

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Salud mental y posicionamiento ético de la profesión.

Valeria González Ferrari

Tutor: Teresa Dornell

2009

Introducción.....	3
Capítulo I. Aproximaciones teóricas sobre Modernidad y Posmodernidad.	7
1.1. ¿Enunciados, qué significan y qué correlato tienen con lo que se ha venido desarrollando hasta aquí?.....	11
Capítulo II. Construcción Social de la Locura.....	14
2.1. Dimensiones simbólicas basadas en lo natural - médico.....	16
2.2. Los diferentes usos de la medicalización. Jurídico y Médico	17
2.3 Construcción del concepto "loco"	24
2.4. Paradigma dialógico: Quién soy, cómo me veo, cómo me ven.....	26
2.5. Ser autónomos	27
<i>¿Cuándo es tomada en cuenta la voz del "loco", en qué momento se lo integra a decisiones reales de su vida?.....</i>	<i>27</i>
<i>Autonomía y Participación.</i>	<i>27</i>
2.6. ¿Recursos adecuados o adecuación de los mismos?	31
Capítulo III. Ética y Trabajo social.....	32
3.1. ¿Qué hacer para no ser funcional al sistema?	39
Capitulo IV. Hacia una nueva Intervención. Buscando alternativas	41
4.1. ¿Pero que será una Psiquiatría sin manicomio?	44
Reflexiones Finales.....	49
Bibliografía	52

Introducción

El presente documento constituye la Monografía Final de Grado de la Licenciatura de Trabajo Social de la Universidad de la República.

El eje principal de desarrollo es el abordaje de la salud mental y su devenir histórico hasta nuestros días, el que se efectuará y analizará con aportes teóricos de la matriz histórico-crítica.

El primer capítulo tratará de una forma más abstracta el Proyecto Moderno y el Posmoderno, dos proyectos que entrecruzan y permean el tema que se desea trabajar. Más allá del debate teórico, sobre Modernidad y Posmodernidad actual, importa destacar que es una discusión que no ha encontrado consenso.

Se realizará una comparación rescatando las principales características de ambos Proyectos, sustento teórico que permite ubicar la temática.

En un segundo capítulo, se tomarán las ideas centrales de lo esbozado anteriormente, tomando en cuenta que es en la Modernidad donde se crea un aparato de control que acompaña y reafirma el surgimiento de la clase burguesa.

La Institucionalización, el orden, el control de los cuerpos, la normalidad, son algunos de los aspectos que surgen con ella y se mantienen en la actualidad.

Motiva lo anterior, el análisis dialéctico normalidad-anormalidad, incentivando la búsqueda teórica que permita desentrañar y comprender qué se entiende por Normalidad, rescatando sus dos dimensiones, la valorativa y la estadística.

El proceso de medicalización también está presente aquí, se considera oportuno ya que, desde el punto de vista jurídico y médico contiene dos usos; uno que corresponde a los delincuentes y otro a los locos, condicionando un abordaje jurídico particular, rescatando como hecho relevante el surgimiento de la tutela para el "loco", válida hasta hoy en día.

Se hará hincapié en las principales características de la medicalización de forma genérica y específicamente en Uruguay, entre ellas: las estrategias sanitarias, punitivas, arbitrales y socializadores, en estrecha relación con el saber médico, reflejando su condicionamiento, en la adjudicación de roles.

Relacionado a lo antedicho, se abordará el concepto de estigma como consecuencia del padecimiento de una enfermedad mental.

No escapa a este análisis, la construcción social de la locura, el misticismo que encierra y por consiguiente los prejuicios, preconceptos y ultrageneralizaciones.

Los aportes de Kosik serán útiles para superar esta pseudoconcreción, y llegar o aproximarse a la esencia del fenómeno locura, superando la inmediatez de este. Deconstruirlo y recomponerlo desde la totalidad, se considera fundamental para aproximarnos e intentar extraer el componente místico que le es adjudicado.

En lo que respecta a la construcción de la subjetividad del enfermo mental, se cree relevante rescatar *el sentir*, lo que significa el encierro para él, el corte brusco que se realiza en su vida cotidiana cuando es internado, lo que significan las medidas de contención. Es decir, qué significado tiene o le adjudica a la internación el enfermo mental.

Por último se tomarán las nociones de autonomía y participación en las decisiones reales de su vida, limitaciones y posibilidades, relacionado a su identidad, en el cómo me veo y cómo me ven.

En el tercer capítulo, se planteará al Trabajo Social dentro de un encuadre Institucional, enmarcado en una lógica Neoliberal que plantea su propia ética, caracterizada por un papel preponderante del mercado, con el riesgo de convertir a la profesión en una práctica mecanizada y acrítica.

Apostar a una ética transformadora y emancipadora, incorporada por el Trabajador social dentro de una institución en este caso puntual la salud, persiguiendo el fin de transformar las relaciones sociales existentes. Es una de las propuestas que se desea integrar en este análisis.

“Reconocer en la práctica la funcionalidad al sistema como parte de nuestra identidad profesional, nos permitirá saber muchas veces la posición en que estamos situados, tanto de la lógica de poder como de los límites y alcances posibles de nuestra praxis. La autocrítica profesional y no una cuasi-excursión teórica nos permitirá hilar a través de nuestra propia experiencia las contradicciones cotidianas a las que estamos sujetos” (Carballeda, 2005)¹

Por último el capítulo cuarto, busca nuevas alternativas a una Psiquiatría Clásica, específicamente a los tratamientos tradicionales vigentes, buscando estas alternativas en la Antipsiquiatría propuesta por Bauleo (1984).

Uno de los fundamentos de la Antipsiquiatría es que, esta alienación social, de la que habla, es el escenario de origen de la enfermedad, descartando los factores de carácter orgánico de esta personalidad, su punto de partida son las contradicciones del medio y no reducirla sólo a los aspectos orgánicos y psicológicos, traducidos estos en la alienación psicológica, característica de la concepción clásica.

Es sugerido por el autor (Bauleo) una des-hospitalización con tratamientos ambulatorios, con internaciones de corta estadía. Sin embargo la hospitalización está legitimada e incorporada en los individuos como el lugar donde se encierra, se trata, se aísla la “amenaza” y “el peligro”.

Otro punto a resaltar en este escenario donde dos proyectos tanto Moderno y Posmoderno conviven, es que las transformaciones de la realidad, los fenómenos que emergen, “escapan” y el Hospital como organización no está pudiendo responder de forma eficaz.

Esto lleva a proporcionarle especial importancia a lo “alternativo”, cuando se habla de alternativo, se refiere a terapias alternativas, buscando otro tipo de respuestas ya no las de una medicina tradicional. Esto conlleva a

¹ Extraído de Rev Margen N° 48. “Lo social de la intervención. El proceso de análisis en Trabajo Social.” Carballeda, A (2005)

buscar y ahondar en nuevos aportes, buscar otro punto de vista otra perspectiva, en este caso los de una Antipsiquiatría.

Capítulo I. Aproximaciones teóricas sobre Modernidad y Posmodernidad.

Con el fin de contextualizar el presente trabajo, se tomará como punto de partida la Modernidad y la Posmodernidad.

Dos proyectos o modelos que se entrecruzan y que ambos tienen su pertinencia para el tema que se desea desarrollar; la salud mental y su devenir histórico.

Por un lado, la Modernidad con sus implicancias y sus resabios que se evidencian hoy en día, instauro como deber ser, enunciados universales absolutistas, naturalizados y por ende acríticos.

En contrapartida los posmodernos - con una postura que difiere ampliamente - argumentan las grandes carencias y la inadecuación de estos enunciados a una realidad que se transforma, con una postura que defiende lo heterogéneo y diverso, tomando a cada ser como singular, particular y parte de lo humano genérico.

Los posmodernos rescatan, elocuentemente, lo singular de cada persona, cuestionando la aplicabilidad de estos enunciados universales, los que se encuentran condicionados por una ideología política y económica que le da su origen en una determinada época histórica.

A diferencia en el Proyecto Moderno existe un criterio unificador, dejando de lado la diversidad y lo heterogeneidad, crítica en la que funden su propuesta los Posmodernos.

Para estos últimos, el Proyecto Moderno no está pudiendo dar respuesta a las necesidades que emergen. Siendo ésta una de las principales falencias en las que se apoyan.

Aun así, la Modernidad creó y afianzó, un sistema “perfectamente” armado y creíble, que consolida la clase burguesa, que intenta evitar posibles amenazas que puedan hacer “tambalearse” este Proyecto que pregona progreso.

Estos dos modelos, que se entrecruzan, condicionan e inciden en el escenario de la salud mental hoy, permiten repensar las prácticas que se

llevan a cabo en esta área en particular que están condicionadas por el surgimiento de la medicina, la que nace con el Proyecto Moderno y con el componente ideológico que ésta encierra.

Si se traslada este debate, a las actuales falencias, que presenta hoy la salud mental, se puede decir que se encuentran reflejadas y ancladas en viejas prácticas, inertes, con programas de rehabilitación que no contemplan la singularidad, el interés personal y no dan cabida a propuestas innovadoras.

Lo que motiva a ahondar y tomar como idea central de este trabajo, cuestionar las prácticas y los discursos de la Psiquiatría Clásica vigente, originaria del Proyecto Moderno, apelando a una búsqueda de alternativas que promuevan la participación, la autonomía, apostando a una desnaturalización de la locura

El carácter homogenizador, propio de la Modernidad, lleva a pensar en una historia global como plantea Foucault (1969) es decir, una historia que no incorpora rupturas y discontinuidades en el tiempo, transformándose en una historia general, en una Historia ideológica que suprime diferencias, y alcanza la tan ansiada homogenización.

Queda en el debe, rescatar estas mutaciones que se operan en general en el dominio de la historia.

“...la búsqueda de una historia global, en todas las diferencias de una sociedad podrían ser reducidas a una forma única, a la organización de una visión de mundo, al establecimiento de un sistema de valores, a un tipo coherente de civilización”. (Foucault, 1969: 21)

Sin ir más lejos esta homogenización se ve reflejada en las Ciencias Naturales, enmarcada en este modelo que suprime las contradicciones manifiestas, lo mismo ocurre con la economía política y el saber médico, que como ya fue mencionado, está condicionado por la ideología de la época clásica.

Se señalan algunos puntos respecto a la descripción arqueológica que propone e innova Foucault en su análisis. Arriba se dijo que la Ciencias Naturales funden las contradicciones con un propósito único de transformarlas en un principio general, en cambio para la arqueología del saber:

“las contradicciones no son ni apariencias que hay que superar, ni principios secretos que sería preciso despejar, son objetos que hay que describir por si mismos (...) La arqueología describe los diferentes espacios de disensión”. (Foucault, 1969: 254)

Respecto a lo expuesto, existen autores que sostienen que el modelo de la Modernidad se agotó. Cabe preguntarse si la Modernidad es una etapa muerta, aplicado a la vida social, Arredondo (2001) deja entrever que se considera la Modernidad como una etapa agotada.

“...hace alusión a etapas o coyunturas que se consolidan tras completado el proceso de caída, desgaste y/o agotamiento de la etapa previa.” (Arredondo, 2001: 2)

La noción de Posmodernidad muestra el paulatino y sostenido desgaste de una época o cultura Moderna, no aludiendo a la completa superación de la misma, sino que refiere a un proceso de transición, donde muchos aspectos constitutivos de ésta se ven agotados en lo que refiere a eficacia y dan paso a nuevas formas.

En síntesis se puede decir que la Posmodernidad es el nombre que se le adjudica y que asume un proceso histórico transicional. (Arredondo: 2004).

Si se parte de la premisa de que la Modernidad es un fenómeno de origen europeo, lo posmoderno o la posmodernidad no tiene origen único. (Gadea: 2009).

¿Cómo saber hasta dónde llega la Modernidad y cuándo empieza la Posmodernidad?

Existen dos aspectos que no fueron precisados:

- 1- *no se ha hecho énfasis en que lo Posmoderno representa una re-utilización del valor transgresor de la crítica de la Modernidad, de los enclaves Institucionales que parecen persistir a pesar de su creciente deslegitimación. (Institucionalización)*
- 2- *Por otro lado, ha resultado escasa la contextualización sociocultural, así como los antecedentes históricos del clima o ambiente entendible como Posmoderno. (Gadea, 2009:2)*

Explicando estos aspectos, otorgaría la especificidad, que distingue lo de la noción de posmodernidad propia de una realidad Europea o Norteamericana, estos dos elementos permitirán comprender la especificidad de lo posmoderno en Latinoamérica.

En referencia a lo que se viene explicitando, Netto (1996) efectúa un análisis muy interesante y resulta válido traerlo a colación desde su postura crítico-reflexiva.

Es en el siglo XVIII - el siglo de la Ilustración- en el cual se crean las condiciones político-culturales para la supresión de la feudalidad y el surgimiento del mundo burgués. Es aquí, donde el Proyecto de la Modernidad, toma una forma peculiar, una forma que es determinada por las condiciones socio-políticas y político- económicas de la época, que es precisamente la construcción del mundo burgués. (Netto, 1996)

“Se puede decir que la Modernidad es un gran Proyecto socio- cultural, es decir, la Modernidad contempla una concepción de sociedad y cultura.” (Netto, 1996:12)

Es en la Ilustración donde el Proyecto Iluminista toma una forma precisa, es la defensa del conocimiento libre, libre de la teología, libre de los estreñimientos de las coacciones de la Iglesia, pero también libre de todas las formas de creencias y supersticiones, libre de todo peso de la tradición, es decir, un conocimiento verificable. (Netto, 1996)

La Racionalización de las distintas esferas de la vida, apoyada y respaldada por una razón instrumental con arreglo a fines, es la razón que caracteriza esta época.

La razón enmarcada en este Proyecto Moderno, aparece como dominadora, Netto introduce y propone en su análisis, una razón al servicio de la emancipación y con una connotación liberadora.

Es decir, el concepto de razón hasta aquí manejado característico de la Modernidad, encierra en sí misma un componente opresor la que se convierte en tal, según el marco societal donde ella se inscriba.

Como se dejó entrever, los dejos de la Modernidad se ven aún, se evidencian en enunciados médicos como tantos otros, que han trascendido en el tiempo, pero cabe cuestionar y criticar la pertinencia y vigencia de estos.

1.1. ¿Enunciados, qué significan y qué correlato tienen con lo que se ha venido desarrollando hasta aquí?

“el enunciado no es una unidad del mismo género que la frase, la proposición o el acto del lenguaje; no nace pues, de los mismos criterios, pero tampoco es ya unidad como podría serlo un objeto material que tuviera sus límites e independencia”. (Foucault, 1970:144)

Si se relaciona los enunciados que refieren a la medicina - específicamente la psiquiátrica- así como también en la economía política, se

puede visualizar como compartimientos estancos que no acompañan las actuales transformaciones de la realidad.

Los enunciados deben acompañar los cambios que se manifiestan, las transformaciones, lo emergente, contextualizar determinado momento histórico, relacionarlo con otros enunciados, vale decir, que exista vigencia.

Si se trasladan estas ideas al saber psiquiátrico, donde existen tratados de psiquiatría, códigos que corresponden a la clasificación de las enfermedades, se sugiere rever tales enunciados y tratados que datan de largo tiempo, y que no acompañan las transformaciones que se manifiestan en la actualidad.

Se cuenta con una estructura Institucional que establece reglas, un deber ser, que no da cabida a cambio, que mantiene y sostiene. Como consecuencia de esto, conlleva a un “desborde” y una inapropiación de las repuestas por lo diverso de la demandas.

El objeto de la Psicopatológica, es el sujeto de derechos, que no siempre es considerado como tal, sino más objeto que sujeto.

Si se incorpora al análisis, la formación de los objetos, cabe preguntarse cuál es el objeto de la psicopatología, sus variaciones de acuerdo al devenir histórico y sus transformaciones, es necesario saber cómo se forma el objeto.

Reconocer las superficies primeras de su emergencia, es decir, mostrar donde pueden surgir, para designar y analizar esas diferencias individuales, - que según los grados de racionalización - le atribuirá el estatuto de enfermedad, enajenación o anomalía. (Foucault, 1970)

Las superficies de emergencia no son las mismas para las distintas sociedades, épocas y diferentes tipos de discursos.

Lo que se intenta transmitir con esta idea de objeto y de superficies de emergencia, específicamente en lo que refiere a la locura, son las diferentes manifestaciones de ésta, la caracterización y clasificación de las diferentes patologías, los distintos escenarios que facilitan el surgimiento de nuevas patologías, que conlleva a nuevos objetos de estudio para la Psicopatológica. (Foucault, 1970)

Encuentra así, la posibilidad de delimitar su dominio, su especificidad, de darle estatuto de objeto, es decir de volverlo nominable y descriptible. (Foucault, 1970)

Se entiende que es la psicopatología la que agrupa, clasifica, establece lo normal de lo patológico, nombra, califica y codifica cada una de las enfermedades.

Hasta aquí, se intenta realizar una breve aproximación teórica, de lo que implica cada uno de los dos proyectos o modelos, con el fin de precisar los aspectos que cada uno aporta a la salud mental hoy. A través de un análisis, que caracteriza lo que es cada Proyecto en si, para luego fusionarlo, considerando que el tema salud mental no se enmarca en un sólo Proyecto sino que cuenta con aspectos de ambos.

Capítulo II. Construcción Social de la Locura.

Como se ha venido desarrollando, el proyecto Moderno permea y determina todas las esferas de la vida social, respondiendo e instaurando un modelo de hombre conforme a su ideología, implementando y valiéndose de una racionalidad instrumental que permitirá hacer cumplir dicho Proyecto.

Nociones tales como Normalidad y disciplinamiento de los cuerpos, serán profundizados de forma teórica con el objetivo de contar con elementos que enriquecerá el análisis.

Lo que motiva en tomar estas nociones emergentes en la época Moderna, es la vigencia con la que cuentan hoy en día nociones que surgen en la Modernidad, siendo una de las características principales la clasificación y demarcación que separa en esta situación concreta lo normal de lo patológico, de lo desviado, anómico, es decir, lo que no condice con lo que el Proyecto pretende.

Si nos referimos a normalidad, nos remitimos al propio Proyecto de la Modernidad y su devenir hasta el presente.

Esta categoría contiene dos grandes dimensiones, como lo son la estadística (normalidad estadística) y la valorativa (pautas históricas, culturales, sociales, ideológicas que hacen a la matriz de sociabilidad de cada sociedad).²

“si convenimos en llamar tipo medio al ser esquemático que se constituiría reuniendo en un mismo todo, en una especie de universalidad abstracta, los caracteres más frecuentes de la especie....., podemos decir que todo alejamiento de este exponente de salud es un fenómeno patológico, y completa este punto de vista de estadístico agregado. (Foucault, 1970: 84)

² Extraído del Curso de Actualización Profesional- Área Salud- “Atrapados con salida” Una lectura de des-psiquiatrización. Noviembre 2007.

Se establece una mirada normalizadora que permite calificar, clasificar y por ende castigar. La normalidad y la falta de la misma deja paso a la locura, respecto a esta última se tomarán las ideas centrales de Foucault.

De esta manera, Foucault (1974), ofrece una génesis de prácticas sociales y discursos que han constituido las condiciones de posibilidad de las diferentes subjetividades.

Así pues, en su obra “Historia de la Locura en la Época Clásica” en su constitución la normalidad como objeto de conocimiento desmiente que se trate de una entidad natural y nos plantea que es construida socialmente, apostando a la desnaturalización de la misma.

Es así que los locos son excluidos, junto con el resto de las figuras de la sinrazón; el ladrón, el mendigo, el libertino, etc. Al constituir cada una de estas clasificaciones una específica amenaza para los pilares fundamentales de la racionalidad moderna - el sistema económico productivo, el capitalismo incipiente, la moral, la religión- el saber en manos del conocimiento médico psiquiátrico, se presenta para evitar en cierta forma las amenazas que representa.

“la constitución del individuo como objeto descriptible, por otra parte, la constitución de un sistema comparativo que permite la medida de fenómenos globales, la descripción de grupos, la caracterización de hechos colectivos, la estimación de la desviación de los individuos respecto de los otros, y su distribución en una población”. (Foucault, 1974:195)

2.1. Dimensiones simbólicas basadas en lo natural - médico

Si se toma la incidencia de los tratamientos basados en lo natural, mineral y al valor simbólico que ésta representa, dificulta la aplicación del saber médico y de la “farmacopeas” a las nuevas prácticas médicas.

En la época en la que se sitúa este planteo surge la noción de cura, respecto a la cual se puede decir:

*“esta debía suprimir, **toda enfermedad** (es decir, todos los efectos de toda enfermedad posible), en tanto que la cura va a suprimir **toda la enfermedad** (es decir al conjunto de lo que, en la enfermedad, es determinante y determinado) (Foucault, 1974: 476)*

Es en el siglo XVIII que se ve reforzado el saber médico como saber privilegiado, en contraposición a curas de índole sobrenatural nace la posibilidad de una psiquiatría de la observación, donde se incorpora la internación hospitalaria.

En síntesis:

*“... siempre existió, durante la época clásica, una yuxtaposición de dos sistemas técnicos en la terapéutica de la locura. Uno, que reposa sobre una mecánica implícita de las cualidades y que considera a la locura como **pasión**; es decir, como algo mixto (movimiento-cualidad), que pertenece tanto al cuerpo como al alma; el otro, que reposa sobre un movimiento discursivo de la razón, que razona consigo misma, y que entiende a la locura como error, como una doble inanidad del lenguaje y de la imagen, por lo mismo que es **delirio**. (Foucault, 1974: 509).*

2.2. Los diferentes usos de la medicalización. Jurídico y Médico

Siguiendo en esta misma línea, el dispositivo de control de la locura del siglo XVIII, se convierte en una cuestión central y por consiguiente se ve reflejado en las transformaciones esenciales que se sucedieron desde el punto de vista médico ya explicitado y desde el punto de vista jurídico con el surgimiento de la tutela.

Para insertar al loco en el nuevo orden social, es necesario imponerle un estatuto diferente y complementario del estatuto que rige para el resto de los ciudadanos. (Castel, 1980)

La medicalización, procedimiento que se implementó tanto para el delincuente así como también para el loco, radica en lógicas diferentes.

Desde el punto de vista jurídico, se trata de un derecho que parte de axiomas básicos, el equilibrio de los delitos y de las sanciones se inscribe en un sistema racional, porque el delincuente es responsable de sus actos.

Ahora bien el sistema jurídico aplicado al loco, plantea un problema distinto, *“ningún vínculo racional une directamente la transgresión que ejecuta y la represión que sufre (..) .No se le podrá sancionar pero deberá ser tratado”*. (Castel, 1980)

En suma la diferencia central radica en:

“... un sistema contractual, la represión del loco va a tener que construir un fundamento médico, mientras que la represión del delincuente tiene de entrada un fundamento jurídico”. (Castel, 1980: 45)

Hasta aquí se destacaron ideas centrales del tratamiento de la locura desde el punto de vista médico-institucional, con la incorporación de la

internación hospitalaria, las transformaciones desde el punto de vista jurídico, con el surgimiento de la tutela, enmarcado dentro un Proyecto Moderno.

Ahora bien, los procesos de medicalización de la vida social, constituyen un aspecto central de la Modernidad.

Estos procesos hacen referencia a la:

“permeación y dominio del imaginario social por el saber y el poder médico” (Portiilo *apud* E.Ortega, 2008), imponiéndose en dominios de la vida de los individuos que anteriormente eran totalmente externos a la medicina (Ortega, 2008: 27)

Uno de los ejes del discurso que justifican las estrategias de prevención y promoción de la salud, no radica en la existencia de la enfermedad sino en la posibilidad de existencia de la misma según lo planteado por Ortega.

Habilitando esto a estrategias que colonizan la vida cotidiana, vale decir, la salud cumplía un papel preponderante en el disciplinamiento así como la educación.

Uno de los modelos instaurados en la Edad Media, señalados por Ortega (2008) reflejado en el trabajo de Foucault, se evidencia en que la clase burguesa recurre al modelo político y médico de la cuarentena.

El modelo que era implementado cuando emergía alguna enfermedad de carácter epidémica, se transformaba así en un dispositivo que representaba en un ideal político médico *“de la buena organización de las ciudades del siglo XVIII”* (Ortega, 2008: 86)

Otro de los modelos que describía Foucault se relaciona con el modelo de medicina social, la cual surge en Inglaterra, fundamentándose en una medicina que:

“consiste esencialmente en un control de la salud y el cuerpo de las clases más necesitadas para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas

para las clases adineradas.” (Foucault apud Ortega, 2008: 86)

Se cree oportuno tomar las ideas de Mitjavila (1998), respecto a lo que se ha venido presentando hasta aquí.

En un aspecto más amplio, se puede decir que los procesos de medicalización pueden analizarse según el tipo de estrategia que articula el saber y la práctica médica, con esferas institucionales más amplias. (Mitjavila, 1998: 12)

De acuerdo al criterio de la autora, pueden identificarse tres tipos de estrategias sanitarias: punitivas, arbitrales y socializadoras.

En las punitivas encontramos el conjunto de prácticas técnico- políticas dirigidas a la aplicación de sanciones a través de mecanismos de aislamiento, estigmatización y confinamiento a determinados sectores de individuos portadores de “conductas desviadas” o que pueden representar algún tipo de amenaza o riesgo social.

Dentro de las estrategias de tipo arbitrales parece interesante rescatar un hecho tan simple y naturalizado incuestionable en muchas ocasiones como son los:

“procedimientos cuyo principal propósito es la emisión de juicios o pronunciamientos sobre atributos individuales de naturaleza diversa (aptitud laboral, responsabilidad penal, etc.”. (Mitjavila, 1998: 13)

Se destacan las intervenciones que tienen como resultado la habilitación o restricción de los sujetos, para tener acceso al desempeño de roles y a una amplia variedad de condiciones sociales.

La medicina, en este caso la Psiquiatría, “en función” de la enfermedad mental condiciona y transforma el acceso a determinados roles como por

ejemplo el de padre, madre, trabajador, siendo el médico el que establece que roles adquiere y está “capacitado” para ejercer el individuo.

Es en esta adjudicación de roles, condicionada por el saber médico, que están mediando las nociones de autonomía y participación del “paciente” en las diferentes esferas de su vida cotidiana.

Otra de las estrategias sanitarias, son las llamadas estrategias socializadoras, basados en el conjunto de mecanismos que representan el sustrato institucional, de lo que Foucault citado en Mitjavila designa como *somatocracia*.

“Esa noción es la empleada por él para referirse al tipo de vigilancia panóptica que practica el Estado, a nivel a de los individuos, sobre y desde el propio cuerpo, con la finalidad de regular sus conductas” (Foucault apud Mitjavila, 1998: 14)

Se han señalado hasta aquí, elementos, tales como, las ideas centrales de la Modernidad, el disciplinamiento, la clasificación, el lugar del privilegio del saber médico y en consecuencia, la medicalización de la vida cotidiana.

Se establece un modelo de hombre y sociedad que corresponde y responde a un modelo político y económico, creando mecanismos para hacer cumplir el mismo.

Este modelo encierra una función clasificatoria donde a través de distintos mecanismos, rotula y encasilla a los individuos. Lo diferente lleva a pensar en incorporar el concepto de discapacidad, se entiende que la locura encierra un componente deshabilitador que limita el acceso a las distintas esferas de la vida.

“deficiencia es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones incluyen las mentales con “anormalidad se hace referencia estrictamente, a una desviación significativa

respecto a la norma estadística establecida y sólo debe usarse en este sentido. (CIF_OMS/OPS apud Míguez, 2009)

Es aquí, donde entran a jugar, las construcciones sociales, representaciones y reproducciones simbólicas que se traducen y se evidencian en preconceptos y prejuicios incuestionables respecto al “loco”.

La conceptualización de la locura asigna una serie de interrelaciones, que tienen su correlato con el concepto de estigma pertinentemente desarrollada por Goffman.

Como menciona Goffman (1963) la sociedad crea categorías en las cuales ubica a los individuos y es a partir de ciertos atributos que pueden ser ubicados en categorías más o menos desfavorables. Cuando estos atributos se alejan del estereotipo de cómo debe ser cierta clase de individuos, genera en los demás rechazo y descrédito amplio, convirtiéndose así en un estigma.

El autor realiza una clasificación sobre diversos tipos de estigma, distintos tipos de discapacidad y deformidades físicas, lo que entiende como defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, creencias rígidas y falsas, deshonestidad, etc y por último estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, transmitidos por herencia y capaces de contaminar por igual a todos los miembros de la familia. (Goffman, 1963)

Es de esta manera que, a pesar que estos ejemplos que brinda el autor ya citado, son diversos, tienen características comunes para las personas que lo padecen, son poseedores de un rasgo que se impone a la fuerza ante nosotros que nos lleva a alejarnos de las mismas sin prestar atención y muchas veces subestimando el resto de sus atributos, cayendo en reduccionismo biologizante.

La persona estigmatizada tiende a sostener las mismas creencias sobre la identidad que nosotros (normales). Se siente una “persona normal”, un ser humano como cualquier otro, y que por tanto merece las mismas oportunidades

que el resto de la sociedad. Pero percibirá con bastante acierto que el resto de las personas no lo aceptan realmente ni están dispuestos a establecer con él una relación de iguales. Dado que incorpora las pautas y creencias que sustentan el resto de la sociedad también sentirá muchas veces que está lejos de lo que debería ser y que por ende el rechazo se justifica.

La situación vital del estigmatizado tiene como característica central, la aceptación de los demás.

“desde hace tiempo, un hecho es un lugar común en la sociología y la patología mental: la enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad mas que en una cultura que la reconoce como tal”

(Boutroux apud Foucault ,1991: 1).

“Durkheim pensaba explicarla mediante una concepción evolucionista y estadística, a la vez, en una sociedad se considerarían patológicas los fenómenos que al alejarse de la media, señalan las etapas de una evolución anterior, o anuncian las fases próximas de un acontecimiento que se prepara apenas.” (Durkheim apud Foucault, 1991:84)

Frente a lo expuesto anteriormente, Foucault realiza un análisis de la postura de Durkheim, el cual enfatiza en el aspecto negativo que se le adjudica a la enfermedad, la cual se define en función de una media (norma), donde ese alejamiento reside en el aspecto patológico. Un aspecto virtual el cual se caracterizaría:

“porque el contenido de la enfermedad es definido por las posibilidades, en si mismas no

morbosas que se manifiestan en ella.” (Foucault, 1991: 85)

2.3 Construcción del concepto “loco”

Como trascender este misticismo que en términos de Heller son *ultrageneralizaciones* compartidas por una totalidad colectiva, ya que como lo plantea Kosik, el conocimiento no se genera a través de un acto instantáneo como el misticismo:

Se cree oportuno mencionar que, es la vida cotidiana el lugar en el que se revela una estructura significativa trasmisora de ideología. (Giorgi, 1988).

Vale decir:

“(...) a través de ella el sujeto recibe, en forma codificada una visión del mundo y su lugar en él. Esta visión alude a su lugar en la sociedad, pero alude la esencia infraestructural e históricamente determinada de tal ubicación, y la mitifica como “realidad inmutable”, obturando así la posibilidad de cuestionarla y concebir posible alternativas”. (Giorgi, 1998: 119)

Los mitos sobre la locura, se pueden ubicar dentro de lo que Kosik denomina la pseudoconcreción, son las representaciones comunes, entendidas éstas como las provenientes de prácticas sensibles y concretas.

“el mundo de las representaciones comunes que son un proyección de los fenómenos externos (...) son una proyección de los fenómenos externos en la conciencia de los hombres, producto de la práctica fetichizada y forma ideológica de su movimiento “. (Kosik, 1969: 27)

Refiere Kosik (1969) que la manifestación de la esencia es la actividad del fenómeno, el fenómeno es lo captado primariamente y éste se mueve y

cambia, y es a través del movimiento como lo plantea el autor, se puede llegar a la esencia concebida como la verdad, la realidad, fenómeno y esencia juntos.

Si se considera que el pensamiento dialéctico parte de la premisa de que el pensamiento humano se realiza moviéndose en espiral:

“el principio metodológico de la investigación dialéctica de la realidad social es el punto de vista de la realidad concreta, que ante todo significa que cada fenómeno puede ser comprendido como elemento del todo.

Un fenómeno social es un hecho histórico en tanto y por cuanto se le examina como elemento de un determinado conjunto y cumple por tanto un doble cometido que lo convierta efectivamente en hecho histórico: de un lado, definirse a sí mismo, y, de otro lado, definir al conjunto; ser simultáneamente productor y producto; ser determinante y, a su vez, determinado; ser revelador y, a un tiempo descifrarse a sí mismo; adquirir su propio auténtico significado y conferir sentido a algo distinto. (Kosik, 1969: 61)

Dentro del pensamiento dialéctico se plantea trascender “la razón analítica” entendida ésta como aquella que divide y separa el fenómeno no recomponiéndolo desde la totalidad.

Dentro de esta matriz de pensamiento la realidad se concibe y representa un todo, que no se resume sólo en un conjunto de hechos y procesos, sino también su creación, su estructura y génesis.

Se pretende transmitir con las ideas de Kosik, y el pensamiento dialéctico la capacidad de problematizar, criticar el fenómeno de la “locura” tal como se nos aparece, como algo irreparable, estático, fijo, donde no se puede vislumbrar cambios. Transformar la monotonía, el aislamiento, la soledad, del

que padece sino se derroca esa falsa conciencia construida a lo largo de los siglos, donde el enfermo mental es tratado como una “cosa” carente de autonomía.

El breve esbozo de estas categorías de análisis proporciona una mirada crítica sobre el fenómeno “locura” y su tratamiento desde un sustento teórico fundamentado brindando pautas a considerar e incorporar en el quehacer profesional.

Ahora bien a continuación desde el paradigma dialógico lleva a preguntarnos:

2.4. Paradigma dialógico: Quién soy, cómo me veo, cómo me ven...

Es necesario incorporar la noción de autonomía y la relevancia que ésta tiene para la conformación de la identidad.

Es crucial en la construcción de la subjetividad del loco rescatar el *sentir del mismo*, pensar cómo siente un paciente con una enfermedad Psiquiátrica, cómo construye su subjetividad atravesada y mediada por lo institucional, el afuera que lo rechaza, lo excluye, donde lo único que puede ofrecer la comunidad es más de lo mismo. La medicación que determina qué *debe sentir*, aspectos que hacen a la conformación de su identidad.

Integrando lo institucional, la comunidad y la medicalización, las ideas citadas en el párrafo anterior motiva la búsqueda de un sustento teórico que aporte a esta construcción de la subjetividad del “loco”.

En un paradigma dialógico, el sujeto se constituye como tal en una intersubjetividad dialógica. Como lo expresa George Mead; “somos lo que somos gracias a nuestra relación con los otros”. (Mead apud Rebellato, 1997: 29)

2.5. Ser autónomos

¿Cuándo es tomada en cuenta la voz del “loco”, en qué momento se lo integra a decisiones reales de su vida?

Autonomía y Participación.

¿Cómo se relaciona al enfermo mental al los conceptos de Autonomía y Participación?

Si se toma al enfermo mental y se lo relaciona a estos conceptos *autonomía y participación*, surgen dudas, interrogantes que se intentará dar respuesta o aproximarnos desde el aporte teórico de Rebellato (1997) frente a estas cuestiones que para la temática son de gran importancia.

La autonomía para el autor:

“No significa independencia total, sino protagonismo, constitución de sujetos en dependencia con el entorno y el mundo. A la vez, la autonomía no puede pensarse como una situación en soledad, sino como condición humana necesariamente intersubjetiva”. (Rebellato, 1997:37)

Las subjetividades se construyen a través del diálogo con los demás, eso significa redescubrir la autenticidad como exigencia del reconocimiento de la propia identidad y de la identidad de los demás.

Sin ese reconocimiento, la identidad corre el riesgo de autodestrucción.

Para el autor el concepto de mundo de la vida se conjuga con el de acción comunicativa en cuanto que ésta permite su reproducción simbólica. (Habermas apud McCarthy, 1978)

A los diferentes componentes del mundo de la vida sea, cultura, sociedad, personalidad, corresponden a procesos de reproducción a partir de

las acciones comunicativas como ser reproducción cultural, integración social y socialización. (Habermas apud McCarthy, 1978)

“El trasfondo dado por descontado de la acción social comprende normas y experiencias subjetivas, prácticas sociales y habilidades individuales, y no sólo convicciones culturales. No sólo la cultura sino también los órdenes institucionales y las estructuras de la personalidad han de considerarse componentes básicos del mundo de la vida.”
(Habermas apud McCarthy, 1978: 465)

La vida cotidiana en términos de Heller, tiene como característica central lo insuprimible, es decir, toda sociedad tiene su cotidianeidad, y por ende su estructura es particular en cada sociedad y momento histórico.

“El hombre en la vida cotidiana actúa como ser entero, la unidad de su personalidad se desarrolla toda en la vida cotidiana, o sea el hombre es totalidad particular en la vida cotidiana.”
(Berdia, 2009:49) ³

“La narración es una forma especializada de habla constatativa que sirve a la descripción de sucesos y de hechos socio-culturales. A la base de sus exposiciones narrativas los actores ponen un concepto no teórico, profano, de mundo, en el sentido de mundo cotidiano o mundo de la vida, que define la totalidad de los estados de las cosas que pueden quedar reflejados en historias verdaderas” (Habermas apud Rebellato, 1997:38)

³ Extraído de Revistas Fronteras N° 5. Vida Cotidiana: categoría central para el abordaje profesional. Adriana Berdía 2009.

La narración es lo que cotidianamente la persona, realiza para describir hechos, experiencias, de forma acrítica, exponiendo aspectos, que lo constituyen como ser humano, singular, particular parte de lo humano genérico.

Es posible comprobar que la identidad juega el rol de orientarnos, de proveernos el marco dentro del cual las cosas adquieren significado, en virtud de distinciones cualitativas incorporadas. Nuestra identidad nos permite definir lo que es y nos es importante para nosotros. Por lo tanto no se puede existir sin tales evaluaciones. La noción de una identidad definida sólo de hecho, sin una preferencia fuertemente evaluada resulta incoherente.

La condición de que hay algo así como una crisis de identidad nos permite percibir que nuestras identidades definen el espacio de distinciones cualitativas dentro de las cuales vivimos y elegimos

La identidad requiere de un interlocutor, en términos de George Mead, la propia identidad no se elabora aisladamente, más bien la negociamos a través del diálogo con otros. Esta interlocución dialógica supone necesariamente del lenguaje que existe y se desarrolla en medio de una narrativa de vida y de una comunidad.

Un yo nunca puede ser descrito sin referencia a aquellos que lo rodean. La autodefinición encuentra su sentido original en el intercambio de los hablantes. Definimos quienes somos, definiendo desde donde hablamos.

Cada uno de nosotros es un yo solamente en relación a ciertos interlocutores; el yo existe dentro de redes de interlocutores.

El lenguaje es pues, una condición trascendental de la identidad y por ende de la interlocución, el lenguaje posibilita el intercambio de construcción de significados y por ende de identidades. El lenguaje socializa, individualiza y singulariza.

Existe un aspecto fundamental que refiere a las distorsiones en la comunicación que conducen a la instalación de relaciones de poder de carácter asimétrico y de poder bajo apariencias comunicacionales.

Apuntamos entonces a la categoría de **transversalidad** elaborada por Guattari (2005), donde plantea su oposición al funcionamiento de grupos

jerarquizados donde alguien habla en nombre de otros, no hablar en nombre de valores universales, sino en nombre de su propia competencia y de la situación en la que se encuentra o vivencia.

En el caso específico del ámbito salud:

“Los médicos no tienen derecho en hablar en nombre del paciente pero si tienen el deber de pronunciarse -- en cuanto médicos- sobre los problemas jurídicos, económicos, ecológicos que afectan la calidad de vida de la población.”(Rebellato, 1997:162)

Transversalidad implica multiplicidad de voces, entrecruzamiento de dimensiones y saberes. Todo esto encierra supuestos éticos, en cuanto vale reconocer de los otros en su lugar de argumentadores y locutores validos y dignos.

Haciendo alusión a lo planteado resulta importante preguntarse:

¿Que es lo mejor para el usuario/paciente?

¿Por qué el Psiquiatra sugiere a nuestra disciplina qué deberíamos hacer frente a tal o cual situación en función de la patología?

¿Cuándo es tomada en cuenta la voz del “loco”, en qué momento se lo integra a decisiones reales de su vida?

¿Tiene derecho el profesional sea cual sea su especificidad técnica de decidir por otros?

¿Los Trabajadores Sociales frente al relato de un “enfermo mental”, extrae sólo los elementos que tienen sentido/ que le son convincentes?

¿Cuándo el Psiquiatra “baja al paciente a la realidad? Que tiene este “mundo real” para ofrecerle? ¿El paciente no será más “feliz” en su mundo?

2.6. ¿Recursos adecuados o adecuación de los mismos?

Esta última interrogante, hace repensar las estrategias que ideamos para dar respuesta a cada situación, tomando en cuenta que cada una de ellas es única y singular, no así los recursos para abordarlas.

Si uno de los objetivos del Trabajador Social es la promoción de la participación y el fortalecimiento de la autonomía del sujeto, esta “inadecuación” de los recursos existentes, puede y de hecho juega en detrimento del mismo.

Las interrogantes planteadas son muchas y quizás no haya respuesta aún para cada una de ellas, es necesario intervenir desde una postura crítica, reflexiva.

“el abordaje desde el método dialéctico, implica una serie de movimientos de lo abstracto (real- caótico), representación caótica de la realidad, a lo concreto, (real- pensado) combinando representaciones reales con observaciones empíricas. Es necesario, abordarla desde el trinomio, singular, universal, concreto.” (Berdía, 2009:55)

Capítulo III. Ética y Trabajo social.

Por qué dedicar un capítulo a la ética del Trabajador Social. Uno de los motivos son las interrogantes que se plantean a la hora de intervenir, particularmente en el área salud, entendida como principal institución dentro de la organización hospitalaria y las posibles implicancias que ello genera en el Trabajo Social.

La mayoría de estas interrogantes encierran un componente Ético, por ello se plasman ideas que pueden contribuir a ubicar al Trabajo Social y las posibilidades y límites que se presentan al quehacer profesional dentro de un marco Institucional.

Los aportes de Rebellato serán el eje central, para abordar esta temática.

“A mi entender, las concepciones Neoliberales constituyen una ética determinada que se asienta y a la vez refuerza a la ética del orden que es arable del Capitalismo en cuanto sociedad de dominación.”
(Rebellato, 1995:67).

Plantea la importancia de la institución del mercado, el cual se ha convertido en *“principio ético fundante”*. En relación a esto el autor dice que la creatividad tiene un valor instrumental, la cual cobra importancia cuando sirve al mercado.

Los tres modelos tanto, Estado omnipotente, Iglesia como única institución verdadera, o Mercado como mecanismo mágico de autorregulado, apuestan a una institucionalidad perfecta.

Rebellato (1995) expresa: *“que fuera de esta institucionalidad perfecta no hay salvación, no hay verdad, no hay ética”*, lo institucionalizado controla y ahoga las fuerzas de lo instituyente, ahogando de esta manera la fuerza de la vida y la expansión de las potencialidades.

El autor hasta aquí citado recoge en su texto las ideas de Cornelius Castoriades que parece interesante retomarlas.

Lo que manifiesta Castoriades es que lo que mantiene unida a la sociedad es la institución, el mundo institucional en palabras del autor, se impone mediante la coerción, pero también las Instituciones se imponen también mediante la adhesión, el apoyo, el consenso, la legitimidad y la creencia.

Ahora bien, si incorporamos la postura de Castoriades es aquí, que interesa plantear y pensar respecto al:

“si la autonomía es expresión de la autoinstitución de una sociedad, la alineación en cuanto negación de la autonomía es el resultado de la represión de nuestra potencialidad de autoinstituirnos”.
(Castoriadis apud Rebellato, 1995: 70)

Se interpreta que, si una sociedad que ya se encuentra autoinstituida, si la sociedad no posee autonomía porque niega la posibilidad de tenerla, no puede autoinstituirse por que cree que carece de esta.

“el miedo a la marginación se hace insoportable. Es el miedo a la soledad y a la muerte. Frente a esto, muchos prefieren la renuncia a la libertad. Es mas soportable vivir dentro del orden, aun cuando apenas pueda sobrevivir. El orden es omnipotente en su discurso; le exige a las alternativas que den respuesta a todo. No respeta ritmos no tiempos; en esto es consecuente porque tiene respuestas para todo. El orden es armónico, es estético, establece equivalentes y correspondencias, es equilibrado. Como tal, produce placer, el placer de la dependencia, de la protección, de lo que esta ya definido. Se trata de un placer que hace soportable la vida, aun cuando se logre a costas de la vida misma” (Rebellato, 1995: 78)

La importancia de orden, de lo instituido, de la norma, del deber ser, parece dar a la sociedad seguridad, donde todo esta bajo control, no existen amenazas.

Salir de este orden implicaría una relación costo-beneficio donde tengo protección pero no libertad. El cambio sólo tiene incertidumbre e inseguridad. Se cree ésta debe ser una de las principales causas por las que existe una fuerte resistencia al cambio.

Resulta interesante desde los aporte conceptuales de Heller rescatar el concepto de valor, entendido como:

*“a todo lo que pertenece al ser específico del hombre y contribuye directa o indirectamente al despliegue de ese ser humano... se puede considerar valor todo aquello que, en la esfera que sea y en comparación con el estado de cada momento, contribuya al enriquecimiento de aquellas componentes esenciales; y se puede considerar desvalor todo lo que directa o mediatamente rebaje o invierta el grado alcanzado en el desarrollo de una determinada componente esencial. **El valor, es pues, categoría ontológico social;** como tal es objetivo; no tiene objetividad natural – sino solo presupuestos o condiciones naturales-pero si objetividad social. (Heller, 1972: 24)*

Recuperar el concepto de valor como componente esencial del ser humano, incorporados a lo largo de nuestra vida, nosotros como Trabajadores Sociales trabajamos con valores humanos que se reflejan en nuestro quehacer Profesional

Tomando en cuenta lo antedicho, resulta fructífero incorporar algunos aspectos del Código de ética profesional, código que contribuye a sostener una práctica ética responsable y comprometida.

“el código de ética también deriva del análisis de algunos cambios contemporáneos producidos en la realidad

social y en las condiciones de vida de los sujetos con los cuales nos vinculamos profesionalmente. Los cambios en el tratamiento de la “cuestión social”, y en la naturaleza y legitimidad de las políticas sociales- que determinan y moldean la inserción socio- técnica del Servicio Social-, establecen nuevos limites pero abren igualmente nuevas posibilidades para nuestra profesión.” (Código de Ética)

Vale decir que:

“Entendemos la ética como un espacio de reafirmación de la libertad, por lo tanto, como posibilidades de negación de los valores mercantilistas, autoritarios, utilitarios e individualistas que funden la moralidad dominante en la sociedad capitalista. Como profesionales, tenemos la responsabilidad de defender una ética que reafirme la capacidad humana de ser libres, o sea de escoger conscientemente, con protagonismo, las alternativas para una vida social digna (...). Pero es necesario establecer mediaciones de esa proyección social en la profesión, o sea traducir los valores de emancipación humana en la practica cotidiana”. (Código de Ética)

Como principios y fines fundamentales, se considera rescatar:

- 3- *“Compromiso con el pleno desarrollo de los Derechos Humanos de individuos, grupos y otros colectivos, reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y otros acuerdos internacionales derivados o complementarios de la misma.” (Código de Ética)*

En relación con los/las usuarios/as y los sujetos de la acción profesional:

Art 17- *“Reconocer la vulnerabilidad y dependencia de los sujetos, particularmente aquellos en condición o situación de mayor desprotección, discapacidad, exclusión o desposesión, respetando, defendiendo y promoviendo su dignidad y derechos.”*

Art 18- *“Contribuir para la creación de mecanismos que faciliten la desburocratización de la relación con los usuarios/as, buscando hacer más transparente, ágil y efectiva la prestación y el acceso a los servicios.”*

Art 24- *“Mantener una perspectiva crítica respecto del Proyecto o fin socio-político y cultural que tiene la Institución, contribuyendo al cambio en la correlación de fuerzas institucionales, apoyando las legítimas demandas e intereses de la población usuaria.”*

En cuanto a los aportes que realiza Rebellato, se expondrá las ideas que se cree podrá enriquecer el quehacer del Trabajador Social, y contar con la posibilidad de incorporar dichos aportes como insumo teórico y práctico. Se trata de dar respuesta o aproximarnos a estas interrogantes de carácter fundamentalmente ético.

Una de las aristas a considerar es que la práctica social esta enmarcada en un proceso de cambio.

Rebellato dice respecto a las prácticas sociales:

“su aporte específico se descubre a partir del aporte de todos a la lucha por la transformación y la liberación. Pensemos por lo tanto en un Trabajo Social transformador.”
(Rebellato, 1989:133)

Toma aspectos de la historia y por ende el surgimiento del Trabajo Social las condiciones en las que emerge, las distintas posturas en relación a la concepción del mismo.

“las exposiciones referidas al Servicio Social, en general parten de la reconstrucción de su proceso histórico. Algunos autores hablan de la concepción beneficiar, la paramédica, la aséptica, la desarrollista, el intento de reconceptualización, y de un Servicio Social con un fundamento antropológico dialéctico. Otros exponen una concepción del Servicio Social, que avanza por etapas, pretécnica, técnica, precientífica y científica. Por fin, otros autores ponen el acento en las sucesivas ideologías del Servicio social: la ideología liberal, la desarrollista y la revolucionaria.” (Rebellato, 1989:133)

Con el fin de rever las intervenciones del Trabajador Social, es el hecho que se coloca en la filosofía del Servicio Social, “aquí y ahora”, es la tarea de desideologizar la profesión del manto liberal, subjetivista y positivista que la ha “tapado” y proponiendo, “reideologizarla sobre la práctica teórica específica, actualizada y comprometida.” (Rebellato, 1989,134)

Hacer hincapié en el papel relevante que juega la ética, entendiendo la misma desde una perspectiva emancipadora, donde al incorporar ésta, en el desempeño de Trabajo Social, buscará transformar las relaciones sociales existentes.

Se cree válido traer a colación y recordar, lo postura de Netto citada en el capítulo I, proponiendo una razón con un componente liberador y emancipador, propuesta que entrecruza y se relaciona con lo que se ha desarrollado hasta aquí.

Acota Rebellato que todos los modelos de Trabajo Social hacen referencia a concepciones del mundo, del hombre, de la sociedad, de forma

explícita o implícita, por ende apoyados en valores éticos y tienen una infraestructura axiológica.

Considera al respecto, como aporte central de la ética desmitificar esos modelos, revelando los universos simbólicos éticos en los que se apoyan.

Continuando en esta misma línea de análisis, se introduce lo ya expuesto en el párrafo anterior, tomando como “principio” fundamental la perspectiva emancipadora que propone Rebellato, dentro del marco institucional, marcando desafíos y limitaciones.

Pero si se parte de la base que se interviene en una realidad que se encuentra en constante cambio, en una continua metamorfosis, las transformaciones se manifiestan de forma vertiginosa, caracterizándose por ser cada vez más complejas y heterogéneas, desde el punto de vista de las Instituciones llevan a “distorsionar” su especificidad inclusive el sentido de la intervención. (Carballeda 2005).

Si traemos la discusión del Proyecto Moderno y Posmoderno, es evidente lo que Carballeda plantea, respecto a la capacidad de la Institución de dar respuesta, debido a que existe una “inaplicabilidad” del Proyecto Institucional por una evidente falta de actualización.

En principio, cabe destacar que las instituciones, por definición no se plantean estrategias transformadoras, punto fundamental para trabajar:

“en Instituciones se identifica, según esta óptica, con trabajar dentro del sistema.”(Rebellato, 1989: 152)

Rebellato dice al respecto:

“las transformaciones de una sociedad se operan también y necesariamente en las Instituciones, a riesgo de convertirse en propuestas puramente utópicas, sin ningún tipo de mediación. Mas aún, la lucha por la transformación de la sociedad debe darse desde ya, en las propias instituciones del sistema, que

además nunca quedan ajenas a esta lucha. Sabemos, por supuesto, que es una tarea riesgosa porque puede terminar en que el profesional, animado por una opción de cambio, termine transformado.....por el sistema que quiere cambiar.” (Rebellato, 1989: 154)

El quehacer profesional mantiene y reproduce un modelo hegemónico que atraviesa y está continuamente mediando.

3.1. ¿Qué hacer para no ser funcional al sistema?

Efectuar una práctica crítico-reflexiva. Se entiende que para lograr intervenir desde una ética liberadora, trabajar con la autonomía del sujeto, ayudando a la autogestión, guiando y no anulando al mismo, sería buen comienzo.

Tener presente que:

“la Intervención, implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese “otro” sobre el que se interviene. Desde esta perspectiva, la Intervención como campo es un lugar de construcción de creencias, hábitos, y modalidades de hacer. La intervención es también un lugar de certezas e incertidumbre. De ahí que la Intervención involucre un compromiso ético. Dado que se interviene no solo sobre los problemas sociales, sino en función del padecimiento que estos generan.”(Caraballeda, 2005)⁴

En cuanto a una práctica profesional mediada por los fines que la Institución persigue, y el atravesamiento de la tarea del Trabajo Social, es

⁴ Extraído de revista Margen N° 48. Lo social de la intervención. El proceso de análisis en Trabajo social. 2005.

fundamental rever el posicionamiento de la profesión dentro de un orden instituido como es en este caso la Salud, las posibilidades y limitaciones que ésta establece, lleva a repensar una intervención con un sentido ético, que intenta decir, no perder en el quehacer profesional “el cómo y para quién” se interviene.

Vale mencionar:

“Reconocer en la práctica la funcionalidad al sistema como parte de nuestra identidad profesional, nos permitiría saber muchas veces la posición en que estamos situados, tanto respecto a la lógica del poder como de los límites y alcances posibles de nuestra praxis. La autocrítica profesional y no una cuasi-excursión teórica nos permitiría hilar a través de nuestra propia experiencia las contradicciones cotidianas a las que estamos sujetos.” (Carballeda, 2005)

Capítulo IV. Hacia una nueva Intervención. Buscando alternativas

Surgen nuevas formas de pensar y repensar el tratamiento, en lo que se relaciona al “loco”, en principio a la concepción del mismo, encontrando una alternativa de trabajo y de intervención en esta área.

La finalidad es contar, de esta forma con un conocimiento innovador y alternativo de trabajo que posibilite cuestionar y reflexionar sobre las antiguas y presentes prácticas que se llevan a cabo actualmente.

Las nociones de lo “normal” y “patológico”, son planteadas respecto a dos tipos de alienación una “mental” y otra “psicológica”, frente a esto expresa:

“al hacer de la alienación social la condición de la enfermedad, disipamos de un solo golpe el mito de la alienación psicológica, que haría del enfermo un extranjero en su propio país; escapamos también a los temas clásicos de una personalidad alterada, de una mentalidad heterogénea y de mecanismos específicamente patológicas”. (Foucault, 1991: 117)

Se interpreta, que esta alienación social, es el escenario de origen de la enfermedad, descartando los factores de carácter orgánico de esta personalidad, su punto de partida son las contradicciones del medio y no reducirla sólo a los aspectos orgánicos y psicológicos, traducidos estos, en la alienación psicológica, característica de la concepción clásica.

“es imposible examinar los procesos patológicos, separadamente de los procesos normales, cuyos mecanismos básicos son los mismos”. (Foucault, 1991: 117)

Frente a esto, el análisis de Pavlov expresa que, las enfermedades mentales son de la personalidad toda, y que tienen su origen en las condiciones reales de desarrollo y de existencia de esta personalidad, lo cual no puede quedar reducido sólo al aspecto fisiológico tal como fue expresado anteriormente.

Si las condiciones de desarrollo reales y de existencia son de las cuales emerge la enfermedad, se puede decir que, uno de los puntos a trabajar es transformar estas condiciones reales de existencia.

Foucault (1991) manifiesta que el sentido de la alienación se encuentra en las prácticas médicas clásicas, cuestionando la intervención tanto desde la psiquiatría con procedimientos tales como, electroshock, lobotomía, como del psicoanálisis el cual trabaja con el inconciente, y por ende no penetra en los mecanismos internos de la enfermedad.

Cabe señalar que estos aspectos, están presentes en las intervenciones actuales en el área de salud mental, donde los síntomas del paciente descompensado que ingresa al Hospital son “aplacados”.

Si las condiciones de desarrollo reales y de existencia, son de donde emerge la enfermedad y las condiciones del medio muchas veces facilitan la emergencia de ésta, resulta fundamental rescatar la historia de vida del que padece, es en este aspecto que deberíamos profundizar la subjetividad que emerge en esa historia de vida en particular. No quedando reducido el “loco” a la sintomatología que presenta.

Cuando se realiza una entrevista evaluando las alternativas de alta, resulta difícil, tener en cuenta “la voz de loco”, en primera instancia, los recursos son escasos para dar respuesta a la diversidad de las demandas.

Resulta frustrante adecuar al paciente al recurso cuando debería ser al revés, se transforma en la adecuación de lo inadecuado. Luego el saber médico debe avalar, la viabilidad de la decisión.

Esto lleva a plantear la función de mediador, del Trabajador Social, entre: paciente-Psiquiatra-familia.

Cabe señalar, que en esta “mediación”, siempre se trabaja desde la contradicción, donde la idea básica es considerar y contemplar en la medida de lo posible, como ya fue mencionado el deseo del paciente.

Ahora bien, cómo puede ser pensada una Psiquiatría Social, donde las alternativas y experiencias impulsadas y llevadas a cabo por Laing y Cooper en contraposición a la Psiquiatría clásica.

Devolver al paciente a la comunidad de la cual es emergente, es una interpretación precisa según Bauleo el que se pregunta ¿Cómo realizarla?

La relación usuario y servicio, la interacción entre ambos, es un aspecto que destaca Basaglia el cual manifiesta lo siguiente:

“Es la institución la que en sus formas de interacción con los usuarios entra constitutivamente en el proceso de génesis de la Demanda.” (Basaglia apud Bauleo, 1987:14)

No escapa al planteo de Basaglia, la teoría de la organización, donde en la interacción usuario-organización, los usuarios retornan sobre la organización los propios fines de la misma y los reafirma como partes intrínsecas. (Basaglia apud Bauleo, 1987)

Esta práctica anti-institucional no manicomial, promovida por Basaglia se dirige y pone el acento en la relación usuario-servicio, con el objetivo de romper una racionalidad instrumental, donde la realidad histórica obliga a repensar sobre otro tipo de psiquiatría, no manicomial.

El autor hace hincapié, que la necesidad de romper con esta lógica se inscribe en el mecanismo de la oferta y la demanda, estando la oferta incluida en la constitución de la demanda.

“La población demanda, una atención en la cual ya esta interiorizada aquella oferta que la institución suministro a esa población.” (Basaglia apud Bauleo, 1987: 26)

4.1. ¿Pero que será una Psiquiatría sin manicomio?

El manicomio es parte de lo introyectado, se encuentra arraigado en el imaginario social, es parte constitutiva de la identidad del sujeto, ejerciendo una fuerza ideológica determinando comportamientos, relaciones y códigos. (Bauleo, 1984).

Tomando en cuenta un aspecto que no es menor referido a la inserción social del paciente, cuando se habla de reinsertar al paciente a la comunidad, no es sólo “devolverlo”, es necesario transformar, el contexto del que partió, para que no suceda lo mismo.

Plantea un trabajo de campo, donde se maneja la idea de una psiquiatría territorial, donde el trabajo se establece por una organización ambulatoria, de centro diurno y comunidad.

Destaca la importancia de la participación ciudadana, incorporando en estas prácticas la información, la cual permitirá al parecer, una mejor integración del “loco” y facilitará la desnaturalización de los significados a romper con esta falsa conciencia y preconceptos que existen del enfermo psiquiátrico.

Esta línea de pensamiento, critica la idea de concebir al individuo, dividido en tres instancias, bio-psico-social, sino que se enmarca dentro de la concepción pichoneada, rescatando las tres áreas de expresión fenoménica, la cual posee una idea totalizante, considerando al hombre como una unidad.

Las nociones de salud y enfermedad no escapan a esta propuesta, considerando interesante, exponer lo siguiente:

“históricamente la noción de salud parte de una negación; la no existencia de síntomas orgánicos o psíquicos hace que se considere al individuo como sano, no síntomas, no signos de enfermedad se instala como una presencia, la salud es una ausencia”. (Basaglia apud Bauleo, 1987:21)

Es difícil definir que es la salud, se interpreta que desde esta postura la salud será siempre una nueva experiencia:

“la definición se establecería a partir de las condiciones de posibilidad que cada comunidad ofrece para producir aquella salud.” (Bauleo, 1987: 23)

Pensando al tratamiento médico del enfermo psiquiátrico, Bauleo realiza algunas apreciaciones que vale la pena nombrar - si se toma la variable tiempo-espacio- actualmente las internaciones en instituciones psiquiátricas tienen un período de internación pensado entre una y ocho semanas.

La hospitalización además, rompe con la vida cotidiana del paciente, se rompe con una rutina, relacionado a esto, el autor basado en su experiencia manifiesta que depende de los personajes terapéuticos, ya sean estos, médicos, psicólogos, enfermeros, lo cual posibilitará o imposibilitará que este contexto nuevo funcione.

La propuesta, se basa en un trabajo de grupos terapéuticos de comunidad, estableciendo una forma de trabajo que alteraría la vida cotidiana, donde el proceso de llevaría a cabo en hospitales de día y de forma ambulatoria, y por consiguiente disminuye la estigmatización que trae aparejado la hospitalización.

Otra de las apreciaciones a tener en cuenta es el encuadre institucional:

“la institución no solo determina desde afuera, aquellas prácticas, sino que las atraviesa de mil maneras, y muchas veces esas mismas prácticas son emergentes de situaciones (o problemas) institucionales.” (Bauleo, 1987:96)

Un aspecto interesante es que, esta concepción de enfermedad lleva a buscar nuevos métodos de terapia y de investigación, se realizará la

descripción de una de estas propuestas con el fin de contrastar las prácticas convencionales en el área.

En principio, se puede decir que:

“las concepciones de la salud y la enfermedad que se producen en una sociedad en un cierto momento de su historia son parte del universo cultural de esa formación social. Se articulan con las concepciones del hombre, de la sociedad y de la vida que caracteriza a esa sociedad y que, a su vez, están determinados por factores de índole económica y política.” (Giorgi, 1988: 137)

La Salud Mental en Uruguay destaca algunos de los puntos plasmados en el Plan Nacional de Salud Mental, el cual a su parecer es “utopía pura”, plantea que esto sólo podría concretizarse, partiendo de la elaboración de una estrategia que tome en cuenta la confrontación entre la propuesta que el Plan encierra y las resistencias al cambio.

Esta resistencia al cambio estaría cristalizada por la postura Basagliana no manicomial, la des-hospitalización, donde el cambio implica incertidumbre, traduciéndose en la tensión entre lo viejo y lo nuevo.

En lo que respecta a la ubicación de la sala de Psiquiatría de Paysandú, resulta interesante mencionar, que la misma se encuentra aislada del resto de la infraestructura hospitalaria, pero dentro del predio.

Si se piensa en la ubicación física en la que se encontraban las infraestructuras destinadas a la atención de la salud mental décadas anteriores, aún hoy se encuentran lejos de la ciudad, reafirmando en cierta forma la *exclusión* no así a la *inclusión*.

Lo que se ha desarrollado en este capítulo, motivado por la búsqueda de otras prácticas Psiquiátricas, en pos de la salud mental, si se realiza la comparación entre estas prácticas innovadoras y las clásicas, son más que

elocuentes las diferencias, donde existe un modelo de Psiquiatría clásica arraigada en la cultura, dificultando este hecho dar paso a nuevas propuestas.

Se toma de la Antipsiquiatría la importancia de los cambios que se deben propiciar en la comunidad cuando el paciente es “devuelto” a su hábitat, fundamentalmente en el núcleo familiar, donde se cree fundamental efectuar un trabajo de sensibilización y concientización, a través de canales de comunicación que contribuirá a romper con la imagen negativa que se tiene del enfermo mental.

Se cree utópico, el hecho de una Psiquiatría no manicomial, la internación es necesaria en mucho de los casos, pero pueden disminuir los posibles reingresos, si se trabaja con la familia y la comunidad brindando herramientas que fundamentalmente radica en la información.

Se remite específicamente a la explicación del diagnóstico clínico, del paciente, brindando pautas que facilitarán el manejo de determinadas situaciones que se pueden presentar luego del egreso, apostando a consolidar este aspecto y comenzar a trabajar en este, donde el Hospital, pasará a ser sólo un recurso, pero no el principal.

Respecto a la intervención desde el Trabajo Social:

“Se debe replantear la mirada del diagnóstico actual, que apunta a concebir tan solo la patología del sujeto, su enfermedad como algo estático y dado, definiendo al sujeto desde el lado de lo que carece. El trabajador social en todo caso, debiera tomar un rol más activo y crítico en este proceso, intentando dar cuenta en el diagnóstico de las capacidades y recursos de las personas, como del dinamismo del proceso salud-enfermedad” (Busto y Mantilla, 2002)⁵

⁵ Extraído de Revista Margen N° 26. Primeras jornadas de la residencia de trabajo social: Reconstruyendo 10 años de Historia. “La pata que no habla” Acerca de lo social en salud mental. 2002

Como punto de partida, descubrir de forma conjunta con el paciente, sus potencialidades e incorporar en los talleres de rehabilitación, las propuestas que surgan.

De esta forma se innova y se lleva a cabo, un trabajo que contempla su deseo, se lo tiene en cuenta y se logra su participación en actividades que contienen aspectos de su subjetividad.

Con esto se recupera su autonomía y su capacidad de decidir y de proponer, y no sólo la aplicación de un programa de rehabilitación ya predeterminado. Aunque la resistencia al cambio y a lo alternativo también se encuentre presente aquí.

Reflexiones Finales.

En el presente trabajo se intentó contextualizar la salud mental y su devenir, mediado por un Proyecto Moderno y Posmoderno, y sus consecuencias e incidencias en la temática en la actualidad.

Lo que incentivó a realizarlo así como la elección de este tema de análisis, es la experiencia en esta área, en una sala de Agudos del Hospital de Paysandú.

Repensar la intervención del Trabajo Social en Salud Mental, la escasa o nula preparación para intervenir surgiendo una infinidad de interrogantes, reduciéndose las intervenciones a meros “parches asistencialistas”. La insatisfacción que genera el dar respuesta desde la inmediatez, la presión por la falta de camas, con una sobrecarga del Servicio, etc.

Esta frustración e insatisfacción, propicio la búsqueda de nuevas alternativas, dentro de un encuadre Institucional, que tome en cuenta la participación y refuerce la autonomía del paciente en intervenciones pequeñas.

Se evidencia en la práctica en esta área, la falta de información, ya sea para con la familia y la comunidad y la concientización de que el paciente padece una enfermedad mental, es decir que esta enfermo.

Por lo tanto, se considera necesario crear espacios, instancias, que sean útiles para brindar pautas o herramientas que le permita comprender y por ende manejar situaciones que muchas veces generan estrés, y no llegar al punto de la Institucionalización del paciente.

Se debe crear una instancia, para que familiares, vecinos, “descarguen” sus ansiedades, temores y el “ya no puedo más con él/ella”, prevenir de alguna forma que esto no suceda, lo cual trae consigo el abandono y como consecuencia la ubicación del paciente en casas de salud o Instituciones asilares para crónicos.

Se entiende la complejidad en la aceptación de la enfermedad por parte de familiares y mucho más si a esto le sumamos la enfermedad mental con todos los estereotipos que la circundan. Esta concientización se encuentra en el deber ya que no se lleva a cabo, sólo con los pacientes que concurren a los talleres de rehabilitación.

Ahora bien, se incorporan en el último capítulo, los aportes de la Antipsiquiatría, porque se cree que el origen de las patologías psiquiátricas no sólo es de índole orgánica, sino que el medio propicia o favorece el surgimiento de éstas.

Parece crucial el destacar la importancia de las historias de vida que presentan cada uno de los pacientes, y traen en cada entrevista, tales como situaciones de abuso, maltrato, violaciones, generalmente en la infancia o adolescencia, las que pueden derivar en patologías graves.

Es efectivo rescatar y tener presente, que cada uno de estos hechos son vividos de una forma particular, las diversas formas de sentir y de manifestarse, son reunidas por una Psiquiatría Clásica, englobando determinadas características clasificando, agrupando y por ende homogenizando, cristalizándose en diagnósticos clínicos.

La Psiquiatría Clásica recupera la historia de vida del paciente, pero no enfatiza en ella, sólo trata la sintomatología que presenta.

La postura de la antipsiquiatría, propone y resalta la importancia del medio y la comunidad y al momento de “devolver” el paciente al mismo, sugiere que se deben cambiar las condiciones de existencia de este medio que lo rechaza, que le teme y que en reiteradas ocasiones solicita que las internaciones sean más prolongadas por la tranquilidad que les brinda el paciente en sala, quizás esa comunidad es la misma que creó las condiciones para que el sujeto ahora se haya convertido en paciente.

En cambio con la institucionalización en el manicomio se controlan y ordenan estas conductas desviadas, se normaliza y condiciona lo que debe

sentir, para que pueda “funcionar” en comunidad, dentro de los parámetros de la normalidad.

¿Qué tiene el afuera para el paciente? Al parecer privaciones, óseo, tabaco y maté, o buscar ese tercero que continente, el cual servirá como “habilitador” del ejercicio de determinados roles que sin este no sería capaz de ejercer, roles tales, padre, madre, etc.

El posicionamiento del Trabajador Social, en la Institución específicamente en esta área, lleva a replantearse desde el punto de vista ético, el cómo y el para quién. Una intervención ética que integre el deber ser del orden instituyente y el sujeto (paciente) para el que está dirigido el Servicio. La participación y la autonomía que se desea lograr en pequeñas intervenciones se convierten en utopías.

No escapa a lo antedicho, los escasos recursos que existen en comunidad y las alternativas para abordar cada situación, convirtiéndose en la adecuación de lo inadecuado.

Si partimos de la base que cada paciente es particular y singular, y los recursos son los mismos, es necesario hacer un alto y repensar qué tipo de respuestas se está brindando.

Esta es la realidad de nuestra salud mental, los desafíos son muchos, trabajar con el sujeto como sujeto activo en comunidad, es uno de los principales desafíos.

En lo que respecta al Trabajo Social dentro de un encuadre Institucional, si se parte de la base que los tiempos institucionales son determinantes, sumado a una la demanda “desbordante”, interesa decir que ambos juegan en detrimento a la hora de repensar e innovar las intervenciones en esta área.

Bibliografía

Arredondo, E. (2001) "*Transición Cultural en Occidente. Surgimiento de la Posmodernidad*". Psicología Social II. Documento 4.

Bauleo, A. (1984) "*Notas de psicología y psiquiatría social*". ATUEL S.A. Madrid. España.

Castel, R. (1980) "*El orden Psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*". La Piqueta. Madrid. España.

Foucault, M. (1974) "*Historia de la locura en la Época Clásica*". Fondo de Cultura Económica S.A de C.V. México.

Foucault, M. (1991) "*Enfermedad Mental y Personalidad*". Paidós. Barcelona. España.

Foucault, M. (1970) "*La Arqueología del saber*". Siglo Veintiuno de España editores, S.A de C.V. Madrid. España.

Guattari, F. (2005) "*Posmodernidad: Pluralidad y transversalidad*". Editorial Anthoropos. Barcelona.

Giorgi, V. (1988) "*Vínculo. Marginalidad. Salud mental*". Editorial Roca Viva.

Heller, A. (1972) "*Historia y Vida Cotidiana*". Grijalbo. Barcelona.

Kosik, K. (1969) "*Dialéctica de lo concreto*". Madrid. Grijalbo.

Murillo, S. (1996) "*El discurso Foucaultiano: Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*". Editorial Oficina de Publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.

Mc Carthy, T. (1978). *“La teoría crítica de Jurgen Habermas”* Editorial Tecnos S.A

Míguez M, N. (2009) *“Construcción Social de la Discapacidad”*. Ediciones Trilce. Montevideo, Uruguay.

Ortega, E. (2008) *“El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista”*. Ediciones Trilce. Montevideo, Uruguay.

Rebellato, J, L. (1989). *“Ética y práctica social”*. Editorial Eppal. Montevideo. Uruguay.

Rebellato, J, L. (1997). *“Ética de la Autonomía. Desde la práctica de la psicología con las comunidades”* Editorial Roca Viva.

Rebellato, J, L. (2000). *“Ética de la liberación”*. Editorial Nordan. Comunidad. Montevideo. Uruguay.

Rebellato, J, L. (1995) *“Encrucijada de la Ética: neoliberalismo, conflicto Norte-Sur”*. Montevideo Editorial Nordan. Comunidad.

Fuentes Documentales

Documento “Atrapados con salida” Una lectura de Des- psiquiatrización

Curso de Actualización profesional- Área Salud. 23 de Noviembre de 2007, Montevideo.

Código de Ética para el Servicio Social o Trabajo Social del Uruguay. Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay. 2001.

Busto, C y Mantilla M, J. (2002) Primeras jornadas de la residencia de trabajo social: "*Reconstruyendo 10 años de historia. "La pata que no habla". Acerca de lo social en salud mental*". Revista Margen N° 26.

Berdía, A. (2009) "*Vida Cotidiana: categoría central para el abordaje profesional*". Revista Fronteras N° 5.

Carballeda, A. (2005). "*Lo Social de la Intervención. El Proceso de Análisis en Trabajo Social*". Revista Margen N° 48.

Gadea, C, A (2009) "*Vanguardias político- culturales y la prehistoria de lo Posmoderno en América Latina*".
<http://www.uaemex.mx/plin/colmena/Colmena41/Aguijon/Carlos.html>.

Mitjavila, M. (1998). "*El saber médico y la medicalización del espacio social. Departamento de Sociología*". Facultad de Ciencias Sociales. Documento de trabajo N° 33.

Netto, J, P. (1996) "*Posmodernidad y teoría Social*". Conferencia dictada como docente de Maestría en Trabajo Social el 29 de agosto de 1996. ADASU, FCS-UDELAR; Montevideo. Uruguay. Mimeo