enfermedad mental y el arte de la curación mental.* Jarrett explica que la primera se refiere a los aspectos teóricos, mientras que la segunda a los prácticos (p. 371).

En las sociedades industriales nos encontramos un mayor número de enfermos mentales que en los rurales. En los estados civilizados se está llevando a cabo un esfuerzo coordinado, a través de un tratamiento especial que incluye una enseñanza tanto médica como social, y serias investigaciones, con el propósito de ayudar a las víctimas residentes en "manicomios" y a sus familias dentro de sus hogares, lo que incluye un trabajo social general y psiquiátrico, juntos de la mano. *Diversos Comités como el Comité Nacional para la Higiene Mental (National Committee for Mental Hygiene) están promoviendo este tipo de trabajo por todo el país (p.372).*

La salud pública y la medicina preventiva han tenido un gran éxito. La autora opina que el servicio público es una de las cosas más exitosas que el hombre ha logrado. *La teoría de saneamiento se ha ido desarrollando eficientemente de un conjunto*

²³ Herbert Spencer (Derby, 27 de abril de 1820 - Brighton, 8 de diciembre de 1903) fue un naturalista, filósofo, psicólogo y sociólogo británico.

de consideraciones relacionadas con aguas residuales y otras preocupaciones sanitarias, a otro conjunto mucho más delicado de consideraciones que tienen que ver con la infección y la bacteriología. Ya no se trata simplemente de "atender al enfermo". El movimiento de higiene pública está pasando a una fase en la que la higiene personal está convirtiéndose en el punto fuerte. El movimiento de higiene mental se está fusionando con el resto de doctrinas de la salud pública. Una parte importante de la higiene mental es cuestión pública. (p. 373).

Según Jarrett la psiquiatría se está desarrollando, sobretodo, en los enfermos mentales "legales", destacando la importancia de desarrollar hospitales especiales para psicopatías, con un cuidado y tratamiento especializado, además del desarrollo de estudios e investigaciones. Se trata de estudiar los casos no especificados de psicópatas. (p. 373-374).

A continuación, la autora define los principios de la higiene mental moderna, la cual ha de enfrentarse con (p. 374):

- a) el establecimiento, mantenimiento y mejora de diversas instituciones públicas;*
- b) el fomento y mejora de diversas organizaciones voluntarias y privadas para la mejora de las relaciones sociales y la sensibilización de la opinión pública sobre estos temas;*
- c) el establecimiento de nuevos recursos para mejorar las relaciones individuales del hombre, especialmente las relaciones internas consigo mismo.*

II. MÉTODO DE ENFOQUE

La pionera M. C. Jarrett ha revisado detenidamente el trabajo de Mary E. Richmond, por lo que señala el dato de que en la mayoría de los casos presentados por la misma, encontramos la presencia de

higiene mental o psiquiátrica, siendo que la selección de casos no estuvo principalmente basada en la importancia de psiquiatría en trabajo social. (p.375-376).

El gran inspirador del desarrollo del trabajo social médico, el Doctor Richard C. Cabot, ha insistido durante años en que los valores supremos del trabajo social clínico descansan en el diagnóstico del carácter humano y en el cuidado y tratamiento de los pacientes sociales a la luz del conocimiento de su carácter. Uno de los objetivos principales del trabajo social sanitario es "construir/formar" el carácter de "almas enfermas" y de cuerpos enfermos, una labor interrumpida por todo tipo de hándicaps temperamentales. Jarrett considera que la insistencia del Dr. Cabot en la construcción del carácter en trabajo social, toma la línea correcta. (p. 376).

A pesar del individualismo y la revolución estadística de la época, el trabajo social no perdió el fervor moral, (...) *asumiendo la forma más científica de la búsqueda de justicia en lugar de una más o menos refinada limosna. Ya sea el filántropo que dona, o el trabajador social que está pagando las deudas de la sociedad; en cualquier caso, se trata de moral. Hasta los últimos años, los líderes del trabajo social, al igual que sus predecesores que se hacían llamar a sí mismos "filántropos", han tomado sus ideas sobre moral y desarrollo moral, de la población en general; y no a partir de los estudios especiales de la situación moral y la perspectiva de sus pacientes, tomados como "personas", "individuos", o "almas" distintas e independientes. (p. 377).*

La autora sostiene que **el trabajo social psiquiátrico puede establecer, y ya estaba estableciendo los nuevos principios del trabajo social en general** (p. 379). La principal pretensión sobre la que se apoyan los autores es: **el progreso en la rama psiquiátrica del trabajo social va a inevitablemente contribuir al progreso en trabajo social sanitario como un todo** (p.381).

VII. TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO

1. HISTORIA

En sus inicios, el trabajo social se concebía únicamente desde el punto de vista económico (comida y abrigo eran las necesidades más obvias). Más tarde, comenzó a centrarse en los problemas sociales, sin perder dicha base económica. Es en este momento cuando se está empezando a tener en cuenta el sentido médico de la profesión, por lo que el punto de vista psiquiátrico ha ido situándose en el primer plano (p. 518).

*La historia del trabajo social psiquiátrico se centra en diversas influencias recientes que conducen a una **mayor atención a la salud mental en la práctica social**, bajo la presión de la demanda psiquiátrica de una **mayor atención a las necesidades sociales en la práctica clínica** (p. 518).*

M. C. Jarrett afirma que la cronología del trabajo social psiquiátrico, bajo su principal línea de desarrollo – cuidado social para casos de enfermedades mentales – comienza con la Asociación para el Post-Cuidado de los Dementes (Society for the After-Care of the Insane), en Inglaterra, que ya en 1880 se encargaba de proporcionar supervisión cordial a pacientes dados de alta de hospitales. El primer intento en Estados Unidos de trabajo social clínico, se dio en pacientes con desórdenes nerviosos y mentales, en la Clínica Neurológica del Hospital General de Massachusetts (en Boston, 1905), cuando el Dr. James J. Putman, encargado de la clínica, contrató la asistencia de una trabajadora social, Edith N. Burleigh, y la entrenó personalmente para el trabajo. Un año más tarde, se contrató a una trabajadora social para la sección de psicopatía del Hospital Bellevue (Nueva York). La Asociación Estatal de Nueva York de Organizaciones Benéficas para el Auxilio (New York State Charities Aid Association) fue una influencia decisiva para el desarrollo en este campo a través del Comité de Higiene Mental, que, en 1910,

nombraron un "trabajador post-asistencia" para supervisar a los pacientes dados de alta de dos de los hospitales estatales de Nueva York. (p. 520). En 1913, el Hospital de Psicopatías comenzó a organizar su propio servicio social. La necesidad de trabajo social en el ámbito clínico se hizo patente a raíz de las observaciones del Departamento de Servicio Social del Hospital General de Massachusetts, bajo el liderazgo de Ida Cannon (p. 520-521).

El trabajo social psiquiátrico nace del papel de los trabajadores sociales en el movimiento de higiene mental. En la National Conference of Social Work in Atlantic City (Conferencia Nacional de Trabajo Social en Atlantic City), en mayo de 1919, el Dr. Cabot habló de este nuevo dispositivo, "(...) nuevo, no en el nombre, sino en eficiencia y energía (...) En treinta años no he visto nada tan importante como la irrupción del trabajo social psiquiátrico en el trabajo social en general"²⁴. Ya está aceptada y extendida la idea de que el trabajo social de caso necesita del conocimiento y perspectiva psiquiátrico. A raíz de entonces, son muchas las escuelas de trabajo social las que se pusieron a ofrecer cursos de verano en psiquiatría social. (p. 522). Para evitar la confusión de términos, la autora señala la necesidad de discernir entre "trabajo social psiquiátrico" y "psiquiatría social". El primero se refiere a la especialidad de trabajo social (...) en la que los conocimientos psiquiátricos son particularmente requeridos. El segundo término es un arte actual en desarrollo, en el que los psiquiatras tienen en cuenta los problemas sociales (es una rama de la psiquiatría y un tipo especial de arte clínico). Asimismo, el término "higiene mental" se utiliza para el conjunto de actividades realizadas por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales psiquiátricos, a fin de promover la salud mental (p.523).

²⁴ Cita textual de Cabot (1919), traducida, citado en Jarrett (1922).

2. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL SERVICIO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE PSICOPATÍAS DE BOSTON

M. C. Jarrett describe el modelo de organización presentado, pero no pretende imponerlo como modelo definitivo, aunque sí asegurando su efectividad. Existen otras formas de organización de los servicios sociales en otros hospitales que difieren al de Boston, pero que son igualmente válidas. La cuestión principal a la hora de ejercer una buena organización del servicio social fundamentalmente depende en considerar el hospital como una institución comunitaria, en la que los departamentos médico y social cooperan; *o una institución médica, controlada y dirigida por médicos con asistentes sociales* (p. 523).

Hasta el momento, el trabajo social ha estado subordinado al trabajo clínico. Pero a medida que los horizontes de la medicina se van ampliando, se espera que, en un futuro, los hospitales sean instituciones sociales, administrados por hombres con una formación sociológica-médica, (...) *traspasando las barreras y consiguiendo prevenir la enfermedad* (p. 524).

En el Hospital de Psicopatías, el servicio social estaba organizado para ayudar al trabajo médico a estudiar y tratar la enfermedad mental. Su función de asistencia en el tratamiento consistía en: a) restablecimiento de la capacidad de vivir de un modo normal, b) provisión del mayor confort posible. En el tratamiento de las enfermedades mentales de un paciente ambulatorio no se pueden discutir por separado los aspectos sociales de los clínicos, pues su desarrollo se ha dado de la mano. En la mayoría de los casos, el tratamiento médico se ha suplementado y reforzado con la atención social. No obstante, si existe conflicto entre los intereses sociales y los clínicos, deben prevalecer las decisiones médicas. (p. 524-525). Esta relación entre el trabajo médico y el social no es comprendida, en algunas ocasiones, por algunas personas, *que no entienden cómo*

un médico puede delegar responsabilidad a un trabajador social para que desarrolle un tratamiento social en conformidad al plan médico (p. 525).

El trabajo de casos individuales es el núcleo del departamento. Debido a la imposibilidad de tratar cada caso con minuciosidad, ocasionado por el número insuficientes de trabajadores, se adoptó una distinción entre casos "intensivos" y "leves", según el grado de responsabilidad de atención social asumida por el departamento. En los casos intensivos, el servicio social asume la responsabilidad de realizar una completa investigación de las condiciones sociales del paciente, así como de su familia y entorno, para asegurar el mayor grado posible de bienestar social, tanto del paciente como de su familia. En los casos "leves", la asistencia se da sin una investigación más allá de los fenómenos aparentes (p. 526).

No todos los pacientes requieren atención del servicio social. En una ciudad con organismos sociales bien desarrollados, alrededor del 25% de admisiones ya deberían estar al cuidado de otros trabajadores sociales, y otro 25% no necesita de atención social, pues dependen de familias que ya se han ajustado a las condiciones mentales del individuo, según la autora. (p. 526).

Está demostrado que, a través del servicio social, se consigue que muchos individuos que supondrían una carga para el Estado (requiriendo mantenimiento institucional), estén integrados en la comunidad mediante actividades del servicio social (p. 527).

La autora considera de suma importancia realizar una entrevista con el paciente antes de llevar a cabo ningún paso en investigación. Dicha entrevista, junto con la información obtenida por el médico, nos proporcionará datos sociológicos necesarios para los propósitos de la investigación (p. 529):

- a. Nombres exactos y direcciones de familiares, amigos...y posibles informantes.
- b. Recursos entorno a parientes, amigos, vecinos...que pueden servir de ayuda en el reajuste social.
- c. Detalles sobre el hogar y el barrio.
- d. Conocimiento exhausto de todos los miembros de la familia y allegados.
- e. La idea del paciente entorno a su familia y viceversa.
- f. Datos económicos sobre los ingresos y gastos.
- g. Los gustos del paciente en relación al empleo y al ocio.
- h. Los parientes y amigos más influyentes.
- i. Los planes de futuro.

Además, M. C. Jarrett distingue una serie de funciones del servicio social de pacientes ambulatorios, que se han de llevar a cabo después de del trabajo de caso individual. Dichas funciones son las siguientes (p. 530):

Ejecutivas:

- a. Dirigir a los pacientes a la entrevista con el médico.*
- b. Mantener en orden los registros.*
- c. Realizar estadísticas.*
- d. Asegurar que los informes clínicos se envían a las agencias sociales.*

Sociales:

- a. Abrir historia social de nuevos pacientes.*
- b. Actuar sobre los problemas sociales de los pacientes ambulatorios.*
- c. Asegurarse de que los pacientes y allegados entienden las direcciones del médico y son capaces de llevarlas a cabo.*

d. Actuar como un mediador entre los trabajadores sociales de recursos externos y los médicos.

3. EXPEDIENTES SOCIALES

Los *propósitos inmediatos* de los expedientes son varios: redactar una historia social que sirva tanto para el uso clínico como para el de los trabajadores sociales, guardar información si se retoma un caso ya cerrado, para que los trabajadores que contraten nuevos puedan entender mejor la situación y para obligar al profesional a pensar claramente y precisar mejor su trabajo. En cuanto a los *propósitos últimos*, Jarrett afirma que son los siguientes: proporcionar material de forma accesible para la investigación médica y social, hacer posible el estudio de los recursos o asociaciones externos y maximizar su rendimiento y proporcionar material para enseñar a los estudiantes (p. 536).

Los documentos²⁵ necesarios para el expediente, siguiendo a Jarrett, son los siguientes (p. 536):

- a. Una breve ficha inicial con los datos de identificación y los necesarios para estadísticas.
- b. Historia social (registro de la investigación/examen social).
- c. Tratamiento (registro de la actuación que se va a llevar a cabo, la historia actual del caso objeto de la atención social).
- d. Resumen de la historia.
- e. Resúmenes del tratamiento y resultados en intervalos regulares y cuando el caso esté cerrado.
- f. Ficha de direcciones y domicilios actualizada.
- g. Ficha financiera para gastos y donaciones.

²⁵ Ver anexos.

h. Correspondencia ordenada cronológicamente.

4. TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SOCIAL

Según la autora, existen numerosas técnicas de investigación social, pero muy pocas de tratamiento social, aunque es cierto que las primeras siempre han de preceder a las segundas en su estudio. Los nuevos trabajadores sociales psiquiátricos, críticos ante esta carencia y ante la escasez de contenido clínico en la técnica específica en psiquiatría, deberían de tener la ambición para modificar y añadir a la a la técnica general del trabajo social nuevos métodos específicos desarrollados por la experiencia con casos concretos de psiquiatría (pp. 543-544). Algunos de los puntos más importantes en los que se debería incidir son (pp. 544-545):

a. Individualización en la investigación y el tratamiento: Se trata de reconocer el hecho de que los seres humanos son infinitamente diferentes y no pueden ser calificados en función de unos niveles de mérito predeterminados. Dentro de cada personalidad encontramos defectos y virtudes, habilidades e incapacidades.

b. Observación objetiva y precisa: Consiste en estudiar a un individuo como realmente es, no como pensamos que es o como lo que cuenta sobre sí mismo. En el trabajo social de caso necesitamos saber con precisión la naturaleza del individuo. Estaríamos cometiendo una injusticia si elaboramos una concepción del mismo únicamente en términos de nuestra experiencia propia. Se trata de observar su comportamiento y los informes de otros observadores sobre su conducta, de tal modo que dicho estudio objetivo preceda a la interpretación subjetiva (basada en la experiencia propia), promoviendo así la comprensión del otro.

c. Entrenamiento del carácter mediante el uso de las emociones: Esta técnica parece ser el método más prometedor de entrenar a

individuos cuya mala conducta es resultado de su inestabilidad emocional.

5. TRATAMIENTO MÉDICO EN TRABAJO SOCIAL DE CASO

En este apartado del libro, Jarrett destaca la **terapia ocupacional** como un medio de tratamiento de los "dementes" dentro de las instituciones y de los "psicópatas" fuera de las instituciones. La autora nos habla de diversos casos en los que su efectividad ha sido más que demostrada, especialmente en pacientes crónicos. La terapia ocupacional es una de las ramas más importantes de la higiene mental. A pesar de que su cuerpo teórico todavía es escueto e incompleto, su importancia y éxito práctico no puede ponerse en duda (pp. 550-551).

6. EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO

M. C. Jarrett destaca como una cuestión de gran interés para la higiene mental la de si debería haber escuelas especiales para formar a trabajadores sociales específicamente especializados en psiquiatría. Actualmente se están desarrollando cursos para formar a trabajadores sociales psiquiátricos en el *Smith Collage* de la mano de el doctor Spaulding; en la Escuela de Trabajo Social de Nueva York, con el doctor Glueck; y en la Escuela de Servicio Social de Pennsylvania, a través del doctor Taft. Se trata de cursos con un punto de vista algo menos económico y menos conservador que el punto de vista de un trabajador social ordinario. Estamos ante cursos de posgrado de aproximadamente dos años académicos de duración, con contenido tanto teórico como práctico. (pp. 556-561). (...) *Las cualidades específicas que los alumnos han de tener de manera destacada son paciencia, habilidad analítica y capacidad de observación objetiva* (p. 561).

Concretamente, en el curso impartido en *Smith College Training School* encontramos las siguientes materias: *psiquiatría social, teoría de los test mentales, elementos básicos de medicina, psicología social, el gobierno en relación con el trabajo social, organización del trabajo social y la teoría y práctica de trabajo social de caso*. Según Jarrett, sería necesario añadir conocimiento teórico acerca de la higiene mental. (p. 562).

ANEXOS

A continuación, las imágenes escaneadas de las diversas formas de instrumentos del Servicio Social propuestas en el libro de Jarrett (1922: 671-676), con su posterior traducción.

APPENDIX B
SOCIAL SERVICE FORMS

Form I

PSYCHOPATHIC HOSPITAL
SOCIAL SERVICE
Memorandum Slip

Name	File number	
Residence	O. P. D. number	
Correspondent		
Sex	Age	Color
Civil condition	Place and date of birth	
Religion	Occupation	
Time in Boston	In Mass.	In U. S.
Previous addresses		
Name and address of father		
Name and address of mother		
Name and address of spouse		
Names, addresses, and ages of children or siblings		
Names and addresses of relatives or friends		
Admitted to house	Authority	
Discharged	Admitted to O. P. D.	
Diagnosis	Examiner	
Provisional diagnosis		
Reason for referring to Social Service	Date	
Report from the Confidential Exchange		
Living conditions previous to admission		
Remarks	Visitor's name	
	671	

Digitized by
INTERNET ARCHIVE

Original from
BOSTON COLLEGE

Generated on 2012-11-01 11:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/bc ark:/13960/62525/942
Public Domain / http://www.hathitrust.org/access_use.php

Form II

PSYCHOPATHIC HOSPITAL

SOCIAL SERVICE

Inquiry Slip

NAME OF PATIENT

DATE

CHECK WHEN
DONE WITH
INITIALS
OF VISITOR

PERSONS TO BE SEEN

(Give full name, address, and relationship to patient here and below)

PERSONS TO BE TELEPHONED TO

PERSONS TO BE WRITTEN TO

Form III

PSYCHOPATHIC HOSPITAL

SOCIAL SERVICE

Outline for History

I

Date
Name
Address
Age
Date and place of birth
Religion
Civil condition

Referred to hospital by
Brought by
Reason for coming
History obtained by

MEDICAL RECORD:

Dates of admissions
Dates of discharges
Summary of physical examination
Summary of mental examination
Summary of intelligence tests
Conduct on the wards
Diagnosis
Prognosis

SOCIAL HISTORY:

Family:

Father
Mother
Brothers and sisters
Spouse
Children

For each give

Address
Age and date of birth
Nativity
Religion
Time in U. S., in state, in city
Occupation
Intelligence
Character

Date and place of marriage
Other members of the household
Attitude of the family toward patient
Relatives

Digitized by
INTERNET ARCHIVE

Original from
BOSTON COLLEGE

SOCIAL HISTORY:—Continued

Friends and References:

Friends, neighbors
 Doctors, lawyers, clergymen
 Institutions, courts, social agencies
 Hospitals

Work:

Places of employment in chronological order; and in each

	{	Progress
		Wages
		Duration of the position
		Character of associates

Recreation:

Opportunities
 Companions

Schools (in order in which they were attended, with dates):*Home and Neighborhood:*

Character of locality (factory, business, tenement, suburban, etc.)
 Character of street
 Character of building
 Character of the home } State as far as possible in specific term.
 (1) furnishings
 (2) neatness and cleanliness
 Income and savings
 Expenses—rent, insurance, benefit societies, etc.
 Attitude of family toward their income

Habits of family in regard to eating and sleeping
 Character of patient's bedroom (sleeps alone or with whom)
 Character of patient's food

PHYSICAL HISTORY:

Developmental History:

Full term? Normal delivery?

Prenatal history:

Work of mother during pregnancy
 Diseases of mother during pregnancy
 Injuries to mother during pregnancy
 Mental strain of mother during pregnancy

Birth weight

Feeding—breast or bottle

Age of sitting up

Age of first tooth

Age of creeping

Age of walking

Age of talking

Age of puberty

Illnesses:

General
 Convulsions
 Injuries
 Hospital care

PHYSICAL HISTORY:—Continued

Personal Hygiene:

Habits of sleeping (hours)
Habits of eating
Habits of bathing

Heredity:

Relationship between parents
Condition of health and cause of death of—
 Father
 Mother
 Sisters and brothers
 Maternal grandparents
 Paternal grandparents
 Uncles and aunts
Tuberculosis, alcoholism, insanity, feeble-mindedness, epilepsy, or cancer
Any mental or physical abnormalities in the family
Any exceptional ability in the family

Physical Efficiency:

Lazy or energetic?
Frail or robust?
How easily fatigued?
Susceptibility to pain?

MENTAL HISTORY:

Education:

Age of going to school
School record
Grade and age of leaving
Special training (industrial, commercial, musical, etc.)
Reading

Employment:

Success or failure
Reasons for resignations or discharges
Patient's trade
Work for which patient thinks he is best fitted

Disposition and Character:

Likes and dislikes
Habits
Peculiarities
Special abilities
Attitude of patient toward his family
Changes in character
Onset of present trouble

SUMMARY:

Social history
Physical history
Mental history

ANALYSIS OF SOCIAL SYMPTOMS

SOCIAL DIAGNOSIS

RECOMMENDATIONS IN REGARD TO —

Social condition
Physical condition
Mental condition

II

HISTORY (*Interviews*):

Patient's Story

Statements of Others (with impression of informant at the end of each statement)

III

ACTION TAKEN (*Chronological record*):

SUMMARY OF RESULTS:

At the end of every three months { Social condition
Physical condition
Mental condition

Traducción propia de las anteriores fichas propuestas por M. C. Jarrett:

Forma I

HOSPITAL DE PSICOPATÍAS

SERVICIO SOCIAL

Hoja de Memorándum

Nombre Número de expediente

Residencia

Correspondiente

Sexo

Edad

Color

Estado civil

Lugar y fecha de nacimiento

Religión

Profesión

Tiempo en Boston

En Massachusetts

En EE.UU.

Nombre y dirección del padre

Nombre y dirección de la madre

Nombre y dirección del cónyuge

Nombre, direcciones y edades de hijos y hermanos

Nombre, direcciones y edades de parientes o amigos

Admitido a

Autoridad

Dado de alta

Diagnóstico

Examinador

Diagnóstico provisional

Razón de derivación al Servicio Social

Fecha

Informe de derivación confidencial

Condiciones de vida previas a la admisión

Observaciones

Nombre del visitador

Forma II

HOSPITAL DE PSICOPATÍAS
SERVICIO SOCIAL
Hoja de investigación

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

VERIFICAR CUANDO ESTÉ TERMINADO CON LAS INICIALES DEL VISITADOR	PERSONAS A LAS QUE ENTREVISTAR (Nombre completo, dirección y relación con el paciente ahora y en adelante)
	PERSONAS A LAS QUE TELEFONEAR
	PERSONAS A LAS QUE ESCRIBIR

Forma III

HOSPITAL DE PSICOPATÍAS

SERVICIO SOCIAL

Esquema para la Historia

I

Fecha

Nombre

Dirección

Edad

Fecha y lugar de nacimiento

Religión

Estado civil

Derivado al hospital por

Interpuesto por

Razón para venir

Historia obtenida por

HISTORIA CLÍNICA

Fechas de admisión

Fechas de alta

Resumen del examen físico

Resumen del examen mental

Resumen de los test de inteligencia

Conducta presentada

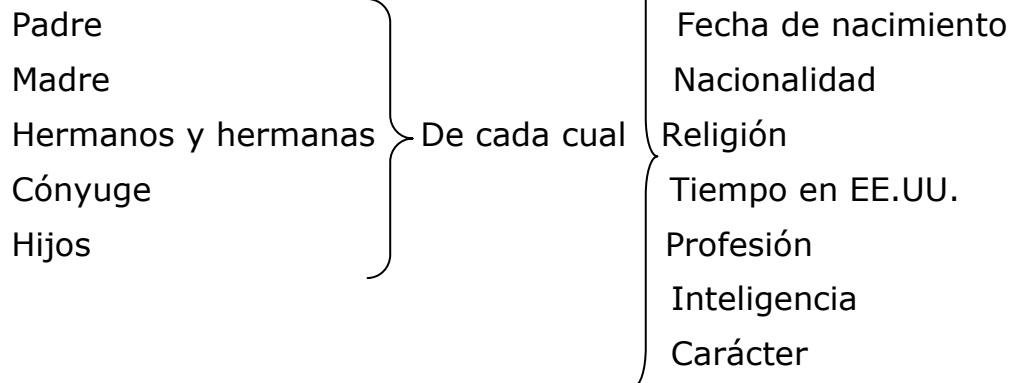
Diagnóstico

Pronóstico

(Continúa en las siguientes páginas)

HISTORIA SOCIAL

Familia:



Fecha y lugar de matrimonio

Otros miembros del hogar de residencia

Actitud de la familia hacia el paciente

Parientes

Amigos y personas de referencia:

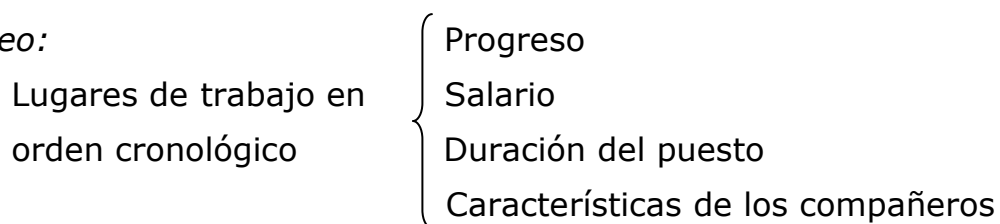
Amigos, vecinos

Médicos, abogados, clérigos

Instituciones, juzgados, agencias sociales

Hospitales

Empleo:



Ocio:

Ocasiones

Acompañantes

Escuelas (en orden según se ha asistido, con fechas):

— Continuación de la HISTORIA SOCIAL

Hogar y barrio:

Características de la localidad (fábricas, empresas, viviendas, transporte, etc.)

Características de la calle

Características de los edificios

Características del hogar

(1) mobiliario

(2) pulcritud

} Especificar lo máximo posible.

Ingresos y ahorros

Gastos— renta, seguro, mutualidad, etc.

Actitud de la familia hacia los ingresos

Hábitos de la familia en relación con la comida y sueño

Características de la habitación del paciente (duerme solo o con quién)

Características de la comida del paciente

(Continúa en las siguientes páginas)

HISTORIA FÍSICA:

Historia del desarrollo:

Historia prenatal:

Trabajo de la madre durante el embarazo

Enfermedades de la madre durante el embarazo

Lesiones a la madre durante el embarazo

Tensión mental de la madre durante el embarazo

Peso al nacer

Alimentación— pecho o biberón

Edad de sentarse

Edad del primer diente

Edad de gatear

Edad de caminar

Edad de hablar

Edad de pubertad

Enfermedades:

Generales

Convulsiones

Lesiones

Ingresos en hospital

Higiene personal

Hábitos de sueño

Hábitos de alimentación

Hábitos de ducha

—Continuación de la HISTORIA FÍSICA

Herencia:

Relación padres-hijo.

Estado de salud y causa de la muerte de—

Padre

Madre

Hermanas y hermanos

Abuelos maternos

Abuelos paternos

Tíos y tías

Tuberculosis, alcoholismo, demencias, discapacidades psíquicas, epilepsia o cáncer

Cualquier anomalía mental o física en la familia

Cualquier habilidad excepcional en la familia

Rendimiento físico:

¿Perezoso o enérgico?

¿Frágil o robusto?

¿Cuan fácilmente se fatiga?

¿Es susceptible al dolor?

HISTORIA MENTAL

Educación:

Edad de ir al colegio

Expediente de la escuela

Curso y edad de dejar la escuela

Formación especial (industrial, comercial, musical, etc.)

Lectura

Empleo:

Éxito o fracaso

Razones de renuncias o despidos

Comercio del paciente

Trabajo al que el paciente considera que mejor se adapta

—Continuación de la HISTORIA MENTAL

Temperamento y carácter:

Gustos y preferencias

Hábitos

Peculiaridades

Habilidades especiales

Actitud del paciente hacia su familia

Cambios en el carácter

Comienzo del problema presente

RESUMEN

ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS SOCIALES

DIAGNÓSTICO SOCIAL

RECOMENDACIONES EN RELACIÓN A—

Estado social

Estado físico

Estado mental

II

HISTORIA (*Entrevistas*)

Historia del paciente

Declaraciones de otras personas (con la impresión del informante al final de cada declaración)

III

MEDIDAS APORTADAS (*Registro cronológico*)

RESUMEN DE RESULTADOS:

Al final de cada tres meses { Estado social
Estado físico
Estado psíquico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMICO, L. C. (2005). *La institucionalización de la locura*. Buenos Aires: Espacio.

ARTEAGA BOTELLO, N. (2008). *Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel*. Sociológica, año 23, número 68, septiembre-diciembre de 2008, pp. 151-175 Fecha de recepción 15/01/07, fecha de aceptación 09/07/08.

BELLOC, H. (1861). *De la responsabilité morale chez les aliénés*. Annales Médico-Psychologiques, 3ª serie.

BERTOLETE, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *Políticas de Salud Mental. World Psychiatry* (Ed. Esp.) Department of Mental Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

BERGER, P. L. (1997). La perspectiva sociológica: La sociedad en el hombre. En *Introducción a la Sociología*. Limusa. México.

CABOT, R. C. (1920). *Ensayos de Medicina Social. La función de la Inspectoría a domicilio*. Revista de Trabajo Social y Salud (2008). Nº 60. Pp. 25-172.

CAMPOS, R. & HUERTAS, R. (2008). Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. *ARBOR Ciencia, pensamiento y cultura*. ISSN: 0210-1963.

CANNON, I. M. (1917). *Social Work in hospitals: a contribution to progressive medicine*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

CASTEL, R. (1975). El tratamiento morial. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX, en GARCÍA, R. (coord.), *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*, Barcelona, Ayuso.

CASTEL, R. (1980). *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. Madrid. La Piqueta.

CASTEL, F., CASTEL, R. & LOWEL, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama.

DEWEY, J. (1977). *Mi credo pedagógico. Teoría de la educación y sociedad*. Centro editor de América Latina, Buenos Aires. Trad. Lorenzo Luzuriaga.

DICCIONARIO MOSBY - Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Ediciones Hancourt, S.A. 1999.

FOUCAULT, M. (1992). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Edición y traducción: Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. Altamira, Argentina.

FOUCAULT, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Curso en el Collège de France (1973-1974). Edición establecida por Jaques Lagrange, bajo la dirección de François Ewald y Alessandro Fontana. Fondo de Cultura Económica de Argentina SA, Buenos Aires. Traducción de Horacio Pons. Primera edición en francés 2003.

GARCÉS, E. & MIRANDA, M. (1998). Trabajo Social en Salud Mental. En *Organizaciones de bienestar*. Zaragoza: Mira. Pp. 67-88.

GOFFMAN, E. (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrotu Editores. Primera edición en inglés, 1962.

GUARINO, J. I. (2009). El cogito cartesiano. Búsqueda de un concepto generalísimo de la subjetividad. *Konvergencia, filosofía y culturas en diálogo*. ISSN 1669-9092, N° 20.

JARRETT, M. C. & SOUTHARD, E. E. (1922). *The Kingdom of Evils; psychiatric social work presents in one hundred case histories, together with a classification of social divisions of evil*. With an introduction by Richard Cabot... and a note upon legal entanglement as a division of evil, by Roscoe Pound. New York, Macmillan.

JUDGE, W. Q. (1892). *Mesmerism*. Lucifer.

MEAD, J. H. (1968). *Espíritu, persona y sociedad*. Paidós, Buenos Aires.

MIRANDA, M. (2001). *La TBC, Cabot y el rol asignado al Trabajo Social en Salud*. Nº 40: 231-267.

MIRANDA, M. (2004). *De la caridad a la Ciencia. Pragmatismo, interaccionismo simbólico y Trabajo Social*. Editorial Mira, Zaragoza, España.

MIRANDA, M. (2008). *Historia e identidad del Trabajo Social en Salud*. Nº 60: 7-25.

MIRANDA, M. (2010). *Reivindicando a Mary Richmond y su obra*. Locus Social.

MAGNAN, V. & LEGRAIN, M.B. (1895) *Les dégénérés, état mental et syndromes épisodiques*, Paris. Citado por Esposito, R. (2004) *Bios. Biopolítica y filosofía*. Amorrortu editores. Buenos Aires/Madrid.

PÉREZ DÍAZ, J. (blog):
<http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/polpob/temaspolpob/eugenismo.htm>.

PORTER, R. (2003). *Breve historia de la locura*. Turner, Fondo de Cultura Económica. Madrid.

RICHMOND, M. E. (1993): *Caso Social Individual*. Editorial Humanitas, Buenos Aires. (Primera edición, 1922. Russell Sage Foundation, New York).

SZASZ, T. (1994) *El Mito de la Enfermedad Mental*. Amorrortu, Buenos Aires.

TRAVI, B. (2004). Primeras aproximaciones para la comprensión de la naturaleza, fundamentos y formas del trabajo social en la obra de Mary Ellen Richmond. En DI CARLO, E. y otros: *La profesión del Trabajo Social*. Paideia, Argentina.

TRAVI, B. (2008). *El trabajo social y las ciencias sociales. Aportes frente a la invisibilización y el "epistemicidio" disciplinar*. Trabajo elaborado y corregido sobre la base del documento presentado en el SEGUNDO FORO LATINOAMERICANO: "ESCENARIOS DE LA VIDA SOCIAL, EL TRABAJO SOCIAL Y LAS CIENCIAS SOCIALES EN EL SIGLO XXI". Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

VÁSQUEZ ROCCA, A. (2011) "ANTIPSIQUIATRÍA: DECONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL Y CRÍTICA DE LA "RAZÓN PSIQUIÁTRICA". Proyecto de Investigación: N° DI-08-11/JM Fondo Jorge Millas 2011 – 2012, financiado por la Dirección de Investigación y Doctorados (VRID) de la Universidad Andrés Bello UNAB. Disponible en:<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/31/adolfovasquezrocca.pdf>