

El proyecto ético- político del Trabajo Social: Aportes para la construcción de un proyecto profesional crítico desde la intervención en procesos de salud-enfermedad mental

María Soledad Durán

Lic. en Trabajo Social, Buenos Aires, Argentina.

Resumen

La presente propuesta tiene por finalidad analizar la práctica profesional del Trabajador Social en los procesos de salud-enfermedad mental, pensando en cómo a partir de la intervención en este campo es posible aportar a la construcción de un proyecto profesional crítico. Desde este marco, se considera fundamental reconocer la dimensión ética-política como elemento constitutivo de la práctica profesional, ya que sólo partiendo de esta idea será posible generar prácticas instituyentes en el campo de la salud mental, y en este mismo movimiento participar en la construcción de un proyecto profesional crítico, y favor de los sectores más desfavorecidos.

Palabras Claves

Trabajo Social - Intervención - Cuestión Social - Procesos salud - enfermedad mental - proyecto profesional - dimensión ético-política.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objetivo ofrecer una síntesis de reflexiones acerca de la intervención del Trabajo Social en los procesos de salud- enfermedad mental.

Se trata de un análisis sobre dos cuestiones claves que se le presentan al Trabajador Social en su intervención en los procesos de salud- enfermedad mental: por un lado, la necesidad de generar nuevos encuadres de intervención ante las nuevas manifestaciones de la cuestión social y particularmente su expresión en el campo de la salud mental; por otro, y ligado a lo anterior, se trata de pensar cómo aportar a la construcción de un proyecto ético- político del Trabajo Social desde la intervención en este campo, basándonos en el carácter constitutivamente político que tiene la profesión, como un elemento que participa en el proceso de producción y reproducción de las relaciones sociales y de la contradictoria relación entre las clases.

Creo interesante resaltar que el interés de abordar esta temática responde a diferentes razones. En primer lugar, las experiencias de prácticas pre-profesionales durante mi formación profesional, en el Centro de Día Enrique Pichón Riviere, dependiente del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn me han brindado varios elementos, permitiendo aproximarme a dicho tema a partir de conocer las prácticas en salud mental desde un tratamiento alternativo, pero a su vez atravesado por la Política del Hospital general con su lógica manicomial y las del Sistema de Salud basadas en políticas de corte neoliberal.

En segundo lugar, mi actual desempeño laboral en el Hospital Municipal “San Vicente de Paul” de Chascomús, el trabajo cotidiano con situaciones relacionadas directamente con salud-enfermedad mental, me ha facilitado otras herramientas sumamente enriquecedoras en relación a la intervención social en este campo, entendiendo que teoría y práctica necesariamente se implican, y a través de la praxis se construyen nuevos conocimientos.

En tercer lugar, y en relación a lo anterior, con este trabajo se apunta a estudiar el tema en cuestión desde una mirada que trascienda las perspectivas psiquiátricas y psicológicas con que es generalmente analizada la salud mental. Considero que el Trabajo Social tiene mucho para decir y hacer en relación a la salud mental si entendemos a la misma como un proceso socio- histórico que abarca dimensiones psíquicas, biológicas, culturales y sociales. Por lo cual, el trabajo intenta ser un aporte que permita hacer síntesis, diálogo y debate no sólo dentro del Trabajo Social, sino también con el resto de las profesiones y enriqueciendo las posibilidades de la interdisciplina.

Para facilitar la comprensión, la producción consta de un desarrollo en donde se realizará una breve recuperación histórica del tratamiento de la enfermedad mental, evidenciando que la misma constituye una construcción social que varía según el contexto socio- histórico y cultural. Luego, se desarrollará una breve caracterización de los orígenes del Trabajo Social como profesión, ligándola a la dinámica contradictoria de la sociedad capitalista. Así mismo, se presentará la vinculación histórica de la intervención del Trabajo Social en los procesos de la salud- enfermedad mental.

Por otra parte, se hará una breve caracterización del escenario actual, analizando las nuevas manifestaciones de la cuestión social y su expresión en el campo de la salud mental.

Finalmente, el trabajo consta de una conclusión en donde se esbozarán una serie de reflexiones acerca de la posibilidad de realizar aportes a la construcción del proyecto profesional crítico desde la intervención en procesos de salud- enfermedad mental.

DESARROLLO

2.1. Recuperación histórica del tratamiento de la salud- enfermedad mental.

Para comenzar, resulta interesante destacar que a lo largo de la historia se han ido generando diferentes formas de representación de la salud- enfermedad mental, es decir, la misma ha cambiado según el contexto socio- histórico cultural. De esta forma, es que entiendo que la salud-enfermedad mental constituye una construcción histórica-social que varía según cada época, lugar y sociedad en la que se establece, de acuerdo a los parámetros y valores dominantes. En este marco, es que es importante analizar cómo ha variado el lugar que ha ocupado la enfermedad mental en la sociedad en los distintos momentos históricos, ya que esto permite visualizar las diferentes prácticas y estrategias de abordaje legitimadas a través del tiempo por el sistema de creencias y saberes de la clase dominante.

A lo largo de la historia, las enfermedades mentales han sido terreno de la magia y de la religión, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedades, ya sea atribuyéndoles un origen diabólico en los tiempos antiguos, o de “malos espíritus”. Hasta el Siglo XVI en Europa la locura no estaba asociada al encierro, aunque sí diferenciada y separada de la vida social. Para el Renacimiento, la enfermedad mental era en todo caso una conciencia trágica, en alguna medida poética, y no sólo pertenecía al ámbito de la razón humana sino que era una de sus formas destacadas.

Para la sociedad feudal, la locura era percibida como una quimera del mundo, a la que sólo se la separaba, en sus formas extremas o peligrosas, siendo su lugar la naturaleza: se recomendaba el viaje, el reposo, alejarse del mundo de la ciudad.

Sin embargo, puede afirmarse como sostiene Galende, que *“las concepciones actuales acerca de la salud mental, especialmente en cuanto a su construcción histórica, pueden ubicarse junto al origen de la Modernidad”*¹. Por consiguiente, para comprender tanto la actual concepción de salud- enfermedad mental como el surgimiento de los dispositivos de asistencia para el tratamiento de la enfermedad mental en la Modernidad, se debe tener en cuenta el “despegue” médico y sanitario que tuvo lugar en Europa en el siglo XVIII. A partir del nacimiento de la psiquiatría, signada por el auge de las Ciencias Naturales y la objetividad científica, bajo la influencia de la corriente del positivismo, la figura del médico aparece como la más efectiva para la búsqueda de la verdad del fenómeno de la locura.

En este sentido, Foucault² sostiene que se da un proceso de medicalización de la vida que encuentra marco en el propio proyecto moderno del iluminismo, con el consecuente disciplinamiento de formas de sentir, pensar, y hacer, asumiendo el propio Estado la creación y articulación de diversos dispositivos (la escuela, el manicomio, la cárcel) de producción y reproducción de una sociabilidad que controla, disciplina, normaliza y clasifica subjetividades.

Entonces, el capitalismo naciente, que en su normalización de la vida de los individuos impone sus condiciones de normalidad y error, encierra y excluye la locura junto con todo lo que en los márgenes de la nueva relación social se transforma en desecho inútil. El loco, el pobre son inútiles. El trabajo humaniza.

Desde entonces, el encierro deja de ser entendido como castigo y se lo empieza a vincular con criterios morales –terapéuticos, sustentados en los valores de la burguesía, que

.....
1 Galende, Emiliano: “Psicoanálisis y salud mental. De un Horizonte Incierto”. Editorial Paidós. Bs. As, 1997.

2 Foucault, Michel, “Historia de la locura en la época clásica.” Fondo de Cultura Económica, México, 1990.

propone una idea de familia, una clara vinculación con lo normativo, y en un necesario “reconocimiento del error” y aceptación de los castigos, para que el “paciente” se acerque a la “curación”. En este contexto, el médico llega a ser la figura central, que aparece legitimando al asilo. Esto no significa que la psiquiatría sea la culpable de la instauración del manicomio, como indica Galende, el tema resulta más complejo: *“No es de sólo los psiquiatras la responsabilidad del manicomio. Es la sociedad moderna quien los inventa, los necesita y demanda “a la ciencia” la solución de ese problema; la medicina sólo se prestó a legitimarlo y a rodearlo de una imagen de racionalidad científica, haciendo del hospicio algo terapéutico.”*³

Es este contexto histórico- social que puede decirse que se produce el surgimiento de los dispositivos de asistencia en salud mental, puesto que al fundarse la psiquiatría como ciencia a fines del siglo XVIII, las personas con enfermedad mental pasan a ser objeto de observación y estudio científico. Cabe destacar que la medicalización, que entre otras cosas, implicó el surgimiento de la salud y el bienestar físico de la población como uno de los objetivos esenciales de la burguesía, propiciaron que el encierro de los enfermos mentales ya no se vinculara- por lo menos desde el discurso- con la idea de castigo, sino que dicha reclusión, empezara a tener un objetivo terapéutico, aunque el sentido del encierro radicaba en que éste debía ser útil a la sociedad ya sea separando al que sufre una patología mental de la vida comunitaria o rehabilitándolo. Por lo que se puede señalar que la burguesía continuó encerrando a aquellas personas con padecimiento mental para “proteger” a la sociedad. En otras palabras, la amenaza al orden, percibida por las clases dominantes, generó instituciones para controlar, “ocultar” la problemática de la locura.

En este contexto, es que el manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado para dar respuesta científica, moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura. Como lo mostró Foucault en su ensayo sobre la locura, la sociedad moderna priorizó el orden, separando del espacio público lo que provocaba desorden. Los manicomios entonces, son fundados bajo los valores de la modernidad clásica, los mismos *“están influenciados por valores de privacidad, intimidad, organizando el espacio en la diferenciación interior- exterior, que está impregnado de la polarización de lo privado y lo público”*.⁴

De este modo, la institución psiquiátrica surge como un instrumento de control social que opera a través de la *segregación* (entendiendo a ésta como separación, marginación, encierro y abandono) y la *“reforma”*, la cual se refiere al conjunto de procedimientos para *“curar”*, *“tratar”*, *“reeducar”*, y *“sanar”* a través de técnicas disciplinarias.

A partir de lo expuesto a lo largo del apartado, se evidencia que la naturalización de la existencia del hospital psiquiátrico como dispositivo hegemónico en la atención de la salud mental es un fenómeno que ha permanecido desde el siglo XIX en nuestro país. Si bien es cierto que se han dado importantes intentos de ruptura en diferentes momentos socio- históricos⁵, todavía en la actualidad persiste en el imaginario social el prejuicio de

.....
3 Idem 1

4 Idem 1

5 Los cuestionamientos al manicomio y sus formas de atención se inician con el siglo XX, encontrando su expresión con el surgimiento de distintos movimientos en Europa, EEUU y la generación de nuevas prácticas alternativas al manicomio en Argentina. En los '60 se gesta una crítica radical a la psiquiatría, surge el movimiento antipsiquiatría, que tuvo sus orígenes en las ideas de Basaglia, Cooper y otros quienes, propulsores de la psiquiatría comunitaria, cuestionan la existencia de las instituciones psiquiátricas y sus prácticas existentes. Este movimiento hizo eco en Latinoamérica, particularmente en Brasil, en 1978, se inicia la reforma psiquiátrica, con la emergencia de movimientos sociales, después de un largo período de represión militar. Dentro de los cuales se destaca el movimiento de trabajadores de salud mental, que inicia un fuerte proceso de cuestionamiento de las políticas de asistencia psiquiátrica vigente. En Argentina, con el retorno a la democracia en 1984, los principios básicos de la experiencia italiana son retomados por la reforma psiquiátrica de la Pcia. De Río Negro; siendo otra experiencia significativa la llevada adelante en la Pcia de San Luis.

peligrosidad y en consecuencia el confinamiento de las personas con sufrimiento mental en instituciones psiquiátricas para su contención y tratamiento y para preservar el orden social. Así, esta idea de peligrosidad se constituye en el fundamento de las prácticas que se implementan con el internamiento asilar y la idea de asociar el tratamiento con el aislamiento y la segregación social.

2.2. Orígenes y profesionalización del Trabajo Social.

Para poder iniciar la reflexión acerca de la vinculación histórica de la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental, creo necesario realizar primero una breve introducción sobre el proceso de surgimiento y profesionalización del Trabajo Social en el marco del capitalismo monopolista de Estado.

Comprender el contexto en el cual se sitúan los orígenes de la profesionalización del Trabajo Social implica posicionarnos en el tránsito del capitalismo competitivo al capitalismo de los monopolios, como una nueva fase en la cual se redefinen sus objetivos en la lógica de profundizar el sistema totalizante de contradicciones, explotación y alienación que por definición lo caracteriza. Es decir, que lo que se produce es la potencialización de las contradicciones fundamentales de la fase competitiva combinándolas con nuevas contradicciones y antagonismos.

Para entender el capitalismo es preciso considerarlo en su condición de categoría histórica, social y económica, como un modo de producción asociado a un sistema de ideas y a una fase histórica. El elemento crucial que imprime tal sistema son las relaciones sociales, inherentes al modo de producción que determina la división entre el capital y el trabajo, y por lo tanto, de los hombres, pasando a diferenciarse ahora por la propiedad de los medios de producción, configurándose así dos clases fundamentales (burguesía y proletariado).

La forma en que la clase hegemónica lleva a cabo sus objetivos en el capitalismo tiene que ver con la manutención de las condiciones económicas y sociales propicias para avanzar en la acumulación de la riqueza. Para tal fin, son implementados diversos mecanismos, en donde el Estado aparece refuncionalizado y redimensionado. Además de preservar las condiciones externas de la producción capitalista, la acción estatal incide en la organización política- económica desde adentro, configurando su intervención sobre las refracciones de la *cuestión social*⁶ de forma continua, estratégica y sistemática con la implementación de políticas sociales. Es en este ámbito donde se sitúa el mercado de trabajo para el Trabajador Social: éste es investido como uno de los agentes ejecutores de las *políticas sociales*⁷.

Entonces, siguiendo a Netto, entiendo que el surgimiento del Trabajo Social como profesión es indisoluble del orden monopolista, éste crea y funda la profesionalización del Trabajo Social. En este sentido, no es que el profesional se constituye para crear un cierto espacio en la red socio- ocupacional, sino que es la existencia de este espacio lo que lleva a la constitución profesional. Al decir Netto, “*no es la continuidad evolutiva de las protoformas al Servicio Social la que explica su profesionalización, sino la ruptura con ellas, concretizada por la instauración, independientemente de las protoformas, de un espacio determinado*”

6 Tomando a M. Yamamoto, entiendo a la cuestión social como “*las expresiones del proceso de formación y desarrollo de la clase obrera y de su ingreso en el escenario político de la sociedad (...) Es la manifestación, en el cotidiano de la vida social, de la contradicción entre el proletariado y la burguesía.*” En: “*Servicio Social y división del trabajo*”. Cortez Editora. Brasil.1997.

7 Considero pertinente realizar una revisión crítica de las Políticas Sociales como espacios socio- ocupacionales del Trabajador Social, entendiendo que las mismas son producto de la lucha y el conflicto social y constituyen conquistas que responden a reivindicaciones de la clase trabajadora, a la vez que son resignificadas por el Estado como concesiones e instrumentos de control social.

en la división social (y técnica) del trabajo.”⁸

De esta manera, entiendo el surgimiento del Trabajo Social desde una perspectiva histórica-crítica⁹, en tanto el Trabajador Social se constituye en un profesional que desempeña un papel claramente político, teniendo una función que no se explica por sí misma, sino por la posición que ocupa en la división social de trabajo. Es decir, el profesional pasa a inscribirse en una relación de asalaramiento, insertándose en el mercado, a través de la venta de su fuerza de trabajo. “Constituyéndose en un trabajo socialmente útil, que sirve sobre todo a la esfera de la reproducción social, el trabajo del asistente social posee una instrumentalidad vinculada a la forma de inserción que el orden burgués le atribuye en la división socio- técnica del trabajo.”¹⁰

El Trabajo social, como profesión inscripta en la división socio- técnica del trabajo, se sitúa en el proceso de reproducción de las relaciones sociales, fundamentalmente como una actividad auxiliar y subsidiaria en el ejercicio del control social y en la difusión de la ideología de las clases dominantes en relación a las clases trabajadoras. Así, contribuye como uno de los mecanismos institucionales movilizados por la burguesía en la creación de bases políticas que legitimen el ejercicio del poder de clase como también interviene en la creación de condiciones favorecedoras de la reproducción de la fuerza de trabajo, a través de la mediación de los servicios sociales, previstos y regulados por la política social del Estado, que constituye el soporte material de una acción de cuño “educativo”, ejercido por esos agentes profesionales.

Sin embargo, como afirma M. Iamamoto “como el proceso de reproducción de las relaciones sociales es también proceso de reproducción de las contradicciones fundamentales que las conforman, éstas se recrean y se expresan en la totalidad de las manifestaciones del cotidiano de la vida en sociedad. La institución Servicio Social, estando ella misma polarizada por intereses de clases contrapuestas, participa también en el proceso social, reproduciendo y reforzando las contradicciones básicas que conforman la sociedad del capital, al mismo tiempo y a través de las mismas actividades que es movilizada para reforzar las condiciones de dominación, como dos polos inseparables de una misma unidad.”¹¹

2.3. Vinculación histórica de la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental.

Como se desarrolló en el apartado anterior, el Trabajo Social surge asociado a un proyecto de hegemonía del poder burgués, como una importante estrategia de control social. En este marco, la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental va estar signada por una fuerte impronta conservadora, que atribuyen ciertos trazos peculiares al ejercicio del profesional.

Retomando a Amico¹² resulta posible afirmar que desde su surgimiento, la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental se tornó una especialización particular de

8 Netto José Paulo: “Capitalismo monopolista y Servicio Social”. Cortez Editora. Brasil.1997.

9 En cuanto al origen del Trabajo Social, Montaño (1998) plantea la existencia de dos tesis claramente opuestas: por un lado, la perspectiva endogenista, la cual sostiene el origen del Trabajo Social en la evolución, organización y profesionalización de las “anteriores” formas de ayuda, de la caridad y la filantropía, vinculada ahora a la intervención en la “cuestión social”; por otro lado, la perspectiva histórica-crítica, la cual es desarrollada y desde la cual se entiende la génesis de la profesión en este trabajo.

10 Guerra, Yolanda. “La Instrumentalidad en Servicio Social”. Cortez Editora. San Pablo, 1995.

11 Ídem 6

12 Amico, Lucia del Carmen, “La institucionalización de la locura. La intervención del trabajo social en alternativas de atención”. Ed. Espacio, Bs. As, 2006.

la profesión: el Trabajo Social psiquiátrico. Este posicionamiento demandó para el desarrollo profesional la utilización de saberes y métodos asociados a la psicología, la sociología y la psiquiatría; de esta manera se comienza a psicologizar la lectura de los problemáticas sociales y/o patologizar las relaciones sociofamiliares de las personas con sufrimiento mental. La intervención entonces, se desplaza hacia el problema individual, ajeno a las condiciones estructurales del propio capitalismo y, por lo tanto, ubicando esta intervención en el terreno de lo patológico como disfuncionalidades a ser corregidas.

De esta manera, se comprende que las manifestaciones de la cuestión social sean consideradas como problemas sociales, productos de desvíos y falta de adaptación de los sujetos que no alcanzan a incorporar los valores y las normas socialmente establecidas. Así, desde la intervención se promueve la clasificación, homogeneización y tipología de las disfuncionalidades, rotulando a los sujetos por su carencia o enfermedad, que atenten contra el orden establecido, metiéndose coercitivamente en el espacio privado de los sectores populares en vista de controlar, normativizar la vida cotidiana de los sujetos.

Como señala Netto *“originalmente parametrado y dinamizado por el pensamiento conservador, el Servicio Social se adecuó al tratamiento de los problemas sociales, sea tomados en sus refracciones individualizadas (de donde se manifiesta la funcionalidad de la psicologización de las relaciones sociales), sea tomados como secuelas inevitables del “progreso” (de donde surge la funcionalidad de la perspectiva “publica” de la intervención)¹³ y se desarrolló legitimándose precisamente como interviniente práctico- empírico y organizador simbólico en el ámbito de las políticas sociales.”¹⁴*

Entonces, en su profesionalidad el Trabajo Social se revela congruente con las exigencias del orden monopolista, su intervención diseña un aporte al desempeño del Estado burgués. En este marco, la intervención del Trabajo Social oscila entre el disciplinamiento y la normalización del “otro desviado” para integrarlo al sistema, a través de parámetros científicos-técnicos pre- fijados formalmente. Es decir, la intervención profesional aparece teñida de *razón instrumental*¹⁵, donde cada situación aparece naturalizada y como problema particular, segmentado, ocultando su carácter esencialmente histórico.

En suma, la intervención del Trabajador Social recae en lo que Netto¹⁶ menciona como *manipulación planificada*, dirigida al disciplinamiento de la familia obrera, la reconducción a las normas vigentes de comportamientos transgresores, etc. El escenario de la vida cotidiana aparece como el horizonte de la intervención profesional.

Siguiendo la postura de Martinelli estas implicancias del Trabajo Social están íntimamente relacionadas a la identidad atribuida, prefabricada y dada por la lógica del capital, dándole la connotación de una práctica alienada, alienante y alienadora, enclaustrada en las instituciones y distanciada de la lucha de clases. Así, la práctica profesional posee un carácter empirista, reiterativo, paliativo y administrativo- burocrático, promoviendo la re-

.....

13 El Estado burgués del orden monopolista implementó diferentes estrategias para el enfrentamiento de las secuelas de la cuestión social, tratando los problemas sociales desde una perspectiva “publica” y “privada”. *“De un lado, el trazo “publico” de la cuestión social, que conduce a la regulación de mecanismos económicos- sociales y políticos; de otro, el trazo “privado”, que conduce al disciplinamiento psicosocial de los individuos de los individuos excluidos del circuito integrativo a que la regulación se propone. Entre lo “publico” y lo “privado”, los problemas sociales reciben la intervención estatal: de una parte, la dirección estratégica del proceso económico- social y político; de otra, la red institucional de “servicios” que inciden sobre las “personalidades” que se revelan enfrentadas, porque víctimas, con aquella.”* (Netto, 1997: 43)

14 Idem 8

15 Guerra define a la razón instrumental como *“La expresión intelectual del individualismo posesivo (...) Se interpone en el enfrentamiento entre la adecuación de medios y fines y la adecuación con los modos de alcanzar los fines, sin que esto se cuestione axiológicamente sobre las implicaciones ético- políticas de los objetivos, ya que para ella los fines, en cuanto obra y construcción de los hombres, son siempre racionales, en el sentido que sirven para la automantenimiento de la sociedad, entendida como suma de individuos”* En: *“La Instrumentalidad en Servicio Social”*. Cortez Editora. San Pablo, 1995.

16 Idem 8

producción de las relaciones sociales del capitalismo. “El Servicio Social surge en el escenario histórico con una identidad atribuida, que expresaba una síntesis de las prácticas sociales precapitalistas, represoras y controladoras, y de los mecanismos y estrategias producidos por la clase dominante para garantizar la marcha expansionista y la definitiva consolidación del sistema capitalista”.¹⁷

Es decir, fetichizado como una práctica al servicio de la clase trabajadora, el Trabajo Social constituye, en realidad, un importante instrumento de la burguesía, la que trató de inmediato de consolidar su identidad atribuida, apartándola de la trama de las relaciones sociales, del espacio social más amplio de la lucha de clases y de las contradicciones que las engendran y son por ella engendradas.

En resumen, el Trabajo Social subordinó su práctica profesional a los proyectos hegemónicos, asegurando de este modo el control social y el disciplinamiento moralizador de los sectores dominados ante la peligrosidad que representaban para las clases dominantes.

En palabras de Amico, “desde una perspectiva histórica, la práctica profesional en salud mental surge marcada por una tradición normativa, relacionada con la problemática de la integración como forma de mantener el orden y la cohesión de la sociedad, a través de dispositivos de disciplinamiento que se aplican mediante prácticas e instituciones.”¹⁸

A partir de lo expuesto, y teniendo en cuenta el fuerte anclaje positivista que nos funda como profesión, es que me pregunto ¿Cómo lograr rupturas que nos ubiquen en lugares éticos-políticos – ideológicos diferentes?

Considero que en primer lugar, se requiere una lectura crítica de las prácticas naturalizadas en el tratamiento de la salud-enfermedad mental. Para ello, es necesario cuestionarnos desde qué concepciones se está trabajando y al servicio de quiénes nos comprometemos como disciplina. Esto implica preguntarnos qué entendemos por salud-enfermedad mental y cómo concebimos a los sujetos con los cuales trabajamos para poder direccionar nuestras intervenciones.

En este marco, resulta fundamental trabajar desde una perspectiva de salud –enfermedad mental como construcción social y proceso dinámico. Laurell plantea al respecto: “El proceso salud-enfermedad de un grupo determinado, adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Es decir, que para explicarlo no bastan los hechos biológicos sino que es necesario aclarar como está articulado al proceso social (...) aún así el carácter social del proceso salud-enfermedad no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social. Es social en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico”.¹⁹ De este modo, la salud mental está definida por el contexto más amplio del proceso salud-enfermedad y enmarcada por las posibilidades que cada sujeto tiene para resolver los conflictos que se le presentan en la vida cotidiana.

En este sentido, se trata de poder abordar el padecimiento mental de un modo diferente, partiendo de una concepción de salud-enfermedad mental desde una perspectiva más que incluye factores psíquicos, biológicos, sociales y culturales; trabajando desde las potencialidades y capacidades de los sujetos. Desde este marco, el sujeto debe ser entendido

17 Martinelli, María Lúcia. “Servicio Social: identidad y alineación” Cortez Editora. San Pablo, 1997.

18 Idem 13

19 Laurell, Ana Cristina: “La política de salud en el contexto de las políticas sociales”. 2000. Sin más datos.

como un sujeto pleno de derechos, activo, protagonista de su propia historia. Se trata de una persona concreta que estructura singularmente su existencia, como un sujeto productor y producido por el medio social.

A partir de esto, creo que resulta fundamental abordar los padecimientos mentales teniendo como eje las potencialidades, capacidades y recursos de cada una como ser social histórico, alejándonos de los parámetros de lo que se considera normal o anormal socialmente.

Desde esta perspectiva, se trata de aportar desde nuestra profesión a la construcción de sujetos saludables, desde una mirada de totalidad teniendo en cuenta la singularidad de cada persona. Para ello es necesario contribuir a la construcción de herramientas que le permitan a los sujetos enfrentar las diferentes problemáticas que se le presenten en la vida cotidiana, generando de este modo la autonomía y autogestión en el medio social en el cual viven. Resulta importante trabajar con las condiciones de vida de los sujetos, anteriores y presentes, comprendiendo de este modo su situación particular en las contradicciones de la sociedad capitalista. *“Un aspecto central en la intervención con sujetos que sufren algún tipo de padecimiento mental es la recuperación del proceso que ha llevado a “enfermarse”, desde el sujeto que está internado y sus vínculos de referencia existen diferentes representaciones acerca de la enfermedad mental (“locura”). El sentirse enfermo, el enfermarse y la explicación que se da a estas situaciones comienzan con frecuencia como experiencias privadas, no necesariamente reconocidas por los demás, así el sujeto y sus vínculos inician un “proceso diagnóstico” desde un determinado saber”²⁰.*

De este manera, las intervenciones deben estar orientadas a que el sujeto, en tanto protagonista de su recuperación, pueda recuperar su historia resignificando su padecimiento y pueda construir nuevas respuestas ante dificultades que se le presentan.

Estos constituyen algunos lineamientos a tener en cuenta para poder direccionar intervenciones que nos permitan posicionarnos como profesión en un lugar comprometido con los sectores con los cuales trabajamos.

Sin embargo, sostengo que esto requiere necesariamente de un *trabajo interdisciplinario*²¹, para poder brindar una respuesta integral a la complejidad de las problemáticas que llevan a un sujeto a enfermar. Resulta fundamental para poder transformar las prácticas cotidianas, que sea un trabajo en equipo con todos los profesionales del espacio de trabajo, desde los enfermeros, los psiquiatras, los médicos, los psicólogos, los trabajadores sociales incluyendo en este trabajo cotidiano a los mismos “pacientes” en tanto protagonistas de su “recuperación” y su historia particular.

Esto de algún modo requiere que los profesionales tengan un espacio en el cual puedan trabajar de forma conjunta sobre determinados situaciones, para poder abordar determinada “problemática” desde diferentes miradas, pero siempre sin perder la perspectiva de totalidad, no como miradas divorciadas y disociadas. Es decir, no continuar reproduciendo la lógica positivista, que diferencia a aquellas profesiones meramente prácticas de aquellas que producen conocimiento teórico. Este tipo de división del trabajo apenas reproduce

.....
20 Idem 1.

21 Creo interesante retomar a Jumes (2002) quien entiende a la interdisciplina como “el encuentro y la cooperación entre dos o más disciplinas, aportando cada una de ellas(en el plano de la teoría o investigación empírica) sus propios problemas conceptuales, su forma de definir los problemas y sus métodos de investigación.(...)La interdisciplina implica una lógica del descubrimiento, barreras que se suprimen, comunicación entre los diferentes campos del saber (...) Se funda sobre la visión global e integral del sujeto, constituyéndose en un abordaje común por diversas disciplinas que interactúan entre sí, no existiendo en el trabajo cotidiano la jerarquización de ciertas disciplinas sobre otras.”

la jerarquización positivista que separa la acción política, el saber “neutro” y la intervención técnica e “ingenua” de la realidad.

A partir de lo expuesto, es que sostengo que resulta fundamental adquirir un modo de comprensión dialéctico, aprehendiendo elementos y habilidades que nos permitan ser capaces de “capturar” la complejidad y las contradicciones de la realidad desde las diferentes dimensiones económicas, políticas, ideológicas en que se expresan los fenómenos. Se trata de pensar la posibilidad de construir prácticas que, recuperando las condiciones de vida de los sectores más desfavorecidos, puedan dar respuestas sólidas y consecuentes con las mismas.

2.4. Manifestaciones de la cuestión social en el contexto actual y su expresión en el campo de la salud mental

La cuestión social, conservando sus trazos genéticos, su naturaleza antagónica, adquiere de acuerdo al momento histórico-social nuevas formas de manifestarse que resulta necesario investigar. Es por ello, que comprender la configuración actual de la cuestión social exige una recuperación histórica que mire en principio cuatro décadas hacia atrás.

A partir de la década del '70 las ideas neoliberales se tornan hegemónicas acumulando fuerzas para ir concretando una programática política y económica de carácter neo-conservador, introduciendo modificaciones en las diferentes esferas de la vida social. Esta fase del capitalismo se caracteriza por ser “... un modelo parasitario y rentístico que genera altas tasas de ganancia a favor de su carácter puramente especulativo (...) Esto genera desinversión en el sector productivo, recesión económica prolongada, altas tasas de desempleo, empobrecimiento generalizado de la población, crisis fiscal y todo esto a su vez, tiene un impacto muy negativo sobre el medioambiente y el crecimiento económico...”²²

La globalización acentúa los rasgos centrales del modo de producción capitalista, fundamentalmente en lo que hace a la ubicación del mercado como organizador social, profundizando la injusticia y la inequidad tanto a nivel interno de cada país como del sistema internacional.

De esta manera, la conformación social argentina, es el producto de la aplicación sistemática de estas políticas conservadoras como estrategias de renovación que el capitalismo se planteó para garantizar los niveles de rentabilidad y la reproducción social necesaria para su manutención.

Principalmente en los años '90 las consecuencias del modelo se manifiestan de manera inevitable: la desocupación y nuevas formas de pobreza reinstalan en la sociedad problemas sociales estructurales. Para M. Yamamoto “hoy se vive una tercera revolución industrial acompañada de profundas transformaciones mundiales (...) Presenciamos la desorganización y destrucción de los servicios sociales públicos como una consecuencia del “encogimiento del Estado” con relación a sus responsabilidades sociales.”²³

En este marco, la atención de la conflictividad emanada de la cuestión social se reduce a la caridad pública o a la acción estatal que se caracteriza por ser evasiva y puntual. La cuestión social es tratada en sus refracciones, donde se operacionalizan los llamados “re-

.....
22 Boron, Atilio, “Hegemonía e imperialismo en el sistema internacional”. FLACSO. Bs. As, 2004.

23 “El Servicio Social en la Contemporaneidad. Trabajo y Formación profesional.” Cortez Editora. San Pablo. 2003.

cortes” de la realidad que a modo de proceso de ocultamiento pretenden la pérdida de comprensión de la misma como totalidad, como lo expresa Netto *“tomar la cuestión social como problemática configurada de una totalidad procesual específica es remitirla concretamente a la relación capital/trabajo, lo que significa colocar en jaque el orden burgués”*²⁴

El Estado vía políticas sociales actúa como instrumento de la clases dominantes, a través de una intervención estratégica que procura administrar expresiones específicas de la cuestión social incorporando en forma parcial y restringida demandas sociales, participando en la garantías de niveles mínimos de consumo de la clase trabajadora. Esto evidencia que si bien el sistema capitalista a lo largo del siglo XX ha sufrido crisis y consiguientes reciclajes, esto no alteró la dinámica monopolista presente a principios de siglo, por lo tanto en cada momento histórico *“no hay una nueva cuestión social, sino nuevas manifestaciones de la cuestión social, donde junto con esto se produce una nueva modalidad de tratamiento de la misma”*²⁵

En este contexto, las políticas de salud se deslizan hacia el concepto de *mercado de salud*, con un importante movimiento de capitales. La prestación gubernamental tiende a restringirse a los aspectos asistenciales de supervivencia, focalizada en los sectores que van quedando marginados, y la seguridad social se resquebraja ante la disminución del empleo y del salario. Las políticas de salud mental son determinadas por estas circunstancias, con el agravante de que su asignación de recursos fue tradicionalmente escasa y se las tiende a considerar un “lujo” descartable frente a necesidades extremas, concepción que las coloca en primer lugar cuando se trata de recortes presupuestarios. En consecuencia, estas condiciones materiales y simbólicas de vida generan malestar y cambios en la subjetividad de los sujetos, pérdida de identidad social, fragmentación de lazos sociales, aislamiento, individualismo, emergencia de nuevos problemas sociales, aumento de la violencia, adicciones, etc.

En consecuencia, todos estos cambios en la sociedad tienen su impacto en la salud mental y generan nuevos padecimientos. Al respecto Galende plantea: *“en las condiciones actuales es esperable un crecimiento de las patologías narcisistas: trastornos de carácter, enfermedades funcionales, padecimientos psicosomáticos y adicciones, así como incremento en la violencia familiar y suicidios”*²⁶

En este marco, es que se presentan nuevas demandas para los profesionales que trabajamos en el campo de la salud mental. La cuestión social adquiere nuevas formas de manifestarse, que reclama otras modalidades de tratamiento.

Siguiendo a Montaña, acuerdo que *“toda profesión se constituye y legitima a través de las respuestas que consigue dar a diversas necesidades que determinan un conjunto de demandas sociales. Por lo tanto, si una profesión se constituye a partir de respuestas cualificadas e institucionalizadas a demandas sociales, entonces la alteración de esas demandas o el surgimiento de nuevas demandas debe promover el espacio para la necesaria alteración y adecuación de las respuestas profesionales o para la incorporación de nuevas propuestas interventivas.”*²⁷

Para el trabajo social resulta fundamental comprender que el espacio profesional no

.....
24 Idem 8

25 Fernández, Soto “Implicancias de la cuestión social en la intervención profesional”. Ed Espacio, 2004.

26 Idem 1

27 Montaña, C. “La naturaleza del Servicio Social”. Ed Cortez. Brasil. 1999

debe ser visto apenas desde la óptica de la demanda profesional ya consolidada socialmente, es decir, se trata de apropiarse de las posibilidades teórico- prácticas abiertas a la profesión por la propia dinámica de la realidad. Como profesión tenemos la oportunidad y capacidad de trabajar directamente, aun con fenómenos totalmente novedosos por su contingencia. Es decir, se trata de desentrañar esa realidad que se nos presenta como dada, inmediata, para descifrar las situaciones con las cuales nos enfrentamos, como manifestaciones de la cuestión social. Para ello, resulta fundamental que la actitud investigativa sea un elemento constitutivo de la práctica profesional, al decir Grassi, *“problematizar el problema, en el sentido de formularse preguntas, buscar las múltiples definiciones y reconocer los sujetos de éstas y los argumentos que sostienen...”*²⁸

Sin embargo, no alcanza con la investigación permanente, sino que esta debe repercutir en una formación profesional más calificada, o sea, de muy poco sirve la investigación de fenómenos emergentes si ésta no pasa a formar parte del acervo de la profesión, actualizando el conocimiento constantemente. Es necesario una “saturación” de conocimiento crítico sobre la dinámica de la realidad, sobre la cual y con la cual se interactúa; realidad ésta que debe ser el verdadero motor de la profesión.

Netto define la triple competencia que debe adquirir el Trabajador Social como la calificación que posee tres dimensiones: Una *competencia técnica*, tiene que ver con ser competentes desde lo operativo – instrumental; sin embargo, tomar sólo esta dimensión implica un tipo de práctica ejecutora, tecnicista y con cierto carácter administrativo. A ello, es necesario complejizarlo logrando una *competencia teórica*, que posibilite a la profesión conocer las matrices de análisis donde se inscribirá su opción teórica- metodológica. Por último, una *competencia política* que permita anticipar las implicancias políticas de nuestras intervenciones.

Recuperar aquello que lamamoto hace referencia al señalar que *“para garantizar una sintonía del Servicio Social con los tiempos actuales es necesario romper con una visión endógena, focalista, una visión “desde adentro” del Servicio Social, prisionera en sus muros internos. Ampliar los horizontes, mirar más lejos, para el movimiento de las clases sociales y del Estado en sus relaciones con la sociedad... Se trata de extrapolar el Servicio Social para aprehenderlo mejor en la historia de la sociedad de la cual es parte y expresión.”*²⁹

La apuesta para romper con el inmovilismo operativo, con la realidad subalterna y subalternante del Trabajo Social, con su lógica y su razón de ser presentes en la génesis de la profesión, está en la incorporación de nuevas demandas surgidas de problemáticas emergentes, de forma tal que los nuevos desafíos convoquen nuevas alternativas de intervención. Tal como lo afirma lamamoto, *“es preciso aprehender las demandas potenciales gestadas históricamente, contribuyendo así a recrear el perfil profesional del Asistente Social, indicando y anticipando perspectivas, a nivel de la elaboración teórica, de la investigación o de la intervención profesional, perspectivas capaces de responder a las exigencias de un proyecto profesional colectivamente construido e históricamente situado”*³⁰

A medida que las nuevas situaciones históricas se presentan, la práctica profesional, como componente de las mismas, también es obligada a redefinirse. Para que esto sea posible es necesario profesionales con capacidad para desarrollar mediaciones teóricas que le

28 Grassi, Estela: “La implicancia de la investigación social en la práctica del trabajo social.” En: Revista Margen N°9. La Plata, 2000.

29 lamamoto, “El Servicio Social en la Contemporaneidad. Trabajo y Formación profesional.” Cortez Editora. San Pablo. 2003.

30 Idem 33

permitan lecturas y comprensiones reales de las problemáticas concretas y de las acciones operativas instrumentales desarrolladas.

Al respecto, lamamoto señala *“El gran desafío actual sería transitar del conocimiento teórico acumulado para enraizar la profesión en la realidad, dándole, al mismo tiempo, más atención a las estrategias, tácticas y técnicas del trabajo profesional, en función de las particularidades de los temas que son objeto de estudio y de acción de los asistentes sociales.”*³¹

En relación a la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental, es fundamental desnaturalizar las prácticas instituidas socialmente y responder al surgimiento de las nuevas demandas, producto de las diferentes expresiones de la cuestión social, siempre direccionando las intervenciones desde un posicionamiento ético- político claro y definido a favor de los sectores más desfavorecidos.

Transformar los espacios actuales de trabajo desde un tratamiento diferente en salud mental.

En este marco, es que me pregunto *¿cuáles son las alternativas viables desde lo institucional, lo judicial y lo social para un verdadero proceso de cambio?*

En esta línea es que sostengo que primero, es necesario un proceso de reforma, a partir del cual estén garantizados los mecanismos sociales, jurídicos, y políticos necesarios para el fin del manicomio. Es por ello, que no planteo un modelo de atención del tratamiento de la salud mental alternativo al actual, fuera de la lógica manicomial imperante. Por el contrario, propongo que la construcción de un abordaje alternativo sea paralelo al modelo de atención hegemónico en salud mental. Es decir, sostengo que para pensar un verdadero proceso de desmanicomialización, previo a ello deben ser transformados los espacios de trabajo actuales, en el modo de atención y tratamiento a los padecimiento mentales, debido a que la lógica manicomial está tan institucionalizada que sería muy difícil alejarnos sin antes poder trabajar cuestiones que hacen al tratamiento y atención en salud mental. De lo contrario, se transformaría en una desinstitucionalización expulsiva, provocando así descompensaciones en los pacientes por lo cual deberían reingresar nuevamente al neuropsiquiátrico, sabiendo que las reiteradas internaciones de los sujetos a este tipo de instituciones provoca en cada una de ellos degradaciones a nivel psíquico y social cada vez mas graves, deteriorando a los sujetos aun más.

No es manicomio versus lo alternativo, sino que este último debe ser construido en la práctica cotidiana. Es decir, lo alternativo no se define por las formas o por los establecimientos, sino por las bases éticas, ideológicas y conceptuales en las que se asienta. Por ello, no podemos pensar la desmanicomialización en el sólo hecho de externar y cerrar los hospitales, sino que implica trabajar desde otro lugar y desde otro abordaje.

Aquí se pone de manifiesto y es necesario tener presentes las políticas sociales neoliberales en el marco de la salud mental. *“... las políticas en relación a la salud mental han sufrido una reformulación en donde se apunta a transformar, desde discursos progresistas, produciéndose una desinstitucionalización compulsiva, evidenciada en el giro de camas, baja de camas y cierre de salas que eran destinadas a rehabilitación o crónicos, confluyendo esta situación en lo que Silvia Faraone llama deshospitización. Este concepto hace referencia a las transformaciones del Estado y sus cambios con respecto a las políticas sociales, en donde prima la salud como bien de mercado...”*. (Hernández, E., Parkansky M. A., Rahier, 1994).

.....
31 Idem 33

Por lo tanto, desmanicomializar, más que la abolición del manicomio, supone acciones de liquidación de sus modelos de relación humana, sus prácticas instituidas. En este sentido, considero que todas las prácticas instituyentes generan cierto rechazo en los espacios de trabajo, tanto por los profesionales como por los mismos “pacientes”, es por eso que se hace necesario trabajar estas resistencias. En primer lugar, con los profesionales del ámbito de salud mental, generando espacios de debate y discusión aportando a reorientar las prácticas hacia otra dirección diferente en la atención en salud mental. Trabajar cuestiones como el miedo al “loco”, al neuropsiquiátrico, el lugar que se le da al “paciente”. De esta manera, poner en cuestión el manicomio que portamos dentro, en tanto somos parte de la sociedad. Es fundamental trabajar los prejuicios y cargas valorativas que cada profesional trae consigo respecto a la locura.

Por otro lado, las prácticas manicomiales se sostienen porque tanto los profesionales como la sociedad misma lo reproducen en el cotidiano a través de sus prácticas. Se hace necesario, entonces, trabajar también con la comunidad para desnaturalizar las prácticas cotidianas y dejar de reproducir la lógica. Una reforma en el área de salud mental requiere transformar representaciones sociales. Se trata, en fin, de materializar una nueva relación entre sociedad y “locura”.

En este sentido, es importante pensar la “prevención” como una estrategia que aporte a la modificación de prácticas en el ámbito de salud mental y a no institucionalizar e internar desmedidamente, salvo que la situación de crisis no pueda ser sostenida por su entorno vincular, y no porque se considere un “peligro social”. Es decir, si “... concebimos la enfermedad como expresión sintomática de las relaciones sociales, podemos centrar las estrategias de intervención, no en la asistencia focalizada a los “locos declarados” sino a espacios preventivos que eviten situaciones de deterioro crónicos”³².

Esto implica trabajar e intervenir en lo instituido, en lo dado, antes de que se produzcan mayores deterioros. Se trata de poder intervenir en las diferentes instituciones en las que transitan los sujetos, no sólo en las relacionadas específicamente con la salud mental, construyendo espacios que permita revertir las situaciones de vulnerabilidad de los sujetos. Espacios estos que podrían ser parte y funcionar en hospitales públicos generales o pensar también en centros de atención locales distribuidos en diferentes puntos estratégicos de la comunidad. De este modo, no se concentraría la atención a los padecimientos mentales y se podría reducir los períodos de internación de los sujetos. Claro que esto no depende de la decisión de los profesionales que trabajan en el ámbito de salud, sino que se ponen en juego intereses políticos, ideológicos y económicos.

Para finalizar, sostengo que los Trabajadores Sociales en este mismo movimiento de cambiar las prácticas instituidas en el tratamiento a la salud mental, tenemos que poder dar otra dirección a la profesión en términos de aportar a la construcción de un proyecto profesional crítico.

La misma contradicción inherente a la sociedad, el movimiento de la realidad, nos permite posicionarnos en lugares diferentes y de este modo poder emprender el camino hacia una ruptura efectiva que nos permita revisar los fundamentos de la profesión. Para ello es fundamental entender el significado social de la profesión en la sociedad capitalista, inserta en el juego de relaciones de las clases sociales, como un “profesional de la coerción y del

.....
32 Op cit 1.

consenso”³³. (Iamamoto, 1997: 145).

Así, la práctica profesional tiene un carácter esencialmente político. “El Trabajo Social se enfrenta cotidianamente a dos preguntas claves, “para qué” y “por qué”, respecto de los valores, de esos principios profesionales con los que el trabajador social se compromete o se debería comprometer. La dimensión fuertemente interventiva de nuestra intervención nos interpela en ese sentido. Generalmente participamos en situaciones que pueden ser consideradas verdaderos dilemas éticos y en la puesta en acto de nuestro ejercicio se juega constantemente la responsabilidad...”.³⁴ Es decir, constantemente tomamos decisiones que tienen fuertes implicancias en la vida de los sujetos con los cuales trabajamos, y va a depender de nuestra posicionamiento ético- político desarrollar una intervención a favor de la clase dominante o favorecer procesos de lucha para lograr la verdadera emancipación de los sectores oprimidos.

En este sentido, la dimensión ética resulta una categoría central para el Trabajo Social. La ética como capacidad creadora del profesional (y del hombre como ser social) se expresa en la orientación de su práctica en referencia a la construcción de valores tales como la libertad, la justicia, la igualdad, la emancipación.

Esta visión de los valores que fundamentan el ejercicio profesional necesita ser historizada en los cuadros macróscopicos de la sociedad actual, en una sociedad que anuncia la libertad y la igualdad pero que al mismo tiempo son negadas en la vida práctico- social. Es decir, no alcanza con la consolidación de un sólido *proyecto profesional*³⁵, sino que es fundamental que éste se halle asociado a proyectos societales más amplios, esto es, “... no considerar al proyecto profesional como algo aislado, sino necesariamente inspirado en y articulado a proyectos societarios.”³⁶

Concluyendo, sostengo que la construcción de un proyecto profesional crítico requiere necesariamente hacer un balance entre lo que tenemos, lo que queremos y lo que precisamos construir, revisando el pasado con los cúmulos del presente con vistas a futuro. Para esto, es fundamental posicionarnos desde una perspectiva histórica - crítica que nos permita revisar los fundamentos del Trabajo Social identificando las continuidades asociadas a nuestra herencia conservadora. Constituye una tarea política, compleja, plagada de contradicciones y necesariamente colectiva la de aportar a la construcción de un proyecto diferente de sociedad, pero creo que ello sólo podrá gestarse si se realiza desde la ruptura y se puede hacer ruptura si conozco y reconozco aquello con lo que quiero romper.

.....

33 Creo interesante en este sentido, el aporte de Montaña cuando hace referencia de la legitimidad funcional y social del Trabajador social. El autor sostiene que se debe distinguir la legitimidad funcional de la legitimidad social en la medida en que cada una de esas categorías expresa una relación específica del profesional. La primera, remite a la relación trabajador social/empleador: el Estado y demás instituciones relacionadas a las clases privilegiadas o dominantes. “Lo que dota de legitimidad funcional a la actividad del asistente sociales es la condición del agente y el significado social de su acción” (1998:47-48); la segunda, refiere a la relación trabajador social/usuario: el sujeto para quien es desarrollada la acción profesional, “remite a la demanda por servicios, lo que torna al profesional aceptado por la población” (1998:49). Legitimidad social y funcional, son elementos contradictorios, en constante tensión, haciendo del trabajador social “un profesional que se debate entre servir a dos señores: el empleador y el usuario” (1998:51).

34 Cazzaniga, Susana. “Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social” Ed. Espacio, Bs. As. 2007.

35 Netto sostiene que “los proyectos profesionales presentan la auto- imagen de una profesión, eligen los valores que la legitiman socialmente, delimitan y dan prioridad a sus objetivos y funciones, prescriben normas para el comportamiento de los profesionales y establecen las bases de su relación con los usuarios de los servicios, con las otras profesiones y las organizaciones e instituciones sociales privadas y públicas...” (2003: 274-275).

36 Montaña “Hacia la construcción del proyecto Ético- Político profesional Crítico.” Cortez Editora. Brasil. 2003.

REFLEXIONES FINALES

“desmitificar es politizar...”
(Vicente De Paula Faleiros, 1986)

Este trabajo ha pretendido ser una síntesis de reflexiones conceptuales sobre la posibilidad de aportar a la construcción de un proyecto profesional crítico desde la intervención en procesos de salud- enfermedad mental. En este marco, planteo la necesidad de intervenir desde un abordaje alternativo en salud mental. En definitiva, se trata de trabajar hacia un proceso de desmanicomialización a partir de la transformación de las prácticas en los espacios cotidianos de trabajo, un cambio en el modo de atención y tratamiento a los padecimientos mentales desde un abordaje necesariamente interdisciplinario. Entonces, la desmanicomialización no supone simplemente el cierre de los manicomios, no significa desplazar los internados a otros lugares con lógicas similares pero con nombres diferentes, ni imaginar falsamente que se eliminarán las instituciones de control social en nombres de los derechos de las personas internadas que luego nadie va a garantizar. Las normativas jurídicas, el dispositivo psiquiátrico y el imaginario de la sociedad no abandonan el prejuicio de la trilogía de peligrosidad, segregación y control de las personas con sufrimiento mental. Es por ello que sostengo que la desmanicomialización sólo podrá gestarse luego de que estén garantizados los mecanismos jurídicos, políticos y sociales necesarios. He aquí la importancia de un trabajo en conjunto, de un proceso de lucha necesariamente colectivo, exigiendo que estas transformaciones sean acompañadas por acciones de un Estado que establezca realmente como prioridad la prevención, Asistencia y Rehabilitación de la enfermedad mental, que asuma un rol activo en materia de Salud Mental y explícito con estrategias coordinadas, integrales e intersectoriales (Salud, Justicia, Desarrollo Social, etc.).

En este mismo movimiento de transformación de las prácticas en el tratamiento de la salud mental, planteo la posibilidad de dar otra direccionalidad a la profesión en términos de aportar a la construcción de un proyecto profesional crítico.

En este sentido es fundamental debatir acerca del proyecto profesional, debido a que se constituye como una guía para la acción, estableciendo finalidades o resultados ideales para el ejercicio profesional y las formas para concretarlo (capacidad teleológica). Esto implica la crítica respecto a cómo se interviene (sobre qué y acerca de las demandas históricas a la profesión), el lugar que ocupamos en la división socio técnica del trabajo y a favor de qué proyecto societario se apuesta, buscando de este modo estrategias socio-políticas y profesionales para sumarse a la lucha más amplia de los trabajadores.

A partir de un proyecto profesional se tiene más posibilidades de alcanzar la claridad de los compromisos éticos y políticos, instancias estas que atraviesan al proyecto profesional como un todo; con la definición de un proyecto que nos aclare los objetivos profesionales, los valores que nos orientan, el referencial teórico-metodológico que nos permita hacer la crítica ontológica del orden burgués y de las bases conservadoras que persisten en la profesión. Esto nos permitirá desarrollar nuevas competencias en el ámbito del mercado de trabajo, ocupando nuevos y los tradicionales espacios en el ámbito del Estado y de las organizaciones no gubernamentales. Este es uno de los mayores instrumentos que tenemos para el fortalecimiento de sujetos colectivos, investigando y conociendo los sujetos que demandan las acciones profesionales, sus modos de vida y sus resistencias; estableciendo,

junto a ellos, alianzas, conquistando legitimidad por parte de los sujetos que utilizan los servicios que ejecutamos, estableciendo compromiso con las denuncias y efectivizando el trabajo con la clase trabajadora, la cual nosotros como profesionales somos también parte de ella, debido a que vendemos nuestra fuerza de trabajo y por ello no estamos por fuera de la explotación y opresión del sistema capitalista. Aquí tendremos una doble responsabilidad, en tanto colectivo profesional, basada en el aporte al reconocimiento de nuestros intereses junto al conjunto de los trabajadores y colocar la producción de conocimiento a la altura de tales acontecimientos. Es decir, que no sólo denunciemos los hechos y situaciones de la realidad producto de los procesos de explotación y opresión, sino que seamos capaces de traducir y plasmar estas denuncias en acciones políticas.

Para finalizar, coincido con Yolanda Guerra, quien sostiene que sólo es posible pensar en un Servicio Social Crítico como una profesión que se construye en la crítica, criticándose a sí misma y a la sociedad, y analizando críticamente el significado social de su intervención a partir de principios ético- políticos humanistas y civilizatorios: *“Un Servicio Social cuya intervención socio- política tiene en su base un proyecto profesional que busca la ampliación del acceso de los sujetos sociales a los bienes y servicios construidos colectivamente por la humanidad, sin desconsiderar los límites socio- históricos dados por las condiciones objetivas de su inserción en la división socio – técnica del trabajo y la mediación del asalariamiento. Un Servicio social que no tiene miedo de revolucionarse (pues sólo la crítica es revolucionaria) puesto que asume la radicalidad crítica que nos enseñaron Marx y Engels; de la crítica que va a la raíz; de la crítica que permite al Servicio Social definir una nueva concepción de competencia, ahora vinculada a sus compromisos sociales e históricos, y develar sus formas de pensar e interpretar la realidad social; la crítica de la propia humanidad bajo el capitalismo, pues la raíz del hombre, es el propio hombre”*³⁷

.....
37 Guerra, Y: “Servicio Social Crítico. “Corte Editora. San Pablo. 2003.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Amico, Lucia del Carmen, “La institucionalización de la locura. La intervención del trabajo social en alternativas de atención”. Ed. Espacio, Bs. As, 2006.
- Barroco, María Lucia, “Ética y Servicio Social: fundamentos ontológicos”. Ed. Cortez, San Pablo, 2004.
- Borón, Atilio, “Hegemonía e imperialismo en el sistema internacional”. FLACSO. Bs. As, 2004.
- Cazzaniga, Susana. “Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social” Ed. Espacio, Bs. As. 2007.
- Faleiros, Vicente de Paula “Espacio institucional y espacio profesional”. Ed. Humanitas, 1986.
- Fernández, Soto “Implicancias de la cuestión social en la intervención profesional”. Ed. Espacio, Bs. As. 2004.
- Foucault, Michel, “Historia de la locura en la época clásica.” Fondo de Cultura Económica, México, 1990.
- Galende, Emiliano: “Psicoanálisis y salud mental. De un Horizonte Incierto”. Editorial Paidós. Bs. As, 1997.
- -----: “Políticas en Salud Mental”. ED. Lugar. 1992.
- -----: “Situación actual de la salud mental en Argentina”. En: Revista Salud, problemas y debate, año IX, N° 17. Bs. As. 1997.
- Gianna Sergio; Villarreal Mario. “La formación de trabajadores sociales: intervención y producción de conocimiento”. II Foro Universitario de Investigación e Intervención social. Universidad Nacional de Córdoba, 2007.
- Goffman, Erving: “Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1980.
- Grassi, Estela: “La implicancia de la investigación social en la práctica del trabajo social.” En: Revista Margen N°9. 2000.
- Guerra, Yolanda. “La Instrumentalidad en Servicio Social”. Cortez Editora. San Pablo, 1995.
- -----: “Servicio Social Crítico.” Corte Editora. San Pablo. 2003
- Hernández, E., Parkansky M. A., Rahier, S: “La modalidad de atención en Salud Mental, un análisis desde la particularidad desde un hospital Neuropsiquiátrico”. Monografía realizada en la residencia de trabajo social en el año 1993/94.
- lamamoto Marilda: “La metodología en el Servicio Social: lineamientos para el debate” en “Metodología y servicio social. Hoy en debate” Editorial Cortez. San Pablo, 2000.
- -----: “El Servicio Social en la Contemporaneidad. Trabajo y Formación profesional.” Cortez Editora. San Pablo. 2003.
- ----- “Servicio Social y división del trabajo”. Cortez Editora. Brasil.1997.
- Jumes, Roberto: “Salud Mental: Conflictos, encuentros y desencuentros en el trabajo insti-

tucional”. En 3er. Congreso virtual de psiquiatría. Revista Interpsiquis. 2002

- Laurell, Ana Cristina: “La política de salud en el contexto de las políticas sociales”. 2000. Sin más datos.
- -----: “La salud-enfermedad como proceso social.” En: Revista latinoamericana de salud Nueva Imagen, 1982.
- Martinelli, Maria Lúcia. “Servicio Social: identidad y alineación” Cortez Editora. San Pablo, 1997.
- Montaña, Carlos. “Metodología y Servicio Social Hoy en debate. Presentación: El debate metodológico de los ‘80/’90. El enfoque ontológico versus el abordaje epistemológico”. Cortez Editora. Brasil, 2000.
- -----: “Hacia la construcción del proyecto Ético- Político profesional Crítico.” Cortez Editora. Brasil. 2003.
- -----: “La naturaleza del Servicio Social”. Ed. Cortez. Brasil. 1998
- Netto José Paulo: “Capitalismo monopolista y Servicio Social”. Cortez Editora. Brasil.1997
- -----: “La construcción del proyecto ético- Político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea”. Cortez Editora. Brasil. 2003.
- Pascuale Evaristo, “Psiquiatría y Salud Mental”. Ed Asterios, Italia, 2000.