

Reflexividad vs. Neopositivismo. Análisis de la práctica profesional.**Autor/es:****Lidia Abel CONICET (IDES)****Clara Weber UNLP (FTS) – UNLu****lidiaabel@yahoo.com.ar**

El siguiente trabajo realiza un análisis reflexivo de la práctica profesional llevada adelante en un hospital neuropsiquiátrico de la provincia de Buenos Aires.

La política pública de la provincia de Buenos Aires en materia de tratamiento de la salud mental está centrada en hospitales neuropsiquiátricos¹ que tienen carácter manicomial y asilar. Esto resulta la expresión concreta de la política pública destinada al área de salud mental, gestionada y vehiculizada a través de la instauración de hospitales especializados y en articulación con instituciones judiciales que consolidan y respaldan una forma hegemónica para atender las problemáticas sanitarias en un momento histórico determinado. (Menendez, 2005.)²

1 En la provincia de Buenos Aires hay sólo tres hospitales interzonales especializados, esto quiere decir que todos ellos cuentan con más de mil camas de internación, se encargan de dar respuesta a la demandas relacionadas con patologías psiquiátricas de todos los pobladores de la provincia; además son hospitales-escuela.

2 Menéndez, Eduardo (2005) , “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, en Revista de Salud Colectiva, volumen 1, número 1, La Plata.

La modalidad de asistencia a la salud mental ha sido construida socialmente como respuesta a los problemas de salud/enfermedad mental.³ (Menendez, 2005.) La lógica médico-hegemónica centra su accionar en la disminución y/o contención de la sintomatología propia de la enfermedad mental a través de la administración de psicofármacos, es decir se aborda la situación sólo en términos de enfermedad, lo que termina ocultando todos aquellos aspectos que permiten la emergencia del sujeto (Goffman, 1994). Además el médico es concebido como el único profesional capacitado para establecer el diagnóstico y llevar adelante el tratamiento psicofarmacológico; en este tipo de instituciones esto quiere decir que el médico es entendido como la autoridad que finalmente regula todos los aspectos de la organización del trabajo institucional. ⁴ Es decir el saber médico no se apropia de todo el proceso s/e/ at, sino que instituye su hegemonía respecto de los otros saberes que operan respecto a estas cuestiones. Sin embargo existe una invisibilización constante en el papel de los sujetos y de las condiciones sociales en los procesos de atención médica en pos de imponer una visión médica "autónoma, profesional y científica" En este sentido la estructura de la organización del trabajo manicomial en un hospital especializado / monovalente : "urgencia, agudos, subagudos y crónicos" reproduce lo que para la lógica psiquiátrica es la evolución de la enfermedad.

La población que está internada en el hospital público en general proviene de los segmentos más pobres: presionados por la crisis, el trabajo mal pago o sus condiciones de vida, etc; a su vez, la mayoría de estos han agotado las posibilidades de vivir con sus grupos vinculares de origen. También, la asistencia asilar promueve un tipo de vínculo que favorece la

⁴ El dispositivo de atención médica no sólo es estructurado por el saber médico (aunque en su apariencia se presente de esta manera) sino que se fundamenta por instancias jurídicas aplicadas por el Estado y se legitima por prácticas sociales de los distintos actores que participan del proceso. (Menéndez, 2005.)

adaptación al manicomio, que reproduce las condiciones estructurales de la propia institución y fragiliza las posibilidades de establecer relaciones sociales, familiares, de amistad por fuera del hospital.

En este contexto, y a partir de una concepción médico-hegemónica que ubica a “lo social” por fuera de la determinación de los procesos de salud/enfermedad, se le asigna al Trabajo Social la función de resolver aquellos aspectos de la vida del internado “que estén por fuera del hospital”. En esta lógica, lo que se denomina como “lo social” adquiere autonomía propia sin vinculación con el espacio institucional, sino que resulta externo al tratamiento y es de lo que debe ocuparse el Trabajador Social. Esto se expresa en la asignación de actividades que se vinculen a la búsqueda de “soluciones” que propicien la externación de los internados, y al mismo tiempo, alivien el trabajo del médico.⁵

Además, el Trabajador Social, el cual actúa subordinado a la psiquiatría como organizadora del sector, se ocupa de todas las cuestiones generales y contextuales que escapan al plano biológico o psicológico, que no son atendidas por otros profesionales y que podrían perjudicar o alejar al internado del tratamiento (Bisneto, 2005)⁶. Bisneto analiza, al Trabajo Social le corresponde trabajar para el proceso terapéutico, en términos médicos esto sería, para mantener al sujeto dentro de este proceso, adecuándolo a la lógica de la psiquiatría y de la institución manicomial (en consecuencia de la política pública del sector).

El trabajo social ocupa un lugar de subordinación en el ámbito socio-ocupacional, con lo cual queda sujeto a un terreno de ambigüedad.⁷

5 En la lógica médica predominante, la externación coincide con el alta médica en términos de concepción.

6 Bisneto, José Augusto, “Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental” en Serviço Social y Sociedade, número 82, año XXVI, julio de 2005, Cortez Editora.

7 conformada por autonomía/subordinación

Para Bisneto, son esas mismas restricciones las que permiten cierta apertura en la práctica profesional; la posibilidad de leer la pluralidad de intereses, de poderes y de ideas permite que el trabajo social tenga su espacio y su grado de autonomía para proponer estrategias profesionales. 8

Preocupaciones metodológicas : Neopositivismo vs. Reflexividad

En el campo del Trabajo Social han existido múltiples esfuerzos para correrse del positivismo como perspectiva dentro de la cual surgió la profesión⁹, y como forma de contraponerse a esta se apela al “proyecto profesional crítico”¹⁰; ambas concepciones se desdibujan en el análisis de la práctica profesional y, a fuerza de la repetición de sus enunciados, se limitan a leer la realidad de una manera unilineal y dogmática sin atender a las particularidades que nos presenta la institución y los sujetos con los que trabajamos.

Sin embargo, a pesar de los intentos, los postulados del positivismo subyacen en modos más o menos velados y no dejan de ser ejercidos/producidos dentro del Trabajo Social. Así, identificamos como neopositivismo de las categorías analíticas al carácter abstracto, universal e instrumental de los análisis de las prácticas profesionales.¹¹ El neopositivismo se atomiza/ entifica en discursos políticos ideológicos que no aportan al análisis de la práctica profesional. Por lo tanto, cuando

8 “...el asistente social tiene las limitaciones que los recursos institucionales imponen y las finalidades que los dueños (del establecimiento o del saber psiquiátrico) estipulan para su actuación.”

9 El Positivismo es una corriente teórica, cuyo postulado principal, señala que el conocimiento científico es universal y atemporal, lo que le otorga validez a los conocimientos en cualquier circunstancia o contexto. Ver: Comte, A, (1979), La teoría social del positivismo, México: Porrúa, p.39.

10 La profesión ha cambiado estructuralmente ligada al desarrollo de la teoría crítica y la perspectiva marxista, en particular a partir de los años 70, lo cual ha permitido la profesionalización, la consolidación teórica y un alejamiento de las corrientes empiristas en su interior, y ganar un status diferente en relación con otras disciplinas de las ciencias sociales.

11 El neo-positivismo, como corriente idealista subjetiva de la filosofía en el siglo XX expresa que el conocimiento sobre la realidad se da tan sólo en el pensar cotidiano o concretamente científico y no hace extensivo el análisis filosófico a los objetos reales. Marcuse, M. (1972), Razón y Revolución, Madrid,. Alianza Editorial, pp. 330-336. Tomamos este término para nombrar un movimiento dentro de los análisis del campo del Trabajo Social.

decimos *neopositivismo*, nos referimos a las manifestaciones actuales que nos remiten a los postulados comtianos, que establecen entre la teoría y la práctica una relación autoritaria de regente y regido; esto es, la teoría manda porque posee las ideas y la práctica obedece y se subordina; la teoría es, por su extremo, objetiva, independiente de cómo vivan los individuos; de ahí que no se considere a los estados subjetivos de los mismos. (Chauí, 1984.)

Quiroga (2000)¹² sostiene que las reinterpretaciones, adecuaciones teóricas y los recortes que fuerzan los análisis para que la realidad estudiada coincida con la idea que tenemos de ella, es un movimiento de la sociedad, que también ocurre al interior de las ciencias sociales. En el mismo sentido, lo “revolucionario” invade el análisis de las prácticas profesionales con una dificultad para pensar las mediaciones necesarias que permitirían instrumentar la práctica y desarrollar estrategias metodológicas en el trabajo cotidiano. Suele apelarse a la idea de totalidad para dar a entender que el mundo social es tan complejo como su comprensión, sin embargo, esta apelación se convierte en una búsqueda lineal de las “causas” de las situaciones que tienen lugar cotidianamente.¹³ Este abuso de las premisas universales obstruye el

12 La autora denomina como invasión positivista en el marxismo a los recortes, desarrollos y transmisión de las diferentes teorías interpretativas de la realidad y su consecuente traducción instrumental. Quiroga, Consuelo (2000), “Invasión positivista en el marxismo: el caso de la enseñanza de la metodología en el Servicio Social”, en Borgianni y Montaño (orgs) Metodología y Servicio Social. Hoy en debate, San Pablo: Cortez.

13 Adoptar el punto de vista de totalidad quiere decir siguiendo a Coutinho (2000), aproximarse a la realidad como compleja y articulada, formada por mediaciones, contradicciones y procesos. Coutinho, Carlos Nelson (2000), “Gramsci, el marxismo y las ciencias sociales”, en Borgianni y Montaño (orgs), Metodología y Servicio Social. Hoy en debate, San Pablo, Cortez.

Nobre Pontes (2003) presenta la idea de totalidad desde la perspectiva lukacksiana, la cual es vista como “un complejo constituido de complejos subordinados”. Esta visión, se distingue de aquella que afirma ser la totalidad de la mera suma de las partes. Porque cada parte de este complejo se constituye en otro complejo que se articula a los demás por medio de múltiples mediaciones.” Lukács establece que totalidad es un complejo constituido de otros complejos subordinados, o sea, toda parte también es un todo (...)un complejo de fuerzas con diversas relaciones que actúan en conjunto. (Nobre Pontes, Reinaldo (2003), “Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social”, en Guerra y Montaño, Servicio Social Crítico: hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político-profesional, San Pablo: Cortez.

trabajo dialéctico de relacionar la universalidad-singularidad-particularidad como categorías históricas (Lukács: 1969). Es decir, hacer que las mediaciones entren en juego para permitir analizar la práctica en términos reflexivos y de esta manera poder *criticar* las propias prácticas, para que “aquello que no es posible hoy, cómo hago para que sea posible mañana?” (Malacalza: 2007: 3)¹⁴.

En este sentido, nuestra propuesta es analizar nuestra práctica profesional en una perspectiva teórico-metodológica crítica, pero entendida ésta como la posibilidad de interrogar al “mundo social”, las coordenadas institucionales y los sujetos con los que trabajamos a través de la utilización de mediaciones. Y de este modo, llevar adelante prácticas que tengan carácter de posibilidad, en un sentido histórico, no normativo (deberíamos hacer tal o cual cosa), ni declamativo (haríamos tal o cual cosa, si pudiésemos).

En el debate de la práctica profesional en una institución manicomial para pensar estrategias de trabajo, suele comenzarse planteando que el trabajo social “debería trabajar con los derechos humanos de los pacientes; aportar a transformar la modalidad de asistencia; abogar por la dignidad de los pacientes, tener un análisis crítico de la realidad, tomarlo como un sujeto histórico...”. Planteamos en cambio partir del análisis acerca de la realidad institucional y de las políticas públicas en salud mental. En el punto de inflexión entre el horizonte de nuestra práctica y lo que la realidad institucional nos presenta, ubicamos a la reflexividad como la posibilidad de llevar adelante líneas de trabajo que sean posibles dentro de los lugares de inserción socio-ocupacional.

¹⁴ Malacalza, Susana, “ La dimensión Política del Trabajo Social y su posibilidad de aportar a la construcción de políticas públicas que fortalezcan los derechos sociales”, En Seminario Internacional: Políticas Públicas, Derechos y Trabajo Social, Córdoba, Agosto. 2007.

Las situaciones de intervención del trabajo social están constituidas por una relación entre los sujetos con quienes intervenimos (los internados y sus redes vinculares, los profesionales en todas sus categorías, personal administrativo) y nosotros en tanto trabajadores sociales. Los datos que nosotros vamos a analizar para decidir líneas de acción a seguir surgen en situaciones de interacción. De esas situaciones formamos parte y accedemos a dichos datos intersubjetivamente. No nos limitamos a "informar" sobre las situaciones en las que intervenimos, sino que nuestra descripción de dichas situaciones contribuye a producirlas. (Guber, 2001)¹⁵

Además, entender el sentido que "nuestros interlocutores otorgan a nuestro rol y, por lo tanto, comprender de qué manera nos construyen (nos permite) conocer una parte del marco en el cual inscriben sus discursos y sus prácticas" (Auyero, 2005:). y las demandas al trabajo social; esto quiere decir que nuestra presencia y accionar genera las condiciones para que un tipo de demanda se habilite y no otra.¹⁶

Por lo tanto, ni la experiencia directa ni la estandarización de los procedimientos garantizan el acceso a la subjetividad o a los contextos en los que trabajamos, sino el control de la reflexividad y su articulación con la teoría social.

La reflexividad es el proceso de interacción entre nosotros y los sujetos con quienes intervenimos, y a lo largo del tiempo que dura la práctica profesional, va adquiriendo diferentes formas (perplejidad, reciprocidad, diferenciación, etc.). El desafío es elaborar líneas de acción que contemplen la perspectiva de los sujetos¹⁷ con quienes intervenimos,

15 Guber, Rosana (2001), La etnografía. Método, campo y reflexividad, Buenos Aires: Norma.

16 Auyero, Javier, "" en Revista Apuntes de Investigación N° 1, 2005.

17 En este sentido la autora define que entiende por perspectiva del actor: "el mundo social está preconstruido por marcos de sentido propios de quienes en ellos se desenvuelven, suponemos que ese mundo y esos marcos existen como objetividad social. Pero el investigador accede a ellos a

habiendo aprehendido previamente las formas en que interpretan el mundo (esto es, no sólo conocer detalles sobre la vida del otro, sino actuar en consecuencia con los deseos de un internado respecto de su externación, por ejemplo, o respetar sus tiempos, etc.). Para incorporar la perspectiva de los sujetos, es necesario someter a análisis no solo la reflexividad de los otros sino también la propia, en cuanto uno es profesional en una institución (funcionaria menor del Estado, porta un guardapolvo, subordinada a la psiquiatría, integrante del departamento de servicio social, etc.) y miembro de la sociedad, y en tanto tal uno es interpelado por los otros. (Guber, 2001)¹⁸

En la misma dirección, la operación metodológica y analítica de “problematizar”¹⁹ como complemento del análisis de la reflexividad, permite desnaturalizar los procesos sociales y sus relaciones y reformular las situaciones que se nos plantean en el trabajo. (Grassi, 1996)

De esta manera, encontramos que la búsqueda de la especificidad profesional o de aquello que nos diferencia del resto de las “especialidades”, era una tarea infructuosa, y que la potencia estaba en enfocar la tarea en las propias prácticas profesionales y su análisis. (Bisneto, 2005.) Esto es lo que permite transitar de la primera perplejidad (ante las condiciones de vida “descarnadas” y trabajo en el ámbito asilar) y la consiguiente naturalización (de dichas condiciones) a la productividad y elaboración de líneas de acción posibles.

partir de la contrastación crítica y permanente entre su bagaje teórico y de sentido común, por un lado, y el mundo empírico de la realidad social, por el otro, focalizando particularmente en la perspectiva del actor”. (Guber, 1991: 37)

¹⁸ En la investigación social y en la vida cotidiana, siguiendo a Guber, se utilizan los mismos métodos y los fundamentos epistemológicos operan con la misma lógica. La reflexividad no es una característica propia de los investigadores sino que ésta es parte de la vida social.

¹⁹ “Problematizar el “problema” que viene dado quiere decir formularse preguntas, buscar las múltiples definiciones y reconocer los sujetos de estas y los argumentos que sostienen, buscar relaciones entre fenómenos, etc.” (Grassi, Estela, “La implicancia de la investigación social en la práctica del Trabajo Social”, en Revista Margen. N° 9: 69).

Posibilidad y líneas de trabajo.

El trabajo llevado adelante en el hospital ha pretendido poner el énfasis en algunos puntos.

- Recuperar los sentidos que los internados dan a su vida, ubicando a la internación como un momento en una trayectoria mayor, de tal manera que no sea la lógica hospitalar la que lo defina sino él mismo a través de la selección de una forma de nombrarse. Por medio de abrir un lugar disponible a la escucha y al armado de un relato de su vida que sea propio. (Pollak, 2006.)

- Transformar las categorías normativas en analíticas, de tal manera que a partir de la descripción y el análisis de las situaciones de atención sea posible conocer y comprender, para no intentar adecuar la realidad a las ideas que ya tenemos de los internados y su vida y tomar, en consecuencia, decisiones por otros. (Geertz,)

- Dar visibilidad a los efectos que como profesionales tienen nuestros discursos y acciones sobre la construcción del internado en tanto sujeto y de las situaciones en que la práctica profesional tiene lugar. (Guber, 1997.)

- Explorar las concepciones en las cuales se basan las políticas públicas para a la hora de intervenir ver y no viabilizar prácticas etnocéntricas y sexistas. (Todorov, 1991)

- Entender la complejidad del funcionamiento de la institución y de las relaciones que allí se dan, con sus múltiples direcciones, con el objeto de no responsabilizar a los internados y a su grupo doméstico, de convivencia o familiar, y emitir juicios de valor, morales, de acuerdo a parámetros propios. (Jelin, 2005.)

Las políticas sociales como productoras de subjetividades

Desde el Estado los “problemas sociales” son definidos de manera esquemática y puntual, descontextualizadamente. (Netto, 1997)²⁰ En el Hospital las acciones del Estado en materia social se reducen a la provisión de “beneficios” mediante el cumplimiento de una serie de requisitos burocráticos de los que el Servicio Social “sabe” y entonces está en condiciones de “asesorar”.

Así “lo social” y por ende el Trabajo Social y sus funciones se ubican en una relación de exterioridad respecto de la atención de la enfermedad. Por un lado, se encarga de facilitar el tratamiento médico intentando alejar las situaciones que los médicos conciben como conflictivas de las condiciones de vida (a través del trámite para la obtención de recursos) que desde una perspectiva biologicista no se consideran como parte de la enfermedad. Por otro lado, se pretende que alivie la tarea del médico ocupándose de la escucha y la comprensión de situaciones que desbordan los síntomas biológicos.

Es aquí donde el sujeto pone en juego una parte de su vida cotidiana y los dispositivos del trabajo social contribuyen a la construcción de la relación entre la asistencia y el sujeto, quién se presenta como “carente” (se le pide tal presentación de modo más o menos tácito) para poder acceder a dicha atención.

Las respuestas en términos de recursos que se brindan, apuntan en su mayoría a garantizar la continuidad del tratamiento médico (acceder a resonancias magnéticas, prótesis, anteojos, pase de micros, etc.). A

²⁰ Para Netto (1997), “las secuelas de la ‘cuestión social’ son recortadas como problemáticas *particulares* (el desempleo, el hambre, la carencia habitacional, el accidente de trabajo, la falta de escuelas, la incapacidad física, etc.) y así enfrentadas”, “La intervención estatal sobre la “cuestión social” se realiza, (...) fragmentándola y parcializándola” (p. 22). Netto, José Paulo (1997); Capitalismo Monopolista y Servicio Social, San Pablo: Cortez Editora.

aquellos recursos que están asociados a garantizar las condiciones de vida y que requieren una tramitación a largo plazo (subsidios, pensiones, jubilaciones, documentos, planes sociales) se les da curso en los casos en que se evalúa que el internado es pasible de ser "externado".²¹

Los recursos materiales disponibles por la asistencia social específicos en el campo de la salud mental para sostener a una persona fuera del hospital neuropsiquiátrico se presentan aislados y disgregados, con lo cual el profesional debe apelar a un esfuerzo que integre a los mismos en una estrategia coherente en función de la evaluación que se realiza de cada situación particular con las personas internadas.

En ese contexto, las políticas públicas adquieren la forma de "beneficio" que oculta un proceso que asume la forma autoritaria del otorgamiento. (Faleiros, 2000) Entonces, el acceso a datos, a los trámites, informaciones quedan a criterios de jefes, profesionales, burócratas que detentan un poder personal que controla la circulación de personas y recursos.²²

El Trabajo Social aparece como representante del Estado, de las acciones que éste emprende en términos de "protección social"²³. La

21 La mayoría de las prestaciones a los que pueden acceder desde la institución es mediante la "certificación de su discapacidad" como requisito. Entonces nos surge la duda, si un paciente con padecimiento mental en sus diversas formas y estructuras, debería "catalogarse" como discapacitado. No obstante como la legislación en esta materia resulta ambigua en este punto y plantea como discapacidad tanto a las imposibilidades físicas como a los trastornos mentales en su amplia gama; se utiliza muchas veces este *equivoco* para tramitar recursos que resulten de algún tipo de sostén. En este punto nos surge el interrogante de que hasta que punto no resulta contraproducente para la recuperación del paciente acceder a recursos materiales por esta vía. Lo habilita a tener un ingreso pero lo posiciona en un lugar de "incapaz permanente."

22 Las políticas públicas reconocen el deber moral de prestar socorro a los pobres, "inadaptados" y locos a la vida social, pero no reconoce sus derechos sociales, el lugar de pertinencia en el escenario público, como si el padecimiento mental inscribiera al sujeto en un lugar de no ciudadano (sin derechos y sin obligaciones).

23 La protección social se liga con la idea de otorgar prestaciones sociales que garanticen a la población de menores ingresos ciertos estándares mínimos de inserción social. La política social en tanto acción organizada del Estado en materia social- pone el acento en la protección (a los "vulnerables" porque sus ingresos son insuficientes), dejando de lado la realización de bienestar, de

Política Social aparece como un listado de beneficios que generalmente son otorgados desde una perspectiva moral, en forma “de dádiva” a los sujetos. De esta manera la dinámica de la intervención adquiere “determinadas características” según el Trabajador Social que está a cargo; es decir, los criterios para otorgar o no un beneficio son establecidos por cada profesional de modo discrecional.

El trabajo social es concebido como una profesión que ejecuta políticas sociales públicas; sin embargo, en el hospital el trabajador social no sólo ejecuta sino que también le da un sentido y una forma en función de los objetivos de trabajo y el sector en el cual se interviene. La “discrecionalidad” da forma a las políticas públicas. Esto quiere decir que, como la política social en materia de salud mental está pensada de acuerdo a modelos alejados de la vida cotidiana de los/las destinatarios de dichas políticas. Depende del profesional la adaptación y el sentido que se otorga a la administración de dichas políticas en el hospital. (Jelin, 2005.)²⁴

Intentamos en la práctica cotidiana leer las implicancias y los sentidos que tienen las políticas sociales y sus prestaciones, y trabajarlo con los sujetos destinatarios. “Así, el conocimiento no es sólo un barniz que se pone superficialmente en la práctica profesional, pudiendo ser dejado de lado; sino que es un medio a través del cual es posible descifrar la realidad y clarificar la conducción del trabajo a ser realizado. En esta perspectiva, el conjunto de conocimientos y habilidades adquiridos por el asistente

los derechos de ciudadanía y de cohesión social. Las prácticas de atención pierden de vista el futuro y la posibilidad de generar oportunidades, y no contribuyen a instalar el sentimiento de pertenencia a una comunidad sociopolítica. (Serrano, Claudia(2005), “Familia como unidad de intervención de políticas sociales. Notas sobre el programa Puente-Chile solidario”, en Reunión de expertos: Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, Chile: CEPAL.)

²⁴ Jelin, Elizabeth (2005), “Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: hacia una nueva agenda de políticas públicas”, en Reunión de expertos: Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, Chile: CEPAL.

social a lo largo de su proceso de formación son parte del acervo de sus medios de trabajo" (Iamamoto, 1997:63).25

Bibliografía

- Auyero, Javier, "" en Revista Apuntes de Investigación N° 1, 2005.
- Bisneto, José Augusto, "Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental" en Serviço Social y Sociedade, número 82, año XXVI, julio de 2005, Cortez Editora.
- Borgianni y Montaña (orgs) (2000) Metodología y Servicio Social. Hoy en debate. San Pablo. Ed. Cortez.
- Chauí, M. (1984) "O que é ideologia." Sao Paulo. Abril S.A. Cultural.
- Comte, A, (1979), La teoría social del positivismo, México: Porrúa, p.39.
- GRASSI, E. "La implicancia de la investigación social en la práctica del Trabajo Social" en Revista Margen. N° 9. 1996.
- Guber, Rosana (2001), La etnografía. Método, campo y reflexividad, Buenos Aires: Norma.
- Guerra y Montaña (2003), Servicio Social Crítico: hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político-profesional, San Pablo: Cortez
- Iamamoto, M (1997) Servicio Social y División del Trabajo, Cortez Editora, San Pablo.
- Jelin, Elizabeth (2005), "Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: hacia una nueva agenda de políticas públicas", en Reunión de expertos: Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, Chile: CEPAL.
- Malacalza, S. " La dimensión Política del Trabajo Social y su posibilidad de aportar a la construcción de políticas públicas que

25 Iamamoto, Marilda (1997), Servicio Social y División del Trabajo, San Pablo: Cortez Editora.

fortalezcan los derechos sociales.” Ponencia presentada en Seminario Internacional: “Políticas Públicas, Derechos y Trabajo Social.” Córdoba. Agosto. 2007.

- Marcuse, M. (1972), Razón y Revolución, Madrid,. Alianza Editorial.
- MENENDEZ, E. (2005) , “El modelo médico y la salud de los trabajadores” en Revista de Salud Colectiva, volumen 1, número 1, La Plata.
- _____ “Modelo Médico Hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud” En Cuadernos Médicos Sociales N°33. CESS. Rosario.1985.
- Netto, J. P (1997) Capitalismo Monopolista y Servicio Social. Cortez Editora, San Pablo.
- Serrano, Claudia(2005), “Familia como unidad de intervención de políticas sociales. Notas sobre el programa Puente-Chile solidario”, en Reunión de expertos: Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, Chile: CEPAL.)
- Todorov, T. (1991) Nosotros y los Otros. Siglo XXI. México.

