

Título: Las relaciones entre trabajo social y salud mental: un recorrido histórico

Autora: Lic. Fabiana Mariela Mendoza¹

XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. La cuestión social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana. San José, Costa Rica, 2004.-

Eje temático: El nuevo contrato del Trabajo Social con la sociedad; las dimensiones ético-políticas y ético-técnicas en la formación académica.

Palabras Claves: Trabajo Social. Intervención profesional. Políticas sociales. Filantropía. Salud Mental.

1. Introducción

¹ Lic. en Servicio Social, Especialista en Salud. Docente en la carrera de grado en la Universidad Nacional de La Plata y en la Universidad Nacional de Luján. Instructora en la Residencia de Trabajo Social del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn, Provincia de Buenos Aires. southmendoza@amc.com.ar

El presente trabajo es parte de la Tesis de Maestría producto del proyecto de investigación realizado durante los años 2001/03, en el marco de la Maestría en Ciencia Sociales y Salud, organizada por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).²

La investigación está sustentada en la práctica profesional desarrollada en un hospital neuropsiquiátrico de la Provincia de Buenos Aires, la preocupación inicial estuvo centrada en la búsqueda de respuestas ante las reiteradas internaciones de numerosas personas con diagnóstico de esquizofrenia.

El trabajo cotidiano con personas que cuentan con reiteradas internaciones previas se plantea, al interior del equipo terapéutico, como una temática repetitiva, pero no se involucra en el análisis la modalidad de atención, como una dimensión posible de interferencia en el proceso de recuperación de un paciente. Así, las explicaciones se sitúan por fuera de lo institucional.

En el curso de la investigación el análisis del abordaje terapéutico fue uno de los emergentes que conllevó a problematizar la modalidad de la atención en salud mental en términos más amplios, como respuesta socialmente construida y legalizada por la implementación de las políticas sociales vigentes en el sector.

Dado que no es posible desarrollar en su totalidad los resultados de la investigación, sólo abordaremos los aspectos centrales analizados respecto de la modalidad de atención en salud mental y al Trabajo Social como una de las profesiones inscriptas en la misma, desde una perspectiva histórica.

Considerando que las actuales *refracciones de la cuestión social* (Netto, 1997) se expresan en la agudización de la desigualdad social y económica -no sólo en nuestro país sino también en el continente latinoamericano- como producto del desarrollo del sistema de producción capitalista, los trabajadores sociales debemos enfrentar nuevos desafíos ante la consolidación de un Estado que recorta su intervención en lo social e implementa políticas de ajuste en detrimento de los derechos sociales y laborales del conjunto de la clase trabajadora.

Desde la particularidad del ámbito de la salud mental la lectura coyuntural nos indica, a grandes rasgos, la pauperización de los servicios de atención pública y la inexistencia de políticas sanitarias que proporcionen líneas de asistencia que superen la institucionalización de personas portadoras de trastornos mentales severos, que, además, nunca resultaron productivas en la lógica capitalista.

Este escenario debe identificarse como uno de los aspectos analíticos a tener en cuenta en el abordaje de la salud mental a fin de construir una práctica profesional que brinde respuestas a nivel micro social y pueda también proyectar y encausar junto a otros profesionales, técnicos e integrantes de la comunidad,

² En la actualidad la Tesis de Maestría: **El reingreso de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: su significado en el tránsito de la internación a la externación**, se encuentra en proceso de evaluación.

modificaciones en la organización y prestación de los servicios de atención en salud mental, es decir, tener como horizonte de cambio también lo macro social.³

De esta manera, la dimensión política de la práctica profesional no sólo se constituye en una dimensión ineludible sino que también pasa a formar parte de cada acción cotidiana que, en su conjunto conforma la intervención profesional, llevándonos a recrear y llenar de otros contenidos éticos y políticos, tanto las técnicas como los instrumentos de intervención.

Con la intencionalidad de exponer nuestro análisis sobre la temática, en primer lugar, analizaremos las vinculaciones históricas del Trabajo Social con el campo de la salud mental, identificando como las influencias teóricas y metodológicas de la medicina, en particular de la psiquiatría, de la psicología -en sus distintas corrientes- y de la sociología funcionalista, impulsaron e impregnaron una modalidad de atención que orientó la práctica profesional por décadas.

Finalmente, explicitaremos algunas reflexiones en torno a la temática de la salud mental y la inclusión del Trabajo Social como profesión en la misma.

2. El Trabajo Social en la modalidad de atención en salud mental desde una perspectiva histórica.

Desde sus orígenes el trabajo social se caracterizó como una profesión en permanente búsqueda de referencias teóricas y metodológicas desde otras perspectivas disciplinares que pueden ser interpretadas como un intento de construcción de un arsenal teórico y metodológico que le posibilitara una intervención profesional con basamento "científico"⁴, para dar respuesta a la diversidad de problemáticas sociales.

El impacto que ello tuvo en la formación profesional fue la consolidación de las tendencias pragmatistas y empiristas, sustentadas en un pensamiento conservador, las cuales ya estaban presentes en las prácticas filantrópicas y caritativas.

"El Servicio Social mantiene su carácter técnico-instrumental orientado hacia una acción educativa y organizativa entre el proletariado urbano, articulando -en la justificación de esa acción- el discurso humanista calcado de la filosofía aristotélica-tomista, con los principios de la teoría de la modernización presentes en las Ciencias Sociales." (Iamamoto, 1997:163)

³ "En este sentido, no se puede atribuir todo el peso de la direccionalidad que sigue la práctica sólo a los Trabajadores Sociales, pero tampoco es cuestión de quedar en una dimensión abstracta que desresponsabilice por completo a los individuos". (Oliva, 2003:76)

⁴ La utilización del encomillado es para distinguir que esta búsqueda de un saber científico en el Trabajo Social estuvo (y aún hoy se encuentra vigente) cimentada en la lógica positivista. Dado que no es el objetivo ahondar en este tema, recomendamos cf. Netto, 1992. -

La filiación teórica del Trabajo Social con las producciones realizadas en otros campos disciplinares de las ciencias sociales, posibilitó la construcción de un soporte técnico-científico que, al decir de Netto, resultaba de *segundo grado*⁵.

Pero esta búsqueda por construir un saber especializado que auxiliara la práctica interventiva del Trabajo Social, caracterizada por *un hacer*, además reproducía el pensamiento conservador, corriente ideológica imperante en el desarrollo y los avances de las producciones teóricas de las ciencias sociales de fines del siglo XIX y principios del XX⁶.

El positivismo, una de las corrientes teóricas de las ciencias sociales, puede identificarse como la expresión más clara del pensamiento conservador, al asimilar el método de estudio de las ciencias naturales para la comprensión de los hechos y fenómenos sociales. Esta lógica de pensamiento, al equiparar a la sociedad con la naturaleza, considera que la sociedad se rige por leyes naturales y que los hombres deben adecuarse y respetarlas para mantener la armonía y el equilibrio societal.

Este modo de comprender la organización y el movimiento de la sociedad no incluía en el análisis su desarrollo histórico, en términos de procesos sociales y políticos en articulación con el modo de producción económico y, por lo tanto, su implicancia en el ordenamiento de las relaciones sociales.

“Tratar los hechos sociales como elementos de la naturaleza y sujetos a leyes, se convierte en reducir la acción humana a una legalidad externa a sí misma, y que por lo tanto da lugar a distinguir entre lo normal y lo patológico (como desvío de las leyes sociales). La desigualdad social se justifica en el carácter organicista de la sociedad, y de este modo es legitimada. La búsqueda de la verdad del conocimiento es objetiva y neutra, negando la existencia de los preconceptos y de la propia visión del mundo del investigador”. (Parra;1999:64)

De esta manera, se comprende que las manifestaciones de la cuestión social son consideradas como *problemas sociales*, producto de desvíos y falta de adaptación de los sujetos que no alcanzaban a incorporar los valores y las normas socialmente sancionadas. La organización económica y la estructura social nada tenían que ver con la existencia de la desigualdad social y sus consecuencias en las condiciones de vida de la clase trabajadora.

⁵ “...dadas las necesidades profesionales e interventivas del Servicio Social, esa condición de receptáculo de los productos de las ciencias sociales era insuficiente –y por lo tanto, ella es sólo un aspecto de la relación del Servicio Social con las ciencias sociales; hay otro de igual importancia: el de soldar de alguna forma esas contribuciones externas en un marco de referencia mínimamente articulado y estable –**una especie de sistema de saber de segundo grado**, obtenido por la acumulación selectiva de los subsidios de las ciencias sociales según las necesidades de la propia profesión.” (Netto, 1997:150)

⁶ “...y la tradición positivista es la típica respuesta conservadora en la cultura occidental del siglo XIX, y es en su seno que se constituyen las ciencias sociales (...) por un lado, se trataba de **extender** la racionalidad de las ciencias de la naturaleza (especialmente la biología y la física) a la reflexión sobre sociedad; por otro, se trataba de rechazar una razón teórica que **negaba** el orden vigente”. (Netto, 1997:145)

Estas son las directrices teóricas e ideológicas que fundan, no solo una forma de conocimiento y comprensión de la sociedad, sino que también aportan y sustentan las producciones teóricas y metodológicas de las diferentes disciplinas profesionales.

“Sin embargo, lo decisivo es la contracara de esta naturalización de lo social: al naturalizar la sociedad, la tradición en cuestión es forzada a buscar una especificación del ser social que sólo puede ser encontrada en la esfera moral. Naturalizada la sociedad, lo específico de lo social tiende a ser situado en sus dimensiones ético-morales -y he aquí que se franquea el espacio para la psicologización de las relaciones sociales” (Netto, 1997:37)

Realizadas estas consideraciones, comenzaremos el análisis de la profesión con una cita de Robert Castel, quién puntualiza claramente los orígenes del Trabajo Social en Europa:

“Este empleo reflexivo de la beneficencia no tenía nada de ingenuo. Iba a constituir un núcleo de pericia del que podría surgir el trabajo social profesionalizado: evaluación de las necesidades, control del empleo del socorro, intercambio personalizado con el cliente. La corriente de la scientific charity, tan animada en los países anglosajones durante la segunda mitad del siglo XIX, desarrollará a gran escala este enfoque de la asistencia. La tradición del case work se inscribe en esta línea. Y cabe preguntarse si el imperio del modelo clínico en el trabajo social no se debe en gran medida a la doble exigencia de la que el barón de Gérando fue el primer teórico: proceder a una investigación “científica” de las necesidades del cliente, y establecer con él una relación personalizada” (1997:248)

Coincidiendo con el autor, los antecedentes del Trabajo Social se remontan a las acciones de beneficencia implementadas en Inglaterra. El aumento de las manifestaciones de la cuestión social, como producto de los procesos de pauperización que desató la Revolución Industrial, demandó una tecnificación de la ayuda social que brindaban las instituciones privadas ante la ineficacia que presentaban las prácticas caritativas⁷.

La actividad filantrópica se constituye en la respuesta política, durante el siglo XIX, para enfrentar -al decir de Netto- las refracciones de la cuestión social⁸.

⁷ *“Curiosamente, y no casualmente, fue en Inglaterra, sede de la Revolución Industrial y de las primeras organizaciones proletarias, donde encontramos los antecedentes de la profesión con la creación de la London Charity Society en 1869, caracterizada por ser el primer intento de una sistematización y tecnificación en torno a la intervención asistencial. De algún modo, esta institución sintetizaba la labor desarrollada por los denominados “reformadores sociales”, que desde inicio del siglo XIX, pregonaban una intervención social ante el avance de la “cuestión social” generalmente asociados a motivaciones religiosas (ya sean católicas o protestantes)”.* (Parra, 1999:66)

⁸ *“La filantropía que no hay que entender como una fórmula ingenuamente apolítica de intervención privada en la esfera de los problemas llamados sociales, sino que hay que considerar como una estrategia deliberadamente despolitizante cara al establecimiento de los servicios colectivos,*

Su desarrollo se basó en el despliegue de acciones basadas en el consejo y en la internalización de normas de comportamiento para lograr la adaptación de la población pobre a la sociedad liberal propiciando una integración pacífica para evitar el surgimiento de conflictos y demandas colectivas.

El pensamiento filantrópico identificó a la familia como un dispositivo de atención que podía recibir la intervención pública y privada y, al mismo tiempo, se constituía en promotora de las principales ideas y estrategias de la lógica filantrópica y liberal. Donzelot (1998) identifica que de allí proviene la fuerza de la estrategia filantrópica al utilizar a la familia como punto de apoyo y como objetivo de la intervención.

“Los filántropos se proponen cambiar todo esto haciendo del estímulo del ahorro la pieza clave del nuevo dispositivo asistencial, reforzando así la familia contra las tentaciones socialistas y estatales, apoyándose en ella para luchar contra las antiguas formas de solidaridad y de dependencia, utilizando contra ellas la familia como posibilidad de autonomía” (Donzelot, 1998:67)

Existieron diversos gestores filantrópicos que propiciaron modalidades de intervención social para garantizar el modo de vida liberal en oposición a las ideas socialistas que cuestionaban el orden social. Sus ideas principales se orientaban a imponer un cambio en las prácticas de asistencia que posibilitaran identificar a la *necesidad* como motor para la integración social y no como principio de insurrección. Desde esta perspectiva, los consejos se tornan superadores de la dádiva caritativa. La detección y clasificación de los pobres se torna en la metodología que garantiza la orientación de las prácticas filantrópicas.

Si bien es cierto que el surgimiento del Trabajo Social tiene una estrecha vinculación con las prácticas filantrópicas y caritativas no debemos identificar su proceso de institucionalización como un desarrollo evolutivo de estas prácticas sino en términos de una *relación de continuidad y de ruptura* (Netto, 1992).

La *relación de continuidad* va a estar dada por la implementación de acciones interventivas basadas en un pensamiento conservador, posibilitado por la consolidación de la alianza entre la Iglesia, la burguesía y el Estado, que tenía como propósito *“...no sólo la aceptación del modo capitalista de producción hegemónico, sino también la imposición del modo capitalista de pensar...”* (Parra, 1999:66).

Otro aspecto relevante que contribuye a develar la matriz del pensamiento conservador en el proceso de institucionalización del Trabajo Social, es el carácter vocacional y marcadamente femenino que signa a la profesión.

De acuerdo al análisis que realiza Iamamoto (1992) el perfil peculiar de la profesión se vincula a la intencionalidad que se buscaba en torno del Trabajo Social: una profesión con fines altruistas, que aporte al enaltecimiento de valores solidarios y humanos, con vocación de servicio, inspirada en ideales religiosos y

puesto que ocupa una posición neurálgica equidistante de la iniciativa privada y del Estado”. (Donzelot, 1998:58)

místicos. Estos aspectos se van a encontrar en la mujer, de acuerdo a la concepción imperante, respecto de su función no solo en el ámbito familiar sino también en su desempeño a nivel social.

“La imagen social de la profesión y del profesional se encuentra profundamente estigmatizada por los estereotipos creado en torno de la mujer, apareciendo como una extensión profesionalizante de su “papel en la sociedad”, como una alternativa a la vida doméstica y a la participación política. La figura de la madre, de la educadora y del sacerdote se mezclan en la imagen social de esa profesión, de precaria base técnico-científica, que históricamente tendió a valorizar “dones”, los atributos de clase “naturalizados” como esenciales a la tarea educativa y moralizadora en relación a las clases subalternas”. (Iamamoto; 1992: 154)

La pre-existencia de un espacio socio-ocupacional al momento de la institucionalización de la profesión resulta otro de los componentes que visibilizan esta *relación de continuidad*.

La *relación de ruptura* va a estar dada por su incorporación al mercado de trabajo como una profesión asalariada dependiente, principalmente de organismos estatales:

“El proceso por el cual el orden monopolista instauro el espacio determinado que en la división social (y técnica) del trabajo a él perteneciente, propicia la profesionalización del Servicio Social, tiene su base en las modalidades a través de las cuales el Estado burgués se enfrenta con la “cuestión social”, tipificadas en las políticas sociales. Estas, además de sus medulares dimensiones políticas, se constituyen también como conjuntos de procedimientos técnico-operativos; requieren, por lo tanto, agentes técnicos en dos planos: el de su formulación y el de su implementación” (Netto; 1992:69)

La inserción de la profesión en el mercado de trabajo también requirió de su calificación técnica para el desarrollo de las actividades y funciones asignadas socialmente, esta exigencia es otra de las características que marca una *relación de ruptura* con las prácticas de intervención social que le antecedieron, al adquirir una significación social diferente.

De este modo, el Trabajo Social se inscribe como profesión asalariada en la división social y técnica del trabajo, participando como agente en la reproducción social al desempeñarse como ejecutor terminal de las políticas sociales, brindando los recursos indispensables para la sobrevivencia de la clase proletaria.

Es en Estados Unidos donde se institucionaliza la profesión a principios del siglo XX como una profesión subordinada a la medicina, en términos ocupacionales y de conocimiento. Mary Richmond⁹, es la primera en sistematizar

⁹ Mary Richmond se desempeñó como tesorera asistente en la Charity Organization Society (COS) entidad civil filantrópica, a partir de 1889. En 1897, como Secretaria General de la misma entidad, plantea en un discurso la importancia de crear una escuela para trabajadores sociales. La COS crea la Escuela de Filantropía Aplicada de Nueva York un año después y ella participa como

un método de intervención en la profesión: **el caso social individual**. Su preocupación se encuentra dirigida a diseñar una metodología que aporte en el ordenamiento de la intervención y establecerá para ello diferentes etapas: estudio, diagnóstico y tratamiento.

De esta manera, y dado que sus experiencias profesionales se desarrollan junto a médicos psiquiatras, se evidencia la apropiación que realiza del modo de atención de los médicos y lo instauro como modalidad de intervención del Trabajo Social en el abordaje de los casos.

Teniendo en cuenta que el siguiente concepto fue elaborado por la mencionada autora hace más de un siglo, nos parece oportuno y sumamente importante presentar qué se entendía por Trabajo Social psiquiátrico según Mary Richmond:

“Una rama del servicio médico-social de casos individuales que se ha desarrollado rápidamente después de la guerra es conocida con el nombre de servicio social psiquiátrico. No tenemos que ocuparnos aquí de este servicio social psiquiátrico a menos que sea con la colaboración estrecha de un especialista absolutamente competente. El valor de esta colaboración salta a la vista, ya que en el terreno mental, más todavía que en el terreno médico, el diagnóstico real depende en parte de la encuesta social, y el tratamiento que resulta de ello es una amplia cuestión de adaptación social. (1993:142)

Claramente la autora señala el lugar que ocupa el asistente social en esta área de intervención respecto de la profesión médica, es decir, de subordinación al conocimiento psiquiátrico, pero también plantea que su acción estará dirigida a la adaptación de las personas atendidas al medio social, a la vida social. La utilización del caso social individual fue pensado para colaborar en el mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores sociales pobres. Y aquí es evidente que la función social del Trabajo Social debe analizarse a la luz del contexto económico de Estados Unidos, las ideas predominantes en el orden social y la teoría social vigente en ese momento histórico.

La participación de Estados Unidos en la Primera Guerra Mundial también debe incluirse como otro de los factores que incidieron en la influencia de la psiquiatría en el Trabajo Social, al respecto Vasconcelos precisa que el tratamiento de situaciones traumáticas de los soldados: neurosis de guerra, psicosis, etc., demandó a los trabajadores sociales el abordaje de aspectos psicológicos en su actividad profesional como así también exigió de su intervención con sus familias, las cuales no presentaban problemas socioeconómicos inmediatos, situación que posibilitó centrar la práctica en el ajustamiento y adaptación familiar, no siendo lo esencial la resolución de problemáticas vinculadas a la pobreza.

docente, en 1918 pasa a denominarse Escuela de Trabajo Social. El estudio y la investigación desarrollada a lo largo de 17 años le posibilita escribir la primera propuesta teórico-metodológica en trabajo social: Social Diagnosis (Diagnóstico Social) y What's case work? (Qué es el trabajo social de casos?, este último traducido en español como El caso social individual.

En el caso de nuestro país, el Trabajo Social norteamericano otorgó fuertes subsidios a la formación de las primeras visitadoras sociales de higiene primero, y de los asistentes sociales en forma posterior, a través de la utilización y difusión de las experiencias y de la bibliografía elaborada por trabajadores sociales de Estados Unidos.

Gordon Hamilton, otra trabajadora social norteamericana, que hoy puede ser leída como un clásico en nuestra disciplina, escribe en 1940 el libro: *“Teoría y Práctica del Trabajo Social de casos”*. En el texto se evidencia el interés que tenían en esa época por construir una teoría y un método de intervención como modo de validar científicamente la formación de los *social workers*. La Psicología y sus diferentes corrientes internas, la sociología funcionalista y los avances en el campo médico, se constituyen en las referencias teóricas, como versa en el prólogo a la primera edición.

“Los adelantos de la psiquiatría, así como en las ciencias sociales, han aclarado poco a poco el concepto de caso psicosocial, la interacción de las fuerzas y conflictos emocionales y del medio ambiente, y la imperiosa necesidad de armonizar los conocimientos científicos y los valores morales” (1940:V)

Esta cita devela desde qué concepción de lo social se aborda el trabajo, a pesar de que la autora se empeña en marcar la necesidad de tener una visión integral¹⁰ de las personas que atraviesan la experiencia de una internación o padece otras situaciones de conflicto, se parte de la idea de “sumar” todas las dimensiones constitutivas del hombre e intervenir sobre cada una de ellas desde la particularidad de cada disciplina interviniente. Como así también, se puede identificar la presencia de una matriz de pensamiento filantrópico: se deben inculcar las normas y valores morales para lograr la armonía social.

Desde esta lógica, se entienden a las condiciones de vida de los sectores que asisten como factores externos posibles de modificar a partir de la voluntad de cambio y del aprendizaje de las normas y valores sociales. Así se convalida que la función del Trabajo Social, dentro del equipo terapéutico, es abordar todo lo referente a lo social/externo institucional de los pacientes, como lo manifiesta:

“En general [al trabajador social] le corresponde tomar una parte más activa en los casos de incapacidad crónica, física y emocional, que en las enfermedades agudas o casos quirúrgicos no complicados, excepto en circunstancias de urgencia como en las que tiene que ver quién atiende el manejo de un hogar durante la hospitalización de la madre, a organizar los planes para la convalecencia, etc. Por tradición le incumbe asumir, asimismo, la mayor parte de la responsabilidad con la familia del paciente

¹⁰ *“El tratamiento no puede organizarse por departamentos; ya sea que los servicios de enfermería, trabajo social y técnico se consideren como “adjuntos” o “cooperativos” a los del médico, no cabe duda que deben integrar un todo para la atención del paciente. El tratar un caso simultáneamente con el mismo enfoque y objetivo que el del médico, no cabe duda que es, por consiguiente, el rasgo distintivo del escenario médico o psiquiátrico”*. (Hamilton, 1992: 309)

en los intentos de modificar las actitudes de los familiares con respecto al enfermo” (1992:311)

Pero se dan cuenta que a veces ello se dificulta en la práctica del tratamiento, la misma autora cita la observación realizada sobre el tema como pie de página:

“Un primer intento para solucionar el problema de la división del trabajo psicosocial fue asignando todos los factores externos a los trabajadores sociales de casos, y todos los internos a los psiquiatras. De este modo, el trabajo primitivo en las clínicas de guía u orientación infantil se inauguró con la idea de que todo el trabajo psiquiátrico que hubiera que hacerse con el niño incumbía al psiquiatra, en tanto que el trabajador de casos manejaría los factores del medio circundante. El sistema falló porque uno de los principales factores del medio circundante del niño lo constituye la madre. Y muy pronto se vio que a la madre no se la podía “manipular” como se hace con otros aspectos del medio, tales como “la habitación y las ocupaciones recreativas”. (Garret, A: “Historical Survey of the Evolution of Casework”, Journal of Social Casework, junio de 1949)

Resulta interesante como la autora de forma prescriptiva, precisa y delimita la intervención profesional, las acciones y objetivos se encuentran previamente definidos de acuerdo a las características generales del “caso”. El estudio, la evaluación y el tratamiento del método de casos serán definidas como las etapas a seguir en el abordaje, tendientes a *“estabilizar o mejorar el funcionamiento del cliente con respecto a su adaptación o ajustamiento social”* (Hamilton, 1992:244). Entendiendo por ajustamiento social como el ajustamiento de la personalidad, es decir, el logro del cambio de la personalidad del cliente a través de un tratamiento orientado a modificar su situación y/o sus conductas y actitudes.

Para tal consecución, el trabajador social de casos deberá, en primer lugar, colaborar en la identificación por parte del cliente de su problemática particular e incentivar y motivar los deseos de cambio.

Este modo de entender y comprender las problemáticas sociales excluía la incorporación de la cuestión social como categoría analítica del proceso de intervención profesional, no se cuestionaba lo fundante de las situaciones conflictivas. Se hacía hincapié en el individuo y en el entorno familiar a partir de sus conductas y se abordaban en términos de deficiencia para la adaptación. Por ello la necesidad de recurrir a la psicología y a la medicina, para explicar desde allí los problemas de conducta, los malos hábitos, las dificultades en el aprendizaje, etc.

El logro en el cambio de las actitudes personales, el establecimiento de buenas relaciones entre el trabajador de casos y el individuo y la familia, entre la familia, el paciente y el médico, eran premisas que orientaban la intervención de los trabajadores sociales para facilitar y optimizar la integración y adaptación pasiva a la vida social.

La labor asignada a las asistentes sociales estaba dirigida a la atención de aquellas problemáticas que eran consideradas de su incumbencia, como por ejemplo enseñar a las madres a cuidar a sus niños, economía doméstica, hábitos de higiene, inculcar valores saludables como así también controlar las acciones y conductas de las personas. La visita domiciliaria se constituía en una instancia privilegiada de la disciplina, ya que es en el ámbito del hogar donde se puede observar y evaluar el desempeño de las personas.

En el caso de la intervención en instituciones psiquiátricas, estas funciones se resignifican y van a estar orientadas a revincular y reinsertar al paciente al medio socio-familiar, en el caso de las actividades intrahospitalarias formando parte de los equipos de atención. El médico psiquiatra es quién decide su intervención, como lo estipula un autor:

“Prácticamente todos los casos admitidos presentan aspectos sociales. La decisión de considerar el caso como “social” es un tanto arbitraria y viene unas veces del médico director y otras de algún componente del equipo.”
(Claramunt Lopez;1964:410)

La denominación de caso “social” continúa en vigencia y la definición hace referencia a la existencia de problemas familiares, económicos, etc., que escapan a la intervención médica. Y torna necesaria la presencia de un trabajador social para que se encargue de abordar específicamente los problemas considerados sociales que obstaculizan el proceso de recuperación de los pacientes y/o imposibilitan su externación. Lo social desde esta perspectiva se presenta como un campo específico de intervención del Trabajo Social.

Esta lógica de intervención persistió fuertemente y sin cuestionamientos en nuestro país hasta la década de 1960, etapa histórica constituida por hechos sociales y políticos que signaron este momento histórico. En el caso del Trabajo Social, posibilitó la apertura de discusiones y replanteos en torno a la función social asignada desde su surgimiento: responder a los intereses de las clases dominantes paliando e invisibilizando las manifestaciones de la cuestión social producto de las contradicciones inherentes al capitalismo.

El movimiento de reconceptualización en el Trabajo Social, hacia mediados de la década de 1960, significó el inicio de un proceso de rupturas y de continuidades en la formación y en la práctica profesional. El proceso de ruptura se tradujo en el cuestionamiento a la práctica profesional, sustentada en concepciones conservadoras y funcionales a un modo de vida basado en la desigualdad social en el cual la disciplina actuaba para paliar las situaciones de conflicto social. Como lo afirma Virginia Siede este movimiento presentó:

“...una serie de intentos de ruptura en relación a las concepciones y modalidades interventivas que la profesión tenía hasta ese momento. Las discusiones profesionales de esos momentos, inicialmente muy centradas en la necesidad de construir un Trabajo Social Latinoamericano, fundamentalmente dieron como resultado el descubrimiento y la puesta

sobre la mesa de una dimensión política de la intervención profesional...
(2002)

En cuanto al proceso de continuidades podemos identificar en la literatura de la época, que un sector de la profesión consideraba que el fortalecimiento y crecimiento del Trabajo Social como profesión se enlaza con la incorporación del saber “científico” de otras disciplinas, en un intento de búsqueda para fundamentar, en términos teóricos, la lógica de intervención asignada y asumida históricamente.

Desde su surgimiento, la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental, se tornó en una especialización particular de la profesión: *el Trabajo Social psiquiátrico*. Este posicionamiento posibilitó y demandó para el desarrollo profesional, la utilización de saberes y métodos asociados a la psicología y psiquiatría, de este modo se comienza a *psicologizar* la lectura de las problemáticas sociales y/o a *patologizar* las relaciones socio-familiares de los sujetos que padecen una enfermedad mental.

Resulta ejemplificador, en el caso de nuestro país, el intento de Becerra¹¹ por establecer una metodología de intervención profesional empleando categorías médicas y de distintas corrientes de la psicología funcionalista¹². De este modo construye una serie de tipologías sobre la personalidad, sobre las familias y las enfermedades mentales pues lo considera prioritario para la capacitación teórica y práctica del trabajador social que se encuentra trabajando con los enfermos mentales y sus familias¹³.

En cuanto al Trabajo Social psiquiátrico claramente deja estipulado que el objetivo es el de *ayudar a los seres humanos* para el logro del desarrollo de sus capacidades en un sentido positivo, jugando un papel importantísimo la personalidad del profesional para su alcance, pues la adquisición de habilidades técnicas no es algo que pueda transmitirse a través de la enseñanza, sobre todo si se pone como principio la aceptación del paciente como persona y se acepta el profesional también como persona. Pero esa *ayuda* tiene una dirección: educar y reorganizar la personalidad del enfermo mental y la función del Trabajo Social allí es la de actuar como agente socializador.

Así también es notable como la influencia de diversas corrientes teóricas de la psicología, de la sociología funcionalista y la medicina, particularmente de la psiquiatría, van configurando y estructurando una modalidad de intervención desde el Trabajo Social sustentada en una mirada parcial y ecléctica de lo que se

¹¹ Es necesario mencionar que la autora estuvo como supervisora docente en el curso de posgrado para profesionales de Servicio Social, que se dictaba desde el Instituto Nacional de Salud Mental, en el periodo 1967/1971.

¹² Cf. Becerra, Rosa María. Elementos básicos para el Trabajo Social psiquiátrico. Editorial Ecro. Buenos Aires, 1977. -

¹³ Desde esta lógica de razonamiento la autora establece una metodología del trabajo social psiquiátrico utilizando conceptos de comunicación, de psicología y de medicina, fusionando en algunas etapas de la acción profesional a los métodos clásicos de intervención por considerar que de otro modo no podría funcionar.

presenta en el campo de la salud mental, desvinculada de las condiciones socio-históricas y económicas más amplias.

En síntesis, el intento en la construcción de una metodología y/o la aplicación de técnicas e instrumentos en el Trabajo Social desde el campo de la psicología americana no solo acentuó una concepción individualista de los conflictos y de los problemas de las personas que padecen trastornos mentales sino que también instauró la construcción de un perfil profesional orientado a lo socio-terapéutico.

3. Análisis de la práctica del Trabajo Social en la modalidad de atención en salud mental: la externación como objetivo.

La implementación de entrevistas en profundidad y el análisis de los registros de los profesionales de trabajo social, en el marco de la investigación, nos permitió identificar que la externación se propone como el objetivo de la práctica profesional, objetivo compartido con las otras disciplinas pero además, y esto nos llama la atención, es el **objetivo institucional que sostiene la modalidad de atención.**

Esto señala que hay un proceso de mimetización entre las distintas prácticas disciplinares y el modo de funcionamiento institucional, donde pareciera ser que las profesiones toman como propios los objetivos de la institución sin evidenciarse metas o propósitos más específicos que aludan a las particularidades de las profesiones en sí.

Este fenómeno conmueve e invade el saber disciplinar, sobre todo de aquellas que no son médicas, si tomamos en consideración que la modalidad de atención en salud mental se funda y se estructura a partir de la lógica psiquiátrica.

Dadas las ideas y convicciones existentes en torno al Trabajo Social, consideramos que es la disciplina a la cual se le asigna la responsabilidad de abordar y trabajar sobre “lo social” cuando en el abordaje terapéutico se comienzan a vislumbrar obstáculos que imposibilitan la externación. Es decir, ante la ausencia de una familia “contenedora” y/o de recursos económicos, el Trabajo Social es el encargado de viabilizar acciones y actividades para facilitar la externación del paciente.

En este punto nos interesa detenernos en el análisis de la construcción del proceso metodológico de la intervención, en el marco del abordaje terapéutico, para lograr identificar los aportes específicos de la profesión y sus objetivos, para lo cual recurrimos al estudio desarrollado por Andrea Oliva respecto de las contradicciones en la práctica profesional de los trabajadores sociales.

La autora parte de posicionar a la profesión dentro de la división social y técnica del trabajo para fundamentar el interjuego existente entre las funciones asignadas¹⁴, las necesidades, demandas y recursos en el marco de la relación institución/usuario/trabajador social.

¹⁴ “Al hablar de “funciones asignadas” nos estamos remitiendo a un proceso de asignación que tiene un movimiento contradictorio resultante de la relación de enfrentamiento entre las dos clases

Desde esta perspectiva es que ubica a la práctica del trabajador social entre la lógica de la política social destinada a un determinado sector –en nuestro caso es la orientación dada a la atención de la salud mental– y *las tendencias marcadas por los usuario/pobladores* (1998:6) –es decir, la demanda de atención que realizan pacientes y familiares–.

Dentro de las funciones asignadas, la autora identifica tres categorías conceptuales que conforman la estrategia de intervención en la práctica profesional: *asistencia, gestión y educación*. Conceptos que se articulan, se conjugan y se expresan en la cotidianeidad en forma simultánea o separadas, de acuerdo a los objetivos propuestos en el proceso metodológico.

“Las categorías de asistencia, gestión y educación, están relacionadas a los conjuntos de tareas que desempeñan los Trabajadores Sociales dentro de la esfera estatal. Las fuerzas objetivas que se presentan contradictoriamente en su interior, su comprensión y la toma de posición consciente del Trabajador Social permiten la articulación creativa que se desarrolla en las estrategias de acción”. (2001:77)

Esta distinción de categorías conceptuales dentro de las funciones asignadas al Trabajo Social, nos permite analizar con mayor precisión algunos aspectos de la información relevada, que se nos presenta caótica y desordenada, en torno a la intervención profesional en el marco del proceso terapéutico.

La autora considera que el conjunto de tareas vinculadas a lo *asistencial* deriva de las acciones inherentes –es decir, que se encuentran contenidas– en las políticas sociales; el trabajador social es el encargado de ejecutar prestaciones y entregar recursos como así también de recibir las demandas de la población¹⁵.

En nuestro caso, de estudio la labor asistencial se encuentra más vinculada a indagar sobre la situación particular de los pacientes y de su entorno familiar con la intencionalidad de facilitar la externación. Es decir, la tarea asistencial se encuentra orientada a la elaboración de una situación diagnóstica de cada paciente para establecer y organizar el conjunto de acciones y actividades vinculadas a la gestión de recursos, involucrando también educativo.

Por lo que resulta interesante lo que más adelante plantea Oliva:

“Como podemos observar, la asistencia no implica solamente entrega de recursos, sino que involucra aspectos de contención emocional, observación, análisis de determinaciones. Se requiere la capacidad de

fundamentales”. Y más adelante afirma: *“En este sentido consideramos que no es únicamente la burguesía la que participa de la asignación de funciones, sino que también la clase obrera presenta su batalla en este campo. Como trabajador asalariado, el Trabajador Social ejerce la profesión dentro de un proceso de asignación de funciones en un campo de lucha social. Por lo tanto las funciones no pueden ser analizadas unilateralmente; lo que denominamos ‘funciones asignadas’ tienen en su seno las contradicciones del orden burgués imperante”.* (Oliva, 1997:6).

¹⁵ *“De la concepción de la función de asistencia ya sea como producto de necesidades sociales, o producto de carencias individuales se tiende a una acción de asistencia reivindicativa donde el sujeto (individual o colectivo) es social; o una acción de ayuda/auxilio a una demanda puntual procediendo a la negación del ser social”.* (Oliva, 2001:12)

escuchar, manteniendo la atención en los relatos que contienen una gama de problemas que se entrecruzan, que no tienen, a simple vista un claro hilo conductor. O dicho de otro modo, esa capacidad requiere de ese esfuerzo del pensamiento para entender las múltiples determinaciones que están en lo concreto”. (2001:80)

En cuanto a *gestión*, la autora la conceptualiza como el conjunto de actividades y tareas que desarrollan los trabajadores sociales para la obtención de recursos, acciones que deberían superar el trabajo administrativo al contener una intencionalidad particular en el marco de un abordaje más amplio y complejo de una o varias situaciones específicas.

Señalando, posteriormente, un elemento analítico que colabora en comprender la magnitud de tareas y acciones que implementan los trabajadores sociales en algunos casos estudiados en la investigación que hemos realizado:

“Cuando menos prestaciones están disponibles en la institución, se amplía el espectro de las tareas de gestión, ya que se requiere de todo un trabajo de búsqueda de información, de análisis, de vinculación con otras instituciones, reparticiones, con pobladores, con usuarios, etc” (2001:91).

La numerosa cantidad de acciones y actividades registradas en algunas de las historias clínicas revisadas responden a la búsqueda incesante de los trabajadores sociales por encontrar y obtener recursos ofrecidos por diversas políticas sociales focalizadas a fin de facilitar la externación del/los paciente/s.

Es decir, las acciones de gestión asignadas -y claramente asumidas- al trabajador social desde la institución se vinculan a sortear obstáculos e intentar que el paciente y/o sus familiares puedan acceder a determinados recursos que “supuestamente” aportarían tanto en la externación como en su sostenimiento.

Decimos supuestamente, ya que no queda claro en los registros de los profesionales que el nudo problemático evaluado desde el Trabajo Social exija del desarrollo y el despliegue de determinadas acciones y tareas de gestión, como estrategia metodológica para resolverlo y alcanzar el objetivo profesional de la externación, sino que lo deducimos del conjunto de registros realizados por diferentes profesionales que han intervenido en las distintas internaciones del/los paciente/s como así también de los planteos explicitados durante la entrevista a los profesionales y técnicos.

De esta manera, el trabajo de gestión se constituye en una de las dimensiones relevantes en la práctica profesional de los trabajadores sociales al momento de abordar aspectos que hacen a la reproducción social de los pacientes en su medio socio-familiar.

Con respecto a la *educación*, Oliva considera que es una de las dimensiones que atraviesa y se articula en la práctica profesional con el trabajo asistencial y de gestión, constituyéndose en una dimensión relevante en la intervención:

“La educación siempre es un hecho político, no hay educación neutra, de acuerdo a la direccionalidad que se le imprima, toman su contenido los

objetivos de la asistencia y la gestión. En este sentido, es la categoría central dado que se sintetizan las perspectivas que van a orientar las tácticas y estrategias". (2001:103)

Desde otro ángulo de análisis, José Paulo Netto señala dos niveles que son concurrentes en el proceso de legitimación del Trabajo Social como profesión. El primer nivel sería el de la materialidad, es decir, el trabajador social se inserta en la dinámica de las relaciones sociales que se generan a partir de las diferentes instituciones creadas por la política social para hacer entrega de algún recurso a la población que demanda, que exige solución para atender las situaciones conflictivas que están viviendo por sus condiciones de pobreza¹⁶.

En el otro nivel, identifica a la dimensión educativa o socio-educativa del Trabajo Social y que, en concordancia con lo que nos ha indicado Oliva, tiene una función eminentemente política.

Lo que nos presentan estos autores resulta sumamente esclarecedor para el análisis de la práctica profesional en el abordaje terapéutico.

Como lo señalamos anteriormente, la intervención profesional desarrollada por los profesionales en el abordaje terapéutico de los pacientes está orientada a facilitar la externación, desdibujándose y/o mimetizándose con el objetivo institucional y, por supuesto, con el de la psiquiatría.

No se evidencian objetivos propios del Trabajo Social y cuando hacen referencia a otras dimensiones del tratamiento terapéutico, el cambio en las condiciones de vida del paciente y de su grupo familiar se identifica como un aspecto importante y conclusivo para la optimización del proceso de recuperación.

Pero, al mismo tiempo, se reconoce que el cambio en las condiciones de vida no depende de la intervención profesional, sino de la existencia de políticas sociales universales, de la asignación de mayores recursos públicos y el aumento del presupuesto sanitario, es decir, de la implementación de modificaciones en el orden de lo macro social.

Sin desconsiderar su importancia, en el actual contexto social, económico y político, lo evaluamos como una confusión en el análisis entre los niveles coyunturales y estructurales. Es decir, la interpretación que se realiza en torno a *la existencia de situaciones conflictivas para alcanzar el objetivo de la externación*, parte de fragmentar dos dimensiones que se encuentran estrechamente articuladas al ser constitutivas de un todo que es la cuestión social.

Si bien es cierto que la intervención profesional encuentra limitaciones no debemos perder de vista que las consecuencias de la cuestión no pueden ser transformadas en las causas de problemáticas sociales que padecen la mayoría de la población en nuestro país.

Entonces, nuestros objetivos profesionales en el sector de la salud mental deben ser construidos teniendo en claro que las dificultades de externación, que

¹⁶ "La gente que llega a nuestros puestos de trabajo busca un apoyo que se traduce en un servicio material. Cuando los recursos para proporcionar estos servicios se vuelven escasos, se produce la más grave crisis de legitimación de la profesión. El profesional no consigue, ni ante el usuario ni ante sí mismo, justificar su inserción profesional". (Netto, 1998:34)

se nos presentan en la cotidianeidad de la intervención profesional, tienen que ver con que dirigimos nuestro accionar hacia grupos sociales que, además de atravesar por la experiencia de una enfermedad mental, padecen y vivencian la desigualdad social existente.

La falta de un mayor presupuesto para la atención en salud mental, la ausencia y/o escasez de recursos materiales para atender las distintas problemáticas que atraviesa una persona portadora de trastorno mental, la no inserción laboral de la mayoría de los integrantes de los grupos familiares de los pacientes, las condiciones paupérrimas de sus viviendas son algunas de las consecuencias que expresa la cuestión social, pero no nos hablan de una crítica a la modalidad de atención, sino que colabora en invisibilizar la dimensión político-ideológica de las prácticas asistenciales que se sostienen en el hospital al colocar por fuera de la institución la problemática de la salud mental, es decir en lo estructural.¹⁷

La multiplicidad de tareas y actividades desarrolladas y registradas -en las historias clínicas- por los trabajadores sociales, no expresan una vinculación particular con el abordaje terapéutico a excepción del tema específico de la medicación. El profesional colabora en indagar sobre la relación que se ha construido entre la medicación y el paciente y sus familiares, es decir aporta en la enseñanza sobre su importancia en el tratamiento y detecta las dificultades o los logros a lo largo de su intervención a fin de establecer las próximas acciones a seguir.

Si bien es cierto que también se involucra en el conocimiento sobre las relaciones intra-familiares, a fin de identificar situaciones conflictivas que atentarían con la convivencia y, por lo tanto, contra la externación del paciente, no se registran evaluaciones profesionales que contengan la estrategia metodológica general establecida, incorporando posibles escenarios futuros o acciones y resultados mediatos en la intervención de un caso, recuperando lo ya realizado en otras internaciones por otros profesionales del Trabajo Social o de otras disciplinas.

Al igual que la psiquiatría, el reingreso de un paciente es tomado desde el Trabajo Social como un comenzar de nuevo, aunque en algunas situaciones hemos observado que los cambios son introducidos por la realidad "externa", como el fallecimiento de los cuidadores históricos del paciente o el rechazo explícito de sus familiares a continuar conviviendo con el paciente por diferentes motivos.

Esta forma de abordar el reingreso tiene que ver con el modo en que se plantea la externación -sobre ello hemos discutido anteriormente-, es decir, como objetivo inmediato a cumplir en el cual se diluyen la complejidad de las relaciones sociales que se establecen en el abordaje terapéutico, las particularidades socio-

¹⁷ *"Queremos remarcar que no existe un corte tajante que separe acciones entre lo asistencial, de gestión y lo educativo. Pero es necesario tener claro que precisamos marcar objetivos en los tres ejes para poder desarrollar estrategias, de lo contrario quedamos inmersos en la inercia de la direccionalidad que imprimen las políticas sociales". (Oliva, 2001:103)*

históricas que porta cada persona que reingresa, así como los saberes y prácticas que tiene cada disciplina interviniente. En otros términos, la mirada particular y la riqueza de conocimiento que puede brindar cada disciplina partícipe del abordaje terapéutico se reduce al funcionamiento mecánico y rutinario de las prácticas sociales que se sostienen desde esta modalidad de atención.

Por ello evaluamos como importante la dimensión socio-educativa que ejerce nuestra profesión en el abordaje terapéutico, al ser un mediador entre la institución psiquiátrica y las demandas de los pacientes y sus familiares o, como significativamente lo denomina Netto (1998), entre un *campo de tensión* y un *campo de presión*.

Este lugar asignado históricamente, lejos de condenarnos, debe constituirse en un espacio de posibilidades para comenzar a imprimir otra lógica al modo de entender a la salud y a la enfermedad mental, valorizando, por ejemplo, los saberes y prácticas de los pacientes y de sus familiares como así también comenzar a hacer visibles los valores y las concepciones que subyacen en el abordaje terapéutico actual.

“En el intento de explicar qué es lo que unifica la demanda del Asistente Social en programas polifacéticos, se puede levantar la siguiente hipótesis que orienta las reflexiones que siguen: el Asistente Social es solicitado no tanto por el carácter propiamente “técnico-especializado” de sus acciones, sino, antes y básicamente, por las funciones de cuño “educativo”, “moralizador” y “disciplinador” que, mediante un soporte administrativo-burocrático, desempeña sobre las clases trabajadoras, o más precisamente sobre los segmentos de éstas que forman la “clientela” de las instituciones que desarrollan “programas socio-asistenciales”. (Iamamoto, 1992:145)

Compartiendo la argumentación que desarrolla Iamamoto, las funciones asignadas, y que dieron origen a la institucionalización del Trabajo Social como profesión, estuvieron consolidadas desde la racionalidad de la clase burguesa, buscando generar el consenso o utilizar la coerción en la clase trabajadora para la aceptación del modo capitalista de pensar y vivir¹⁸.

La intervención directa que tiene en la cotidianidad de los sujetos que demandan la obtención de recursos se encuentra avalado y legitimado por la organización técnico-administrativa que el Estado ha diseñado en la implementación de la política social.¹⁹ Esta posibilidad de ingreso en la vida

¹⁸ *“El capital busca establecer medio de tutela y normatización de la vida del trabajador fuera de la fábrica, invadiendo su vida privada. Procura no solamente conservar un cierto equilibrio psicofísico del trabajador, puesto que no deben ser averiadas en demasía las piezas de una máquina colectiva de trabajo, sino ampliar la interferencia moral y política por parte del capital sobre el conjunto de su vida particular. En este sentido tiene a su disposición el aparato de Estado, además de las propias iniciativas de beneficencia llevadas a cabo por la clase patronal. Ahí, la coerción social debe ser hábilmente articulada con la persuasión y el consenso, que dan la forma exterior al uso intrínseco de la fuerza”. (Iamamoto, 1992:137)*

¹⁹ *“Por otra parte, la política social –y dentro de ella el trabajo social- al aparecer como respuesta a la miseria, resulta también legitimadora de ésta, en la medida en que lo que es estructural es*

privada, para la indagación y conocimiento sobre las formas de relaciones intra y socio familiares existentes, sobre las condiciones y el modo de vida se ordena en función de las exigencias propuestas desde el Estado para evaluar el acceso a determinados servicios sociales y/o la entrega de los recursos demandados.

Pero a su vez, estos actos se encuentran orientados a moldear y normatizar el modo de pensar y vivir de la clase trabajadora. Debemos recordar que el Trabajo Social se institucionalizó como disciplina para actuar en el conflictivo espacio de las contradicciones de clase con claros objetivos de control social y para paliar las consecuencias originadas por la explotación del trabajo (Grassi, 1989).

Las actividades y acciones orientadas a vigilar y controlar se ejecutan con la convicción de que resulta necesario educar, normar e intervenir en la vida cotidiana de los pobres para garantizar una determinada forma de organización familiar, de establecer conductas socialmente esperadas, de acuerdo a las necesidades coyunturales del sistema social.

Sin embargo, lamamoto, al mismo tiempo que pone al descubierto el carácter moralizador y disciplinador del ejercicio profesional en sus orígenes nos brinda una llave heurística para superar posibles lecturas deterministas por la herencia conservadora de nuestra profesión o el mantenimiento de una perspectiva acrítica y ahistórica, asentada en bases vocacionales y voluntaristas que sostienen una posición altruista y conservadora del Trabajo Social.

Estamos haciendo alusión a la *autonomía relativa*, lamamoto recupera en su análisis respecto de la profesión un aspecto que la particulariza y la distingue del resto de las disciplinas y es su carácter eminentemente interventivo en la vida cotidiana de los sectores a los que se destinan los recursos o se dirige el accionar del trabajador social.

“Si el asistente social, en la condición de trabajador asalariado, debe responder a las exigencias básicas de la entidad que contrata sus servicios, él dispone de relativa autonomía en el ejercicio de sus funciones institucionales, siendo corresponsable por los rumbos impresos a sus actividades y por las formas de conducirlas”. (lamamoto, 1992:138)

Lo expuesto nos lleva a pensar que a pesar de las funciones asignadas al trabajador social en la institución psiquiátrica, desde la lógica de la modalidad de atención hegemónica en salud mental, podemos intervenir en el abordaje terapéutico resignificando el accionar cotidiano, estableciendo objetivos profesionales que se articulen a las particularidades específicas que presentan las situaciones de cada uno de los pacientes con los que se trabaja pero, también ampliando el horizonte de las prácticas sociales que allí se desarrollan.

“Se ofrece al Trabajador Social la posibilidad no solamente de relaciones jerárquicas, sino de las relaciones ahí si construidas según proyectos,

reintrepretado y mostrado como consecuencia de conductas individuales o grupales, a las que el Estado busca solucionar”. (Grassi, 1989:16)

según la posibilidad de establecer estrategias y tácticas que involucren no solamente al Trabajador Social sino a otros profesionales que pueden vincularse en un proyecto comprometido con las demandas de otro campo, del campo no de tensión sino de presión que es el campo de las demandas de los usuarios” (Netto, 1998:39)

En síntesis, podemos decir que la autonomía relativa del Trabajo Social, en el marco de la modalidad de atención en salud mental, va a estar dada por una reorientación de la práctica profesional²⁰ teniendo como objetivo la inclusión en el abordaje terapéutico de los saberes y prácticas de los pacientes y de sus familiares, revalorizando la dimensión socio-educativa para comenzar a cuestionar y criticar este modelo de atención sanitario que no se adecua ni responde a las demandas de atención de la población que padece algún trastorno mental, sino todo lo contrario, es la población la que se somete y se subordina al funcionamiento de la institución psiquiátrica.

Al interior de la institución, es decir en el campo de tensión, también nos compete iniciar discusiones respecto de las prácticas, comenzar a develar su dimensión político-ideológica, asumiendo que el cambio no sólo debe darse en el orden de lo estructural sino que comienza y se gesta en lo cotidiano de la práctica asistencial, complejizando la interpretación de los llamados “problemas sociales” refiriéndolos a la cuestión social más amplia que involucra aspectos económicos, sociales, culturales y políticos, en definitiva la desigualdad social existente.

El inicio de discusiones en esta dirección puede ser también el inicio para desnaturalizar el reingreso de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en la institución, incluir otras lógicas de pensamiento para comprender la temática en su complejidad. Si bien es cierto que se trata de una enfermedad crónica, con impactos negativos severos en la persona que la padece y que el curso de la enfermedad marca un deterioro progresivo, también es cierto que esta modalidad de atención instituida no aporta en la atención de las necesidades del paciente y de sus familiares, quiénes generalmente son culpabilizados o responsabilizados por la no continuidad del tratamiento psicofarmacológico o por la falta de tolerancia en la convivencia.

²⁰ *“De este modo vemos cómo existe una tendencia que conjuga el asistencialismo, a través de una gestión burocrática, que conduce a la reproducción del orden social. Pero también esos*

4. Conclusiones.

Las preocupaciones sobre los reiterados reingresos de personas con diagnóstico de esquizofrenia, el impacto negativo que ello tiene tanto en su proceso de recuperación como así también en la dinámica y vinculación familiar y/o de su grupo de referencia, fueron las inquietudes que motivaron el estudio de la temática con la intencionalidad de comenzar a visibilizar aquellos aspectos que contribuyen en el sostenimiento de esta situación.

El análisis sobre el abordaje terapéutico de la esquizofrenia posibilitó identificar la importancia que adquiere el sostenimiento de una perspectiva de totalidad y complejidad sobre la incidencia de esta enfermedad tanto en la persona que la padece como en los miembros de su familia y/o de su grupo de referencia.

Si bien es cierto que el abordaje terapéutico se referencia en la modalidad de atención en salud mental instaurada, en cada momento histórico, los cambios pueden y, deben, iniciarse con la modificación de las perspectivas parciales y limitantes que muchos profesionales y técnicos sostienen a la hora de determinar el tratamiento terapéutico²¹.

Es evidente que el no contar con dispositivos de atención superadores de la internación manicomial responde a la existencia de una modalidad de atención sanitaria en el campo de la salud mental, específicamente, y de la salud en términos generales. La ausencia de políticas sanitarias que contenga una articulación sistemática entre sus diferentes niveles de atención se presenta como un gran obstáculo, que posiciona al hospital neuropsiquiátrico –perteneciente al tercer nivel de atención- como único recurso de atención sanitaria, con el que cuenta la población.

Esta situación expresa la valorización que subyace respecto de la salud/enfermedad mental, como un binomio inseparable pero que a su vez señala que el dispositivo de atención se localiza esencialmente en la enfermedad. A partir del ingreso al dispositivo de atención sanitaria, tanto la persona portadora de un trastorno mental como su familia y/o grupo de referencia, ingresan a un circuito del cual resulta difícil escapar.

La naturalización de la existencia del hospital psiquiátrico como dispositivo hegemónico en la atención de la salud mental es otro de los fenómenos que ha permanecido desde el siglo XIX en nuestro país, si bien es cierto que se han dado importantes intentos de rupturas en diferentes momentos socio-históricos, pero ello también nos habla de lo que socialmente estamos dispuestos a aceptar como locura y de nuestras matrices de pensamiento.

La respuesta socialmente construida a la enfermedad mental ha intentado ocultar, bajo el discurso de ideas humanistas, su ineficacia en la resolución de las

espacios son utilizados para generar la participación que tienda a una educación de lucha para la reivindicación de los derechos sociales". (Oliva, 1998:18)

²¹ *"La familia precisa ser vista no apenas como un recurso, como un "lugar" como otro cualquiera. Evidentemente es un espacio de afecto y relaciones personalizadas significativas, más no siempre es vivenciado como un afecto positivo tanto por el portador del trastorno mental como por la propia familia. El cuidado en la familia envuelve no sólo afecto, características psicológicas, relaciones interpersonales significativas, más también condiciones materiales concretas para su desarrollo" (Santos Rosa,2000:285)*

problemáticas inherentes, posicionando como problemáticas individuales la incapacidad sea para su recuperación, para el sostenimiento del tratamiento o para la asunción de responsabilidades sociales. Desde esta lógica no se produce un cuestionamiento a la modalidad de atención, a su organización, dinámica y objetivos de funcionamiento: es un problema del individuo que no se adapta.

La inclusión, en el análisis de la reconstrucción histórica de la modalidad de atención en salud mental, del Trabajo Social se debe a que participó –y participa– como una disciplina encargada de todo lo inherente a *lo social* de las personas que padecen un trastorno mental.

Ello nos permitió visibilizar cómo la matriz de pensamiento filantrópico y las influencias teóricas y metodológicas de otros campos disciplinares de las cuáles se nutrió el Trabajo Social, se encuentran presentes y ha tenido continuidad en el ejercicio profesional a lo largo de los años.

Por ser una profesión asalariada, inscripta en la división social y técnica de trabajo, su ejercicio profesional se centra, básicamente, en la implementación de políticas sociales –respuestas sistemáticas y estratégicas por parte del Estado para enfrentar las refracciones de la cuestión social–.

Esta particularidad del lugar socio-ocupacional del Trabajo Social le imprime una direccionalidad atribuida por la propia lógica que generan las políticas sociales. En otras palabras, el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental no puede romper con la marca filantrópica humanitaria pero no por un problema interno, endógeno de la profesión sino por determinantes estructurales de la propia lógica de las políticas diseñadas para operar en el sector y de las instituciones de salud mental.

Para finalizar, y luego de haber realizado un recorrido teórico e histórico sobre la temática, es evidente que uno de los mayores problemas que tiene la población es la ausencia de un sistema sanitario en salud mental que se funde y estructure a partir de sus necesidades, puesto que no existen en nuestro país políticas de protección social que colaboren en atender el enfrentamiento de situaciones límites que padecen tanto las personas portadoras de trastorno mental como sus familiares. El internamiento es el único recurso con el que cuentan.

Entonces es necesario que como profesionales comencemos a discutir sobre ello en el *campo de tensión*, pero también nos debemos un trabajo más crítico y develador de esta situación en el *campo de presión*.

Es evidente que el tema es complejo y que nuestra proposición da lugar para el debate. La discusión en torno a qué servicios de atención en salud mental **socialmente** necesitamos es un tema que aún no lo hemos realizado, quizás porque aún no hemos iniciado la discusión sobre la existencia de los manicomios.

5. Bibliografía.

ALAYÓN, Norberto. *Hacia la historia del Trabajo Social en la Argentina*. Lima , Ediciones CELATS, 3° ed., 1980. [Historia del Trabajo Social en la Argentina. Buenos Aires, Editorial Espacio, 4° ed., 1992]

ALBERDI, José María. *Reformas y contra-reformas, políticas de salud mental en Argentina*. Tesis de Maestría presentada en la Universidad Federal de Río de Janeiro. Brasil, 1997.-

BECERRA, Rosa. María. *Elementos básicos para el Trabajo Social psiquiátrico* Editorial ECRO. Buenos Aires, 1977.

_____. Una experiencia de integración de métodos en Servicio Social psiquiátrico, en Revista Selecciones del Social Work. N°7. Setiembre de 1969. Buenos Aires.

BORGIANI, E y MONTAÑO, C. *Orgs. Metodología y Servicio Social. Hoy en debate*. Editora Cortez. San Pablo, Brasil, 2000.-

CASTEL, Robert. *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Paidós Estado y Sociedad. Buenos Aires, 1997.-

DONZELOT, Jacques. *La policía de las familias*. Pre-textos. Valencia. 1998.-

GALENDE E. *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós editorial. Buenos Aires, 1990.-

_____. *La discriminación social y jurídica del enfermo mental*. Ponencia presentada en las Jornadas de Psicología Forense. Buenos Aires. 1994.-

_____. *Informe solicitado por Convencionales del Frente Grande: Salud mental y Constitución Nacional. Fundamentos para la inclusión en los derechos y garantías constitucionales de la problemática del enfermo mental*. 1994.-

_____. *De un horizonte incierto*. Paidós editorial. Buenos Aires, 1997.-

_____. *La situación de la Salud Mental en Argentina*. Mimeo.

Lanús, 2000.

GARCIA PEREIRA, Ivana. *Do Ajustamento á Invención da Cidadania: serviço social, saúde mental intervencao na familia no Brasil*. En Mourao Vasconcelos et al. *Saúde Mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. Cortez Editora. San Pablo, 2000.-

GRASSI, Estela. La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana. Humanitas, Buenos Aires, 1989.-

IAMAMOTO, Marilda V. Servicio Social y división del trabajo. Cortez Editora, San Pablo, Brasil, 1997.-

MENÉNDEZ E. *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?*. En Revista Alteridades, 1994.-

MOURAO VASCONCELOS E. Saude mental e servico social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. Cortez Editora. Sao Paulo, Brasil, 2000.-

NETTO, José Paulo. Capitalismo monopolista y Servicio Social. Cortez Editora. San Pablo, Brasil, 1997.-

OLIVA, Andrea. Los recursos en la intervención profesional del Trabajo Social. Documento de Trabajo. Grupo de Investigación y Acción Social. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Tandil, 2003.-

_____ Análisis de la práctica profesional de los trabajadores sociales en el ámbito estatal. Disertación de Tesis de Maestría en Trabajo Social. PUC-SP. Brasil, 2001.-

PARRA, Gustavo. Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y Expansión del Trabajo Social Argentino. Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Luján, 1999.

_____. Discutiendo el movimiento de reconceptualización. ¿Un nuevo Proyecto Profesional en el Trabajo Social Latinoamericano?. Tesis de Doctorado presentada en la Pontificia Universidad Católica de San Pablo, Brasil. Mimeo. Buenos Aires, 2002.-

RICHMOND, Mary E. Caso social individual. Editorial Humanitas. 3° ed., Buenos Aires, 1993.-

SANTOS ROSA Lúcia. As Condições da Família Brasileira de Baixa Renda no Provimento de Cuidados com o Portador de Transtorno Mental. En Vasconcelos Mourao et al. Saúde Mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. Cortez Editora. San Pablo, Septiembre de 2000.-

SIEDE, María Virginia. Intervención profesional y conflicto social. Ponencia presentada en Buenos Aires, 2002.