

TRABAJO SOCIAL
en el campo de la SALUD MENTAL

*La práctica del trabajo social
y el despliegue de sus condiciones de posibilidad en el campo
de la salud mental.*

Introducción

buena

gana y en gran número en el servicio de los

podere

públicos, es necesario que éstos den alguna

seguridad de continuidad en los métodos seguidos y

cierta garantía de independencia ante los partidos

políticos.”

Mary Richmond. 1922

Si bien este libro trata sobre el trabajo social y su intervención en el campo de la salud mental, también es real que uno de mis propósitos es presentar algunos rasgos imprescindibles para la intervención, o si se quiere, algunas invarianzas, que desde el trabajo social se observan en el campo de la salud mental y en especial en la intervención en ese campo. Es decir que hablaremos específicamente sobre el “hacer” de nuestra profesión en este campo determinado y sobre la posibilidad de que esos “haceres”, en su lógica de desenvolvimiento, puedan ser utilizados por otros.

Tratar a cada momento de establecer que hacer, como hacerlo, a partir de qué medios y con qué dirección (*Perlman, H. 1965*), sin duda es el problema fundamental con que nos encontramos quienes trabajamos en este o en cualquier otro campo del servicio social. Ante este desafío que nos plantea la intervención es que vemos como muy atractivos los textos que nos ofrecen herramientas concretas o técnicas depuradas con la garantía de un resultado satisfactorio, y que ponen a nuestra disposición rutinas y protocolos que asegurarían la obtención de los objetivos para los cuales esas técnicas fueron formuladas. Ejemplo de esto son los textos de cirugía que se basan casi exclusivamente en un

conjunto de procedimientos lo más rigurosos y estructurados posibles que componen esa determinada rutina, procedimientos que se vuelven tan importantes que a nadie se le ocurre realizar una intervención quirúrgica sin tener en cuenta si existen las condiciones objetivas para poder llevar adelante esas rutinas preestablecidas, por ello las evaluaciones previas del paciente se hacen en relación a la rutina escogida.

En trabajo social también existen rutinas que se realizan durante la intervención y que como en el ejemplo anterior responden a una evaluación anterior realizada por el profesional actuante y que en la mayoría de los casos están dadas por las condiciones de la institución o el programa desde el cual se interviene.

Debemos aclarar de todas maneras que no estamos hablando de procedimientos estereotipados y que tienen más que ver con una fatiga burocrática de la profesión, sino de fases necesarias en toda intervención, incluso en la social.

Pero a pesar de la importancia que reconocemos al conocimiento de técnicas, el manejo acertado de algunas habilidades y el cumplimiento irrestricto de importantes procedimientos; estos materiales por sí solos no aseguran una intervención profesional eficaz.

El peligro de abandonar toda la intervención a rutinas o esquemas ya probados, aunque no dejamos de reconocer que el manejo de los mismos dan seguridad al operador, es que tal vez, este no perciba que su acción entra en una cadencia que posteriormente se naturaliza, creándose un *a-priori*, una estructura donde luego se depositan distintas técnicas y tareas del pensamiento; pero ya encorsetadas en un dispositivo.

Queremos decir que no renunciamos a descubrir o entender que existan constantes en la intervención profesional y que las mismas se puedan encontrar en los procesos que esta lleva adelante; pero el reconocimiento de orientaciones para la intervención *no* significa admitir que la misma se agota en un dispositivo que enhebra diversas experiencias contingentes, en una matriz definida anteriormente a la situación existencial y que cristalizan la intervención.

Dificultades como estas en nuestro hacer son las que serán de interés en parte de esta obra.

Otro interés, es el de presentar un planteo distinto de nuestra participación dentro del campo de la salud mental.

Usualmente cuando se habla de la tarea del servicio social en un campo determinado se comienza desde la descripción de ese campo, su historia, sus objetivos, y posteriormente

se define la posición que ocupa el servicio social dentro del mismo. Sin embargo, esta forma de realizar los planteos, en algunos casos muy rigurosos, terminan por decir más sobre el campo, que sobre lo que el servicio social hace en él. Por ello en este caso, primero nos preguntaremos ***que tiene el servicio social para que haya podido formar parte de ese campo, que características de su marco axiológico, su estructura teórica y su práctica concreta, han hecho posible que su participación sea necesaria en este campo***, y no al revés.

Postulamos que es esta la forma correcta de pensar nuestra intervención en el campo, ya que sino estaríamos admitiendo que los campos son estructuras ya dadas de una vez y para siempre, y no, como lo demuestra la práctica y como lo postulo Bordieu, unidades sociales que son dinámicas a partir del interjuego de fuerzas en el cual se estructuran y por la influencia de las luchas sociales a las que están sometidos.

Por último, deseamos expresar además que en esta obra se tomarán en cuenta desarrollos de varios autores sin seguir un patrón por su vecindad en el tratamiento de los temas o la coincidencia epistemológica de los mismos. Tal vez en algunos casos se observe la facticidad de las coincidencias y en otros aparezcan totalmente opuestos.

Lo que sirve de sustento a la utilización de los pensamientos de estos autores es una manifestación hecha por Einstein que decía: ***“Las condiciones externas establecidas (para el científico) por lo hechos de la experiencia no le permiten restringirse él mismo demasiado en la construcción de su mundo conceptual adhiriéndose a un sistema epistemológico. Por esta razón, ante los ojos del epistemologista sistemático debe aparecer como un oportunista sin escrúpulos.”*** (en *Adiós a la razón. Feyerabend, P. 1984*).

También creemos necesario aclarar que como no estamos en la época de Protágoras donde los ciudadanos atenienses aprendían sobre leyes siendo jueces. Somos concientes de la importancia estratégica primordial que significa, el hecho de que el conocimiento y su utilización han pasado a ser responsabilidad de algunos sectores de la sociedad, dándole así una ***responsabilidad política a la prescripción científica***, en este caso, la nuestra, la del servicio social.

Es común leer, en autores del servicio social, que es propio de nuestras ciencias periféricas, ciencias blandas, prácticas científicas o disciplinas, según ellos las quieran denominar; el de utilizar ideas ya establecidas por otros, aún las que no provienen del sistema científico, para poder armar nuestro material crítico. Si bien esto puede ser

cierto, lo que en parte se ignora es que esta utilización se lleva adelante haciendo chirriar y modelando estos pensamientos con las circunstancias *históricamente* determinadas y **existencialmente** posicionadas, creándose así *nuevas perspectivas teóricas*. Por lo tanto no nos parece poco para nuestra disciplina el de tomar como su interés primordial, no solo el problema de las condiciones y posibilidades del conocimiento, sino ***el problema de las consecuencias efectivas y potenciales de la utilización de los conocimientos*** (Dewey, J. 1967).

Queremos decir y en lo que atañe al tema de este escrito; que según el posicionamiento del cual se provenga se suele expresar que la realidad social es un conjunto de relaciones de fuerzas, o que la realidad social es un conjunto de relaciones de sentido. Entonces siendo el padecimiento mental o la locura parte de esa realidad social, muchos se sienten tentados en incluir esta situación particular, en algunas de esas dos posibilidades metodológicas de comprenderlas en forma excluyente una de otra.

Sin embargo, nosotros decimos que existen características que hacen al trabajo social como un operador privilegiado respecto a “*. . las consecuencias efectivas y potenciales de la utilización de los conocimientos*” ya que **las prácticas sociales** que tienen que ver con el padecimiento mental y en las cuales intervenimos, **si son desnudadas en el lugar específico** donde se realizan, **desplazan su sentido, transformando** a su vez las **relaciones de sentido** de la realidad social en general. Y este movimiento a su vez logra que estos **desplazamientos de sentido**, se materialicen sobre acciones y comportamientos de los agentes sociales en **la existencia concreta del cuerpo social**, modificando **relaciones de fuerza** que se remiten nuevamente sobre la **construcción social del sentido**.

De lo que hablamos aquí entonces, no es el hecho de que las personas con padecimiento mental al igual que los demás agentes sociales, sufren el reflejo directo de las condiciones económicas, sociales y de producción. Tampoco es la idea que plantea la posibilidad de una libertad absoluta aún sobre su propio padecimiento, y menos aún es aquel otro argumento que ve en el padecimiento mental la incapacidad absoluta y la muerte social.

Lo que estamos reconociendo es lo que muchas teorías generales olvidan abarcar, o sea, estamos hablando de **el trabajo** que las personas con padecimiento mental realizan sobre las condiciones económicas y sociales, sobre la libertad que poseen y sobre la

invalidación (Cooper, D. 1971) de la cual son objeto. **Trabajo** que se suma a la construcción de la sociedad en la que viven.

Y es en este **trabajo** que el servicio social ocupa un lugar privilegiado que le permite dar **visibilidad** a su intervención.

Por lo tanto se expresaran en este escrito los poderes que tratan, y muchas veces lo logran, de imponer estructuras de sujeción a los individuos, fundamentalmente desde las instituciones sociales creadas a tal efecto. Pero también nos encargaremos de presentar los esfuerzos que las personas realizan sobre sí, para ser libres. De esta manera veremos que la construcción de la subjetividad es un lugar de lucha y no totalmente determinado.

Trataremos de presentar como **el hacer** del servicio social se ocupa sobre la operacionalización de ciertos conocimientos en el campo de la salud mental y al mismo tiempo ofreceremos nuestra posición sobre la lucha que se realiza en estas prácticas.

*Elementos materiales
de la
intervención del trabajador social*

La Propedéutica del Trabajo Social

“La naturaleza se caracteriza por una mezcla constante de lo precario y lo estable. Esta mezcla impregna de seriedad a la existencia. Si la existencia fuera totalmente necesaria o completamente aleatoria, no habría en la vida ni comedia, ni tragedia, ni acicate para la voluntad de vivir. La significación de la moral y de la política, de las bellas artes y de las artes técnicas, de la religión y de la ciencia misma como investigación y descubrimiento, procede de esta conjunción que se da en la naturaleza entre lo firme y lo evanescente, entre lo estable y lo azaroso. De no ser por esta mezcla, no habría cosas tales como fines, sean del tipo de consumación o “fines en vista” que llamamos propósitos. Habría un “universo en bloque”, sea como algo acabado y sin posibilidad de cambio, sea como una marcha predeterminada de acaeceres. Donde no existe riesgo de fracaso no puede haber nada semejante al logro, ni tampoco derrota donde no hay promesa de posible logro.”

John

Dewey

La mayor parte de la práctica profesional se vincula con situaciones problemas, sean estas situaciones problemas suficientemente perfiladas como es el caso que nos ocupa o algo vagas e indefinidas. Entendida así la noción de problema, es también abarcativa de aquellos casos en los cuales el trabajador social actúa en el plano de la prevención (adelantarse a un problema), y en el plano de la promoción o desarrollo de posibilidades (superación de limitaciones) que sería el caso de los problemas encerrados en el campo del padecimiento mental.

Nuestra preocupación en este momento es la de tratar de comprender en que dimensión de situación profesional previa se nos aparecen estas distintas situaciones que encerramos dentro de lo que nosotros denominamos, el problema.

Justamente en esta predisposición previa que vamos a analizar, encontramos una de las características diferenciales de nuestra profesión dentro del campo. Queremos decir, que

si bien es necesario que el colega que actúe en salud mental tenga herramientas de conocimiento propios del campo, no es el objeto de nuestra disciplina la salud mental. Por ello, las categorías diagnósticas y nosográficas que para otras disciplinas participantes del campo son estructurantes de la comprensión del padecimiento mental. Para el trabajador social, son indicadores de la comprensión del **problema** (*situaciones problemas suficientemente perfiladas o algo vagas e indefinidas*) que tiene la persona con padecimiento mental, pero no agotan las necesidades metodológicas para nuestra intervención.

El sujeto que recurre a nosotros o nos convoca sobre la base de un estado de necesidad cualquiera, es alguien empíricamente inmerso en un problema dado; mientras que nosotros de alguna manera lo recibimos desde lo externo. Sin embargo, hay un aspecto ya inicial en nuestra disposición profesional que posibilita la comprensión y el acogimiento del problema. *Sostenemos la tesis de que este aspecto previo condiciona la posibilidad de un enfoque profesional, y que la falta de reflexión crítica sobre este punto constituye uno de los mayores riesgos para el mal desempeño de nuestra práctica.*

Cuando nos referimos a una disposición previa, una propedéutica, no estamos pensando solamente en una disposición emocional, ni tampoco en un encuadre teórico rígido sino en un estado de apertura crítica como ubicación permanente en relación a un determinado campo de problemas.

Esta apertura crítica es la que en principio nos debe advertir que puede existir una diferencia en los usos del lenguaje, algo que si bien parece obvio respecto al campo sobre el cual estamos hablando, se olvida en esta y en otras prácticas de la disciplina. Es común que creamos que por el solo hecho de utilizar el mismo lenguaje, utilizamos el mismo significado o sentido de ese lenguaje. Por ello es común que nos sorprenda, cuando desde el otro se nos oponen distintos sentidos a las opiniones previas que nosotros tenemos sobre las formas de utilización del lenguaje. Incluso hasta en algunas ocasiones, inconscientemente, tratamos de forzar las interpretaciones que recibimos a partir del lenguaje del otro, hacia nuestras propias significaciones de lo que escuchamos. Debemos tener en claro entonces, que nuestra tarea parte de tratar de comprender –de lo que se habla-, a partir del sentido –de quien lo habla-. Ya que de esta manera se nos ofrece en toda su riqueza, por ser otra, la comprensión de quien habla.

Ahora bien existe un mandato profesional por el cual al momento de acercarme a la intervención, debo dejar de lado toda opinión previa ya que esta podría dar lugar a un proceder arbitrario. Pero sabemos que tampoco podemos llegar a la intervención en total ignorancia, sobre lo que pensamos o sobre lo que conocemos. Si debemos cuidarnos sobre la posibilidad de que opiniones arbitrarias conduzcan el proceso de comprensión, no lo haremos a partir de una decisión voluntaria y a priori del proceso. Sino, y en realidad, a partir de que todas las opiniones previas, todas mis proyecciones sobre lo que deseo hacer; se convaliden o no, a lo largo de la elaboración de la comprensión. De esta manera las opiniones que se van gestando en el proceso dejan de tener un contenido arbitrario y continúan formando parte de la comprensión de la intervención.

Muchas veces se entiende el concepto de rol profesional ambiguamente en este sentido que estamos señalando, ya que el rol incluye tanto el desarrollo efectivo de un determinado tipo de acción y no de otra (especificidad), como la disposición y los conocimientos inherentes a una acción profesional, aunque no se la esté ejerciendo.

La intención de esta parte del texto es presentar el fondo, el escenario, donde aparece el **“hecho”** que da lugar al Trabajo Social; específicamente el lugar donde nace la presunción de este **“hecho”**, antes de asumirlo como una evidencia (problema o necesidad) o sea una propedéutica de la intervención.

El insuficiente análisis de este tema hace que muchas veces los trabajadores sociales caigan en uno de los dos siguiente errores.

A uno de ellos lo podemos llamar empirismo ingenuo y surge de un encare de la actividad profesional como una rutina dentro de la cual “aparecen” una gran cantidad de situaciones problemas que se repiten: menores abandonados, madres solteras, violencia doméstica, necesidades económicas, etc. Esta repetición de determinado tipos de hechos problemáticos puede hacernos creer que trabajamos con categorías empíricas dadas que borran del campo de análisis al sujeto como tal (ej. esquizofrénico).

Esto no significa que el trabajador social no deba entrar a reflexionar y teorizar sobre problemas típicos, por ejemplo: la mujer golpeada; ya que esta categoría empírica efectivamente existe. Pero hay que tener presente que en cuanto se la analiza se la comienza a definir necesariamente a través de patrones más generales que los empíricos aparentes. Entonces empezaremos a hablar de relación sadomasoquista, de la reproducción de relaciones de poder más generales en lo íntimo, de la impronta dada por influencias culturales, etc.; con lo cual se está reubicando ese problema en el campo

social y humano más amplio, mientras que la simple observación rutinaria no sale de lo descriptivo, cosificando el problema.

Si el ejemplo fuera el de una mujer que padece esquizofrenia para el caso sería lo mismo. Porque hablaríamos sobre las prácticas discursivas que construyen la noción de género y las relaciones sociales existentes entre género y enfermedad mental, de la calidad de las interacciones y experiencias familiares, de los regímenes de verdad imperante en ese momento, etc. De esta manera estaríamos nuevamente poniendo el problema del padecimiento mental de esta persona en términos sociales, complejizando su aparición y alejándolo de la mera descripción.¹

Por otra parte, el problema de la mujer golpeada o el de la mujer que padece esquizofrenia, no es el problema de cualquier mujer golpeada o cualquier mujer que padece esquizofrenia, sino que es el problema que atañe al sujeto humano particular que tampoco es cosificable ni soslayable en la interpretación. Sobre este aspecto volveremos más adelante.

Estas formas de rutina como actitud práctica cotidiana está bastante generalizada en la profesión y nos parece una de las causas de los malentendidos que caen sobre nosotros. Muchos colegas actúan así como lo expresa Demetrio Casado en su libro *El Bienestar Social Acorralado*, con el espíritu burocrático que se manifiesta en forma más nítida por la frase “no me cuente usted su caso”.

Y más allá de la intención profesional de interacción directa, cuando se está, por ejemplo, proyectando un plan de tratamiento y no se tiene en cuenta a la persona, se está anulando al sujeto social.

Hasta aquí hemos mencionado el error del esquematismo empirista, el otro error consistiría a nuestro entender en la “*tecnologización*” de la práctica profesional.

El riesgo de una “*tecnologización*” exagerada del Trabajo Social se vincula con dos formas en la cuales la técnica puede ser comprendida. Una, como procedimientos generales aplicados esquemáticamente y la otra como una *tecnologización* del aspecto racional interpretativo mismo.

¹ “Sería una paradoja, en nada ajena al discurso analítico, comprobar que entidades de mayor extensión son más adecuadas para dar cuenta de la singularidad que un recorte categorial fragmentario y desmenuzador; el mismo, al pretender acercarse más a la aprehensión del ser, no obtiene más que su alejamiento asintótico. Lo han advertido los que se quejan de la proliferación, en la lista americana, de especies *fourre-tout*: para nosotros, *bolsa de gatos*.” Neuburger, R.P. Los psiquiatras y el psicoanálisis en *Psicoanálisis y el Hospital N°9* Año 1996.

Así por ejemplo, se habla de la técnica de la entrevista como el dominio de un procedimiento para comprender el problema de un interlocutor, soslayando los problemas de la idoneidad en el tipo de contenidos y de la complejidad de los procesos comunicativos; y también por ejemplo, se acentúa el carácter instrumental de la comprensión racional intentándose ejercer profesionalmente de acuerdo al paradigma positivista como una capacidad despejada, crítica, de ver los fenómenos sin implicaciones valorativas.

Es decir, que por un lado tenemos un esquematismo en la comunicación con el objeto, y por el otro, procesos racionales que pretenden darnos al objeto como algo independizable de un campo hermenéutico. En este último aspecto se olvida que el objeto-sujeto de la tarea es un ser valorante e interpretativo y que también lo es el investigador en cualquier alternativa que se ubique.

Si bien puede reconocerse que el concepto de “Diagnóstico Social” de Mary Richmond por su modelo médico contiene parte de este, a nuestro juicio, error de ubicación; el conjunto de su pensamiento teórico metodológico se debate internamente contra el modelo, toda vez que destaca a la capacidad reflexiva como constitutivo de la profesión y del sujeto que tratamos. *“Interponerse entre un hombre y el estímulo que lo empuja a emprender una acción reflexiva, es perjudicarlo mucho más gravemente que cuando hablamos del peligro de “pauperizarlo”. “Pienso que el servicio social de casos individuales vive y crece del mismo modo que la democracia, y posee en sí el poder de efectuar una revolución” (Richmond, M. 1962).*

Y desde el inicio del servicio social en adelante como profesión y a partir de Mary Richmond, no encontramos en los clásicos profesionales (Jane Adams, Gordon Hamilton, Helen Perlman, Boris Lima) ninguna tesis relacionada con estos esquematismos que estamos discutiendo, esto más allá de otros aspectos no compartibles en esos mismos autores.

Podríamos preguntarnos por qué actualmente nos encontramos con esta orientación esquemática en el Trabajo Social.

Una hipótesis explicativa puede vincularse con el proceso llamado de reconceptualización y sus consecuencias actuales. Es algo universalmente reconocido en la comunidad profesional que la reconceptualización contuvo el aspecto positivo de generar una toma de conciencia de responsabilidades más generales del Trabajo Social, que la aplicación a casos individuales; pero también es ampliamente reconocido que la

reconceptualización detuvo y en algunos casos hasta impidió el desarrollo metodológico profesional. De esta manera y contradictoriamente una tendencia, la reconceptualizadora, que puso el acento en el compromiso con el cambio social dejó al conjunto profesional sin demasiadas opciones para su práctica cotidiana.

De acuerdo a esta hipótesis interpretativa que ofrecemos se tomó conciencia dentro del proceso crítico de la reconceptualización, en grandes sectores profesionales, de un cierto vacío metodológico. Esta circunstancia, unida a un repliegue del impulso político transformador del contexto general Latinoamericano que aún continúa, dio lugar a una asimilación del Trabajo Social a enfoques y técnicas que tienden a instalarnos de alguna manera en la tecnificación a que nos hemos referido.

Para mencionar solo algunos ejemplos, la psicología social primero, y actualmente el enfoque sistémico, inundan la orientación del trabajo social con grupos. Nosotros no descartamos el aporte parcial del criterio operativo, ni dejamos de reconocer sentido en la explicación de la Teoría de los sistemas; en cambio nos parece desacertado y un paso atrás, sustituir la relación profesional con su objeto-sujeto, por procedimientos y formas de explicación esquemáticas que se ajustan a lo que hemos llamado técnicas intelectuales. Así por ejemplo, podemos aceptar junto con el análisis transaccional que en nosotros conviven el niño, el adulto y el padre; y que esta explicación nos dice algo significativo. Sin embargo, no es posible teñir toda la comprensión del objeto sobre la base de estas tres categorías esquematizadas, separadas y luego recombinadas en una especie de ingeniería de la conciencia, haciéndonos olvidar que el sujeto se expresa también como una totalidad y que su ser en el mundo no es una suma de sus posibilidades; haciéndonos olvidar también de la ambigüedad como elemento sano e inseparable de nuestro pensar y existir, y no teniendo en cuenta que el sistema de desajustes y contradicciones tienen su asiento mucho más allá de la interacción particularizada de una familia y un grupo; y que el intento de eliminarlas o armonizarlas con el sólo manejo de factores psíquicos relacionales es, además de conservador, equivocado.

Igualmente nadie puede oponerse a que una cadena de operaciones, sean prácticas o cognitivas, funcionen lo más productivamente posible, pero desde allí no se nos puede inducir a creer que el sujeto humano puede ser integralmente definido por su posición en un conjunto. Esta explicación tomada como la *“forma de comprender”*, por más que no sea la intención, corre el riesgo de convertir a la totalidad en una forma de totalitarismo. Según la cual las contribuciones individualizadas dentro de un grupo serían

sólo emergentes (positivos o negativos) de una situación general, y dentro de la cual la armonía de la totalidad es decisiva, concientemente legitimada con la idea del “consenso”.

La teoría Gestaltica constituye una superación indiscutible frente a la explicación atomista, tanto para los procesos psicológicos, la percepción, y también en la interpretación de la comunidad. Nos ayuda a comprender que la percepción no es una suma de sensaciones, y nos ayuda a comprender que una comunidad no es una suma de individuos. Afirmar solamente que una comunidad no sea una suma de individuos, que haya un común que le da sentido a sus partes, abre el peligro totalitario cuando sirve para olvidarse que, los individuos no pierden su entidad como tales y pueden por lo tanto tomar posición ante lo común. Y cuando esta teoría explicativa pretende convertirse en una metodología de trato de asuntos humanos, instituye de alguna manera la supremacía teórica del concepto de comunidad o grupo, sobre el juego de controles de las otras posibilidades y dimensiones.

Alcanza con leer detalladamente el “Trabajo Social con grupos de Gisela Konopka” para comprender el sentido de la orientación que desataca al individuo dentro de la vida grupal. En la perspectiva de esta autora el grupo está al servicio del individuo, y si bien es el que lo auxilia, lo hace en su problemática individual. Y desde el ángulo psico-social podemos recordar por ejemplo, la teoría de Bion que mas allá de los supuestos básicos inconscientes que organizan al grupo como una totalidad, nos hace presente la maduración grupal (su salud) cuando el grupo elabora un mecanismo que el denomina “*cultura grupal*”, consistente en la forma en que el grupo relaciona lo individual con lo colectivo.

En resumen, lo expuesto hasta aquí aspira a demostrar que la propedéutica posibilitadora del contacto con su objeto-sujeto, en el campo de las ciencias sociales y mas específicamente del Trabajo Social, no puede ser más que desde una posición perspectivista y dialógica, y no técnica. Recordando que el concepto de diálogo no puede ser separado del de pensamiento y movimiento. A título de aclaración subrayamos que este concepto de una dialéctica abierta, nunca cerrada a una tesis gobernante, como todo otro criterio explicativo, también puede ser utilizado en forma esquemática y mecanicista, con lo cual él mismo caerá en el caso de las técnicas lógicas.

Podría objetarse que toda relación social bien fundada cae en el campo de la definición dialéctica precedente: la relación del líder con un grupo, el diálogo de un padre con su

hijo, una discusión científica, una oposición política entre clases o sectores; y esto es algo que no negamos.

Ahora, debemos ver la relación entre esta forma dialógica abierta y la especificidad del Trabajo Social como profesional.

El trabajador social no se relaciona con su objeto-sujeto en el tipo de reciprocidad propia de los vínculos espontáneos, o los concernientes a lo que podemos llamar la vida común. Cuando el sujeto se dirige a nosotros, o nosotros vamos hacia él como profesionales, esto se estructura sobre la base de una necesidad social, que por parte del que nos requiere es vivida como una expectativa de respuesta y solución. Por nuestra parte lo recibimos con una determinada pre-disposición que no es solamente “*unas ganas*” de ayudarlo, ni solamente una capacitación empírica; sino una forma especial de enfocar su ser y su situación problema. Si solamente fuésemos técnicos, seríamos portadores de respuestas esquemáticas o técnicas, en cambio como profesionales estamos pre-abarcados y pre-definidos por nuestra disposición a establecer un diálogo, a escucharlo. Diálogo que tiene la peculiaridad de que el contenido es “*el otro y su problema*”.

Debemos hacer la aclaración, que esta peculiaridad del trato nuestro con el objeto-sujeto existe tanto para el caso de una problemática individual, grupal o comunitaria. Por ejemplo, si se habla como lo expresa Ander Egg de una inserción-inmersión, o desde el punto de vista de Leila Lima Santos o Andre Jacob, que el proceso de investigación acción requiere de una presencia viva del investigador en el grupo, en ninguno de los dos casos se está pensando que el objetivo del profesional es quedarse a vivir en esa comunidad y convertirla en su problema, o actuar en un grupo en un proceso de investigación acción y luego quedarse a vivir con ese grupo.²

En cualquier caso el contenido que se trata (*el OTRO*) es un ser con el cual

establecemos una relación profesional, es decir un ser que establece un diálogo y un vínculo transitorio con nosotros.

De esta manera si nosotros definimos la predisposición básica que caracteriza al ser profesional como una apertura a la dialogicidad, también la definimos como una

² Recuerdo siempre una anécdota que nos contaba el Dr. Seno Cornely que decía que cuando se había recibido fue a trabajar como asistente social a una favela, específicamente dentro de un proyecto de autoconstrucción de viviendas. Pero que él se ponía a hacer los ladrillos junto con las habitantes de la misma, hasta que en un momento vino uno de los líderes y le manifestó que él les servía más como

dialogicidad cuyo contenido a tener en cuenta es el otro y su problema (esto por más involucración emocional y psicológica que tengamos) y aún en la **originalidad que para el otro tiene la percepción de su propia conciencia, problema y realidad**; como es el tema de este texto.

Pero otra característica de esta predisposición básica es la de no hacer del mundo un **objeto**, sino un **campo** de posibilidades y por ende comprender que en mi trato cotidiano con el mundo, soy una experiencia, soy un campo (**M. Ponty, 1985**), nunca atado a una sola comprensión de esa propia experiencia. Es necesario que entendamos que no hay un mundo ya objetivado sino por el contrario un mundo inacabado, como también lo es el supuesto sujeto constituyente, del que algunos autores nos hablan.

Este concepto del sujeto constituyente que ya fue desmistificado científicamente por Husserl, Merleau-Ponty o Foucault, continúa siendo utilizado operativamente en las prácticas que las ciencias sociales realizan y que por ello presentan algunas cuestiones equívocas.

Si pudiéramos desenvolver el análisis de nuestras afirmaciones cotidianas, veríamos que la idea de un mundo objetivo separado de un sujeto es imposible. Primero porque en realidad lo que hacemos es desenvolver nuestro pensamiento a partir de motivos o percepciones [del mundo]. Como diría Merleau Ponty **“Hay verdades como hay percepciones”**, que sólo después de tomar algún punto fijo en el tiempo, se desarrollan en una serie de pensamientos provisionales que en cada momento todos ellos son verdaderos, aún cuando serán refutados por otros pensamientos a los que otorgaré nuevamente la denominación de evidentes o verdaderos. De esta manera en toda esta trama que no es más que mi experiencia [del mundo], serán verdaderos los pensamientos que concuerden con esa experiencia, y dentro de ella los **hechos** que yo considere verdaderos (sobre esto volveremos más tarde pero desde Mary Richmond y otros autores de Servicio Social) no serán cualquier hecho, sino que los denominados **hechos - valor (M.Ponty, 1985)** que condicionan a los otros hechos que van formando parte de mi evidencia, de mi experiencia de verdad.

Esta forma de entender la experiencia de verdad como constructiva, parcial e inacabada es distinta a la que estamos acostumbrados a escuchar desde una forma positivista de encarar los hechos de mi experiencia. Un ejemplo de ello es el peligro del conductismo

trabajador social. Para conectarlos con recursos municipales o para realizar gestiones por fuera de la favela que como un obrero.

cuando nos está diciendo, que solo podría existir un sujeto constituyente objetivo si pensáramos en nosotros mismos no como lo que somos, sino como “*. .un puro conocedor de mí mismo y que el mundo hubiese dejado de existir alrededor mío para devenir puro objeto ante mí.*” (M.Ponty, 1985).

Pero esto es imposible, porque cada vez que a través de mi conciencia busco y encuentro evidencias a mi alrededor, no pongo en funcionamiento una conciencia absoluta que comienza este juego, sino que es una *conciencia perceptiva*, una *conciencia desde el mundo* que lo lleva adelante. Si a cada razón que tomo para iniciar un pensamiento la llevo hasta desenvolver todos sus presupuestos “*. .siempre encontraría experiencias que no han sido explicitadas, aportaciones masivas del pasado y del presente, toda una “historia sedimentada” que no afecta solamente a la génesis de mi pensamiento, sino que determina su sentido.*” (M.Ponty, 1985).³

Lo que estamos diciendo es que: lo que tenemos cuando vamos estableciendo hechos o evidencias que forman parte de lo que experimentamos como experiencia de verdad no son tanto las verdaderas realidades, como si, una dirección teleológica en la busca de la mayor certeza.

En el campo que nos ocupa esto significaría que un diagnóstico clínico preliminar a nuestra intervención, debe tener el valor de que es solo una institución objetiva que debe ser integrada a otros elementos de nuestra experiencia con la persona, como así también a la opinión que esta tiene de si misma. Ya que no se trata en realidad de entender estas opiniones como saberes provisionales que serán alumbrados por el saber objetivo ya establecido (el diagnóstico clínico), sino que se trata de entender esa realidad desde quien la experimenta y que en algún caso, la padece.

Sin duda se puede decir que las problemáticas sociales que se nos presentan son tan fuertes y condicionantes que impiden o hacen ilusorio el principio de la dialogicidad, incluso en el campo de la salud mental parece más imposible aún. Pero trataremos de dar una respuesta a ello en el desarrollo de este texto.

Aún cuando no es el propósito de este trabajo construir una taxonomía con las características de los síndromes mentales en los cuales el trabajo social puede intervenir satisfactoriamente. Aunque sí trataremos de dar algunas perspectivas metodológicas para

³ Este mismo planteo lo hará posteriormente Paul Feyerabend para las denominadas ciencias puras.

hacer eficaz la intervención, que de todas maneras y en gran parte se juega, según lo expresado anteriormente, en el posicionamiento del operador *ante* la intervención.

La invención⁴ de la intervención en el campo de la salud mental.

Ni dios. Ni

Amo.

En principio cuando tratamos de especificar nuestra intervención en el campo de la salud mental, nos encontramos con la dificultad inicial de presentar una definición de salud mental que permita la inclusión de nuestro saber, en el saber más general de la salud, sin necesidad de resignar parte de ese saber o, lo que es más peligroso, sin tener que ser colonizados por el paradigma médico-biologicista.

Es en este sentido que no nos seduce la definición planteada por la Organización Mundial de la Salud que nos habla del orden biológico, el orden psíquico y el orden social; pues apela a un sincretismo vago y muy general que al ser tan indefinido, sigue manteniendo el régimen de verdad en manos de la medicina. Sin embargo, existen otras definiciones que tratan de dar un enfoque menos estático y por ende más dinámico de la salud. Una de ellas nos dice: *“Un acercamiento más dinámico al tema privilegiaría: a) la pertinencia y adecuación de las reacciones; b) la flexibilidad de la adaptación hasta los límites de una vida digna de ser vivida; c) el consenso social, y d) las circunstancias generales en las que vive el individuo evaluado.*

Teniendo en cuenta estos ítems, la salud puede definirse como un estado fluctuante que tiende al bienestar, en el que el individuo pueda detectar e intentar corregir signos o síntomas de enfermedad o padecimiento.” (Rincon, L; Di Segni, S y Tenconi, J; 1995).

Esta característica de la salud de ser *un estado fluctuante que tiende al bienestar*, nos remite a la idea de que tanto la salud como la enfermedad no son estados pasivos

⁴ La noción de invención la utilizamos aquí en contraposición a la de origen ya que: “Lo que se encuentra al comienzo histórico de las cosas, no es la identidad aún preservada de su origen –es la

adquiridos por un don de la naturaleza y que en todos los casos depende de la acción del hombre y del medio, directa o indirectamente, sobre sí mismo, y que ello determina la conquista de ese equilibrio satisfactorio denominado salud.

Observamos nuevamente que aquí aparece la noción de *trabajo* que debe realizar el hombre sobre sí mismo y que le permite, en el caso de la salud, alcanzar niveles de satisfacción en su calidad de vida. Es en este concepto de *trabajo*⁵ donde la contribución de las ciencias humanas se hace pertinente al campo y no debe solicitar permiso para opinar o construir comprensiones sobre el tema.

Así entendida la salud, esta se convierte en una construcción conciente del hombre y de la sociedad en una dirección previamente elegida, respondiendo a un sentido determinado y elaborada desde múltiples comprensiones. Esta forma de entender el campo, integra a todos los procesos que se utilizan para sostener el equilibrio de la salud, como también los procesos de compensación y estabilización, que de esta manera pierden esas connotaciones negativas o dramáticas, aún si los mecanismos utilizados para reconstruir la salud, fueran artificiales.⁶

Por ello el concepto de salud ha seguido el derrotero que las prácticas sociales y las determinaciones institucionales sobre el cuerpo, el alma, el trabajo, la producción y el amor se han ido elaborando y este proceso es claramente identificable también en el campo de la salud mental.

Sin embargo, a pesar de reconocer aquellos aspectos de “determinación social” que pesan sobre lo que es la salud, y de incluir categorías como: *poder*, *dependencia*, *complejidad*, para definirla; se suele cometer el error de deslizar esas mismas categorías hacia la relación asistencial que se establece con quien tiene un padecimiento mental, como si eso solo bastara para eliminar a dichas categorías o enfrentar el problema concreto que la persona con padecimiento mental nos plantea.

Sin duda y en gran parte, reconocemos que lamentablemente continúan existiendo los posicionamientos sociales y culturales de aislar, marginar, excluir y encarcelar en algunos casos, a quienes se identifica como enfermos mentales y por lo tanto desde ese mismo

discordia de las otras cosas, el disparate.” Foucault, M. “Nietzsche, la genealogía, la historia” en La Microfísica del poder, Ed.La Piqueta. 1978.

⁵ Entendemos por trabajo a “. . . todo lo que los hombres y las mujeres se ingenian en inventar para encontrar los mejores compromisos entre lo que deben hacer, lo que es posible hacer, y lo que desearían hacer teniendo en cuenta lo que creen que es justo o bueno.” Dessors, D. y Moliner, P. La psicodinámica del trabajo en Organización del Trabajo y Salud. Ed.Lumen- Humanitas. Bs.As. 1998

paradigma, peligrosos. Reconocemos también que las instituciones tiene un mandato importante para ejecutar en ese sentido.

Pero para revertir esas formas de entender el problema de la salud mental y a quienes lo padecen, lo que nos preocupa y que creemos es lo más importante, es la actividad concreta del operador en salud mental, para lo cual no basta decir que se posee “conciencia de clase” o ideales humanistas, sino ejecutar *su hacer como una herramienta transformadora*. De otra manera se estaría reproduciendo las prácticas sociales que van instrumentando dispositivos como los que, paradójicamente, se dice combatir.

Una forma distinta de pararse es la que lleva a la identificación del proceso de salud-enfermedad pero no desde una perspectiva totalizadora, que por otra parte es la que ya expresa la institución, sino en otra que privilegia *la clarificación del proceso salud-enfermedad, para cada persona con la que se trabaja*.

Si tratamos de entender el fenómeno que padece nuestro asistido solo a partir de las categorías generales, que sabemos, forman parte de una cadena de causalidades sobre la intervención a realizar, quitamos eficiencia a esta intervención. Porque nuestro saber es políticamente importante y por ello transformador, en la medida en que es eficaz en la especificidad del lugar donde se desarrolla y en las intervenciones que efectúa.

Cuando hablamos de “invención de la salud” nos referimos a esta posibilidad de elaborar condiciones de posibilidad, estrategias de intervención, que “inventen espacios de salud” con la intervención de quien padece la “no salud”. Esto nos llevará a tomar con precaución nuestros saberes para cada caso en particular.

Si bien es necesario en la atención concreta de los casos poseer formas previas de conocimiento consensuadas, o por lo menos, elaboradas en conjunto dentro del equipo de salud y responder a los protocolos existentes para la atención de los diversos casos. Estos conocimientos y estos procedimientos no deben ser utilizados para legitimar lo que ya se sabe. No se trata de intervenir para *“repetir un decir normalizado que ocupa el lugar del pensamiento”* (Morey, Miguel; 1987) convirtiendo cada caso en una analítica de la verdad sobre el acontecimiento humano que esta sucediendo. Sino que se trata de preguntarnos dentro de la situación existencial planteada y el campo desde el cual

⁶ Nos estamos refiriendo a internaciones breves en instituciones especializadas o a internaciones domiciliarias.

intervenimos, *¿cuales son las experiencias posibles? ¿cómo se puede pensar de otro modo?*

Como trabajadores sociales dentro del equipo de salud, nos ocurre frecuentemente que las personas con padecimiento mental con quienes trabajamos realizan algunas prácticas, conductas o comportamientos que desde los planteos de los otros compañeros del mismo equipo, serían impensables o poco probables. Es común que apreciaciones diagnósticas de internación de por vida; agotamiento de la capacidad de autonomía y de vivir sólo; pérdida de actividades de la vida cotidiana; imposibilidad de la vida en común y otras apreciaciones diagnósticas, sean desmentidas por la realidad de nuestros asistidos, claro, una vez que se les permite llevar adelante la experiencia de vivir en forma autónoma.

Por ello el lugar de un trabajador social dentro del equipo de salud no es negar los conocimientos actualmente disponibles en ese equipo para afrontar los diversos casos, pero si “[ver]. . .cómo se producen los efectos de verdad en el interior de los discursos que no son en sí mismos ni verdaderos ni falsos” (Foucault, M.1980), a la vez de mostrar cuales están ligados a efectos de poder y discutirlos con dicho equipo.

La invención de la salud consiste en tratar de referirse siempre al presente concreto de cada caso y a no dejarse llevar por la inercia de lo que es normal, promedio estadístico o término medio. No debemos olvidar que existe un peligro para nuestra comprensión de la situación cuando no se separa debidamente lo *normal* de lo *actual*. Establecer apriorísticamente que la situación actual que se nos presenta debe entrar necesariamente en los procedimientos normales de intervención para este caso, además de situarnos en el exterior del acontecimiento existencial que se nos presenta, convierte a esos procedimientos normales en “una normativa”, y así en “procedimientos normativos”. Pienso en el ejemplo de algunas personas que son llevadas por sus familiares al servicio de salud mental, debido a la aparición de conductas que podrían catalogarse como abandono, tristeza, retraimiento e indiferencia por la cotidianeidad. Y que al poco de ser analizadas, nos encontramos en realidad con la aparición de una pérdida reciente que debe ser resignificada en el duelo, y que esto, “el duelo”, es lo que verdaderamente está aconteciendo, y que es lo que en este momento de nuestra sociedad “light” se trata de obviar. Como así a veces solo vemos lo que la familia “significa” a partir de su propia cultura familiar, como enfermedad. En algunos casos, ante la “urgencia” con la cual se

presentan los casos, el médico queda atrapado en ese mecanismo y suspende esta actitud básica de asimilación de la realidad circundante, con el espejismo de las drogas antidepressivas, ocultando la realidad del caso.

Este es un ejemplo de cómo desde diferentes lugares (familia, persona, psiquiatra, equipo de salud) se significa de manera distinta un hecho que parece de por sí claro. Y esto demuestra que existen significaciones desiguales sobre un mismo hecho y de que alguna de estas sobre otras, se pueden presentar como mucho más poderosas que la sola indicación que desde el vector médico se pueda dar.

Son innumerables los casos donde la terapéutica falla, no por el error en el diagnóstico clínico, sino por no tener en cuenta el sistema de valoraciones que la persona con padecimiento mental o su familia tiene de la realidad en general y de la realidad de la enfermedad en particular. Si bien el tema de las valoraciones, expectativas y actitudes sobre la enfermedad es un tema estudiado e investigado, no es un lugar generalmente asimilado dentro de las consideraciones a tener en cuenta por la medicina psiquiátrica y hasta se entiende como algo secundario, otra vez, del aspecto biológico. Sin embargo, para el trabajo social es uno de sus lugares específicos de actuación. Nosotros sabemos lo que cuesta que una indicación tan aparentemente fácil como el horario de la toma de una medicación, se convierta en un mundo de posibilidades abiertas, restricciones amenazadoras, determinaciones violentas, voluntades ajenas que tratan de imponerse y actitudes sociales a veces hostiles, para las personas que lo deben hacer; y como la persona se debate con todas ellas. El error es creer que el tema es simple y se agota en la discusión sobre la falta de “conciencia de enfermedad” y no incluir otros condicionamientos externos y vitales. O cuando en realidad lo que puede estar ocurriendo allí, es la asunción de una posición voluntaria sobre la no ingesta de la medicación y que hace a la posesión, por parte de la persona, de valoraciones al respecto⁷. Valoraciones que por otra parte todos reconocemos en nosotros, pero que invalidamos como existentes en las personas con padecimiento mental. Siempre recuerdo como un profesor de la Universidad cuando debió dejar de fumar, expresaba su profundo malestar existencial por el hecho de tener que hacerlo. Este expresaba que era conciente

⁷ “A nivel práctico, los sistemas de creencias sirven como mapa cognoscitivo que orientan las decisiones y la acción. Las creencias pueden rotularse como valores, cultura, religión, visión del mundo o paradigma familiar, según el sistema que estemos abordando.” Rolland, J.S. Familias, Enfermedad y Discapacidad. Ed. Gedisa. Barcelona. 2000

que todos los indicadores que le daban sus médicos eran positivos desde que había dejado de fumar, pero que él vivía en un clima de chatura existencial que tenía que ver con la pérdida del hábito de fumar, debatiéndose con ello. En las personas con padecimiento mental puede ocurrir lo mismo, pero cuando esto ocurre, lo vemos desde el cristal de su padecimiento y así, le estamos quitando racionalidad al planteo. En realidad de lo que se debe tratar, es de investigar como se construyó esa valoración, a que o a quién responde y de que manera poder elaborarla. Es común este mismo fenómeno respecto a la religión. Practicar algunas creencias religiosas en algunos casos obstaculizan o incluso sabotean toda posibilidad de comprensión por parte de la persona con padecimiento mental de su propia realidad. No porque deba privilegiar el discurso médico psiquiátrico por sobre el de su religión respecto a los motivos de su dolencia, sino porque el discurso que proviene desde esa religión no le permite pensar su realidad, ya que des-realiza su sufrimiento y lo coloca fuera de él, como un destino proveniente de una culpa originaria.

Sin necesidad de ir al ejemplo de la religión también es común asistir, luego de varias interacciones con la persona, a la aparición de formulaciones, interpretaciones y representaciones sobre su padecimiento, su causa y su tratamiento que provienen de tradiciones familiares. Es así como se fundamentan “terapias alternativas” con frutas, hierbas, exposición directa al sol de la mañana, extensas caminatas, puertas y ventanas cerradas al caer la tarde, cremas naturales, el alcohol, una postura determinada al dormir; que no son “producciones delirantes” o “verbalizaciones fantásticas”, sino que al poco de investigar tienen mucho que ver con el resultado de una formación determinada en un núcleo familiar o social. La aparición de explicaciones propias del pensamiento “mágico” por parte de la persona con padecimiento mental, en realidad muchas veces, no es precisamente un pensamiento mágico, sino una costumbre o un mandato cultural proveniente de su grupo familiar o de su grupo de pertenencia y más bien responde a modos de existencia específicos. O sea, a las relaciones existentes entre las prácticas modeladoras de su existencia, por parte de la familia, los grupos sociales o la sociedad misma.

Para el trabajo social nos parecen más útil como herramienta de trabajo darle positividad a estos planteos, dentro de un marco de comprensión en el cual estas afirmaciones aparentemente mágicas se entiendan como el esfuerzo que hace la persona por poder controlar su situación.

Siempre que aparece un obstáculo en nuestra vida que pueda representar una pérdida, un retroceso o un deterioro, nos ponemos en contacto con nuestra conciencia o inconsciencia de la muerte, y este choque nos lleva a tratar de construir nuevas significaciones para que nos permitan controlar o delimitar lo que padecemos. Poniendo en juego todo nuestro sistema de creencias, valoraciones y paradigmas sobre la salud, la muerte, el cuerpo y el control de nuestra vida.

Afirmaciones como: “la inyección [de piportyl] cuando me la pusieron [hace 9 años] es la que me invalidó para siempre” o “la inyección [de piportyl] es la que me permite pasar las fiestas”, amén de las interpretaciones en el campo de la psicología o de la psiquiatría que puedan tener, en principio, son formas que se crean por parte de la persona para entender lo que les pasa y desde allí elaborar nuevas posibilidades de su existencia.

Es claro que llevar adelante una vida social en donde se vuelcan contenidos y expresiones comunicacionales “originales” o “extravagantes” puede impedir o retardar la dialogicidad de esa persona con los otros. Pero también es cierto que si no existen nuevos dispositivos discursivos para que la persona reemplace a estos otros denominados “bizarros”, no podemos desmontar a los anteriores, porque ahí sí, invalidamos lo que esa persona construyó para poder seguir adelante.

Es muy necesario y un gran aporte para el equipo, el que debemos investigar hasta donde la narrativa que aparece como “delirante” no es el producto de una construcción necesaria para poder continuar enfrentando el padecimiento que se experimenta y si esta narración no es la única posible que la persona pueda construir para poder, aún en su “originalidad”, llevar adelante una vida en comunidad.

Recuerdo un caso en el cual se comenzó a trabajar con la persona mientras se hallaba internado. Esta persona provenía de un largo período de internación originado en un hecho confuso, donde se le había hecho responsable de un principio de incendio en la pieza de una pensión donde vivía, por lo cual se lo tachó inmediatamente de peligroso para sí o para terceros y se lo internó. Al inicio del proceso de intervención, esta se realizaba en el lugar de internación y constaba de entrevistas donde era muy difícil comunicarse ya que sus afirmaciones estaban continuamente interceptadas con frases como “me están robando las ideas”, “prenden la máquina y me roban las ideas”, “no soporto que me roben las ideas”. Esto hacía que la entrevista en un principio se desarrollara en su totalidad en tratar de clarificar, a que hacía mención la persona con

estas afirmaciones o en que sentido las hacía, envolviéndonos así en una espiral que no permitía al entrevistador y al entrevistado, lograr comunicar algo más allá de esas afirmaciones extrañas. Producto de esta situación la reconstrucción de la vida pasada era casi imposible. Durante bastante tiempo la única razón de las entrevistas era escuchar esas afirmaciones sobre el “de robo de las ideas” por lo que se desplazó el objetivo profesional de la intervención, a verificar el confort en el cual la persona se encontraba en su medio internativo. De todas maneras ya existía una cuestión no totalmente clara, que llamaba la atención y era la enorme cantidad de medicación que la persona recibía (alrededor de 16 ingestas diarias). Entrevistado su médico psiquiatra, el mismo fundamentaba esa cantidad de medicación en la “enorme producción delirante del paciente” y “la dificultad de hacerla retroceder”, para luego aclarar que era imposible reducir “el núcleo delirante”. Agregando además, que esta gran producción delirante lo convertía en peligroso. Ante esta explicación nacieron para mí algunos interrogantes. Primero ¿porque si el núcleo delirante es irreductible, igual se le suministra tanta medicación? Segundo ¿qué tiene que ver el delirio con la peligrosidad?. Mientras estas preguntas me rondaban en el pensamiento de la intervención, continúe concurriendo a la clínica a entrevistar a esta persona donde se comenzó a darse un cambio imperceptible en la entrevista. El hecho es que como representante de su curador, cada vez que concurría y más allá de escuchar su discurso del robo de pensamiento, le comunicaba sobre los progresos en la reconstrucción de su cuestión patrimonial (gestiones de la pensión derivada de su padre, aparición de beneficios previsionales en el exterior –Italia-, estado actual de su departamento, entre otras cosas) de lo cual el entrevistado comenzó a acusar recibo y posteriormente a plantear la posibilidad de su externación. A partir de allí en las entrevistas se cambió el eje de atención y este se desplazó sobre cuales eran las capacidades que tenía la persona para desenvolverse en el medio social (manejo del dinero, de dirigirse a las demás personas, de comprender consignas, qué le gusta desayunar, si puede cocinarse y demás actividades de la vida cotidiana). Es en este momento que si bien la comunicación continuaba interceptada por las afirmaciones extravagantes, lográbamos elevarnos sobre ellas cuando discutíamos sobre que hacer, y como hacerlo, en el medio social. Por ello, posteriormente se comenzaron a realizar salidas para comprar ropa y otros utensilios de uso personal, donde además se aprovechaba para interactuar y evaluar su desempeño fuera del medio internativo. Siendo satisfactoria esta etapa, se contrató a un acompañante terapéutico con la consigna de

profundizar la evaluación de sus capacidades de desenvolvimiento social y de sumar más horas de interacción con el afuera. Como el desempeño en estos objetivos era satisfactorio, se mantuvo una nueva entrevista con su médico psiquiatra a quien se lo puso al tanto de los progresos alcanzados. Sin embargo, el profesional restó importancia a esos logros y los tomó como una posibilidad temporaria o como actividades secundarias que podían favorecer el confort de su paciente, ya que era impensable una externación de alguien con un núcleo delirante tan vigoroso. De esta manera mantuvo su posición en seguir medicándolo como hasta ese momento porque no cedía su “núcleo delirante”. Se trató de discutir ese punto a partir de que dicho delirio no impedía el normal desarrollo de su actividad, como tampoco en la concreción de sus tareas, pero la posición del profesional era inamovible y sostenida desde un discurso de verdad en el cual predominaba la asociación entre delirio y peligrosidad. En este punto se lo puso al tanto de que se estaba ante la hipótesis de la existencia de un círculo vicioso compuesto por: delirio vigoroso-chaleco farmacológico-falta de orientación en la realidad, que debía ser desarmado. Ya que si él mismo había expresado que el delirio era irreductible, no se observaban las razones suficientes para sostener una nivel de medicación, que tampoco, lo disminuía. Además a todo esto se sumaba que a pesar del nivel de medicación y del delirio, se estaban comprobando progresos en su conexión con la realidad circundante, por lo cual se debía revisar la cantidad de ingesta de medicamentos y el pronóstico desfavorable. Ante la negativa del profesional, escudándose en la posesión de la especificidad para definir “que se debe hacer en el campo”. Se le expresó que ambas orientaciones se le informarían al Juzgado interviniente. Con el apoyo del Curador, se solicitó la realización de una pericia sobre el tratamiento farmacológico instituido, la cual no se llevó a cabo, ya que ante el conocimiento de esta gestión, el profesional cedió y redujo la medicación. Con menor medicación la persona logró ajustarse aún más a los requerimientos de una vida en relación (concurría a su departamento, compraba sus propias cosas, hacía algunos trámites, tomaba sus decisiones, hacía su propia comida, reclamaba sobre la administración de sus bienes,), hasta llegar a no necesitar a su acompañante terapéutico para todas estas gestiones y ser externado con un régimen de consultorio externo y la visita semanal del acompañante. Sin embargo, fuera del trato de todos estos temas que hacían a su cotidianeidad, cualquier posibilidad de tocar un tópico que tuviera que ver con sus expectativas, deseos o valoraciones; significaba la aparición de las ideas extravagantes de igual vigor. Incluso la persona con padecimiento, concurría

a entrevistar al asistente social, sólo para ponerlo al tanto “del robo de las ideas” y de cómo “construir alguna máquina para que ello no ocurra”.

El resultado de la intervención fue que se logró que una persona que tenía una pronóstico de internación de por vida, tuviera otra oportunidad de vivir en sociedad.⁸ Pero además se venció una inercia diagnóstica, que muchas veces está al interior del discurso psiquiátrico de exclusión, que vincula al delirio con la existencia de peligrosidad o pérdida de capacidad para desenvolverse socialmente. Y también, recordando lo expresado más arriba, pudimos ver, analizar y desarmar el peligro que significa que un criterio científico catalogado como *normal* (como el que dice que una persona con un fuerte núcleo delirante, no puede enfrentar una vida de relación), se convierta en una *normatividad* ligada al régimen de verdad imperante.

En esta construcción de condiciones de posibilidad para nuestra intervención, encontramos otra dificultad dentro del equipo de salud que los trabajadores sociales deben tratar de clarificar a cada instante si es necesario. Nos referimos al deslizamiento conceptual que se realiza cuando se establecen como sinónimos al psiquismo y a la subjetividad (*Fernández, Ana; 2001*).

Ocurre que justamente esta indiferenciación lleva al equipo de salud a planificar estrategias de intervención donde la caracterización del psiquismo de quien tiene el padecimiento mental resulta la única variable a tener en cuenta, olvidando la forma de subjetivación que la persona eligió o por la cual transitó.

La construcción de las diferentes subjetividades, dependen de las realidades socio-históricas, políticas, familiares y económicas que a cada uno de nosotros nos toca vivir en el mundo, junto con la construcción de nuestro psiquismo. Pero no es nuestro psiquismo solamente.

La subjetividad es la síntesis de todas aquellas dimensiones que cotidianamente se expresan en las tomas de decisión del sujeto con o sin padecimiento mental. Y es propio de nuestro campo indagar sobre la producción de esa subjetividad y reestablecer la dimensión histórica de la producción de la misma. Decimos histórica no como un encadenamiento más o menos causal de acontecimientos que en retrospectiva cobran sentido y que desde esta perspectiva, estos acontecimientos pueden pertenecer o encasillarse o no en los campos de nuestros compañeros en el equipo de salud. Es

⁸ este mismo ejemplo será tomado también para ejemplificar un tema dentro de la cuestión del campo y nuestra actuación.

histórica para el trabajo social por la *densidad existencial de las valoraciones que atraviesan cada interpretación de las acciones presentes y pasadas que hace el asistido y que se refieren a su desenvolvimiento psicosocial.*

Cuando la persona en la entrevista de trabajo social hace de sus experiencias de vida un cuadro de representación de sus esperanzas, deseos y finalidades; enfrentadas a la particular situación del grupo social donde le tocó desarrollarse y caracterizadas por la especial forma en que pudo esa persona comunicar y comunicarse con sus experiencias, estamos asomándonos a lo que esa persona recoge como importante en el proceso de construcción de su subjetividad.

La frase de Gordon Hamilton (1960) *“Nadie puede aspirar a entender el problema de la pobreza sin algún conocimiento sobre la conducta humana, y nadie puede tratar inteligentemente el problema de la conducta humana sin tener datos acerca del marco económico y social dentro del cual se desarrolla”*, complejiza aquella visión que ve al psiquismo como una forma autorreferente, y para algunos casi autista; y trata de llevar al trabajador social hacia adelante en un esfuerzo por entender desde las relaciones sociales, el desenvolvimiento del padecimiento mental.

No estamos renegando de la interpretación psicológica de los acontecimientos de la vida en lo que esta tiene de productiva. Pero si, debemos llamar la atención sobre el hecho de que existen lunares en nuestra corriente existencial que aparecen ligados a unidades de sentido, en tanto y en cuanto deben su naturaleza a los acontecimientos de esa misma corriente existencial. Estas unidades de sentido no son las sensaciones o las emociones solamente, porque si lo entendiéramos así las estaríamos englobando dentro de lo que se denomina como puros hechos psíquicos.⁹ Es por ello que nosotros queremos referirnos al hecho de que fundamentalmente, la vivencia encierra una referencia intencional. *“Lo que vale como vivencia no es algo que se destaca y delimita tanto frente a otras vivencias –en las que se viven otras cosas- como frente al resto del curso vital –en el que no se vive “nada”-.(Gadamer, G. 1988)* La importancia de las vivencias es esta elevación que las mismas hacen sobre el curso natural de la existencia por una decisión intencional de la persona, y que hace que se mantenga en el recuerdo.

⁹ “La verdadera unidad de lo dado es la unidad vivencial, no los elementos psíquicos en que ésta podría analizarse.” Gadamer, G. Verdad y Método. Ed.Sígueme.Salamanca.1988.

Como trabajadores sociales el trabajo sobre dichas vivencias no se refieren al análisis de las partículas psíquicas que la formaron, sino a la posibilidad de determinar su significado dentro de la densidad existencial de esa persona.

Cuando para una persona con padecimiento mental, el recuerdo de una situación de violencia con su pareja, aparece como una vivencia de carácter excepcional. No tratamos de desmenuzar los contenidos de manera tal de hallar los mecanismos psicológicos que dieron lugar a ese hecho, porque por otra parte, no estamos preparados para ello. Sino que tratamos de encontrar la relación de esta vivencia con todo el decurso de su vida existencial. Como es que esta vivencia, que así contada, parece romper con un curso existencial, y como se relaciona positivamente, con ese curso de la vida. No ver a la vivencia como episodios de una historia vital, *sino ver la historia vital de la persona a través de los significados que esas unidades de sentido encierran, sobre la propia vida.*

Es de esta forma que podremos saber más, el profesional y la persona, sobre las formas de subjetivación a las que la persona con padecimiento mental ha sido sometida, o se ha dado y se da actualmente, en el transcurso de su historia vital.

“El hombre más apasionado por la verdad, o al menos por la exactitud, es por lo común el más capaz de darse cuenta, como Pilatos, de que la verdad no es pura.”

Marguerite Yourcenar
(Memorias de Adriano)

Como ya dijimos creemos que nuestra participación dentro del campo de la salud mental o dentro de cualquiera de los campos de actuación del servicio social no ha sido por obra de alguna generosa invitación, o por haber conformado el campo desde sus inicios (tal vez en algunos casos se podría discutir), sino por la necesidad que ese campo tiene de integrar lo que el servicio social *“sabe hacer”* y de esta manera poder abarcar la complejidad de los fenómenos que ocurren en él. O sea que en la actualidad el campo se constituye como tal con la necesaria participación del servicio social.

Esta forma de pensar la actividad del trabajo social desde su positividad no es común y en realidad siempre se piensa la actividad como si fuera que la profesión fuera extraña a los campos en los cuales se realiza.

Sin duda, sería más beneficioso para la profesión si los colegas pensarán más frecuentemente que, donde estamos, es porque la complejidad de la situación necesita de nuestra participación en una efectiva cooperación de roles y no porque somos solamente auxiliares de ese campo.

Por ello entonces, trataremos de dar cuenta sobre aquello que es necesario de la profesión para complementarse con otras en la interpretación del campo, y que la hace diferente.

Sabemos que esta tarea encierra cierta dificultad en el hecho de que indudablemente no es solo en la utilización de las técnicas que somos diferentes, o que nuestro esquema de pensamiento sea tributario de referencias teóricas diferentes; sino en que hay una praxis que crea un espacio propio, y que es en esta intervención específica donde se verifica un

trabajo distinto que realiza el profesional del servicio social y que permite ampliar las significaciones de las otras disciplinas que están en el campo, el cual nuevamente armado se vuelve a nosotros.

Esta idea de que el servicio social se convierte en una disciplina necesaria en el campo de la salud mental nos orienta y organiza para tratar de presentar lo específico que la disciplina tiene para aportar; así como también, lo que nosotros pensamos que el servicio social debería aportar; y por último, lo que creemos nosotros que el campo debería aceptar.

Sin duda hay bastante literatura escrita sobre la evolución de este campo a través de la historia y también el porqué en algún momento de la misma (por ahora no discutiremos si para bien o para mal) el servicio social fue integrado. Hay un párrafo en la obra *Caso Social Individual* (1922) de Mary Richmond, que dice: ***“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 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 se resulta de ello es una amplia cuestión de readaptación social.”*** por lo que podemos inferir que el servicio social formaba parte de este campo desde los años 20' del siglo pasado.

Pero lo que nos parece importante señalar, es que en ese párrafo de Mary Richmond hay una perspectiva conciente que deja de lado visiones ingenuas o tecnocráticas de nuestro accionar, y afronta el problema que significa: ***“la formación de ciertos determinados dominios de saber a partir de relaciones de fuerza y relaciones políticas en la sociedad”***. (Foucault, M. 1973), cuando establece una valoración sobre la colaboración del Servicio Social en el tema de la salud mental.

Pensamos que si lo que exponemos aquí es útil, lo será porque los colegas podrán reconocer la especificidad de sus prácticas, las posibilidades de transformación, las funciones diferentes que realizan y por último, la forma concreta en que su práctica se articulará con las demás prácticas del campo de la salud mental. Ya que conscientemente o inconscientemente, empíricamente o científicamente; siempre es la profesión la que se juega en cada intervención dentro de la salud mental.

Para ello tomamos la definición de campo de Bordieu cuando dice: *“Digo que para comprender una producción cultural (literatura, ciencia, etc.), no basta con referirse a su contenido textual, pero tampoco con referirse al contexto social y conformarse con una puesta en relación directa del texto y el contexto. Es lo que llamo “error del cortocircuito”, que consiste en relacionar una composición musical o un poema simbolista con las huelgas de Fourmies o las manifestaciones de Anzin, como lo hicieron algunos historiadores del arte o de la literatura. Mi hipótesis consiste en suponer que entre esos dos polos, muy distantes, entre los cuales se presume, un poco imprudentemente, que puede pasar la corriente, hay un universo intermedio que llamo campo literario, artístico, jurídico o científico, es decir, el universo en el que se incluyen los agentes y las instituciones que producen, reproducen o difunden el arte, la literatura o la ciencia. Ese universo es un mundo social como los demás, pero que obedece a leyes sociales más o menos específicas.*

La noción de campo pretende designar ese espacio relativamente autónomo, ese microcosmos provisto de sus propias leyes. Si bien está sometido, como el macrocosmos, a leyes sociales, éstas no son las mismas. Si bien nunca escapa del todo a las coacciones del macrocosmos, dispone de una autonomía parcial, más o menos marcada, con respecto a él.” (Bourdieu, P.2000), porque creemos que nos permite, a través de la teoría, relevar algunas cuestiones prácticas.

Es común, encontrarnos con autores del Servicio Social que plantean la hipótesis del contexto como sobredeterminante en la constitución del campo, lo que lleva a que en nuestra práctica cotidiana no se realicen acciones o se diseñen formas de intervención, por la parálisis que el reconocimiento de esta hipótesis significa. Pero este defecto de cierto marxismo académico queda eliminado cuando observamos que los campos pueden adquirir distintos niveles de autonomía por sobre la determinación del contexto. Esta noción de campo como espacio intermedio entre dos opciones contrapuestas que creen que la interpretación y la comprensión de las producciones culturales se debe hacer, por un lado, solo y específicamente, desde los materiales que esas mismas producciones culturales producen. Y aquella otra que establece que se puede llegar a la comprensión solo poniendo esas producciones culturales en directa relación con el medio económico, rompe con la visión de una sociedad ya determinada.

Un ejemplo común de estas interpretaciones polares que se hacen de las prácticas incluidas en un campo, son las que por un lado identifican las acciones del trabajador

social en el campo como resultantes de la coacción que todo el campo ejerce sobre él, sin dejar la posibilidad de investigar las acciones que el servicio social efectivamente realiza y que no necesariamente responden automáticamente a lo que “se presume que hace”. Creemos que las relaciones que el Trabajo Social establece en el campo de la salud mental no han sido investigadas en su totalidad y lo que habitualmente se presenta como análisis de los cambios, formas o modalidades del servicio social en este campo, son en realidad apreciaciones sobre todo el campo, dando por sobreentendidas a las prácticas del servicio social como así también a las prácticas de las otras disciplinas. Esta forma apriorística de ver las cosas no hace más que una lectura homogénea de todas las disciplinas dentro del campo, y por ello es ineficaz o por lo menos incompleta para definir las distintas estrategias que se desenvuelven en dicho campo.

Por ello este error es el que lleva a muchos profesionales a identificar la eficacia o ineficacia de las estrategias del trabajo social, con los resultados que se observan en la praxis que realiza todo el campo, como si el trabajo social fuera la única disciplina que constituye el campo o la establecida legítimamente como estructurante del mismo.

Por ejemplo, es un reduccionismo manifestar que aquellos agentes que conforman el campo de la salud mental son “serviles” a las presiones económico-políticas del sistema en general y de la salud mental en particular; porque si ello fuera así, el movimiento antipsiquiátrico no hubiera podido existir. Como también es cierto que en algunos casos, el campo de la salud mental se presenta con la suficiente autonomía como para refractar políticas generales para el sector, algunas de ellas progresistas, haciéndolas fracasar.

Ahora bien, lo importante es, en uno u otro caso, observar el posicionamiento del servicio social dentro de esas estrategias y delucidar las posiciones que el trabajo social ocupa en el campo de la salud mental en relación con las posiciones de las otras profesiones, las coacciones a las que es sometido, las leyes del campo, las jugadas que el servicio social puede realizar dentro de él y la estructura de las relaciones objetivas entre los agentes de dicho campo (*Bourdieu, P.2000*).

Todo este conocimiento (conocimiento que así descrito se convierte en político) creemos que sin duda operará efectivamente sobre el campo y por ello sobre el cuerpo social; construyendo un saber más concreto y material que aquel que figura en muchos textos y que solo se refiere a cuestiones ideales, el libre juego de las iniciativas, el misterio del cambio o la omnipotencia del operador.

Si el trabajo social ocupa conscientemente su lugar en este campo, o sea definiendo con realismo los distintos niveles de intervención y las distintas posibilidades de gestión y modificación del mismo estaremos respondiendo eficazmente a lo que plantea Foucault cuando dice: . . . **“el sufrimiento de los hombres nunca debe ser un mudo residuo de la política, sino que, por el contrario, constituye el fundamento de un derecho absoluto a levantarse y a dirigirse a aquellos que detentan el poder”** (Foucault, M. 1981).

Pero existe otro factor además, para analizar nuestro lugar en el campo y es el hecho de que la transformación o la lucha en este campo o en cualquier campo donde participa el servicio social, no es a partir de la posición que el trabajador social ocupa como sujeto libre o portador de una conciencia de cambio. Creer que esto todavía es así, es quedar encerrado en la idea de que somos profesionales portadores de una conciencia universal que nos indica lo que es justo a cada momento, e ignorar además, la posición que ocupamos en la construcción de las estructuras tecno-científicas de esta sociedad. Hoy en día es otra la posición en el campo.

Nosotros creemos que somos profesionales en el sentido de portar un saber, una competencia específica, que nos posiciona en un lugar determinado frente a la verdad y a las luchas políticas que se desenvuelven alrededor de ella. Nuestra actividad cotidiana nos ubica en lugares concretos (la universidad, el poder judicial, las clínicas de salud mental, los geriátricos, los hospitales) y frente a problemas específicos (las terapias de rehabilitación, las relaciones familiares, la sexualidad, las condiciones de trabajo) donde tenemos la posibilidad de acceder a una conciencia más concreta y material de la lucha. Porque como miembros de la institución podemos identificar como circulan y se forman los discursos que dicha institución toma como verdaderos¹⁰ y que son los que motorizan a las prácticas institucionales.

Nuestro saber específico sobre los mecanismos que utiliza la institución para construir su régimen de verdad (aquel que establece los discursos y las prácticas que son verdaderas) es el que nos permite modificar dicho régimen, ensanchando **“las prácticas de libertad”** (Foucault, M. 1996) dentro del sistema institucional y de las relaciones de poder en general.

¹⁰ por verdad queremos decir: . . . [no] “el conjunto de cosas verdaderas que están por descubrir o que hay que hacer aceptar” sino “el conjunto de reglas según las cuales se distingue lo verdadero de lo falso y se

Debemos tener en cuenta que el sistema institucional y el poder que se manifiesta en ese sistema, siempre se presentan como totalizantes y por ello es que se trata de controlar y disciplinar a quienes detentan el saber específico, como el nuestro, y que hacen de este saber una herramienta local para el cambio.¹¹

Sabemos que la consideración de la enfermedad mental por parte de la sociedad ha cambiado en el transcurso de la historia y con ello la consideración de los saberes que trataron de conocerla o de dominarla. Podemos decir que primero aparece como más significativo de esta experiencia humana originaria, la noción de “la transformación del hombre en otro” como lo expresaban los griegos con el término “energoumenos” y la expresión visible de la locura era la de una fuerza que posee a una persona. La relación con la locura estaba dada en esta relación de una persona que pelea con una fuerza que lo posee y que lo convierte en otro (en la actualidad es esta la experiencia que registran algunas de las personas con padecimiento mental). Esa misma característica de la locura es retomada por el cristianismo desde un claro principio económico, ya que le servía para glorificar a Dios, como el único capaz de salvar a la persona que estaba poseída. Luego en la Edad Media se conjugaron las recomendaciones de los teólogos sobre la imposibilidad de que el alma sea poseída -ya que solo el cuerpo podía ser atormentado-, con la aparición de las pestes y la noción del contagio; dando lugar a la creación de la Inquisición y los sistemas de exclusión para tratar a los “locos”.

Con el Renacimiento y el humanismo, la locura comienza a dejar de tener esa impronta escatológica y sobrenatural, para pasar a ser vista como un fenómeno propio de la sociedad humana. Esta etapa que dio en llamarse la 1º Revolución Psiquiátrica y que se extiende hasta la Revolución Francesa generaría a los manicomios y asilos como formas de encierro. Quienes padecían la locura comenzaron a ser vistos como objetos de estudio para los médicos, pero ahora, dentro de un concepto disciplinario y más abarcativo; el de

aplica a lo verdadero efectos específicos de poder” M. Foucault en *Microfísica del Poder*. Ed. La Piqueta. 1980

¹¹ “Nos encontramos sin cesar con gente que son educadores de prisiones, psicólogos en instituciones vigiladas, asistentes sociales, etc., que hacen un buen trabajo político y que, al mismo tiempo, en efecto, saben muy bien que cada vez que hacen algo prorrogan todo este sector del trabajo social, pero no es tan sencillo. En la medida en que el secreto es una de las formas importantes de poder político, la revelación de lo que ocurre, la “denuncia” desde el interior, es algo políticamente importante. . . muchas de las informaciones puntuales que dimos a los diarios, los conseguimos gracias a esa gente, los trabajadores sociales” M. Foucault en *Un diálogo sobre el poder*. Ed. Alianza. 1981

peligrosidad. Por ello las instituciones de encierro tenían una doble finalidad, la de cuidar al loco, pero también la de cuidar a la sociedad de aquellos que son peligrosos.¹²

Posteriormente a partir de la Revolución Francesa y con Felipe Pinel se comienza a trabajar la experiencia de la locura como una incapacidad que se instala en los hombres como una enfermedad.

En el siglo XIX a partir de la noción de alienación y la patologización de la locura se da un proceso inverso. Esta es la etapa de plena institucionalización de la locura y es a la vez la que sienta las bases para la organización de un saber sobre otros saberes, que se toma como el privilegiado y que será la psiquiatría. Este discurso psiquiátrico será el que prevalecerá por sobre otros discursos que también hablaban sobre la locura, pero que no tuvieron esa pretensión de cientificidad que tenía este saber, previamente organizado desde el saber específico de la medicina .

En resumen, si bien existió desde la antigüedad un camino que trataba de someter la locura (pathos) a la razón, es en la modernidad donde la psiquiatría reúne alrededor de sí a distintos conocimientos y prácticas para dar lugar a un modelo científico de intervención. Así la psiquiatría encontraría su objeto. ***“Nueva teoría sobre la locura y nueva práctica del control del loco, la psiquiatría aparece así como la radicalización de un proceso histórico de dominación” (Machado, R. 1987)***

Para esta primera etapa donde el encierro era el elemento preponderante de la estrategia psiquiátrica de tratamiento, el servicio social no estuvo convocado. Pero cuando la psiquiatría comenzó a formar parte de un nuevo dispositivo disciplinar¹³, cuando el poder cambió del encierro a la normatización de la vida social y los cuerpos, cuando aparece con fuerza la noción de alienación, cuando se crean nuevas estrategias de tratamiento no vinculadas con el encierro; apareció el servicio social ocupando una posición secundaria en el campo de la salud mental. ¿Porqué esta posición secundaria en el campo?

Porque este sueño de la psiquiatría de ser ***“los funcionarios del orden social”(Foucault, M.1981)*** como idea fuerte que organizó el saber psiquiátrico y con el cual, lamentablemente todavía le es funcional al momento actual de la judicialización de

¹²al igual que los mendigos, leprosos y delincuentes.

¹³ Foucault en su diálogo sobre encierro, psiquiatría y prisión nos dice que: “La psiquiatría se percibió a sí misma como una función permanente de orden social, y se sirvió de los asilos para dos únicos fines: primeramente, para tratar los casos más dramáticos o más molestos -y, a la vez, para darse una especie de caución, de garantía, de imagen de cientificidad, presentando el lugar de internamiento como hospital-. El lugar de internamiento bautizado como hospital era la fianza que atestiguaba que la práctica de la psiquiatría era realmente médica.” Microfísica del Poder. Ed.La Piqueta.Madrid.1979

la vida cotidiana; contrasta con lo que el servicio social dice sobre sí mismo, a saber: “. . . *[que el servicio social] posee su propio campo de acción, que es el desarrollo de la personalidad por la adaptación consciente y comprensiva de las relaciones sociales. En este campo de acción, si bien es cierto que el trabajador social no tiene que ocuparse más de las anomalías del individuo que de las de su medio, no puede tampoco descuidar las unas ni las otras. En efecto, el método especial de la asistente social consiste en alcanzar al individuo por intermedio de su ambiente, y siempre que la adaptación deba ser comprendida de este modo, individuo por individuo y no en masa, . . . Mientras los seres humanos sigan siendo humanos y su medio siga siendo el mundo, no se podrá imaginar un estado de cosas en el que ellos mismos y el medio en el que viven dejen de necesitar adaptaciones y readaptaciones particulares.*” (Richmond, M. 1962).

Como lo expresa Mary Richmond, el servicio social nunca se estableció sobre un trasfondo higienista¹⁴, sino sobre una concepción que privilegia la interacción entre la adaptación y el cambio, entre individuo y sociedad. Y esta forma de entender la realidad de la persona de manera interaccional, deja fuera de los límites del servicio social, a la postura del discurso psiquiátrico en la que prevalece la separación y el rechazo del discurso de la persona con padecimiento mental, como mecanismo de exclusión.¹⁵

Cuando en el capítulo XXVII denominado El insano - El débil mental, del texto Social Diagnosis se dice que: *“Uno que investiga debe estar... listo para aceptar...cualquier cosa que los seres humanos piensan, sienten o hacen como no totalmente extraños a la naturaleza humana: “Yo soy humano y no considero nada humano ajeno a mí”,*

¹⁴ Hago mención al concepto en relación a la “eugenesia” porque creo que debemos tomar en consideración que a partir de esta denominada “ciencia” por Francis Galton (1822-1911) y que precisamente no nació en Alemania, sino en Inglaterra, se desarrollaron varias atrocidades durante el nazismo alemán. Comenzando la experimentación del gas con los enfermos mentales. Esta ciencia tuvo muchos adeptos y defensores en la comunidad científica, incluso algunos denominados progresistas. Dimensionar este tema desde el servicio social también es importante, ya que la idea del mejoramiento de la raza humana era uno de los “climas de época” creados por la comunidad científica, con el cual el trabajo social no transigió y al que Mary Richmond se opuso claramente.

¹⁵ “Existe en nuestra sociedad otro principio de exclusión: no se trata ya de una prohibición sino de una separación y un rechazo. Pienso en la oposición razón y locura. . . Se me puede objetar que todo esto actualmente ya está acabado o está acabándose; que la palabra del loco ya no está del otro lado de la línea de separación; que ya no es considerada como algo nulo y sin valor; . . . Pero tantas consideraciones no prueban que la antigua separación ya no actúe; basta con pensar en todo el armazón de saber, a través del cual desciframos esta palabra; basta con pensar en toda la red de instituciones que permite al que sea -médico, psicoanalista- escuchar esa palabra. . .basta con pensar en todo esto para sospechar que la línea de separación, lejos de borrarse, actúa de otra forma, según líneas diferentes, a través de nuevas instituciones y con efectos que no son los mismos.” M. Foucault en El Orden del Discurso. Ed. Tusquets. 1983

es por último una valiosa consideración sobre lo humano.” es claro que se nos está advirtiendo que para la intervención del trabajador social en el campo de la salud mental, ningún discurso debe ser invalidado o sometido a mecanismos de exclusión.

Y es esta diferencia la que hace que el discurso del servicio social quede en un lugar de oposición frente a la jerarquización científico-social de la psiquiatría como el discurso verdadero, entendiendo que es este último saber el que se asocia a mecanismos de poder, creándose de esta manera el *régimen de verdad* (discursos heterogéneos, disposiciones administrativas, perspectivas éticas, jurisprudencia, reglamentos policiales, casuística, conocimiento médico de las enfermedades del espíritu) que da lugar a las prácticas que se realizan sobre las personas con padecimiento mental.

Si tomamos otro párrafo del mismo capítulo podemos observar como el trabajo social discute la formulación de ese régimen de verdad en varios aspectos, los cuales sirvieron de base para la realización posterior y contemporánea de otras diferencias.

Nos dice Mary Richmond que: *“Insanía es un término que describe más bien un concepto legal antes que médico.[y] Es aplicado a la ligera a desórdenes mentales que difieren ampliamente en cuanto a sus orígenes y en cuanto a sus manifestaciones.”* En estas líneas observamos que se trata de dejar en claro que la intromisión del discurso de las leyes en el tema de la salud mental, no debe ser el que instaure la realidad de lo que es el padecimiento mental para aquellas personas que lo padecen, y que además se deben separar las características existenciales reales de la persona con padecimiento, de las dispositivos epistémicos previos que a veces solo sirven para encorsetar la realidad del fenómeno.¹⁶

El análisis del párrafo anterior de Mary Richmond nos muestra que desde el punto de vista de la formación de un régimen de verdad, lo que está haciendo la autora es un llamado de atención sobre la facilidad con la cual el poder y el saber pueden entrar en relación para reunir distintas prácticas discursivas sobre un mismo fenómeno y así controlarlo. Hoy y gracias a desarrollos posteriores a la autora, podemos decir que esa advertencia nos previene del deslizamiento que las prácticas discursivas pueden tener en

¹⁶ “Pero, si bien es cierto que el psicoanálisis ha mostrado cada vez con mayor precisión los mecanismos comunes a todos los estados psicóticos, oponiéndolos a los mecanismos neuróticos y perversos, hoy se hace evidente la extremada heterogeneidad de las formas clínicas de la locura, cada una de las cuales abarca una entidad que le es exclusiva.. .El conjunto de los casos clínicos presentados en esta obra, tan diferentes unos de otros, ilustra nuestra afirmación según la cual la psicosis, entidad única, no existe y que en realidad debemos hablar de “las” psicosis”. Juan David Nasio. “Los más famosos casos de Psicosis”. Ed.Piados.Bs.As.2003

contacto con el poder, aún más para nuestra profesión que está inmersa en distintos discursos que conforman a las instituciones en las cuales nos desempeñamos.

Por esto decimos, no solo para el campo de la salud mental, que cuando el discurso del trabajo social aparece como desarticulado, en pugna o relegado frente a los demás discursos que forman el campo en el cual nos desempeñamos, tal vez lo que está ocurriendo es que nuestro discurso no está asimilado aún, por los mecanismos de control ya instituidos y que forman los límites del campo.

Por ello se debe evaluar en cada caso en particular hasta donde nuestro discurso debe ser modificado para formar parte del régimen de verdad institucional o dejar que continúe forzando los límites discursivos del campo.

Es precisamente sobre el terreno de la noción de orden social desde la psiquiatría, donde el servicio social presenta más batalla para modificar las fuerzas dentro del campo y para redefinir el conjunto de objetos y de cuestiones que importen a los investigadores y operadores de dicho campo.

Una diferencia tiene que ver en el hecho de que en el cuerpo teórico del servicio social y desde sus orígenes, está planteado que esta es una profesión que llega al hombre desde sus relaciones sociales, desde su lugar en el medio social y en la sociedad en general. Lo que significa que este axioma coloca a la disciplina en un escalón distinto de la psiquiatría. Porque para nuestra profesión, en este campo, no es sólo importante evaluar las condiciones psicológicas de la aparición del padecimiento mental en un sujeto dado, sino, y de una manera más específica, “*. . . las condiciones sociales e históricas que fundamentan los conflictos psicológicos en las contradicciones reales del medio. . .*” (Foucault, M. 1961).

Esta característica, que por otra parte funda lo “social” para nuestra profesión, le da “especificidad a nuestro capital científico” en el campo. Más allá si para el campo dicho capital científico no es el dominante o el que ocupa las posiciones de privilegio. Y es esta especificidad dentro del campo la que resiste a los embates de las estrategias de conservación de aquellas disciplinas que ocupan las posiciones más altas en el campo de la salud mental, -psiquiatras y psicólogos-.¹⁷

¹⁷ Debemos mencionar que existen corrientes dentro de la psiquiatría y la psicología que le dan la importancia necesaria a la organización social en la construcción del hecho psíquico. Un ejemplo de ello es Wilhelm Reich cuando dice: “. . . cada organización social produce las estructuras de carácter que necesita para existir. . . [por ello] la psicología científica natural y la caracterología tienen una tarea claramente definida: trazar los caminos y los mecanismos por los cuales la existencia social de los

Un ejemplo de esta confrontación está dada por dos temas en particular: Uno es la discusión que el servicio social propone sobre las características que deben tener los diagnósticos en el campo de la salud mental¹⁸ en general y en el caso de las internaciones en particular. Y otro es la importancia que el trabajo social le da a la “dimensión simbólica de la enfermedad”, que es la forma en que la persona percibe su padecimiento y como se relaciona esta percepción con los demás y su medio social. Porque es esta forma la que va a determinar la manera en que la persona pondrá en juego su “cuidado de sí”.

Aunque debemos reconocer que existen críticas por parte de algunos psiquiatras y psicólogos sobre el DSM, al que incluso han llegado a comparar con el texto de Borges sobre una enciclopedia china de animales (donde era imposible establecer la lógica de la clasificación), o con expresiones como: *“El DSM es hoy el producto acabado de un mecanismo social donde el consenso ocupa el lugar de lo universal –el empirismo de los datos está en el lugar de la observación y construcción clínicas- y donde se defiende la norma estadística en vez de lo verdadero. Pero . . .permite receta antidepresivos, que es de lo que en realidad se trata”* (Vicente mira, in *Rev. Asoc. Esp. Nueropsiq. XV,52, 1995*), el diagnóstico sigue siendo un tema que divide las aguas entre la psiquiatría y el servicio social.

El trabajo social plantea que la realización del diagnóstico clínico en el momento de la internación o admisión de una persona con padecimiento mental, sin la concurrencia en ese mismo momento del diagnóstico social, produce una evaluación ficticia de las capacidades y los recursos de la persona con padecimiento psíquico, así como de su sistema familiar o social; para el tratamiento posterior.¹⁹ Incluso nuestra experiencia nos ha mostrado casos en los cuales, si se hubiera contado con la participación de un trabajador social al momento del diagnóstico inicial, se podría haber utilizado otra estrategia de intervención, que no fuera la internación. Ya que muchas veces se esconde en la demanda de cuidado para que la persona no se dañe a sí mismo o a terceros, el

hombres se transforma en su estructura psíquica y, consecuentemente, en ideología.” Análise do Caráter. Ed.Martins Fontes. 2001

¹⁸ Sobre este tema hay una presentación en coautoría con la Lic. Nada Taucar y Fernando Ayala: *“El eje social como complemento del eje clínico en el diagnóstico”* presentada al VII Congreso Argentino de Psiquiatría y 3er. Encuentro Latinoamericano de Psiquiatras. Mar del Plata. 1991.

¹⁹ Mary Richmond en *Social Diagnosis* (1917), cap. XXVII nos dice: “Estas dos incapacidades, la insanía y la debilidad mental, nos llevan más lejos aún de lo que nos lleva el alcoholismo, a internarnos en el territorio en el cual los datos médicos y los sociales no se pueden separar tácitamente”

deseo de los familiares o de quienes realizan dicho procedimiento, de instar coactivamente a que el presunto enfermo realice tratamiento médico.²⁰

Es claro que parte de la resistencia de que los psiquiatras y los psicólogos incluyan al servicio social al momento del diagnóstico puede estar en el hecho de que toda práctica científica considera al diagnóstico como elemento central de la definición de su objeto, y por lo tanto reservado sólo a la disciplina que lo realiza. También en el hecho de que en cualquier actividad científica grupal institucionalizada, el diagnóstico se funcionaliza como una base comunicacional entre sus miembros. Pero además de estas posibilidades, consideramos que hay otras que tienen que ver con la especificidad que el trabajo social muestra y que desplaza a otras prácticas discursivas que existen en el campo.

Una de ellas tiene que ver con la restitución de la historicidad de la persona con padecimiento mental que el trabajo social hace, frente al procedimiento de ahistoricidad que la institución sostiene y que forma parte de la estrategia de totalización de su discurso, excluyéndolo.

La historicidad para el trabajo social significa poner a esa persona dentro de un sistema de pertenencia: social, familiar, cultural, laboral, institucional, escolar, de relaciones; desde donde el hombre es significado y a su vez resignifica su realidad circundante. De esta forma el delirio, las voces, o el síntoma más destacado al momento del análisis o aquel que dio lugar a la supuesta necesidad de internación, adquiere una o varias significaciones más allá de la taxonomía psiquiátrica que se le imponga. Por ello esta práctica de primero aislar, reconocer y controlar el padecimiento mental, para luego conectar a la persona así diagnosticada con todo su sistema de relaciones, nos muestra claramente la separación que la psiquiatría hace de lo real en el padecimiento mental.

Atribuyéndole sólo entidad de real a los síntomas y no a la encarnadura que esos síntomas hacen en una determinada persona.

Si se psiquiatriza lo real, en realidad se esta des-realizando a la persona que porta el padecimiento mental. Se está imponiendo al hombre la lógica de que reconozca que es sólo en su interior, en su corazón, donde existe el desorden y la contradicción y se trata de desligar a la persona de sus condiciones de existencia y de las contradicciones que

²⁰ Estamos hablando de muchas internaciones que se realizan con personas que han sido encontradas en la vía pública y sólo por ello son internadas. O de personas que son llevadas a los servicios de salud

vive en el medio, su familia, sus compañeros, su trabajo o en el hecho de no tener a nadie.

Así de esta manera, se termina hablando de un hombre abstracto, y lo que es peor, se diseñan estrategias terapéuticas que caen por sí solas en lo abstracto.

El trabajo social propone al respecto que no se puede separar la manifestación del padecimiento mental de las condiciones de su aparición; ni a la persona que lo padece de sus condiciones de existencia. Esto es sumamente importante ya que de esta manera nuestra profesión se opone a la creación de un objeto de estudio, a partir de separar lo que aparece como una forma de “anormal en estado puro”, de los datos que nos informen sobre el estado de alienación social e histórica previo a la enfermedad.

Las contradicciones sociales que la persona experimenta, los conflictos reales que vive y a los cuales no puede oponer una solución satisfactoria, conforman la realidad del padecimiento mental. Y si debemos basarnos en el padecimiento mismo para superarlo, ignorar estos vectores significa: “la formulación incompleta del diagnóstico y la proposición ineficaz de algún tipo de tratamiento”.

Como observamos este discurso del trabajo social, así utilizado, crea tensión al interior del campo y establece una dialéctica abierta entre los posicionamientos de las demás disciplinas, que es positiva para la formulación de las intervenciones.

Y es una dialéctica abierta, no porque digamos como lo dicen desde otras disciplinas que el campo de la salud mental está formado o atravesado por distintas disciplinas debido a la complejidad del objeto o fenómeno que aborda. Sino que decimos que la unicidad del objeto sobre el cual intervenimos, en el caso de la salud mental, en realidad nunca fue así y nunca existió de esa manera ya que: ***“La unidad no está dada por el objeto, sino por el espacio en el que estos se forman” (Abraham, T. 1989).***

El servicio social, a partir de la articulación de diferentes sistemas de la realidad de la persona que padece, es el que muestra lo importante que es reconocer la red de instituciones, procesos económico-sociales, disposiciones administrativas, estudios sobre el comportamiento, avances científicos, establecimiento de normas y técnicas, entre otras, que forman la red de emergencia de un “objeto”, y que son los que materialmente constituyen su unidad. Y por ende, devela un poco más, la estrategia que dio lugar a la conformación del “objeto” de la psiquiatría.

mental por cuestiones de aparente peligrosidad y que en realidad sólo encierran disputas familiares, que una de las partes las resuelve judicializándolas.

Pero hay otro elemento más que nos da un lugar específico dentro del campo y que también significa un lugar de tensión dentro de él. Y para hablar de él, tomaremos como ejemplo una parte del capítulo “El Problema” de la obra *El Trabajo Social Individualizado* de Helen Harris Perlman, donde nos dice:

“El problema de Mrs. Reed nos ofrece un ejemplo de ello. Su hijo de quince meses fue hospitalizado en pleno coma diabético y cuando al cabo de varias semanas se presentó al asesor social médico, enviada por el médico del niño, se encontraba deprimida y asustada, se le habían reproducido una serie de antiguos y temibles síntomas de trastorno emocional -falta de sueño, pérdida de peso, neurodermitis-. Se sentía incapaz de afrontar la perspectiva de un sinfín de años de régimen para la diabetes. Insistía en su necesidad de ayuda y se presentaba como una mujer nerviosa y trastornada. El especialista en “casework”, sin embargo, la ayudó a alterar el enfoque del problema, centrándolo en su situación de madre de un niño enfermo que puede experimentar cierto alivio iniciándose en el tratamiento que requiere tal enfermedad.

Este cambio de enfoque dirigido con amabilidad y firmeza por el especialista en “casework”, se pudo realizar gracias a los conocimientos generales de éste y a su apreciación preliminar de la situación, que, probablemente, podría reducirse a los siguientes términos:

el *problema fundamental* de Mrs. Reed consiste en un trastorno de índole neurótica. Para modificarlo no basta la práctica del “casework”; es más, ni siquiera mediante una psicoterapia adecuada se conseguirían buenos resultados hasta pasados algunos años.

El *problema causal* reside probablemente en las relaciones materiales de Mrs. Reed, pero tal relación no se puede rehacer.

El *problema precipitante* es la enfermedad del niño y todos los temores normales y neuróticos que suscita.

Esto es una realidad que la madre tarde o temprano tendrá que afrontar.

El *problema acuciante* consiste en la inminente salida del niño del hospital para quedar al cuidado de una madre impotente. El *problema a resolver* es la inseguridad que experimenta la madre con respecto al cuidado inmediato de su hijo enfermo. Este es, por tanto, el primer

enfoque que se debe dar al problema.

El especialista en “casework” se dejó guiar en sus deducciones por sus conocimientos generales acerca de la dinámica de la personalidad; de la posible influencia de los problemas del momento sobre problemas antiguos que resurgen y de los efectos benéficos que la resolución de un problema actual ejerce sobre antiguas dificultades, que con ello, desaparecen; y de la conveniencia de considerar el problema a resolver en sus diversos aspectos, parcial y no globalmente, para llegar a provocar un estado de ecuanimidad en el cliente.”

Esta cita nos parece importante porque creemos que en forma indirecta se expresa una hipótesis por parte de la autora, y que en realidad nosotros la reconocemos como una hipótesis que forma parte del cuerpo teórico original del servicio social. Es aquella que plantea el hecho de que: “las relaciones satisfactorias que podemos establecer en nuestro denominado mundo de las cosas o el mundo objetivo; nos conducen también, a establecer relaciones satisfactorias o porqué no, cambios, en el denominado mundo interno”. Y esto es posible solo cuando eliminamos la separación entre organismo fisiológico, organismo biológico, receptores, efectores, sinapsis, cuerpo y espíritu; y comprendemos que siempre hay una totalidad en juego²¹. Y cuando nos damos cuenta también de que el hecho de que existan un orden biológico, un orden psíquico y un orden espiritual no significa que estos ordenes estén separados y sean independientes entre sí. Sino que significa que esos ordenes están integrados en lo que *“verdaderamente es un cuerpo humano. . .[y que] estas distinciones son entonces las de diferentes regiones de la experiencia.” (Merleau-Ponty, M. 1953).*

²¹ “Se dice que el alma “actúa” sobre el cuerpo, cuando se verifica que nuestra conducta tiene una significación espiritual, es decir. cuando no se deja comprender por ningún juego de fuerzas físicas y por ninguna de las actitudes características de la dialéctica vital. En realidad la expresión es impropia: hemos visto que el cuerpo no es un mecanismo cerrado sobre sí, sobre el cual pudiera el alma actuar desde afuera. Solo se define por su funcionamiento, que puede ofrecer todos los grados de integración. Decir que el alma actúa sobre él es suponer erróneamente una noción unívoca del cuerpo y sobreagregarle una segunda fuerza que diera cuenta de la significación espiritual de ciertas conductas. Más valdría decir en ese caso que el funcionamiento corporal está integrado en un nivel superior al de la vida y que el cuerpo ha devenido verdaderamente cuerpo humano. Inversamente, se dirá que el cuerpo ha actuado sobre el alma si el comportamiento se deja comprender sin resto en los términos de la dialéctica vital o por los mecanismos psicológicos conocidos. Tampoco aquí se tiene el derecho, hablando con propiedad, de imaginar una acción transitiva constantemente presente cuya actividad tuviera en jaque una fuerza más poderosa. Más exacto sería decir que el comportamiento se ha desorganizado para dejar lugar a estructuras menos integradas.” Merleau-Ponty, M. La Estructura del Comportamiento. Ed. Librería Hachette S.A. 1953

O sea que es desde la experiencia, desde donde también se pueda organizar esos distintos ordenes.

Los trabajadores sociales estamos cotidianamente vinculados con las personas con padecimiento mental precisamente en este ámbito de la experiencia donde se dialoga, y se discute sobre la experiencia que ellos hacen, que ellos tienen, de su propia existencia. Esto nos pone dentro de la discusión sobre las capacidades que poseen las personas con padecimiento mental, o deberíamos decir, las capacidades que tienen, aún con padecimiento mental. Y este lugar no es cualquier lugar, ya que es el lugar donde la persona trata de afrontar la realidad de significar al mundo, su presente y sus obras. Donde más allá de tomarla a esta realidad desde una forma limitada o incompleta, es la forma que esta persona utiliza para comunicarse con el mundo y para comunicar -al mundo-, lo que esa persona es, proyecta y hace.

En mi práctica cotidiana he observado innumerables ejemplos de personas con padecimiento mental a las cuales se les reservaba para su futuro una vida de internación, como única respuesta posible a las características de su diagnóstico. En la mayoría de los casos ya eran personas que estaban padeciendo una larga internación. También he asistido a innumerables reuniones del equipo donde la mínima propuesta de comenzar con un proceso de reinserción social, era vista con hilaridad o con cierta indulgencia por parte del poder psiquiátrico, el cual la mayoría de las veces accedía, no por convencimiento en el proceso, sino por sacarse un problema de encima. Pero también recuerdo un caso en el cual ante la propuesta de iniciar un proceso de reinserción social y posterior externación, el psiquiatra a cargo aumentaba la medicación y las incapacidades que la persona aparentemente poseía en sus informes. Ante esta situación y con el apoyo del Curador y el Sr. Juez interviniente se le manifestó que se iba a ordenar una pericia psiquiátrica sobre la persona y sobre la modalidad terapéutica y farmacológica establecida. La pericia no fué necesaria, porque el médico psiquiatra, cambio sus informes y accedió a iniciar un plan de externación. Incluso lo que aparece con frecuencia en parte del poder médico psiquiátrico es la posición de que la externación sería “pan para hoy hambre para mañana” y que es mejor sostener la situación como está. El servicio social no tiene herramientas desde el discurso psiquiátrico para discutir los niveles de desorganización en el cual una persona puede caer, lo cual es lógico porque nuestro discurso no es el psiquiátrico. Pero sí, tiene herramientas metodológicas para establecer como es el desenvolvimiento social de una persona o el reconocimiento que

ella tiene de su desenvolvimiento y que nos permite manifestar sus posibilidades - capacidades- de estructurar una experiencia humana. Todo ello teniendo en cuenta claramente que la experiencia humana, si bien se asienta en el lenguaje, no es toda ella, lenguaje²². Que el *trabajo* (noción que analizaremos más adelante en todo su alcance para nosotros) que realiza sobre sí la persona con padecimiento mental y sobre su existencia, también incluye la construcción material de su entorno, y la realización de sí, por las acciones que puede llevar adelante en el mundo de la vida.

Pero también en el campo aparece otra figura entre las disciplinas que lo componemos y que también desarrolla su propia lógica, impone límites, o reencauza las prácticas que allí se realizan; me estoy refiriendo a la institución.

Usualmente ubicamos a la institución en un lugar físico determinado, caracterizado por ser el lugar donde se desarrolla una racionalidad del poder que trata de regular y controlar los comportamientos de los diversos agentes sociales para la que fue formada (*Weisshaupt, J. R. 1985*), mantener la hegemonía y la legitimación de una clase determinada sobre la política social que se pone en práctica, y distribuir y movilizar los recursos necesarios según el estado actual de las relaciones de fuerza dentro de la sociedad y el Estado.

Si entendemos a la institución desde la perspectiva antes mencionada aparecen cuestiones como: la aparición de fondos para medicación o la desaparición de los mismos. La creación de vacantes para residentes y la desaparición de esa vacantes. La construcción de pabellones nuevos, la necesidad de aumentar el coeficiente del giro-cama, la estadística de las prestaciones, el índice de productividad o las interferencias de otros vectores.

Y si hablamos de espacio físico, nos encontramos con el hecho de la existencia de muros que nos separan con el afuera y que encierran a los que tienen padecimientos mentales y a los profesionales que trabajan con ellos. Y los intramuros, que separan las prácticas de los profesionales y sus diferentes status.

²² “Resulta necesario entonces revisar la posibilidad de operar apelando a maniobras que exceden el campo de la “institución” en la que el psicótico no se encuentra cómodo –la del lenguaje-. Puede ser útil propiciar –en algunos casos- que pueda acomodarse *en otra institución*. Y que en ésta, el analista favorezca el despliegue de anhelos que orienten cada movimiento transferencial. El trabajo debería dirigirse luego, hacia la creación de lugares donde el sujeto inscriba, haga marcas, con su palabra y producción.” Mesquida, Ma. Del Carmen. *El analista y las psicosis. Interrogando un lugar en Psicoanálisis y el Hospital. Año 5 N° 9. Ed. del Seminario. Bs.As.1996.*

Hoy en día cuando una persona ingresa a la institución se encuentra asistida por un gran número de profesionales (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales, médicos) a los cuales la institución les otorga territorios ya parcelados, espacios físicos ya organizados y límites ya establecidos. Y esto es porque la institución debe tener todo organizado de manera tal que el *hacer institucional*, sea altamente previsible y permitir así evitar y reducir los imprevistos (Saidon, O.1991). Además de esta manera, se organizan los saberes y las prácticas de las disciplinas que la componen.

Toda esta liturgia²³, literalmente hablando, está diseñada para hacer transparente lo que en realidad no lo es. No es la institución un establecimiento, no es la institución un lugar, la institución es: “. . .una relación entre lo instituyente y lo instituido que da lugar a la institución como un espacio inacabado y en gestación permanente.”(Saidon, O.1991).

Como vemos, ampliamos el sentido de lo que es la institución y podemos ver claramente la relación de lo que aparece intramuros, con las relaciones sociales extra muros que van estableciendo los instituyentes y los instituidos, en el cuerpo de la sociedad y en los organismos políticos que la componen.

Entonces, si bien nuestra participación en una institución depende de lo que podamos hacer, lo que hagamos y como lo hagamos, en segmentos ya establecidos de la misma; no debemos dejar de tener en cuenta que existe un espacio instituyente que pugna con los ya instituidos y que convierte a la institución en un espacio inacabado y posible de gestar.

Es esto último lo que también nos lleva a reflexionar sobre cuanto de nuestra práctica dentro de la institución responde a lo ya instituido para el trabajo social, en el ámbito más general de la sociedad y de la llamada comunidad científica. ¿Qué queremos decir con esto?

Queremos decir, que frecuentemente hay una confusión y un desplazamiento en la práctica del servicio social, entre los objetivos de la profesión y los objetivos de la institución. Y que esta confusión muchas veces hace insatisfactoria la práctica para el propio operador, como conservadora de lo instituido, por parte de la profesión.

Si partimos para la intervención de los objetivos profesionales solamente, seguramente nos encontraremos con una imposibilidad fáctica de correlacionar teoría y práctica, ya

²³ esto está dicho en el sentido literal de la palabra, ya que en griego: *leitourgía* significa precisamente: servicio público.

que estos objetivos están enunciados en forma universalista y no hacia un campo en particular. Si la intervención se realiza desde los objetivos de la institución, estamos entregando mansamente la posibilidad de que el trabajo social adquiera autonomía.

Por ello es necesario que el trabajador social diseñe objetivos de intervención. Que son aquellos que se conforman utilizando la teoría y la práctica como cosas intercambiables de una caja de herramientas (*Foucault, M.1981*), que tienen que ver con la clara conciencia de formar parte de un movimiento instituyente y que está recortado por la profundidad y características de la relación establecida con la persona con padecimiento mental.

En el campo de la salud mental, una fractura, pero también un lugar para llegar a acuerdos sobre la tarea, es la relación con la persona.

Sostener siempre la palabra de la persona con padecimiento mental, como un discurso más que trata de ponerse en juego con otros enunciados, desplazarlos y ocupar un lugar, es la fuerza instituyente que caracteriza toda intervención del profesional de servicio social y que desplaza, avanza o retrocede, frente al discurso instituido del campo. Y en este convencimiento de darle lugar al discurso de la persona, se crea un espacio que transversaliza los saberes y las prácticas que actúan en el espacio institucional.

Al contrario de lo que algunos profesionales del campo piensan, o incluso dentro de nuestra propia disciplina, este es un lugar firme y con un amplio reconocimiento social. Más aún, cuando por el lado de la psiquiatría vemos como la misma está continuamente atraída por la convicción del poder que las sustancias químicas tienen en la resolución de los problemas psicopatológicos, y en la asunción definitiva de su status de ciencia neurobiológica, como una forma de ingresar por la puerta grande al concierto científico. Y cuando por el otro, la psicología se encuentra en una gran discusión sobre si seguir a la psiquiatría en ese procedimiento o resistir a esa presión diferenciándose de ella.

Es en estas coordenadas, que el trabajo social se niega a reconocer que exista una entidad “per se” u objeto de estudio y tratamiento, que desconozca la particularidad de cada caso y lo que las personas tienen que decir sobre lo que les pasa. Este lugar es el que atrae sobre sí, y a la vez, retira de sí, a las demás fuerzas del campo, creándose el escenario de la lucha.

Pero es en esta lucha que debemos tener cuidado de no deslizarnos hacia algunas prácticas profesionales del servicio social que aparecen como “prácticas de libertad” y que en realidad nos mantienen en lo mismo.

Una de estas prácticas profesionales aparentemente progresistas es la que nos recomienda utilizar como estrategia para desarmar a las prácticas institucionales disciplinarias, el manejo de las contradicciones de la propia institución.

Usualmente el procedimiento de abrir y profundizar la brecha existente por las contradicciones internas de las instituciones y relacionarlas con las contradicciones existentes en el sistema en su totalidad, lograban que se prestara atención al problema sectorial y que en algunos casos apareciera una solución desde una racionalidad distinta y no fundada en la violencia institucional (el caso de la experiencia del Dr. Franco Basaglia en Italia es la más clara al respecto). Pero el sistema, mutando rápidamente, como es una de sus características más importantes, comenzó a utilizar esos ajustes reconvirtiéndolos en mecanismos para lograr una “*forma performativa (la mejor actuación)*”(Lyotard, J. 1989) del mismo sistema. Es por ello que las crisis fueron utilizadas por las instituciones para mejorar su desempeño dando respuesta a la demanda desde nuevos servicios, sin necesidad que ello comporte una modificación de los estatutos disciplinarios de la misma. Un ejemplo paradigmático es la desmanicomialización, que se realizó en gran parte a partir de crear Hostales, Centros de Día, casas de convivencia; siendo todas estas modalidades conquistas del movimiento antipsiquiátrico, que hoy sin embargo es rescatado y promovido por las Federaciones de Cámaras de Clínicas Psiquiátricas (el mercado), porque es más eficiente al sistema y a las instituciones del mismo.

En primera instancia debemos reconocer que hay una racionalidad más plural en estas nuevas prácticas, porque la diversidad comienza a ser reconocida como parte de la comunidad más general, pero la desigualdad continúa. Incluso hasta se puede disfrazar esta nueva formación del sistema como una mayor receptividad social o tolerancia a la diversidad en la vida cotidiana. Pero en las relaciones sociales se continúa manteniendo el hecho de que las prácticas sociales con aquellos que son distintos, son asimétricas y mantienen la desigualdad.

Sin duda la aparición del tardo capitalismo con esta característica de asimilar rápidamente las propuestas de cambio es uno de los rasgos que inmovilizaron a las ciencias humanas con este discurso de la eficiencia, que además es muy seductor porque

proclama una sociedad de la inteligencia (sin aclarar a que se refiere con inteligencia o donde se encuentra la misma).

Frente a esta nueva situación, una respuesta de un sector de los operadores sociales, en este caso los que trabajan en el campo de la salud mental, decidieron retornar a la vida institucional normativa y promover desde allí una forma de resistencia basada en la transgresión. Esta última estrategia, definida como más tecnocrática, se caracteriza por abandonar la posibilidad de vincular a los procedimientos interinstitucionales con la relaciones que se debaten en la sociedad en general (no debemos olvidar que responde a la época del totalitarismo en nuestro país), dejando la posibilidad de lograr una práctica distinta, a la voluntad de la creatividad individual del profesional. Ahora bien, abierta la posibilidad de la vida política y con ello la emergencia de las supuestas transgresiones; el sistema las reconvirtió en una especie de moda progresista instalada en el status “liberal” de cada disciplina. En una conversación escuche a unos funcionarios reconocer que en la institución de la cual ellos eran responsables se “permitía la transgresión de algunas normas”, con lo cual surge la pregunta ¿de qué transgresión se trata si la institución la tiene identificada? O mejor dicho, no será que la transgresión debido a su carácter individualista, no es un riesgo para lo instituido?

Tanto la estrategia de trabajar sobre las contradicciones de la institución, de confesa simpatía de un marxismo académico, como la estrategia de utilizar procedimientos transgresores que nos hacen recordar al planteo sobre el tema que se realizaron desde algunas escuelas psicológicas para el servicio social; no ha podido en estos años modificar el status hegemónico de algunas instituciones en el campo de la salud mental en particular, ni en el de la acción social en general. Es más, durante todo este tiempo tampoco se pudieron superar arcaicas discusiones de características bipolares, que a pesar de sus diferencias aparentes se parecen mucho, ya que tratan de sostener sistemas de pensamiento totalizadores sobre lo que debe ser o hacerse en una institución.

No estamos diciendo que no haya potentes referentes teóricos para analizar las intervenciones en instituciones. Lo que estamos diciendo es que creemos que hay cierta incapacidad en observar y analizar los procesos de *“prescripción con respecto a lo por hacer (efectos de “jurisdicción”)* y *efectos de codificación con relación a lo por saber (efectos de “veridicción”)*” (Foucault, M. 1978) al interior de los operadores sociales que trabajan en las instituciones.

Tanto la utilización de las contradicciones de la institución como el fomento de la transgresión tienen un punto de contacto en el hecho de que siempre realizan sus prácticas partiendo de objetivar a la institución como el lugar, el espacio, donde se ponen en juego cierto tipo de procedimientos, territorializando la cuestión. Ahora, si entendemos a la institución como algo inacabado, de gestación permanente; como una relación entre lo instituyente y lo instituido, donde el instituyente -además de los supuestos grupos de poder, las normas vigentes, la corporación profesional-, es también el supuesto beneficiario. Tendremos que esta forma de concebir la institución, además de integrar las teorías o ideologías existentes, incorpora las prácticas concretas que en ella se desenvuelven.

Por eso es que cuando hablamos de relación, estamos en el ámbito de las prácticas concretas, de lo que en un momento dado hacen a esas prácticas aceptables, como el encadenamiento “más lógico” entre lo que se dice y lo que se hace.

Como expresa Foucault “. . . *he querido hacer la historia no de la institución-prisión, sino de la “práctica de aprisionamiento”*, realizando un desplazamiento de la investidura física al análisis de los “*regímenes de prácticas*” de la institución. Esto logra la ineludible “*implicación*” (Saidón, O. 1991) de los operadores sociales que trabajan en las instituciones.

Ya no se trata entonces de que la razón institucional dirige nuestras prácticas, la ideología nos la indique o los determinantes del medio nos la guíen. Sino que se trata de exhumar los tipos de racionalidades que se ponen en juego en los procedimientos que orientan las acciones de quienes forman parte de las instituciones, y que son las racionalidades que también condicionan el pedido, la respuesta; y el comportamiento en general de quien sería el beneficiario. Racionalidades que se objetivan como “las verdaderas”.

Existe una opinión muy generalizada por parte de algunos autores del servicio social y de otras profesiones, a partir de la cual se subestima la posibilidad de los operadores sociales de transformar las múltiples imposiciones que producen las prácticas que efectúan, por el hecho de que forman parte de los intereses del sistema, de la institución o del Estado. Pero precisamente ese lugar que ocupan es el que les da más importancia en el cambio del régimen de verdad, que les es impuesto transmitir.

Las institución en su juego de totalizar todas sus prácticas, no está preocupada por discriminar lo verdadero de lo falso en términos de la verdad científica que la apoye. Solo

se preocupa por establecer a que enunciados que no son en sí mismos ni verdaderos ni falsos, se les otorgan el “estatuto de verdad”. Obviamente, relacionándolos con el poder. Si pensamos nuestra práctica en términos de los discursos de verdad que se imponen en ella, nos sorprendería ver la cantidad de enunciados que no son en sí mismo ni verdaderos ni falsos, pero que vinculados a efectos de poder, se convierten en verdaderos. Desde dictámenes de un agente fiscal que dice “que una persona con diagnóstico de esquizofrenia no puede estar externado”, hasta la práctica habitual de resolver conflictos familiares o vecinales con la internación de quien los provoca, que obviamente tiene antecedentes psiquiátricos; son innumerables los enunciados que conforman el régimen de verdad existente en el campo de la salud mental.

No estamos queriendo separar la verdad del poder, sino separar “el poder de la verdad”, de las totalizaciones que impone la institución.

Foucault es muy claro al expresar que por verdad no quiere decir *“el conjunto de cosas verdaderas que están por descubrir o que hay que hacer aceptar”*, sino *“el conjunto de reglas según las cuales se distingue lo verdadero de lo falso y se aplica a lo verdadero efectos específicos de poder”* (Foucault, M. 1981).

Todos participamos de las relaciones de poder que, obviamente, pueden ser asimétricas, pero existe una estado de dominación, sólo cuando los sujetos se encuentran bloqueados y fijados a esas relaciones de poder, inmovilizándolos en un sólo lugar de la red (paciente/terapeuta, institución/internación, padecimiento mental/exclusión.).

La modificación del régimen de verdad dentro de una institución (relación entre instituido e instituyente) ensancha *“las prácticas de libertad”*(Foucault, M. 1996) de los sujetos, que a su vez se colocan en una posición distinta en las relaciones de poder.

La instrumentación del análisis de como se constituyen los regímenes de verdad en las instituciones nos permiten a nosotros, operadores específicos, vehicular las relaciones de poder y no detenerlas y determinarlas en un sólo sentido, modificando las relaciones que se establecen en el campo.

De esta manera *“Hemos de promover nuevas formas de subjetividad que se enfrenten y opongan al tipo de individualidad que nos ha sido impuesta durante muchos siglos”* (Foucault, M. 1996).

*El Aquí
de la intervención.*

Notas sobre el contexto de la intervención.

Cuando Bakunin nos dice que: *“Todas las ideas que el hombre encuentra al nacer encarnadas en las cosas y en los demás hombres, y que gracias a la educación y a la instrucción que recibe se imprimen en su propio espíritu aun antes de haber llegado al conocimiento de sí mismo, vuelve a hallarlas más tarde consagradas, explicadas y comentadas por las teorías que expresan la conciencia universal o el prejuicio colectivo y por todas las instituciones religiosas, políticas y económicas de la sociedad de la que él forma parte. Y tanto se impregna de ellas, que así esté o no personalmente interesado en defenderlas es, involuntariamente y debido a todos sus hábitos materiales, intelectuales y morales, su cómplice.*

De lo que hay que asombrarse no es, pues, de la acción todopoderosa que las ideas – que expresan la conciencia colectiva de la sociedad- ejercen sobre la masa de los hombres, sino, muy por el contrario, del hecho de que haya en esa masa individuos que tengan el pensamiento, la voluntad y la valentía de combatirlos. Porque la presión de la sociedad sobre el individuo es inmensa.” (Bakunin, M.1871). Nos esta poniendo al tanto sobre el costo personal e individual que implica buscar un cambio en la sociedad, o verse involucrado en los cambios de la sociedad. Él nos muestra como es que transcurrimos por este proceso de desapego o revisión, de nuestro lugar y nuestro hacer en esa sociedad, en ese proceso de cambio. Y como este movimiento existencial encierra un sufrimiento que muchas veces es doloroso de tolerar.

El servicio social conciente de ello, es que a partir de sus inicios planteó que el cambio era un proceso difícil tanto socialmente como individualmente, precisamente cuando la mayor preocupación sea el mejoramiento del bienestar social y el cambio de la sociedad. Por ello la impronta de toda intervención para la disciplina, es la de no separar el bienestar del sujeto o los grupos sociales, con el bienestar de la comunidad en general.

Mary Richmond en su obra Social Diagnosis nos dice que: *“La mejoría del pueblo y la mejoría del individuo son sin embargo, interdependientes y por eso, el trabajo de reforma social y el de casos individuales deben necesariamente, caminar a la par”.*

Con estas palabras, Mary Richmond funda el criterio por el cual, es de vital importancia el conocimiento y la ponderación de las estructuras y organizaciones sociales en la teoría

y práctica del trabajo social, así como el conocimiento de las características humanas en situaciones particulares.²⁴

En el tema que nos ocupa, hablar sobre el contexto social, es hablar sobre la forma en que se presentan los ejes y los territorios, donde ocurre la autoconstitución y la autopercepción de nuestras subjetividades. Y ese terreno en la época que nos toca vivir esta caracterizado por un *“malestar de la subjetividad contemporánea”* como lo denomina Christian Ferrer. Y literalmente hablamos de terreno, ya que nos estamos refiriendo al espacio social por autonomía donde la subjetividad se despliega en este fin de siglo y principios del nuevo siglo, y que esta asentado en la ciudad y sus periferias, y a las formas de sociabilidad que se forman en ella. Subjetividades que se construyen en la tensión entre las fuerzas internas y las que provienen del exterior, en este caso del medio urbano.

La ciudad, el medio urbano, sus cinturones más o menos urbanizados, se encuentran atravesados por fenómenos de crecimiento descontrolado del entorno (donde según las características de esas ciudades, el entorno sólo puede durar algunos años, para pasar a crearse otros entornos, otros signos, perdiéndose identificadores del lugar²⁵ como en las ciudades turísticas por ejemplo), donde aparecen cambios en el lenguaje y se entronizan nuevos neologismos, donde las instituciones están en continua desintegración y reorganización, donde se dan incrementos poblacionales con distintos orígenes clasistas, donde las señalizaciones sobre lo permitido y lo no permitido cambian a cada momento y donde la idea de comunidad casi ha dejado de existir, en detrimento de una idea de urbanidad, creada desde los organismos normatizadores que planifican lo que circula o no, y es preformativo a lo urbano.

“La historia de toda ciudad [o de toda sociedad, podríamos agregar] es la historia de las posibilidades existenciales que ella fomenta entre sus habitantes. O de las que frustra. Cuando estas posibilidades ya no son impulsadas por un músculo político-cultural, la desorientación y la confusión son consecuencias necesarias. Ya nadie sabe como construir su propio habitat y el malestar transforma a los cuerpos en erratas urbanas.” (Ferrer, C. 2003)

En este horizonte, las personas viven *“...un sentimiento de vacuidad, [la persona] se*

²⁴ este tema no es bien comprendido desde la reconceptualización de la profesión hasta aquí, por algunos grupos de marxistas académicos o stalinistas positivistas, que cristalizan la dinámica social y en ella a la persona.

siente vacío y –lo que es más importante- considera que la raíz de su insatisfacción está en su entorno.” (Morello, C. 1988).

Esta sensación cercana a una certeza que se siente cerca, pero que es muy difícil de nominar. Esta formada no sólo por componentes políticos y económicos, sino también por un componente antropológico que descansa en la posibilidad misma de construir una identidad individual y social. Es verdad que las actuales regulaciones económicas y del mercado quebraron antiguas solidaridades sociales e incluso, modificaron el famoso contrato social. Pero hoy, es sobre la posibilidad de sostener un vínculo social, lo que provoca angustia a los individuos. *“Todos teníamos la sensación de que las normas sociales y las instituciones comunes nos servían y ayudaban a conquistar nuestro lugar. A la inversa, hoy se hace cada vez más evidente que el porvenir de los individuos aparece menos ligado a un destino común.” (Fitoussi, J.P. y Rosavallon, P. 1997).*

Es así que entonces nace la paradoja que plantea que, en la época en la cual existen innumerables recursos tecnológicos y humanos que se crearon para hacer la vida humana más fácil y menos dolorosa, es la época donde nuestras subjetividades terminan dependiendo a tal punto de los recursos tecnológicos, como forma de mediación con el mundo, que su ausencia nos amenaza.

“Los artefactos tecnológicos, especialmente los domésticos, deben ser considerados menos como aparatos funcionales que como organizadores “psicofísicos” de la existencia amenazada, como superficies somáticas que reorganizan la experiencia sensorial y psíquica” (Ferrer, C. 2003), tratando de esta manera a partir del confort que nos brindan de sostener “una normalidad sufriente” (Dessors, D. y Ghiho-Bailly, M. 1998); en esta época en la cual existe una forma más palpable del sufrimiento.

Una lectura global nos permitiría pensar que esto no es una resultante no deseada, sino que esta es una época que expresa una voluntad de dominación claramente observada en la imposición por parte de occidente de la homogeneización de la civilización a partir de la técnica como organizador del mundo. Y que esta voluntad de la unicidad que proviene de la técnica, produce una “desertificación” de la cultura y la humanidad, de la que ya nos hablaba Heidegger y que no tomamos en cuenta seriamente.

²⁵ La señales del espacio en el cual nos desenvolvemos nos sirven para sostener nuestra identidad.

Heidegger nos adelantaba que en un mundo totalmente instrumentalizado y organizado desde la técnica, como el que tenemos hoy, se obtenía como resultado la aparición de una forma de existir del hombre, caracterizada por la inautenticidad. Ya que es un hombre que vive dentro de la opinión comúnmente aceptada, no porque sea verdadera, sino porque es común “*. . . como se recordará, en la existencia inauténtica de Ser y Tiempo, el individuo está dominado por las opiniones corrientes y al profesarlas sin problematizarlas se libera de asumir responsabilidades, es decir no se asume realmente a sí mismo como existente, como proyecto.*” (Vattimo, G. 2002).

Hoy en día esto es como obvio frente al despliegue global de los medios de comunicación masiva y de la certeza de que son ellos los que crean en gran parte la realidad. Una realidad que no se problematiza sino que se funda como cosa en-sí, a partir de lo que esos medios, dicen que es real.

Sin embargo, a pesar de que se nos libera de asumir las responsabilidades de nuestra existencia y de la existencia que nos rodea, y de toda esta profusa ambientación tecnológica que nos refugia cada vez más en la individualidad; continúa desarrollándose esa profecía que nos expresaba Nietzsche en *Genealogía de la moral*, “*. . . en los tiempos antiguos se sufría menos que ahora, aún cuando las condiciones de vida hayan sido más violentas y los castigos físicos, más crueles*”. Ya que el sufrimiento de hoy, es un sufrimiento que se encuentra en la marcada dificultad para sostener relaciones con los otros, de manera satisfactoria. De lograr relaciones sociales duraderas y de fijar nuestros sentidos en los acontecimientos de los que participamos, integrados en proyectos más amplios, o simplemente nuestros.

Cada vez más nos invade una sensación de que todo se nos da planificado y sólo somos espectadores de nuestro destino fijado sólo en la posibilidad de mantener relaciones superficiales, cambiantes y flexibilizadas. Por ello es que buscamos la sobreestimulación²⁶ de manera asfixiante, ante el hecho de la dificultad en encontrar en el exterior, en el otro, en la vida pública, algo que nos estimule. Más bien, vivimos el entorno como una amenaza.

Es así como la inseguridad ha tomado un estatus antropológico, con su mascarón de proa denominado flexibilización, y que la presenta a través del sistema actual de nuestro tardocapitalismo como algo trascendente a nosotros. De esta manera la

²⁶ No en vano algunos sociólogos manifiestan que esta es la época de los estimulantes.

inseguridad pasa a ser una cuestión que conforma nuestra subjetividad y nos vuelve más frágiles; creándose así este malestar individual y social, que se observa en nuestra formación del carácter.

Nos dice Richard Sennett en su libro *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*: *“¿Cómo pueden perseguirse objetivos a largo plazo en una sociedad a corto plazo? ¿Cómo sostener relaciones sociales duraderas? ¿Cómo puede un ser humano desarrollar un relato de su identidad e historia vital en una sociedad compuesta de episodios y fragmentos? Las condiciones de la nueva economía se alimentan de una experiencia que va a la deriva en el tiempo, de un lugar a otro lugar, de un empleo a otro. . . .en términos más amplios, diría que el capitalismo del corto plazo amenaza con corroer [el] carácter, en especial aquellos aspectos del carácter que unen a los seres humanos entre sí y brindan a cada uno de ellos una sensación de un yo sostenible. . . . Las especiales características del tiempo en el neocapitalismo han creado un conflicto entre carácter y experiencia, la experiencia de un tiempo desarticulado que amenaza la capacidad de la gente de consolidar su carácter en narraciones duraderas.”*

Por ello hoy la incertidumbre no se funda en la posibilidad de alguna catástrofe, sino que la incertidumbre como amenaza, es parte de las prácticas cotidianas. (Sennett, R. 2000).

Pero también estamos hablando de territorialización en relación al lugar en el cual se puede construir la subjetividad. Territorio (de) marcado por las relaciones entre los mecanismos del poder y los regímenes de verdad, donde las personas experimentan su forma de vivir el mundo. Territorio que así establecido se convierte en un fuerte condicionamiento a nuestras posibilidades de sentirnos, darnos, pensarnos y actuar. Tan fuerte u organizado que a veces la vida se nos escapa sin saber hasta donde nuestro mundo de la vida. . .era nuestro, o es producto de las modelizaciones impuestas por las instituciones.

La lucha por llevar adelante nuestro ser en el mundo se debate entre estos territorios tan determinados y el territorio comunicativo que puedo lograr establecer, en mi interacción con los diferentes grupos sociales. Lo que ocurre, es que en la sociedad de la (des) comunicación, la falta de espacios para una construcción intersubjetiva, da lugar a la vivencia de la falta del Otro, de la soledad, “del malestar subjetivo”, en la experiencia vital. Y sabemos del peligro que significa en todo proceso de construcción de la identidad, el que no existan las expectativas y evaluaciones de los Otros.

Esta vivencia amplificada del dolor nos lleva a sumergirnos, en algunos casos, en la utilización de innumerables recursos ortopédicos (confort, consumismo, cirugías estéticas, alquimias sobre nuestros cuerpos, la industria del entretenimiento, la autoayuda, los estimulantes) para poder continuar con nuestra existencia. Como así también en el abuso de los recursos que nos proveen las prótesis creadas desde las ciencias del espíritu (psicología, psiquiatría) y toda la farmacopea que nos protege.²⁷

Y es en este último caso donde tiene cabida la advertencia de Nietzsche cuando también en la *Genealogía de la Moral* nos dice: ***“Realizamos experimentos sobre nosotros, que no nos permitiríamos sobre ningún animal”***.

Y hoy, frente a los nuevos desarrollos de la biotecnología, lo que nos profetizaba Nietzsche se ha hecho evidente, principalmente a través de la industria farmacéutica. ***“Muchas personas argumentan que podemos trazar una línea clara entre la terapia y el mejoramiento de la especie, y que podemos reservar la ingeniería genética para la primera. Pero cuando se trata de trazar límites en zonas grises, es más fácil decirlo que hacerlo”. . . . “Si se puede aplicar la hormona del crecimiento a un niño que sufre enanismo, ¿por qué no a uno que está en el límite de su altura “normal”? Y si es legítimo dársela a este último ¿por qué no a aquel que, estando en el promedio de altura normal, quiere recibir los claros beneficios de tener una altura aún mayor?”. . . . “Aquellos que creen que esto suena a ciencia ficción no han estado prestando atención a lo que a venido ocurriendo últimamente en las ciencias de la vida. Lo que alguna vez puede llegar a lograrse a través de la terapia genética ya está siendo posible por la neurofarmacología. La terapia con drogas difiere de la terapia genética en la medida en que sus efectos no son heredables, pero su impacto afecta el mismo plano fundamental del comportamiento humano.”(Fukuyama, F. 1999)***

No podemos dejar de darle entidad a estos análisis de nuestra realidad, cuando observamos que frente al sufrimiento que nuestro ser en el mundo siente para poder construir un orden social más justo. Nos ofrecen la posibilidad de mitigar esos sufrimientos a partir de modificar la química de nuestro cerebro. ***“Los ejemplos de la Ritalina y el Prozac son instructivos en este respecto: en la década pasada se lanzó una gran revolución en el control del comportamiento social sin bombos y platillos y***

²⁷ “La droga, en efecto, promete la reconstitución del yo, de manera temporaria y ficticia, es cierto, pero en todo caso durante un tiempo, aligerándolo del peso de las restricciones. Los tranquilizantes permiten

sin debate, impulsada por el exclusivo interés de las compañías farmacéuticas privadas.” (Fukuyama, F. 1999)

En estos territorios, es donde las ciencias del espíritu o las ciencias humanas, trabajan.

Nuestro accionar se enreda, desenvuelve y vuelve a enredar, en estas coordenadas.

Estas son las notas que hacen a la cuestión social en la intervención en el campo de la salud mental. Y como no podía ser de otro modo, en realidad son viejas notas que ahora tienen otras nuevas vibraciones.

Debemos extremar con mucho cuidado aquellas nociones teóricas que hablan solo de la conciencia como único lugar donde el trabajo social puede llevarse adelante. Mucho cuidado con aquellas que sólo ven en la posibilidad de la razón, la posibilidad del servicio social. Y mucho cuidado con aquellas que plantean la senda del progreso como la única deseable. Porque “*. . . si el progreso es un sendero que los hombres necesariamente deben transitar, aquellos que no logran enfrentarlo quedan cubiertos por un manto de sospecha sobre su identidad humana.*” (Schmucler, H. 2001), algo parecido a lo que ya se planteaba durante el positivismo de principios del siglo XX.

Por ello debemos recordar que el trabajo social desde sus orígenes dejó claro que si bien en la vida hay un esfuerzo del hombre por recobrase, por comprenderse (Merleau-Ponty, M. 1977). Esas comprensiones deben estar siempre contextualizadas dentro de la práctica existencial de cada una de las personas y de sus padecimientos.

resolver la gran contradicción moderna: ser uno mismo y estar a la vez liberado de sí mismo.” (Fitoussi,

La hermenéutica del objeto.

*El ser social, es constitutivo del ser
persona.*

George H.

Mead.

En principio quisiera aclarar a que se debe la utilización de la palabra hermenéutica y en que sentido la vamos a tomar. Debemos asentir con Vattimo que la hermenéutica se ha constituido en esta época del tardocapitalismo que nos toca vivir, en una especie de *koiné* (lugar común, idioma común) en el que se realizan los debates en la comunidad científica en general, incluso en las denominadas ciencias duras. De todas maneras si bien es difícil escapar al pensamiento de una época, no es por esto que elegimos hablar de la hermenéutica del objeto²⁸. Por lo tanto, la utilización del concepto de hermenéutica lo haremos en relación a algunas de las características que este concepto tiene y que creemos, nos sirven para delinear nuestro lugar en el campo de la salud mental.

En primer lugar esta el hecho de que para el trabajo social como para la hermenéutica, **“toda experiencia de verdad es un hecho interpretativo”**. Es decir que cuando hablamos de experiencia de verdad nos referimos; tanto a la que nos hace referencia la persona con padecimiento mental, como a la que nosotros mismos hacemos sobre lo que nos refiere la persona con padecimiento mental dentro de la relación, y lo que las instituciones nos dicen sobre lo que es el padecimiento mental. Es sobre este suelo, con todas estas verdades existentes, por sobre las cuales nos internaremos utilizando el recurso de la interpretación. Reuniendo estas distintas interpretaciones, junto con la

J.P. y Rosanvallon, P. 1997).

²⁸ nos parece importante aclararlo debido a que es común en nuestra disciplina importar modas sin ningún tipo de análisis restrictivo o lo que es peor aún, creyendo que todo es igual. Por ejemplo se habla del paradigma interpretativo (es increíble como en servicio social la palabra paradigma es un obstáculo para la comprensión, más que una ayuda) sin diferenciar los distintos modelos interpretativos: Gadamer, Dilthey, Nietzsche, Heidegger, Vattimo; algo muy típico del marxismo académico que reina en gran parte de las ciencias sociales y en nuestras aulas.

nuestra.

Otra característica de la hermenéutica que rescatamos para nuestra tarea es el hecho de entender “*la concepción del mundo como conflicto de interpretaciones*” (Vattimo, G.1996). Esto significa que no se reconoce un discurso que opere sobre el campo como discurso fundacional y que legitime a algunos mandarines, por sobre la praxis efectiva de la acción que se realiza en el campo.

Es por ello que para el trabajo social la construcción de su lugar en el campo (institución, personas con padecimiento, miembros del equipo), es una tarea hermenéutica continua e individualizada que reconstruye junto al otro, los sentidos que se presentan en la existencia concreta y las interpretaciones que se hacen sobre esa existencia. Esto es, un pensamiento y una acción profesional que no exhibe sus fundamentos solo a partir de incrustaciones teóricas que le son ajenas, sino a partir de la propia construcción de una historia narrativa - interpretativa, junto a su interlocutor.

Esto último implica que para nosotros esta tarea narrativa – interpretativa se encuadra dentro de lo que Ricoeur denomina “conflicto de las interpretaciones” y que es la dinámica por la cual se da el combate principal para sostener el sentido común dentro de una formación social, y a través de este, establecer la hegemonía que legitime una determinada manera de dominación social. Internarnos en esta conflictividad, por medio de nuestra práctica, nos coloca en el camino de la transformación.

Posicionados sobre lo que para nosotros significa la hermenéutica del objeto, desarrollaremos ahora las cuestiones a tener en cuenta en esa tarea.

La tarea comienza por estimar y valorar los signos que la persona con padecimiento mental le da como certezas, y con los cuales compone su experiencia del mundo y en-el mundo. Específicamente de aquellos signos que tienen que ver con el reconocimiento, que la persona con padecimiento mental registra de los otros; del ser social que lo rodea. El servicio social trabaja en esas regiones de la experiencia que muestran la adquisición por parte de la persona, de ciertas prácticas sociales, por sobre otras. Y donde se observan las prácticas que las personas hacen sobre sí, para establecer las relaciones con aquellas formas de subjetivación que se le imponen.

Pero debemos tener en cuenta que una experiencia nunca está definida sobre un acontecimiento singular u objeto particular, sino que se realiza dentro de un campo, o mejor dicho dentro de una *situación*. No se puede aislar la experiencia del curso de la *situación* donde esta acontece.

Si bien es importante saber cual es el sentido que tal o cual experiencia tiene para la persona con padecimiento mental y aunque debemos reconocer que en algunos casos una experiencia es significativa en tanto se presenta para esa persona como algo recortado de la situación total; nosotros no debemos perder de vista que esta dicotomía es falsa.

No es que existe uno u el otro, sino que existe uno dentro del otro. Es por ello que en toda situación experiencial: *“el universo de experiencia es la condición previa de un universo de discurso o razonamiento”* (Dewey, J.1950). Aunque este discurso aparezca invalidado por los mecanismos de control del discurso, o irracional por el régimen de verdad imperante.

Así decimos que mi experiencia es solo posible en tanto pertenece a una situación articulada con mi medio ambiente total, donde también están los *otros* y es desde esta posición de *situación cualitativa total* que se constituye en una experiencia individual.

Es por esto que se debe entender la *experiencia individual* del padecimiento mental, como un elemento más, dentro de la *situación* total que vive quien tiene el padecimiento mental.

De esta manera es que la situación total contiene otros elementos que están predefinidos y establecidos desde fuera de quien es sujeto activo de la experiencia.²⁹

Esto da lugar al hecho de que además de la experiencia individual que el sujeto activo tenga con su padecimiento mental, este padecimiento es parte de una *situación* en la cual la invalidación social es preexistente, y tal vez, el elemento más recurrente y repetitivo de la experiencia individual que la persona vive.³⁰

En este marco de acción el trabajo social estructura su práctica a partir del trabajo material con las condiciones existenciales de los sujetos, superando así el planteo solamente abstracto de la construcción de una igualdad y de una libertad. Por eso para nosotros, el padecimiento mental es una de las condiciones existenciales que hacen a la relación del sujeto con su medio y a la discusión que este sujeto lleva adelante con los elementos materiales contradictorios que se le presentan.

Tal vez la mejor forma de presentar como la persona con padecimiento mental experimenta su realidad frente a los otros y a las instituciones de la sociedad, sea con la

²⁹ La noción de experiencia que Foucault expresa en “El uso de los Placeres” nos acerca a la comprensión de estos hechos exteriores, cuando dice de la experiencia que la misma es “la correlación dentro de una cultura, entre campos de saber, tipos de normatividad y formas de subjetividad”.

³⁰ Tenemos aquí un claro ejemplo de lo que Mary Richmond quería decir cuando manifestaba que el servicio social debe *“comprender al otro desde el exterior de sus relaciones sociales”*.

frase: *“somos todos iguales, pero algunos somos más iguales”*. Definiendo así la situación existencial, que luego metodológicamente hablando, se inscribe dentro de los aspectos psicosociales (*Hamilton, G. 1960*) en los cuales interviene la profesión.

Para nosotros los factores psicosociales son en estos casos la identificación del sistema de ayuda mutua en el cual la persona con padecimiento mental se encuentra. La forma en que vivencia su ser-con-los-otros y la manera en que la persona con padecimiento mental ejerce el control sobre su cotidianeidad.

Para dar un ejemplo, si tomamos a la psicoterapia, nadie puede negar su utilidad, pero también esta modalidad de relación es intencionalmente artificial y recortada de las relaciones interhumanas que la persona con padecimiento mental vive cotidianamente, y donde se presentan las contradicciones reales para el sujeto. En cambio en una intervención de trabajo social se busca trabajar tratando de recrear lo menos artificialmente posible (seguimiento, acompañamiento, visitas en su medio real) las contradicciones que sus comportamientos representan en el ordenamiento de su mundo existencial y que en este momento obstaculizan su desenvolvimiento social.

Se trata de buscar soluciones en la realidad para problemas que se viven en la realidad, sin desligar a la persona de sus condiciones de existencia, sino integrando las condiciones de su existencia.

Durante la intervención no se trata de i-rrrealizar lo que acontece, sino de determinar las condiciones de lo que acontece en relación con las posibilidades de accionar sobre ello.

Es por ello que el trabajo social ocupa en el campo de la salud mental u lugar que en algún momento estaba vacante por otros saberes. Este lugar tiene que ver con la *“enfermedad en primera persona”* (*Laplantine, F. 1999*). Los procesos de interpretación del denominado enfermo, lo que este considera que es sentirse bien, que es estar mal, o sea, la experiencia vital del que sufre algún padecimiento y el rescate de la misma como valioso para esa persona y para la sociedad en general.

El modelo biomédico bastante generalizado, tiende a subordinar todas estas significaciones en beneficio de lo que se considera la “verdad objetiva” de la ciencia. Pero el trabajo social con la práctica descripta, reenvía estos significados al médico psiquiatra que a pesar de todo, no se puede sustraer a elementos “subjetivos” que también él, previamente posee. Y aunque desde el modelo biomédico se quiera mantener la neutralidad del curar, la contaminación con lo que el sujeto con padecimiento mental

crea que le pasa y las significaciones sociales sobre lo que le pasa, producen un intercambio que también va transformando al profesional que asume ese modelo.

Nacido de la modernidad, para el trabajo social, la intervención se realiza encabalgada en una construcción conciente de la propia realidad de los agentes sociales y de la realidad del mundo. Como expresa Osvaldo San Giacó como Parodi: ***“En el contexto del esfuerzo humano para apropiarse del conocimiento de la realidad, es donde a nuestro juicio, se puede ubicar la necesidad de contar socialmente con una profesión como la de trabajo social.” (2001).***

Es por ello que el hegelianismo, el marxismo y el psicoanálisis en su aspecto liberador, por nombrar algunas corrientes de pensamiento, pueden insertarse en el tronco teórico de la profesión. Pero el privilegiar el aspecto conciente de la construcción humana también nos pone en una relación indudable con las dificultades y los procesos para lograr esa “conciencia de sí”, o mejor dicho, con esas construcciones concientes o de estados parciales de conciencia, que si bien pueden aparecer “incompletas” u “originales”, como es el presente caso, terminan impactando en la construcción del mundo.

En resumen, cuando la disciplina se define por trabajar sobre los procesos concientes de adquisición de la realidad, también se involucra con los procesos que aparecen imperfectos o incompletos para adquirir esa realidad. La pregunta es: ¿se debe relegar estos fenómenos al área de la psicología, o no reconocerlos como constructores del mundo, aún cuando estos sujetos igual interactúan en la realidad moldeando e interviniendo en las prácticas sociales?

Nosotros creemos que no.

Si como nos dice (Merleau-Ponty,1953) ***“La conciencia puede vivir en las cosas existentes, sin reflexión. . .”*** debemos por lo tanto admitir que la construcción de la socialidad y de las prácticas sociales por parte de sus agentes, no siempre proviene de la reflexión. Por lo que también deberíamos poner, por lo menos entre paréntesis, si la única conciencia que puede lograr una transformación, es la conciencia de sí. Porque entre lo que denominamos conciencia de sí y lo que denominamos inconsciente, existen muchas formas de conciencia, con las cuales también interactuamos en el mundo.

No estamos diciendo que es mejor construir un mundo desde los automatismos de la vida, sin un análisis de porque utilizamos estos o aquellos mecanismos para relacionarnos. Estamos diciendo que si bien una sociedad se construye en acuerdos

concientes y deliberados, existe toda una parte “del mundo de la vida”, que es preexistente a la posibilidad de deliberación, que es necesario conocer y donde también podemos intervenir y donde se forma el suelo de todas nuestras interpretaciones posteriores.

Parafraseando una frase de Merleau Ponty y agregando el tema del padecimiento mental podemos decir que: **no es que una persona o grupo social no tiene conciencia de clase y por ello no vive la realidad de su clase. [por ello] No es que una persona con padecimiento mental no tiene conciencia de su padecimiento mental y por ello no vive la realidad de su padecimiento. En realidad es al revés: vivimos y somos una clase, aún antes de pensarla o pensarnos en ella y [entonces] la persona con padecimiento mental vive su padecimiento y es-con su padecimiento, aún antes de pensarse en él.**

El trabajo social a través de su bagaje práctico y teórico ensaya una explicación y una reflexión sobre la vida, el mundo y el lugar del hombre dentro de estas relaciones.

Pero lo que también hace cotidianamente, y no se escribe mucho sobre ello, es junto con el otro “*formular una experiencia sobre el mundo, un contacto con el mundo que precede todo razonamiento sobre el mundo*”(Merleau-Ponty,1977).

Una persona con padecimiento mental con la cual trabajo me expresaba en una entrevista: “ es terrible vivir, experimentar la realidad metafísica concreta, porque realidad es esta, no solo la otra”, haciéndome hincapié, en que era real y sufriente para ella participar de esa realidad metafísica. Tratando de entender este mensaje no solo desde una perspectiva profesional de un agente de salud mental que está ante un sujeto con problemas y obstáculos para definir lo que es real, sino poniéndonos un poco más acá de ese lugar tan cercano a la exclusión y tratando de escuchar. Vemos que lo que tenemos aquí es una persona que nos plantea que para ella su esencia, su conciencia, Dios; no están más allá de su ser empírico. Que es en su naturaleza humana donde se desarrollan las luchas metafísicas como por otra parte ya lo pensaban otros autores “. . .el hombre es metafísica en su mismo ser, en sus amores, en sus odios, en su historia individual o colectiva, . . . como pensaba Pascal, en el más pequeño de los movimientos del corazón.” (Merleau-Ponty,1977).

Pero el saber ante afirmaciones como la de esta persona tiende automáticamente a pensar en el oscurecimiento que la conciencia de sí esta padeciendo, por culpa de fuerzas ajenas a ella. Sin embargo, no hay un ser armado y ya establecido que debemos develar, reducir

o comprender (la conciencia de sí), en base a estructuras de conocimiento que vienen en nuestro auxilio; y después cuestiones metafísicas que debemos dejar al campo de la ciencias ocultas, el sentido común, la religión o la meditación.

Lo que hay es una manifestación de la experiencia vital en el mundo, que a pesar del obstáculo que esta misma experiencia puede sobrellevar (el padecimiento mental), será una experiencia que de todas maneras podrá transformar al mundo que la circunda y tal vez, transformarse a sí mismo. De esto se trata en la intervención y esta intervención también puede producir un cambio.

Lo que queremos decir, es que en toda persona hay una forma de relacionarse consigo mismo que no es solamente la manifestación de la conciencia de sí en esa persona. Sino que esta relación con uno mismo es más compleja y encierra otros mecanismos que tienen que ver con maneras de subjetivación que se nos imponen (a través de la sociedad normatizadora) o son elegidas por nosotros mismos, a cada momento. Y que estas formas constituyen la manera que tengo de relacionarme conmigo mismo, muchas veces sin necesidad de alcanzar la reflexión que supone la conciencia de sí.

Estamos hablando sobre los procedimientos, técnicas y prácticas que las personas, también las que tienen padecimiento mental, realizan sobre sí y que conforman su modo de ser en el mundo, más allá de la codificaciones existentes sobre lo que son las conductas normales.

En estas coordenadas se produce en el proceso de trabajo social, esta posibilidad de que el otro no nos describa su subjetividad, necesidad o valores como en una clasificación; ***sino que nos la hace presente, nos participa, haciéndola existir delante de nosotros,*** en principio más acá de la posibilidad de conceptualizarlo, y dejándonos solamente con el conocimiento que nos puede dar nuestra percepción de esa experiencia vital.

Como explicarnos este mundo de la vida que se nos ofrece aquí?

En realidad en trabajo social y en la ciencias sociales en general el tema del conocimiento encerrado en la percepción, ha sufrido el avasallamiento cartesiano de entender al mundo como una suma bien ordenada de momentos vitales, en una correlación de tiempo perfectos (*Merleau-Ponty, 1985*), pero como lo presentan las personas en la realidad es mucho más ambiguo que eso. Sin embargo, el operador de servicio social, también encerrado en esa perspectiva cartesiana construye un cuadro de doble entrada donde coloca acontecimientos en una línea y tiempos históricos en la otra, siendo la intersección

de ambos, la comprensión. Pero el mecanismo para comprender lo que representa la percepción de un hecho, como forma de conocimiento de ese hecho, es más complejo.

Todo orden que damos a la sucesión de los hechos que dan lugar a una situación humana, son ficticios. Ahora, frente a nosotros, esta persona expresa esta percepción después de haberla incluido en su historicidad como un acontecimiento más de la misma, pero en breve, luego de que deliberemos sobre lo que estamos tratando, volverá a esa misma percepción y tal vez la ubicará en un rango diferente.

La comprensión que se hace cuando se plantean los hechos del problema, minutos después, dos entrevistas después, puede dar lugar a otra percepción de esos mismos hechos que podemos pensar que es más completa y que no invalida la percepción original como la verdadera.

Nuestro punto de apoyo en el pasado y en el futuro es siempre resbaladizo ya que es nuestra subjetividad la que ubica los hechos dentro de nuestra historicidad y con una intencionalidad que las ordena correlacionándolas una tras de otra (*Merleau-Ponty, 1985*). Por ello el conocimiento que nos da la percepción de una cosa o los hechos de una situación, es vivir los hechos de esa situación intencionalmente.

No existe una conciencia constituyente que viene a nuestro auxilio después de la percepción, a dar sentido a lo que ocurre. Hay una conciencia en la percepción que se presenta en la intención de ir hacia el mundo, desde el mundo de la vida que somos. Y esto también es válido para las personas con padecimiento mental a las que usualmente se les niega toda intencionalidad hacia el mundo de la experiencia vital, tan sólo, por no poder dar cuenta de esa intencionalidad.

Esto nos muestra como, al comenzar a raspar la superficie de la intervención en trabajo social indudablemente también se cae *en significaciones más acá* de la propia intervención que hay que analizar; y que no son usualmente tratadas más allá de la enunciación de determinaciones o posibilidades que sufren los hombres para lograr su libertad.

Durante la intervención, el profesional en servicio social es arrojado al mundo de la vida del sujeto donde contempla e interviene en la ponderación y puesta en consideración de las acciones, opiniones, afectos, emociones y muchos elementos más que componen el bagaje existencial de la vida de ese sujeto, y que está expresado en un marco de necesidad por parte del Otro.

Primer detalle: aún cuando el planteo esté impecablemente estructurado por la persona que nos solicita, en el análisis de esta situación, este Otro que habla de sí a través de sus acciones, está reconociendo *el olvido de sí mismo* durante muchos momentos del trabajo que él mismo realiza en el mundo. Es por eso que al examinar caminos a emprender, también nos lleva a retornar sobre los caminos andados y a poner nuestra atención en como actuamos en esas oportunidades; que ahora convertidas en situaciones anteriores y focalizadas, nos permiten comprender hasta donde en los hechos que nos ocupan en nuestra cotidianidad, operamos, las más de las veces, olvidándonos de nosotros mismos. Es decir, como si existiéramos algunas veces automáticamente. Algo que sin embargo, no se tolera tanto, en las persona con padecimiento mental. O muchas veces, se vive como un indicio de su incapacidad.

Es aquí que a poco de volver a desandar lo que hacemos, comprobamos que el entramado de las relaciones con las cosas o recursos reales (existencia concreta) o ideales (pensamientos, tradiciones), se efectúan dentro del campo valorativo que le da el Otro a la vivencia que experimentó o está experimentando, quedando esta *aparición significativa de valor*, muchas veces olvidada.

El conocimiento de esta atribución del valor a una percepción, es también la forma de recorrer como es el conocimiento de la realidad por parte del Otro. Y lo que es más importante, podemos identificar además cuales son los espacios donde se desenvuelve el interés del Otro por la realidad en la que vive y los modos de subjetivación en los que está envuelto.

Este mecanismo del olvido de sí mismo se presenta de tal manera, que en oportunidades el sólo descubrimiento de este hecho por parte de la persona con padecimiento mental, inaugura la voluntad de comenzar un proceso de trabajo social. Buceando sobre las estrategias ya utilizadas por la persona, los recursos con lo que cuenta y las redes a las que pertenece.

O sea, debemos llevar adelante como decía Mary Richmond “. . . *un plan de colaboración –un programa de participación sería tal vez una expresión mejor-. . .*” que incluya a la persona con padecimiento en “. . . *la responsabilidad de las decisiones sucesivas a tomar.*”

Nuestro objeto se compone entonces, de esta posibilidad de encontrar un lugar donde la persona con padecimiento mental se sienta reconfirmada y unificada; y que no es el lugar donde el padecimiento ubica a la persona. Sino que es un lugar que se va delineando

desde “*el hilo de las relaciones sociales*” (Richmond, M.1962) de la persona con padecimiento y hacia sectores de su vida donde esta pueda realizar sus propias producciones o pueda participar de su propia constitución existencial.

La posibilidad de mantener su vivienda, la que era junto a sus padres. La posibilidad de continuar ejerciendo su rol de padre o madre, aún en forma precaria o disminuida. La posibilidad de administrar los bienes que tenga, sean estos muchos o pocos. La posibilidad de rescatar beneficios sociales y previsionales que se les habían negado. La posibilidad de intentar volver a estudiar. Son solo algunos de los ejemplos de lugares, donde la persona con padecimiento mental puede desenvolverse.

Lugares donde pueden accionar y producir hechos que les permitan el reconocimiento de los otros, y el propio.

El “trabajo,” sobre la acción de la persona con padecimiento, en estos lugares; es el lugar del objeto del servicio social, el lugar que compromete al desenvolvimiento social de la persona.

Este lugar es de gran visibilidad profesional, ya que debemos decir que es en la posibilidad de desenvolvimiento de una persona, donde recae la mayor presión social, que muchas veces puede ser expresada en formas delicadas o burdas de exclusión.

Señalamos el término de “trabajo” en forma conciente, ya que estamos ante un proceso humano, que no es un proceso físico que trata de lograr el equilibrio con su ambiente; o un proceso animal que trata de prepararse a los a-priori monótonos de la necesidad y los instintos. Es trabajo humano porque entre estímulos y respuestas, sensaciones y reacciones; se crean “objetos de uso” (la ropa, la mesa, el libro, la música, el lenguaje, los vínculos, las relaciones) que son los que a su vez crean el medio propio del hombre. (Merleau-Ponty, 1953).

Es sobre la utilización de esos objetos de uso, que a su vez hacen al hombre y a su medio humano, donde el trabajo social desenvuelve su dramática. Tratando de que la relación preponderante entre la persona con padecimiento y su mundo vital, sea la de lo mediato y lo posible.

El servicio social defiende la posibilidad del “hacer” de la persona con padecimiento mental, aunque este “hacer” a veces parezca modesto o fuera del canon de la sociedad tardocapitalista, porque en la posibilidad del “hacer”, la persona se juega su reconocimiento frente a los otros, que vuelve hacia sí mismo.

La lucha por el reconocimiento de su ser persona es a lo que nos enfrentamos cotidianamente, quienes trabajamos en el sector de la salud mental.

Claro que al leer que es sobre la “posibilidad de hacer”, donde el trabajo social desenvuelve su práctica. El lector podrá decir que ese también es el objeto del servicio social como profesión. Esto es posible, como ya lo expresamos antes en esta obra, porque en cada campo donde se desenvuelve la disciplina, se juega la disciplina misma.

Pero cuando estamos hablando sobre las “posibilidades de hacer” de las personas con padecimiento mental y de las personas en general. Nos estamos refiriendo a como las personas se encuentran dentro de las “relaciones de poder” y si sufre “estados de dominación”, como diría Foucault.

Cuando Foucault utiliza el concepto de relaciones de poder, quiere decir: “. . .*en lo que yo pienso cuando hablo de relaciones de poder. Me refiero a que en las relaciones humanas sean cuales fueren –ya se trate de una comunicación verbal, como la que estamos teniendo ahora, o de relaciones amorosas, institucionales o económicas-, el poder está siempre presente: me refiero a cualquier tipo de relación en la que uno intenta dirigir la conducta del otro. Estas relaciones son por lo tanto relaciones que se pueden encontrar en situaciones distintas y bajo diferentes formas; estas relaciones de poder son relaciones móviles, es decir, pueden modificarse, no están determinadas de una vez por todas.*” (Foucault, M. 1996). Lo que significa que en toda relación humana se debaten relaciones de poder. Pero esto no quiere decir que como el poder siempre está presente, no exista la libertad. Más bien es al revés: “. . .*si existe relaciones de poder a través de todo el campo social, es porque existen posibilidades de libertad en todas partes*”. (ibidem)

Entonces, es en estas relaciones de poder donde una persona puede ejercitar su posibilidad de libertad. Nuevamente decimos aquí, que esto es bastante complementario con lo que decía Mary Richmond sobre que “*la democracia es un forma de relación*”.

En cambio en la noción de “estados de dominación”. Foucault nos habla de estos estados como aquellos donde “. . .*las relaciones de poder son fijas, de tal forma que son perpetuamente disimétricas y que el margen de libertad es extremadamente limitado*” (ibidem) por lo que entonces se elimina la posición de igualdad, libertad y resistencia de alguno de los miembros de esa relación³¹.

³¹ Nos parece importante aclarar aquí para aquellos autores del marxismo académico o del folclore neofascista que leyeron a Foucault desde autores que leyeron a otros autores, que leyeron a otros autores,

Entonces, en el caso particular del campo de la salud mental, nosotros asistimos al hecho de que una vez denominado al “loco” como tal, todo el resto de las relaciones en las cuales este ingresa, se hallan determinadas por este posicionamiento de la persona como “loco”. Que lo ponen en una relación perpetuamente disimétrica, y por lo tanto convierten a toda relación que este pueda mantener, dentro de las coordenadas de relaciones que crean un estado de dominación.

Nosotros creemos que el trabajo social con su práctica, trata de modificar los “estados de dominación” que existen dentro de las relaciones sociales y de esta relación en particular.

Que nuestra práctica pugna por hacer que las relaciones de poder que se establecen al interior de las relaciones humanas, contengan también la posibilidad de la resistencia. Ya que la posibilidad de resistencia dentro de las relaciones de poder, es la posibilidad de la libertad.

En definitiva, para nosotros el trabajo social en su práctica trata de lograr que las relaciones de poder, sean “. . . *móviles, reversibles, inestables.*” (Foucault, M. 1996).

Lo que significa que en el campo de la salud mental, la persona con padecimiento mental posea una palabra y una acción activa en las relaciones humanas en las cuales se inserte.

La cuestión de la relación profesional en la intervención

Si el servicio social de casos individuales tiene su lugar en el orden del mundo, si tiene un papel que desempeñar, no solamente un papel actual,

que leyeron comentarios de Foucault. Que para éste, no es que no exista libertad porque no hay poder. Sino que existe libertad, sólo allí donde existe la posibilidad de la resistencia a las formas de poder. Y que cuando hablamos de poder hablamos de relaciones humanas, no de lugares de poder estructurales. Como nos quieren hacer creer, como los únicos lugares de poder.

por más importante que sea, sino un papel permanente en la lucha para el mejoramiento de las condiciones de existencia del género humano. ¿cuál es este lugar y cuál es este papel?

Mary Richmond

El análisis de la relación profesional adquiere singular importancia cuando hacemos hincapié en el hecho de que es en las relaciones sociales, donde se debaten temas como el poder, la libertad y la dominación. Y la relación profesional, si bien es una relación artificial y especial, forma parte de las relaciones sociales. O sea que para nosotros hablar de la relación profesional es hablar de relaciones de poder, relaciones de dominación, posibilidades de resistencia y posibilidades de la libertad.

Este posicionamiento frente a lo que acontece dentro de la relación profesional es muy resistido dentro de la profesión. Ya sea porque por un lado se desconocen todos estos nuevos elementos teóricos que nos hablan de nuevas cuestiones en el campo de las relaciones sociales. O ya sea por una especie de posición ingenua que sólo ve en la relación profesional un mecanismo por el cual una de las partes (nosotros), tiene ganas, vocación y formación para ayudar; y la otra parte (la persona), solo necesita de nuestra ayuda.

Esta última forma de ver la relación que coloca al otro como sujeto ya determinado, aunque reconoce que existen posiciones asimétricas en la misma, considera que estas posiciones son mágicamente solucionadas con el sólo reconocimiento del postulado de la igualdad intrínseca de las personas y de la buena voluntad del operador. Pero nosotros creemos que con esto sólo no basta.

El reconocimiento de la manifestación de relaciones de poder dentro de las relaciones humanas, es sólo el reconocimiento de que en las relaciones humanas existen un tipo de relaciones específicas en las cuales una persona o varios, intentan determinar la conducta de los otros, y estos otros responden tratando de no dejar que su comportamiento se vea determinado por los primeros. *(Foucault, M. 1996)*

Pero también es el reconocimiento de que estamos hablando de que el sujeto humano se encuentra inserto en numerosas y distintas relaciones y que es dentro de estas relaciones donde el sujeto se constituye como tal. Como algo cambiante y sobre todo no siempre idéntico a sí mismo *(Foucault, M. 1996)*. Por ello el establecimiento de una relación

satisfactoria entre el trabajador social y la persona, ya es un indicador positivo y significativo para la construcción de cada uno de los sujetos implicados en la relación.

Esta forma de ver al sujeto, como una forma que se constituye al interior de diferentes prácticas –políticas, sexuales, económicas-, nos lleva a poner la atención sobre como se forman estas prácticas y la influencia que las mismas tienen en el sujeto –es decir como lo modela-. Y no centrar la realidad en algo denominado sujeto –que para la mayoría de las ciencias sociales- primero es un sujeto, y luego recibe la influencia de esas prácticas. Lo que está instituido es postular que hay un sujeto de una vez y para siempre, al cual se le presentan las contingencias propias del desarrollo de su experiencia vital. Contingencias que lo pueden detener, nublar o ayudar, pero que no cambian su esencia fundamental. Nosotros creemos que se debe rechazar esta idea de un sujeto constituido de una vez y para siempre, recipiente de esencialidades apriorísticas. Preferimos hablar de una forma (el sujeto) que sufre interferencias, modificaciones y que es centro de numerosas relaciones y juegos de verdad; que lo van constituyendo como sujeto histórico a cada momento. Un individuo que arrojado al mundo encuentra en él distintos saberes y poderes, distintas organizaciones sociales, distintos grupos sociales, con los cuales establece distintas formas de relacionarse. Todas ellas dentro del marco histórico que le toca vivir.

La posición ante lo que consideramos –sujeto- y aquello que planteamos sobre lo que entendemos por relaciones de poder al interior de las relaciones humanas, son lo que nos permitirá hablar desde otro lugar, sobre la participación del servicio social en el espacio en el cual nos ocupamos del cuidado del otro.

Cuando hablamos sobre la cuestión del cuidado del otro, decimos que existen dos formas posibles de llevar adelante este cuidado. Una es a través de la relación pastoral y otra es a través de la relación por objetivos.

Si primero hablamos de la relación pastoral, es porque debemos decir que nosotros creemos que es la más utilizada en la actualidad y no sólo por nuestra disciplina, ya que en esta relación se conjugan varias visiones que permiten establecer varias consecuencias en la forma de establecer la relación profesional, tanto para el trabajo social como para otras disciplinas que están en el campo.

Quienes ejercen una relación pastoral entienden al sujeto, como ya lo habíamos indicado anteriormente, como ya dado de una vez y para siempre y como inmodificable. Para este modelo de relacionarse con el otro -la relación pastoral-, no es posible pensar que esta

forma original de subjetivación que tengo delante de mí (la persona con padecimiento psíquico), en realidad es una forma de subjetivación que problematiza los modos de subjetivación que las instituciones imponen. Y que esto es así ya que ella misma (la persona) además de la existencia de algún “proceso larvado de enfermedad”, se formó dentro de esos encasillamientos propios del poder individualizante que en este caso, le impidió tener espacio y así intentar inventarse a sí mismo.

Esta forma de relacionarse con el otro desde de la relación pastoral, identifica al modo de subjetivación que la persona ha logrado, como un modo inadecuado e ineficaz, dentro de lo que los juegos de verdad establecen como normalización. Por lo que si este sujeto tiene una “anomalía o defecto”, lo que queda hacer con él es un proceso por el cual la persona deba renunciar a lo que es.

Renunciar a lo que se es, para asumir una forma de subjetivación más acorde con lo que este estado terapéutico o sociedad de la normalización indique.

Para la relación pastoral, que busca la mejor performatividad del desenvolvimiento social de una persona, no puede ser que una subjetivación que problematiza a los esquemas de normalización imperantes sea aceptada. Sino que debe ser eliminada y cambiada por otra que no problematice los esquemas actuales de nuestra forma de convivir.

Establecidas estas coordenadas, es así como la farmacología puede tomar características de disciplina de control del comportamiento, por encima de lo que se considere necesario en esta práctica de –cuidar del otro-. “ . . .*la Ritalina y el Prozac, han sido descriptos como drogas maravillosas y han dado ganancias enormes a sus fabricantes, los laboratorios Novartis y Eli Lilly. Existen numerosos casos en los cuales niños con muchos problemas de disciplina, violentos o agresivos, han sido efectivamente sedados con la Ritalina y reintegrados a las aulas. De igual modo, el Prozac y similares han sido en larga medida responsables de la muerte del psicoanálisis. por ser tan efectivos en el tratamiento de pacientes en un estado de depresión severa. La Ritalina es usada hoy en día por tres millones de niños en Estados Unidos, las enfermeras que suministran dosis diarias de Ritalina se han vuelto moneda corriente en muchas escuelas. De la misma manera, el Prozac y sus similares son prescriptos para más de 35 millones de pacientes en todo el país [USA].. . Sin embargo, estas drogas han sido objeto de una violenta controversia por su potencial para alterar el comportamiento. Los críticos de la Ritalina, incluyendo muchos médicos, creen que de ninguna manera la ADD [síndrome de deficit de atención] y la ADHD [síndrome*

de deficit de atención con hiperactividad] sean realmente enfermedades; mientras que algunos casos de hiperactividad son claramente patológicos, en muchos otros a las personas con ese comportamiento en otra época se las hubiera caracterizado simplemente como animadas o de buen humor.[. . .] algunos llegan a decir que la droga es usada para evitar que los niños se comporten como niños, es decir , que es usada no para tratar el comportamiento patológico sino el normal, que a los padres y maestros agobiados les parece inconveniente o estresante.” (Fukuyama, F. “El último hombre en una botella” en revista Artefacto, pensamiento sobre la técnica. N° 4. 2001).

Quienes utilizan la relación pastoral no ven los riesgos que están incluidos en la modificación de los comportamientos (no sólo los patológicos), ni en la necesidad de que las personas deban renunciar a la forma de su subjetividad.

La relación pastoral busca que la propia identidad sea aquella que establece la normalización imperante, agudizando aun más el cuadro de “alienación” o “extrañamiento” que la persona con padecimiento psíquico vive, frente a los Otros.

El peligro para una sociedad más libre es que esta relación da lugar a una forma preestablecida de la identidad *“La identidad depende, como nos recuerda Hegel, del reconocimiento. Sólo que, mientras en la edad pre-tecnológica era posible reconocer la identidad de un individuo por sus acciones, porque éstas eran leídas como manifestaciones de su alma, entendida como sujeto decisional, hoy las acciones del individuo no son más legibles como expresiones de su identidad, sino como posibilidades calculadas por el aparato técnico, que no solo las prevé, sino que además las prescribe en la forma de su ejecución. Siguiéndolas, el sujeto no revela su identidad, sino la del aparato, al interior del cual la identidad personal se resuelve en pura y simple funcionalidad.”* (Galimberti, U. “Psiché y Techné” en revista Artefacto N° 4).

En realidad desde la visión pastoral cuando se observa un comportamiento se está pensando como lo plantea Galimberti, a que casillero responde. Más que pensar las condiciones de posibilidad de ese comportamiento. Lo que significaría darle entidad de posibilidad en un contexto determinado.

Es correcto decir que, al hacer, este hacer humano indudablemente se encuentra circunscripto por un mundo, nuestro mundo. Mundo que le propone a esta intención de hacer, modelos anteriores y que le ofrece obstáculos a la realización de las acciones. Pero

el hacer humano tiene la característica de abrir un mundo, de instalarse como otro “proyecto” en el mundo (*trabajo*). La característica de este proyecto no es nunca en el momento de su formulación, el de ser un proyecto normalizado o previamente disciplinado. Esta posibilidad es posterior y es la que tiñe al proyecto de sus condiciones de posibilidad en el mundo.

Nuestro hacer, nuestras acciones, atraen sobre sí la mirada de los Otros, precisamente por el hecho de ser un proyecto que inaugura espacios, momentos, y lo que es más importante –y peligroso–, significaciones.

La relación pastoral trata de conducir todo este potencial de la acción, a trayectos de existencia a los que se les imponen fines predeterminados. Convirtiéndolos de este modo en instrumentos de la normalización existente.

Obviamente todo este proceso se observa más palmariamente en el caso de las personas con padecimiento psíquico, ya que debido a su desigualdad de base (“por ser locos”) no pueden más que realizar acciones que puedan ser parte de una sociedad disciplinaria.

La relación pastoral ve a la locura como el génesis, como una unidad, de la cual se derivarían después múltiples imposturas en todos los comportamientos de la persona con padecimiento psíquico. Excluyendo de esta manera a la totalidad de las acciones de las personas con padecimiento y en algunos casos no reconociendo ni siquiera la existencia de “algunas capacidades”.

La relación pastoral no ve a la persona en su comportamiento singular o no busca lo singular en el comportamiento de las personas. Porque en ese paradigma, la singularidad es imposible, o si tiene existencia concreta, es un defecto de funcionamiento de la persona.

Para la relación pastoral el yo no es una ilusión, es una terrible materialidad a la que hay que controlar, la más de la veces a partir de la renuncia a esa propia singularidad.

La relación pastoral por ello es performativa a la medicalización creciente de la población y a una mirada psicopatológica de la vida cotidiana.

La relación por objetivos en cambio, reconoce la singularidad de cada modo de subjetivación que se presenta al operador. Reconoce que a cada momento de la intervención las relaciones que hay que hacer visibles y en las que la persona se debate, son aquellas que tienen que ver con las relaciones entre el poder, la verdad y el sujeto. Tiene en cuenta a la persona dentro de esta trama de “. . .*una serie de mecanismos particulares, definibles y definidos, que parecen susceptibles de inducir*

comportamientos o discursos” (el poder), junto con “. . .procedimientos y . . .efectos de conocimientos que son aceptables en un momento dado y en un dominio definido” [como verdaderos: el saber] (Foucault, M. 2003).

Pero además y por otra parte, reconoce todos aquellos mecanismos que la persona pone frente a sí mismo como forma de relación con uno mismo “. . .*las técnicas que permiten a los individuos efectuar por sus propios medios, un cierto número de operaciones sobre sus propios cuerpos, sus propias almas, sus propios pensamientos, su propia conducta, y lo hacen de modo que se transforman a sí mismos, modificándose, para alcanzar cierto grado de perfección, felicidad, pureza, poder sobrenatural” (Foucault, M. 1988).*

Es un error creer que las personas que tienen un padecimiento psíquico, no se preocupan por sus propios cuerpos, sus propias almas o sus propios pensamientos.

La relación por objetivos o singular, es aquella que reconoce la existencia de técnicas de dominación sobre la persona, pero que también reconoce que existen estas técnicas del yo, que son formas de resistencia hacia la pura dominación –aún de su propio padecimiento-.

Por ello una relación que trata de conocer las relaciones entre estas técnicas de dominación y estas técnicas del yo, significa el reconocimiento de la autonomía.

En el caso de las personas con padecimiento mental, las cuales a priori tendrían su autonomía recortada (por el discurso de verdad tal vez?), la pregunta sería el de como llevar adelante esta relación por objetivos.

Desde la relación pastoral no es la supuesta insuficiencia de autonomía que “el loco” padece lo que lleva a sostener una relación disciplinar y normativa. Sino que, la relación está formulada para no reconocer nada más que modos de subjetivación provenientes de esta sociedad de normalización, sean para personas “sanas” o “locas”.

En cambio la relación por objetivos, se establece reconociendo la existencia de un “querer individual” que es la única manifestación palpable de un “yo explícito”, por más que dicho yo este acosado por fantasmas de su padecimiento.

La relación por objetivos se esfuerza por sostener una actitud que permita comprender el esfuerzo que hace la persona con padecimiento mental por retornar “a lo que son”. Frente a los mandatos de las instituciones que les piden que deben renunciar “a lo que son” y convertirse en lo que la institución manda “que sean”.

Esta actitud debe estar basada en el convencimiento de que la persona puede “darse a sí mismo” en las relaciones que trata de establecer consigo mismo. O mejor dicho, se trata de dar visibilidad a lo que la persona “quiere” para sí misma. Actitud que permite desalojar en el entendimiento de la persona y del operador, esa idea de que existe un esquema histórico de este presente, enteramente formado en el pasado.

Creemos que se debe sostener la idea de que se debe dar oportunidad a una forma de entender el presente en toda su singularidad.

La persona con padecimiento psíquico, al igual que nosotros, tiene un presente de debate y confrontación, donde se juega el modo de relación que puede establecer con los poderes y saberes que encuentra en el mundo. Y en esta lucha, no necesariamente la comprensión de cada momento de la misma, deba ser desde un pasado constituyente del padecimiento.

Cuando una persona con padecimiento habla de sus problemas, suele mirarse a esos problemas desde el cristal histórico que pro-pone a la realidad de dichos problemas, la realidad de una historia constituyente del padecimiento. Invalidando así el discurso de la persona que expresa el problema, ahora y aquí. Si tomamos este camino estamos dejando de lado la posibilidad de analizar las condiciones actuales que dan lugar a la aparición del problema.

No se vive al presente de la situación como un evento por sí, sino que se lo envuelve en una lógica historicista que da el significado del presente, desde el pasado. Y esto no siempre, como forma de comprensión, debe ser así.

Una persona que tiene características paranoides en su personalidad, es indudable que esté más predispuesta que otra a establecer relaciones teñidas de paranoia entre lo que ocurre y la explicación de lo que ocurre. Pero si de pronto la pensión no salió porque ahora desde el Ministerio de Economía se decidió recortar la partida. Y además la bolsa de alimentos no viene porque se descubrió corrupción en el sistema de compras de la Municipalidad. Y que el Hospital se quedó sin partida para comprar el medicamento, amén de que su médico no está más ya que no se presentaron médicos para la residencia. Y por último, que como dice el tango “. . . cuando están secas las pilas de todos los timbres que vos apretás.”

No es tan descabellado pensar que hay “algo o alguien” que nos quiere hacer “el mal” o “perjudicar”. Sin duda se podrá decir que es difícil que se sumen todos estos eventos.

Entonces el que lo dice, no está familiarizado con el sistema de salud y de acción social en este país en los últimos 25 años.

Lo que estamos tratando de decir es que primero debemos ver la carga que el presente y todos los eventos que en él se desenvuelven tienen en la situación que una persona nos trae. Captar el presente es la actitud que debemos tomar, para luego evaluar las formas de significación que ese presente refleja en la persona y las posibilidades de modificar los problemas.

Pero además y desde la perspectiva de las relaciones de poder incluidas en la relación profesional. En el establecimiento de la relación por objetivos, el poder del profesional actuante es vehiculizada hacia la persona. No estamos diciendo que el profesional no ejerce el poder en la relación –eso sería una visión romántica de la misma- estamos diciendo que en términos de definir objetivos de intervención, el profesional hace circular el poder que ejerce, hacia la persona. Mientras que en la relación pastoral, el poder que ejerce el profesional no se hace circular hacia el otro polo de la relación, sino que se detenta y se trata de acumular, en detrimento de la persona que está dentro de la relación.

El paso fundamental al interior de esta discusión es que desde una relación por objetivos, se abandona la noción de peligrosidad –siempre virtual y anterior a la intervención, propia de la relación pastoral-. Para dar lugar al análisis y posterior intervención sobre las acciones efectivamente realizadas y pensadas, por las personas con padecimiento psíquico.

Apéndice

La fundación del trabajo social contemporáneo y la teoría de la acción en los escritos de Mary Richmond

la

“Pienso que el servicio social de casos individuales vive y crece del mismo modo que

democracia, y posee en sí el poder de efectuar una revolución.

En efecto no puede existir una verdadera democracia sin este servicio.”

(Mary Richmond en Caso Social Individual)

Introducción

Existen autores e investigadores para los cuales la discusión de los textos clásicos de cualquier disciplina no es algo importante y solo es nada más que un juego de eruditos.

También existen otros, a quienes les preocupa el acontecer histórico y el devenir de algún tipo de espíritu absoluto que nos arrastra en la historia, y a los cuales no les interesa ningún autor que no refleje ese pensamiento, sea clásico o no.

Sin embargo, en las ciencias humanas la interpretación e investigación de los textos clásicos forma parte de la **actividad teórica sistemática** y de las **acciones empíricas** que se desarrollan en ellas, por lo tanto el trabajo social no es ajeno a esta actividad de síntesis interpretativa.

Nos parece importante llamar la atención sobre el estudio y la investigación de los autores clásicos, en este caso de nuestra disciplina, ya que consideramos que la superación y el cambio en la ciencia como en la vida, es efectivamente superación solo si hay algo previamente conservado y conocido. Incluso en el ámbito científico el conocimiento de las fuentes de un pensamiento es inseparable de la posterior modificación de ese pensamiento.

Por ello las características hermenéuticas de esta tarea es la que nos permite desarrollar una exposición intencional de lo que consideramos los constructos teóricos originarios del Servicio Social. Aquellos elementos que destacaron de las ciencias humanas el sentido de la disciplina y la demarcación de su campo, y que fueron expuestos por primera vez por Mary Richmond.

A las obras de Mary Richmond (donde la autora planteó las hipótesis básicas y que se escribieron sobre las primeras décadas de este siglo; Social Diagnosis en 1917 y Caso Social Individual en 1926 en Nueva York), les debemos la **organización lógica** y la **coherencia interna** (Lima, B. 1975) de la metodología del trabajo social, lo que significa que su lectura sería un poco más que obligatoria ya que en estas obras se establecen **los criterios fundamentales en el campo particular** de nuestra disciplina, y **se crea el campo particular del servicio social como un lugar distinto dentro de las ciencias sociales**. Y justamente, una de las características de un clásico se puede observar en el hecho de que entendiendo sus obras se puede aprender del campo de la investigación sobre la metodología del servicio social, **tanto**, como las que realizan los

autores contemporáneos. Tomemos un ejemplo: sin duda podemos decir hoy que los conocimientos actuales sobre economía política son muchos más avanzados y difundidos que los existentes en la época de Marx. Incluso hoy creemos saber sobre este hecho “tan contemporáneo” como es el desempleo o el paro, más que en esa época. O mejor dicho, hay una mayor conciencia en la sociedad civil sobre este problema. Sin embargo, ¿hay algún científico social que haya podido presentar de manera más real y concreta la posibilidad de que el trabajo humano se convierta en trabajo enajenante, como está desarrollado en los manuscritos de Marx”?

De la misma manera, hoy podemos entender mejor los complejos mecanismos que se ponen en juego a la hora de que un sujeto con necesidades deba tomar una decisión y sobre la importancia del contexto en la determinación de los problemas humanos. Pero, ¿hay algún trabajador social que pueda enumerar con tanta certeza las ventajas de la participación democrática del otro, en la investigación y comprensión de los hechos humanos, como Mary Richmond?

Desde principios de siglo hasta hoy, se han podido conformar diversos enunciados teóricos del servicio social en concordancia con diversas actividades sociales realizadas por el trabajo social, dando cuenta así de esta característica “*interactiva*” (*Payne, M. 1995*) de nuestra profesión. Pero, si nos atenemos al cuadro realizado por el autor antes mencionado sobre los aspectos comunes y que se estiman como básicos dentro de los abordajes teóricos del servicio social, a saber: “*personalización, utilización del conocimiento, relación, contexto orgánico, necesidad, mantenimiento de instituciones sociales, defensa*” (*Payne, M. 1995*) y que da lugar a las diferentes intervenciones en la práctica del servicio social: *cognitivas, conductistas, de potenciación o defensa, de los roles, de crisis, centradas en la tarea, de redes, sistémicas, radicales*, etc. Podremos observar que todos estos enunciados básicos y las actividades que se derivan de ellos están condensados de alguna manera en las obras de Mary Richmond, dando coherencia a la afirmación que expresa que un clásico “*reduce la complejidad y es un símbolo que representa diversas tradiciones generales*” (*Alexander, J. 1987*).

También es común al leer las diferentes expresiones del trabajo social actual pensar en una diáspora difícil de reunir. Sin embargo, estas múltiples comprensiones e interpretaciones que se expresan en algunos casos como desacuerdos fundamentales, tienen una base mínima, un entendimiento común. Ya que de no existir esta base mínima

sería bastante improbable la discusión científica y el avance de la ciencia en general y de la nuestra en particular. Otra vez aquí aparece otra característica de los clásicos, en este caso de Mary Richmond, ya que lo enunciado por ella en sus obras es esa base mínima necesaria para cualquier discusión en la disciplina *“La necesidad funcional de los clásicos se origina en la necesidad de integrar el campo del discurso teórico (Alexander, J.1990).*

Pero además, respecto de los clásicos aparece otra característica que también se la puede vincular con lo que ocurre con la lectura de Mary Richmond. Y es la utilización intencional de los clásicos.

Es cierto que algunos autores contemporáneos y otros de nuestro pasado, se muestran ignorantes respecto a la bibliografía de Mary Richmond. Pero dejando de lado esta posibilidad, es cierto también que algunos autores, conociendo esta bibliografía, deciden no integrarla o integrarla parcialmente o defectuosamente. Es hora entonces, que aceptemos que todo texto es una construcción intencional, y por ello las ausencias son tan importantes como las presencias.

Queremos decir que la praxis interpretativa de textos anteriores encierra intereses teóricos de quien las desarrolla, sean estos concientes o no.

La elección de algunos autores como “los clásicos” por sobre otros a quienes se deja en el olvido, es parte del ejercicio de creación de nuevos discursos.

Aunque en muchos casos nos quieran hacer creer que estos nuevos discursos hacen su aparición como resultante de la objetividad histórica, y no, como resultante de la intencionalidad subjetiva del autor.

Concientes de este mecanismo, no estamos renegando de esta práctica, pero sí, de aquellas que no conllevan un mínimo análisis histórico de los hechos, para a partir de allí construir las interpretaciones. Ni hablar de esos autores que opinan de Mary Richmond en forma despreciativa sin haber leído ninguna de sus obras.

Por ello en principio quisiéramos hacer algunas aclaraciones generales sobre la persona de Mary Richmond que consideramos importantes, y que sirven para desmitificar algunas cuestiones planteadas por una tradición bibliográfica retrógrada.

Mary Richmond era feminista, protestante y sufragista (*Gaviria, M.1995*). En una época en la cual por ser feminista y sufragista las mujeres iban a la cárcel (estamos hablando de finales del siglo XIX y principios del siglo XX).

Impulso un servicio social que junto con otras compañeras, entre ellas Jane Adams (ganadora del premio Nobel de la Paz³²), trabajó con las masas obreras en la reivindicación de los derechos sociales.³³ En sus obras se puede encontrar el énfasis que ponía en lograr que se denuncien los graves problemas sociales que se padecían. Los cuales eran investigados por los trabajadores sociales y debían ser puestos en consideración de quienes tenían el poder y la obligación de solucionarlos. Llevando así un proceso de reformas sociales en favor de los más necesitados.

Además de toda esta práctica concreta con la población (no como algunos autores actuales que nunca vieron un caso individual o participaron en la construcción de un plan de acción dentro de la desesperación del padecimiento de un problema).

Mary Richmond era portadora de un amplio conocimiento de la lectura progresista y socialista de la época. ***“Hace referencia en su libro, sin citarlo, a Engels, relacionando la familia, la propiedad y el Estado” (Gaviria, M.1995).***

Cita a George Mead, e incluso algunos autores especulan que había un conocimiento mutuo que llevo a trabajos en conjunto (al respecto hay algunas publicaciones sobre la invisibilidad a partir del género, que plantean como las trabajadoras sociales participaban en las investigaciones de la Escuela de Chicago y no figuran en los créditos), y lo cita para hablar de la teoría del “yo ampliado”. La teoría que propone que ***“lo social es constitutivo del ser persona” (Mead, G. 1993)*** y que se convertiría en faro para todos los autores posteriores sobre Filosofía Social o Sociología Comprensiva hasta el día de hoy.

En el artículo de Jeffrey Alexander ya citado, este autor postula que precisamente tanto Mead, como John Dewey (también citado por Mary Richmond) y otros autores de la Escuela de Chicago fueron **deliberadamente** omitidos por Talcott Parsons, padre de la teoría funcionalista de la sociedad, cuando en su obra busca antecedentes sobre la sociología americana. Esta estrategia de omisión que Parsons utilizó se habría fundado

³² Jane Adams fundó la Hull House (1889) que eran centros de atención vecinales y comunitarios dentro de los barrios denominados marginales por la presencia mayoritaria de los inmigrantes. En estos centros ***“... los trabajadores comunitarios se esforzaban por facilitar la integración social de los inmigrantes, pero también la aceptación de su herencia cultural. . .” (Rivas, M.J.2000).*** Creando guarderías, haciendo reformas en las viviendas, realizando investigaciones sobre sociología urbana y el mejoramiento de las relaciones en la comunidad, trabajando sobre las adicciones, etc.

³³ Según el autor Mario Gaviria (1995) esta acción junto con los grupos obreristas progresistas de la época, serían la causa por la cual el nombre de servicio social, fue desplazándose hacia el de trabajo social.

en el hecho de que las ideas elaboradas por estos autores, hacían peligrar los postulados básicos de su teoría funcionalista.

Para nosotros esta opinión abona aún más la idea de que los autores utilizados por Mary Richmond no provenían de la corriente funcionalista, sino todo lo contrario.

Aquellos autores nacionales y latinoamericanos que dicen que Mary Richmond era funcionalista agregan a la deficiente lectura de su obra -si es que la leyeron- la ignorancia sobre los alcances que tuvo la utilización de autores citados por ella para la construcción materialista del bien.

Pero un párrafo aparte para liberar este error sobre la aparente afiliación al funcionalismo o al positivismo de Mary Richmond es la cita sobre Pedro Alexeivich Kropotkin en página 65 de Caso Social Individual donde Mary Richmond nos dice “ *He crecido en una sociedad imbuida de la concepción romántica que hace del individuo una suerte de “caballero solitario”. El individuo, pensábamos nosotros, que había caído en la trampa del contrato social, debía protegerse lo mejor posible contra los ataques del mismo. Me acordaré siempre de la sorpresa que me causó la teoría según la cual la existencia de la sociedad ha precedido la del hombre. Fue solamente muchos años después que gracias a las teorías de la psicología moderna, me di cuenta de la manera en que el conocimiento de su yo llega al hombre, yuxtaponiendo laboriosamente sus observaciones con respecto a las acciones y las reacciones de sus semejantes.*”

Esta cita es importante ya que Kropotkin es uno de los teóricos más importantes del anarquismo –nada más lejos del positivismo o del funcionalismo- retomado y reconocido por Carlos Marx. Con lo cual no es inviable hipotetizar que Mary Richmond estaba al tanto de las diferentes corrientes socialistas de la época (era el tiempo del 1° de Mayo que dio lugar a los mártires de Chicago) y bebía en ellas.

Esta conclusión expresada anteriormente nos sirve además para tomar otro tema de confusión sobre la obra de Mary Richmond y que está cargado por una clara mistificación ideológica. Nos referimos a la apreciación hecha por muchos autores sobre el hecho aparente de que el Servicio Social no iba más allá de querer ser una práctica en un campo determinado, aislada de las contingencias de la realidad circundante y sin un perfil político transformador explícito.

En Caso Social Individual se nos dice: “*Hace más de trece años, en una reunión de trabajadores sociales, me permití sostener la tesis, muy discutida en ese momento, de que todas las formas de la industria, la finanza, las relaciones internacionales, el*

gobierno mismo serían juzgados a la larga según sus efectos sobre la vida de familia y deberían terminar por amoldarse a las exigencias de ésta o ser suprimidas o modificadas. Algunos de mis auditores estimaron que en esta lucha, que les parecía desigual, la victoria sería inevitablemente de estas instituciones más bien que de la familia. Sin duda no he sabido explicarme bastante claramente; el caso es que no veo ninguna razón para modificar mi manera de ver. Si, por ejemplo, los empleados de ferrocarril no pueden ver a sus hijos bastante a menudo como para conocerlos realmente y para que sus hijos los conozcan bien; si una jornada demasiado larga de trabajo, o un salario insuficiente o el brusco desplazamiento de numerosos obreros, enviados lejos, destruyen la vida de familia, la industria misma no puede dejar de quedar paralizada por la reacción, ineludible que se producirá contra tal ceguera social y una reorganización de la industria será inevitable si queremos que la civilización sobreviva.

Se puede, naturalmente, invertir el ejemplo y establecer que algunas de las bases de la vida de la misma familia, tienen sus raíces en la condiciones económicas y en las condiciones de trabajo. Vinogradoff, en su breve revisión de las leyes de las tribus, demuestra con qué frecuencia la organización de la tribu y las costumbres conyugales han sido moldeadas por las condiciones físicas e industriales del medio. Estos dos puntos de vista no son irreconciliables: uno se refiere a los orígenes, el otro a los desarrollos eventuales.”

Luego de esta cita la autora continua hablando sobre la acción del servicio social en la lucha contra el trabajo infantil, el cambio de los métodos de producción a favor de los obreros, la lucha por el establecimiento de indemnizaciones justas para los trabajadores, las bolsas de trabajo y la *“cuestión de la investigación del trabajo”*.

Como observamos Mary Richmond no sólo estaba al tanto de los problemas de la sociedad capitalista en la cual se desenvolvía, sino que proponía que el trabajo social se inmiscuyera en los problemas que este sistema capitalista creaba para la sociedad. *“Cuándo la gente se enferma, decía yo en un informe escrito después de las crisis de 1907-1908, podemos curarla; si son malos podemos intentar reformarlos, pero cuando les falta trabajo, no hay más que un remedio efectivo para sus males: encontrarles un verdadero trabajo y salarios verdaderos”*.

Insistía en la involucración de la profesión a favor de la sociedad por sobre el sistema, incluso por sobre el Estado.

Reconocía la complementariedad de las cuestiones económicas y sociales en la formación de los problemas humanos, pero, adelantada a su época, no daba primacía de una sobre otra.

En resumen, quien alcance a leer su obra fuera del encapsulamiento ideológico a la que es sometida, podrá encontrar todas estas referencias sobre una persona que pensaba en una disciplina para la transformación social, preocupada por la etapa histórica en la que vivía y por soluciones para una sociedad más justa.

Por último creemos que esta gimnasia de rescatar una interpretación de la teoría de la acción que Mary Richmond plantea en su obra es un ejercicio ineludible de crecimiento de nuestra profesión, que como las demás humanidades, hace de esta metodología de la investigación, de la interpretación y de la reinvestigación de los significados, uno de sus intereses específicos como ciencia social.

Desarrollo

Los aspectos que Mary Richmond enumera como constituyentes de su teoría de la acción de ninguna manera se pueden entender como elementos para un microanálisis de los comportamientos y de la interacción de los sujetos humanos, como algunos autores creen descubrir. Por el contrario, se hacen continuas referencias a la importancia de las estructuras sociales y de su consecuente estudio para lograr una mayor comprensión y transformación de las situaciones existenciales en las que nuestra profesión interviene. Mary Richmond era consciente sobre hasta que punto la estructura social puede limitar la acción individual. Por eso para ella, y en consonancia con lo que postulaba George Mead, la estructura y los actores sociales son las dos caras de un mismo fenómeno.

Lo que puede llevar a confusión es el hecho de que los mayores esfuerzos que Mary Richmond hace para comprender la acción de un actor social en una situación existencial determinada, se realizan partiendo de la “experiencia” de ese agente social. “Experiencia” que reúne en una misma relación: por un lado los conocimientos, valores y creencias del

sujeto social posicionado, y por el otro el medio en el cual transcurre esa situación existencial.

Esto significa que además de la importancia del conocimiento de las motivaciones y actitudes subjetivas que dan lugar a una acción, también se debe conocer o estimar las posibilidades de realización o impedimento que las estructuras y sus funciones establecen para esa acción.

Esta característica de reunir valoraciones y conocimiento objetivo³⁴ en el análisis de la acción es lo que hizo en su momento que el Trabajo Social fuera un programa de investigación distinto dentro de las ciencias sociales, y aún lo es “*. . .El Trabajo Social cuando aparece como una disciplina sistematizada, aparece como una nueva idea dentro de las Ciencias Sociales. Una nueva idea que encerraba tensiones, contradicciones y ambigüedades. Que no se presentaba como subsidiario de una sola teoría sino de una sucesión de teorías y que, concientemente, expresaba un programa de investigación novedoso en el tratamiento de las necesidades sociales y humanas*” (Mendez, R. 1994).

El Servicio Social se presenta como un programa de investigación distinto e innovador por el “*. . .hecho de haber predecido con éxito que la apropiación de la realidad, y con ello la posibilidad de transformarla, sólo era posible a través de la promoción de vínculos concientes*” (Mendez, R.1994), mucho antes que lo realice la sociología comprensiva o la psicología social.

Cuando dentro de la experiencia la acción se detiene o se obstaculiza, es sin duda por la aparición de un conflicto o una serie de dificultades a las cuales se les debe proponer una solución. En estos casos para la autora la continuación de la acción solo es posible si hay una deliberada reconstrucción de la experiencia en base a tres criterios básicos:

- *la reflexión sobre la situación problema.*
- *El análisis que el sujeto hace de sí mismo en esta situación problema y del medio.*

³⁴ Entendemos por objetivo al acuerdo que se construye intersubjetivamente y en forma deliberada. La famosa objetividad científica, creemos que es solo una ilusión.

- *la constitución de las condiciones intermedias entre los medios y los fines de la acción.*

Estos tres criterios operativos desenvuelven una lógica de transformación de la realidad en el transcurso de la acción y dentro de un programa participativo entre el sujeto y el operador de trabajo social.

La reflexión sobre la situación problema.

Como ya lo expresáramos, Mary Richmond en sus dos obras pone especial énfasis en que el sujeto que atravesase por una experiencia de trabajo social, no sea el mismo cuando la finalice. Y para que esto ocurra ella pone especial cuidado en el hecho de que durante el proceso de la intervención, el método del servicio social motive la capacidad de análisis reflexivo, en el otro. *“La verdadera actitud a tomar en el servicio social de casos individuales consiste en considerar la cualidad más preciosa del hombre, esta cualidad que lo distingue de los otros animales y que le permite adquirir las necesidades progresivas y elevadas, mientras que los animales son incapaces de hacerlo. La asistente social especializada en el servicio de casos individuales debe darse cuenta de esto: el ser humano no puede crearse estas necesidades en forma*

automática, sino que solamente por una acción reflexiva. Interponerse entre un hombre y el estímulo que lo empuja a emprender una acción reflexiva, es perjudicarlo mucho más gravemente que cuando hablamos del peligro de “pauperizarlo”. (Richmond, M.1962)

El fomentar la reflexión durante la intervención -es decir la acción propiamente dicha- es lo que caracteriza a esta lógica. Que no separa los momentos de acción y pensamiento de la acción, de otras teorías de la acción.

La reflexión comienza con la superación de lo inmediato (el problema), pero a su vez esta superación es un retorno a este inmediato, desde otro lugar: *“Las operaciones del razonamiento y de la formación de las costumbres lo hacen salir del círculo estrecho de las reacciones instintivas para hacerlo seguir una espiral, que se amplía sin cesar con nuevas complicaciones, que agrandan su horizonte y le otorgan la facultad de comunicarse con lo visible e invisible a la vez.” (Richmond, M.1962).*

Par nosotros en esta cita la autora identifica dentro del mismo proceso de la acción las cuestiones materiales, recursos, organizaciones, disponibilidad de las instituciones, etc; como *lo visible*. Y el pensamiento en el curso de la acción, o sea la posibilidad de planificar el hacer; como *lo invisible*.

La reflexión permite una acción deliberada del sujeto, que de esta manera participa dentro del proceso, integrando a este, a su material existencial. Con este mecanismo nos estamos asegurando que durante la ejecución del plan de acción, que es el producto del proceso, el sujeto se reconozca a sí mismo, a cada momento para sí.³⁵

Es por ello que decimos con Mary Richmond que una experiencia de esta naturaleza capacita al sujeto en la apropiación de la realidad de la que es parte, desde un lugar transformador.

Si nos atenemos a esta forma de realizar nuestro método de intervención estaremos llevando adelante el hecho de que, la investigación social no solo debe conocer los problemas sociales y reinterpretarlos en una nueva comprensión sino, y fundamentalmente, que debe tratar de resolver o transformar esos problemas sociales.

³⁵ “El animal es uno con su actividad vital. No distingue a la actividad de sí mismo. Es *su actividad*. Pero el hombre hace de su actividad vital misma un objeto de su voluntad y de su conciencia. Tiene una actividad vital conciente. No es una determinación con la que se identifique completamente. La actividad vital conciente distingue al hombre de la actividad vital de los animales. Sólo por esta razón es un ser genérico. O más bien, es sólo un ser con conciencia de sí, es decir, su propia vida es un objeto para él puesto que es un ser genérico. Sólo por esta razón es su actividad una actividad libre.” Carlos

Por eso es que para la autora la acción y la comprensión son las dos caras de la misma moneda.

Si bien Mary Richmond no expresó la frase de que no solo se trata de interpretar el mundo de distintas maneras; sino de transformarlo (Marx, K,1990), si dijo que **“la comprensión y la acción se interpenetran continuamente”**, (Richmond, M.1962), y solo se trata de una intervención de servicio social si la comprensión se realiza teniendo **“siempre en vista”** una finalidad de cambio.

Es en el capítulo **“Orígenes”** de Social Diagnosis donde se hace referencia a la etapa precientífica de la disciplina, caracterizándola como un hacer desde la percepción común de las cosas y el manejo de un conjunto de generalidades que orientaban a la acción social, fundamentalmente desde las organizaciones filantrópicas. La autora toma este hacer y lo somete a un proceso de sistematización desde pautas lógicas que provienen del campo de la investigación social, algunas de las cuales son producto de la influencia de la Escuela de Chicago y otras de su propia inspiración. Una de estas pautas lógicas es el planteo del concepto de **comprensión** al interior del proceso de investigación.

Hasta ese momento existía el convencimiento de que una efectiva recolección de datos era de por sí suficiente para garantizar la explicación de la situación social abordada, Mary Richmond señala el error de esta ilusión positivista de creer que la clasificación de las cosas nos permite entender su significado y establece que la recolección de datos fuera de un marco de interpretación de la situación global, es un golpe al vacío. **“Captar la dificultad capital del problema”** (Richmond, M.1962) es darle una unidad de sentido a los procedimientos utilizados hasta ese momento. Por ello la autora propone una intersección entre una lógica analítica deductiva y una **comprensión** totalizadora de todos los factores puestos en juego. O sea: **la comprensión como una síntesis en progreso que permite a través de la presentación de los momentos de la historia vital, también la totalización de esa historia.**

En la metodología del servicio social propuesta por Mary Richmond, el trabajo sobre los asuntos humanos, específicamente sobre el proyecto vital de un sujeto social, incluye el movimiento real e histórico del acontecer humano. Significa que en la acción que se está desarrollando no se trata de hacer lo que podría hacerse si la situación fuera otra, se

Marx. Primer Manuscrito –El trabajo Enajenado- en Marx y su concepto del Hombre. Erich Fromm. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica. 1990.

trata de hacer lo que se puede hacer en esta situación que se va desplegando, para que esta deje ser lo que es y se modifique.

La acción rehace la realidad donde se encuentra la situación existencial y crea una nueva instancia de comprensión que desemboca en una nueva acción.

De esta manera el servicio social se convierte en una experiencia en la cual se pretende alterar la naturaleza de un material existencial desde la *comprensión y la acción* de dicho material.

En todo este proceso de trabajo social lo que se está ejercitando continuamente con el otro, es la posibilidad de que ese otro logre la *reapropiación* de su realidad, de su entorno, de sus afectos, intereses y motivos. Esto es lo que nos permite decir que un sujeto que se involucra en una experiencia de servicio social, no puede ser el mismo sujeto que sale de esa experiencia, debe haber alguna transformación, lograda en el aprendizaje de nuevos significados y nuevas acciones, sobre conocimientos que antes creía poseer sobre las cosas.

El análisis que el sujeto hace de sí mismo en esta situación problema y del medio.

Sin duda todo lo que somos no nos es conocido o conciente, pero a pesar de ello, sí sabemos que es solo desde la conciencia de lo que conocemos que podemos proyectarnos hacia el mundo y también transformarlo.

Esta realidad humana es la que nos lleva a decir que estamos condenados al sentido. Incluso si nuestra voluntad nos lleva a vagar por el sinsentido, será después de haber catalogado a ese lugar como tal, desde el sentido. Es por ello que en el servicio social la autora elige que su método transcurra por la apropiación conciente y comprensiva de las relaciones sociales.

Mary Richmond establece un compromiso del método del servicio social con lo explícito y a nuestro entender desde una clara visión estratégica: *“Pienso que el servicio social de*

casos individuales vive y crece del mismo modo que la democracia, y posee en sí el poder de efectuar una revolución”. (Richmond, M.1962), para agregar: “No tener solamente un yo, sino tener la conciencia desarrollada del yo; figurarse de una manera definida la existencia de nuestro mundo exterior en el cual el yo actúa y reacciona, formar planes meditados, en los cuales la memoria guía a la voluntad, que controle la crítica racional.” (Richmond, M.1962)

Este es otro punto de la metodología donde *sociabilidad e individualidad* se entrelazan en un sujeto que se reclama como social, analizando y reconociendo los obstáculos de su realidad existencial. Porque reconoce esta realidad y la ubica dentro de sus relaciones sociales más amplias y dentro del contexto general de la comunidad que habita. Un sujeto social que retoma la conciencia de su lugar y sus posibilidades, que piensa y se piensa, desarrollando un compromiso con lo explícito.

La posibilidad de comprender la propia realidad es el primer paso en la transformación de esta realidad.

Este trabajo sobre el nivel conciente permite desarrollar la conciencia de las propias capacidades e ir suplantando el pensamiento ingenuo, y por ende, rechazando las políticas sociales que se ofrecen como providenciales. Esta participación en la transformación de la situación, logra *que se hagan explícitos* al sujeto social que interviene *los procesos cognocitivos* que utiliza y la eficacia de estos en la *resolución de sus problemas*.

Cuando una práctica social es producto de una planificación conciente de grupos sociales adquiere tal significación que reúne la fuerza necesaria para lograr cambios en la sociedad.

La constitución de las condiciones intermedias entre medios y los fines de la acción.

En un proceso de investigación sobre una problemática social siempre hay sujetos sociales involucrados que son los beneficiarios finalistas de esa acción investigativa. Por lo tanto desde el punto de vista de la lógica de la investigación, la comunicación con estos sujetos es lógicamente necesaria, ya que si no incurriríamos en un error metodológico.

Por ello el método del servicio social ofrece un espacio para que el sujeto social pueda recuperar *los significados de su acción y su intención* en el transcurso de un acontecimiento. Es en este proceso donde observamos que la persona por la que se desencadena la intervención del servicio social (o sea el fin de la intervención), es también el medio para poder llevar a cabo dicha intervención. Permitiendo así que

durante el proceso se puedan realizar todos los ajustes necesarios al proceso de investigación y a la solución del problema planteado.

Mary Richmond expresaba en Caso Social Individual que había tenido la oportunidad de examinar un cierto número de proyectos de manuales de sociología donde el tema de la familia estaba insuficientemente tratado o mal encarado, en palabras del profesor Park “*. . . hasta ahora . . . (el tema de la familia). . . no ha encontrado en las encuestas sociales una descripción concreta ni un análisis adecuado*” (*Park and Burgess: Introduction to the Science of Sociology*) por ello según la autora “*No hay duda de que los trabajadores sociales especializados en el servicio familiar, se encuentran colocados en una posición excepcionalmente favorable para hacer observaciones de primera intención*” (*Richmond, M.1962*), ya que el método de servicio social les permitía ingresar al interior de las distintas personas, formas e instituciones de organización social. Predominando para la autora la idea de que son las personas incluídas en los problemas las cuales deben tener la oportunidad de expresar como se representan ellos mismos esos problemas.

La autora reconocía la capacidad del sujeto para autoorientarse, pero también sabía que esta capacidad podía estar comprometida o disminuída: “*Es verdad que condiciones desfavorables, una salud deficiente, la injusticia, la falta de oportunidades -puede aplastar al ser humano hasta el punto de que le sea imposible sentir necesidades progresivas. Apreciar los dones naturales y las posibilidades futuras de un hombre sin tener en cuenta estas circunstancias, sería tan injusto como pronunciarse sobre el crecimiento de una planta mantenida constantemente en la oscuridad. Cuando un hombre es abatido de este modo, es muy importante apartar los obstáculos de su camino, liberarlo de lo que lo ahoga, pero es del mismo modo importante estimular sus necesidades, necesidades que solamente sus propios esfuerzos pueden satisfacer*”. (*Richmond, M.1962.*), por ello en estos casos el método cumple la función de capacitar al sujeto en la utilización de esta facultad por medio *de la participación* del mismo durante todo el proceso.

Esta participación del sujeto en el proceso de investigación no es una participación inducida por el profesional actuante, ya que esta sustentada por *la deliberación común* de los elementos que forman parte de la situación existencial investigada y es por medio de esta deliberación común que se construye *intersubjetivamente* una razón de lo que ocurre y de lo que debe hacerse.

De esta manera la comunicación con el sujeto permite desarrollar una acción que produce situaciones existenciales enmarcadas en la **“razonabilidad”** de las mismas y no en una racionalidad esquemática o definida desde afuera.

Pero si el sujeto involucrado en la situación es el medio para lograr el fin que es la solución para ese mismo sujeto, lo mismo ocurre desde otra dimensión con la utilización de los problemas individuales para la superación de los problemas comunitarios o grupales.

Nos decía Mary Richmond **“La mejora colectiva y la individual son interdependientes, por lo tanto, reforma social y caso social deben progresar juntos. Esta verdad fundamental será a cada paso repetida en la presente exposición del diagnóstico social”** (Richmond, M.1950)

La posibilidad de logra un mayor conocimiento del material humano, un conocimiento más profundo de las relaciones del hombre con la sociedad, es la contribución que el método de servicio social propone para las transformaciones estructurales de los problemas sociales.

“Cada vez que los mandatarios de la sociedad ignoran las circunstancias que traban el desarrollo de la personalidad; cada vez que omiten estudiar las diferencias individuales y tenerlas en cuenta: cada vez que tratan las cosas desiguales de manera igual, la divergencia entre la intención de la ley y su aplicación se torna tan grande que, intención e interpretación, parecen a menudo alejarse una de otra como barcos que se cruzan en la noche.

No se podría servir mejor la causa del progreso social que asegurando al país, por una serie de descubrimientos en el campo social y por una formación mejor, una nueva generación de administradores capaces de adaptar la voluntad pública a las circunstancias individuales.” (Richmond, M. 1962)

Estamos hablando de los métodos que nos ponen en contacto con los procesos activos de consecución de un fin, como el del servicio social.

Estas afirmaciones de la autora hacen difícil de entender a aquellos autores que dicen que las expectativas del servicio social no deben ir más allá de querer ser una práctica en un campo determinado, aislada de las contingencias de la realidad circundante y sin un perfil político transformador explícito. Creemos que estas lecturas están encorsetadas en una intencionalidad ideológica muy estrecha.

Creemos que hubo de parte de Mary Richmond una presentación conciente de la disciplina como un nuevo programa dentro de las ciencias sociales con las características enunciadas en esta ponencia.

Sostenemos que este programa, aún a pesar de algunas infortunadas derivaciones, sigue siendo progresivo porque mantiene intactas las certidumbres que lo llevaron a vincular el crecimiento del sujeto social al crecimiento de la racionalidad en el mundo.

Hoy se hace más fácil hablar de la revolución de lo cotidiano. Más fácil desde la existencia de una mayor democratización del espacio público y más fácil desde el campo científico, que ya dejó entrar estos planteos. Pero a principios del 1900, esto no era así. He ahí otra razón, para medir la estatura intelectual de Mary Richmond y la lucha que el trabajo social emprendió.

NOTA ACLARATORIA

Este texto es el resultado de numerosos ensayos donde fueron primeramente planteadas algunas de las ideas contenidas aquí, y que fueron presentados como conferencias, clases magistrales, introducciones a seminarios, comunicaciones a congresos y publicaciones en revistas y libros varios. O sea que estas ideas ya fueron en alguna medida contrastadas y puestas a prueba frente a colegas, estudiantes y otros profesionales.

Todas las inferencias teóricas que aquí se pueden observar, provienen de la práctica realizada por casi dos décadas en el campo de la salud mental.

Lo expuesto es una sistematización de esa práctica y es el resultado del conocimiento sobre nuestro lugar y nuestra acción, logrado junto a las personas con padecimiento mental. Además de ser lo que el trabajo social visualiza sobre lo que ocurre en esa situación humana.

Desde ya, este texto refleja mi interpretación sobre lo que ellos me transmitieron.

BIBLIOGRAFIA:

ABRAHAM, T. *“Los senderos de Foucault”*. Buenos Aires. Nueva Visión. 1989.

ABRAHAM, T. *“La Empresa de vivir”*. Buenos Aires. Sudamericana. 2000.

ALEXANDER, J. *“La centralidad de los clásicos”* en *La Teoría Social Hoy*. Madrid. Alianza. 1990

BOURDIEU, P. *“Intelectuales, política y poder”*. Buenos Aires. Eudeba. 2000.

COOPER, D. *“Psiquiatría y Antipsiquiatría”*. Buenos Aires. Paidós. 1971.

DESSORS, D. y GUIHO-BAILLY. M. *“Organización del Trabajo y Salud de la Psicopatología a la Psicodinámica del Trabajo”*. Buenos Aires. Asociación Trabajo y Sociedad-Lumen Humanitas. 1998.

DEWEY, J. *“Naturaleza Humana y Conducta”*. México. Fondo de Cultura Económica. 1964.

DEWEY, J. *“Pedagogía y Filosofía”*. Madrid. Francisco Beltrán. 1930.

- DEWEY, J. “*El Hombre y sus Problemas*”. Buenos Aires. Paidós. 1967.
- DEWEY, J. “*Logica. Teoría de la investigación*”. México. Fondo de Cultura Económica. 1950
- DREYFUS, H. Y RABINOW, P. “*Sobre la Genealogía de la ética. Entrevista a Michel Foucault*” en Foucault y la ética. Buenos Aires. Biblos.1988.
- ENRIQUE DI CARLO y EQUIPO. “*La comprensión como fundamento de la Investigación Profesional*”. Mar del Plata. Humanitas. 1995.
- FERNÁNDEZ, A. “*Morales Incómodas*” en “Foucault”. Mar del Plata. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2001.
- FERRER, C. Apuntes de cátedra “*El malestar de la subjetividad contemporánea*”. Maestría en filosofía práctica contemporánea. Mar del Plata. 2003.
- FEYERABEND, P. “*Adiós a la Razón*”. Madrid. Tecnos.1984.
- FITOUSSI, J. y ROSANVALLON, P. “*La Nueva Era de las Desigualdades*”. Buenos Aires. Manantial. 1997.
- FOUCAULT, M. “*Microfísica del Poder*”. Madrid. La Piqueta.1980.
- FOUCAULT, M. “*El Orden del Discurso*”. México. Tusquets. 1973.
- FOUCAULT, M. “*Un diálogo sobre el Poder*”. Madrid. Alianza. 1981.
- FOUCAULT, M. “*Por una genealogía del sujeto*” en Foucault y la ética. Buenos Aires. Biblos.1988.
- FOUCAULT, M. “*Hermenéutica del sujeto*”. La Plata. Altamira. 1996.
- FOUCAULT, M. “*Enfermedad mental y Personalidad*”. Buenos Aires. Paidós. 1961.
- FOUCAULT, M. “*La verdad y las formas jurídicas*”. Barcelona. Gedisa.2003.
- FROMM, E. “*Marx y su concepto del Hombre. Manuscritos económicos-filosóficos - Karl Marx*”. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica. 1990.
- FUKUYAMA, F. “*El último hombre en una botella*” en Revista Artefacto. Pensamientos sobre la Técnica. N°4. Buenos Aires. 2001.
- GADAMER, H. “*Verdad y Método*”. Salamanca. Sígueme. 1988.
- GADAMER, H. “*El giro Hermenéutico*” . Madrid. Cátedra.1998.
- GALIMBERTI, U. “*Psiché y Techné*” en Revista Artefacto. Pensamientos sobre la Técnica N°4. Buenos Aires. 2001.
- GAVIRIA, M. “*El Caso social Individual. El Diagnóstico Social. Textos seleccionados*”. Madrid. Talasa. 1995.

- GIDDENS, A; TURNER, J. y otros. *“La teoría social hoy”*. Madrid. Alianza Universidad.1990.
- HAMILTON, G. *“Teoría y práctica del trabajo social de casos”*. México. La Prensa Médica Mexicana. 1960.
- KROPOTKIN, P. *“El Apoyo Mutuo”*. Colombia. Madre Tierra. 1989.
- LIMA, B. *“Epistemología del Trabajo Social”*. Buenos Aires. Humanitas. 1975.
- LYOTARD, J. *“La condición postmoderna”*. Buenos Aires. Rei. 1989.
- MACHADO, R. *“Arqueología y Epistemología”* en *“Michel Foucault, filósofo”*. Barcelona. Gedisa.1995.
- MALLEA, G. *“Foucault: Hacia la ética”* en *“Foucault y la ética”*. Buenos Aires. Biblos.1988.
- MEAD. G. H. *“Espíritu, Persona y Sociedad”*. México. Paidós.1993.
- MENDEZ, R. *“El diagnóstico en Trabajo Social”* en Revista Servicio Social Tribuna Libre N°8. Buenos Aires.1994.
- MENDEZ, R. *“La niebla, Participación del concepto ético en la metodología del trabajo social”* en Revista Servicio Social Tribuna Libre N°7. Buenos Aires. 1991.
- MENDEZ, R. *“El sujeto como persona en la visión de Foucault”* en *“Trabajo Social y Persona”*. Mar del Plata. Fundación Paideia-EIEM. 2002.
- MENDEZ, R. *“La construcción social de la persona según G.H. Mead”* en Trabajo Social y Persona. Mar del Plata. Fundación Paideia-EIEM. 2002.
- MENDEZ, R. *“Fenomenología del diagnóstico social comprensivo”* en Trabajo social con grupos y redes. Mar del Plata. UNMDP-Lumen Humanitas. 1997.
- MENDEZ, R. *“Régimen de verdad: una herramienta para las intervenciones transformadoras en las instituciones de acción social.”* en *“Foucault”* . Mar del Plata, UNMDP. 2001.
- MERLEAU-PONTY, M. *“Fenomenología de la percepción”*. Barcelona. Planeta-Agostini.1985.
- MERLEAU-PONTY, M. *“Sentido y Sinsentido”*. Barcelona. Península. 1977.
- MERLEAU-PONTY, M. *“La Estructura del Comportamiento”*. Bs.As. Hachette. 1953.
- MORELLO, C. Y FERRER, C. *“El Si y los Otros en la obra de Richard Sennett”* en *“Foucault y la Ética”*. Buenos Aires. Biblos.1988.
- MOREY, M. *“Sobre el estilo filosófico de Michel Foucault. Una crítica de lo normal”* en *“Michel Foucault, filósofo”*. Barcelona. Gedisa.1995.

- NASSIF, R. "*Dewey, su pensamiento pedagógico*". Buenos Aires. Centro Editor de América Latina. 1992.
- NIETZSCHE, F. "*La Genealogía de la Moral*". Buenos Aires. Gradifco. 2005.
- PAYNE, M. "*Teoría contemporáneas del trabajo social. Una introducción crítica*". Barcelona. Paidós. 1995.
- PERLMAN, H. "*El Trabajo Social Individualizado*". México. Madrid. 1965.
- RICHMOND, M. "*Social Diagnosis*". New York The Free Press. 1965.
- RICHMOND, M. "*Diagnóstico Social*". Lisboa. Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge. 1950.
- RICHMOND, M. "*Caso Social Individual*". Buenos Aires. Escuela Nacional de Salud Pública. Instituto de Servicio Social. 1962.
- RICON, L; Di SEGNI, S. Y TENCONI, J. "*Problemas del campo de la salud mental*". Barcelona. Paidós. 1995.
- RIVAS, M. "*Manual de Treball Social*". Valencia. Universitat de Valencia. 2000.
- SAN GIACOMO PARODI, O. "*Trabajo Social y Conocimiento Objetivo*". Mar del Plata. UNMDP-Fundación PAIDEA. 2001.
- SENNETT, R. "*La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*". Barcelona. Anagrama. 2000.
- SENNETT, R. "*El sexo como miedo*" en "*Foucault y la ética*". Buenos Aires. Biblos. 1988.
- SAIDON, O. "*La Escena Institucional*" en Revista Abierta Zona Erógena, otoño 91. Buenos Aires. 1991.
- SCHMUCLER, H. "*La Industria de lo Humano*" en Revista Artefacto. Pensamientos sobre la Técnica. N°4. Buenos Aires. 2001.
- VATTIMO, G. "*El Fin de la modernidad. Nihilismo y Hermeneutica en la cultura posmoderna.*" Barcelona. Gedisa. 1995.
- VATTIMO, G. "*Más allá del sujeto. Nietzsche, Heidegger y la Hermenéutica*". Barcelona. Paidós. 1992.
- VATTIMO, G. "*Introducción a Heidegger*". Barcelona. Gedisa. 2002.
- WEISSHAUPT, J. "*As Funcoes Socio-Institucionais do Serviço Social*". Sao Paulo. Cortez. 1985.

CONTENIDO

<i>Introducción</i>	2
I. ELEMENTOS MATERIALES DE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL	
1. <i>La Propedéutica del Trabajo Social</i>	
2. <i>La invención de la intervención en el campo de la salud mental.</i>	
3. <i>El Trabajo Social en el campo de la salud mental</i>	
II. EL AQUÍ DE LA INTERVENCIÓN	
4. <i>Notas sobre el contexto de la intervención</i>	

5. *La hermenéutica del objeto.....*
6. *La cuestión de la relación profesional en la intervención.....*

APÉNDICE

LA FUNDACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL
CONTEMPORÁNEO Y LA TEORÍA DE LA ACCIÓN
EN LOS ESCRITOS DE MARY RICHMOND.

1. *Introducción.....*
2. *Desarrollo.....*
3. *La reflexión sobre la situación problema.....*
4. *El análisis que el sujeto hace de sí mismo y del medio en esta situación problema.....*
5. *La constitución de las condiciones intermedias entre los medios y los fines de la acción.....*

BIBLIOGRAFÍA.....

SOLAPA O CONTRATAPA

Asediadas por un Estado Terapéutico que cotidianamente se preocupa por elaborar y reconstituir los caminos por los cuales se formarán las subjetividades que este Estado necesita, se encuentran las Ciencias Humanas. Inventadas dentro de dispositivos más amplios que remiten a las modernas tecnologías disciplinarias. Y dentro de estas ciencias, las que específicamente se ocupan del “cuidado de sí”, del “cuidado del otro”; están ubicadas en la primera fila de estos dispositivos.

El trabajo social se encuentra en un lugar estratégico dentro de esta maquinaria de construir psiquismo, ya que su espacio profesional, su lugar agonístico, es en las instituciones que forman el régimen de verdad que intenta manipular nuestra subjetividad. Por ende, puede utilizar este poder, en esta “lucha por la verdad”.

Michel Foucault (1981) ya nos decía: *“Nos encontramos sin cesar con gente que son educadores de prisiones, psicólogos en instituciones vigiladas, asistentes sociales, etc., que hacen un buen trabajo político y que, al mismo tiempo, en efecto, saben muy bien que cada vez que hacen algo prorrogan todo este sector del trabajo social, pero no es tan sencillo. En la medida en que el secreto es una de las formas importantes de poder político, la revelación de lo que ocurre, la “denuncia” desde el interior, es algo políticamente importante. . . muchas de las informaciones puntuales que dimos a los diarios, los conseguimos gracias a esa gente, los trabajadores sociales”*.

En el campo de la salud mental aparecen con mayor prepotencia los dispositivos que la sociedad crea por sobre los cuerpos, los discursos y las prácticas sociales. Y los trabajadores sociales están ahí para mostrarlos. Por ello toda práctica profesional es una práctica política.

Rubens R. Méndez, es Licenciado en Servicio Social. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social –Departamento de Servicio Social- de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigador, Director de Grupos de Investigación y Director de Grupo de Extensión en dicha Universidad. Ha publicado varios artículos en textos y revistas nacionales y extranjeras. Es Perito del Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires (Curaduría Oficial de Alienados).

