

FAMILIA INVADIDA ¿CUERPOS CONTROLADOS?



Lucía Sánchez Solé⁵⁶

RESUMEN

La familia se presenta como sujeto tradicional de investigación e intervención desde el Trabajo Social. En base a ello el presente artículo propone reflexionar sobre las prácticas profesionales actuales cuestionándose sobre posibles continuidades de intervenciones ligadas al origen del Servicio Social vinculado a estrategias de control y disciplinamiento de cuerpos en el marco de procesos de medicalización de la sociedad.

⁵⁶Licenciada en Trabajo Social. FCS-Udelar. Integrante e investigadora del Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS) de la FCS-Udelar.

Actualmente se asiste a una invasión de técnicos sobre la familia pobre que, mediante un saber experto y legitimado, estipulan un deber ser sobre aspectos ligados a las capacidades familiares, ejercicio de la parentalidad, entre otros tantos.

En los últimos años varios han sido los programas considerados prioritarios desplegados a nivel gubernamental en Uruguay para trabajar con sujetos en situación de vulnerabilidad desde dispositivos de proximidad y cercanía. Consideramos que el riesgo de reducir prácticas a control y disciplinamiento de la pobreza está latente y el límite muchas veces difuso. Por tanto, se apuesta que la reflexión es ineludible si lo que se pretenden son prácticas subjetivantes que pongan en interjuego sujetos portadores de derechos, emociones, sensibilidades.

PALABRAS CLAVES

Familia, Medicalización, Intervención, Cuerpos/emociones

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge de la reflexión de quien escribe del ejercicio de la práctica profesional en el campo familiar, procurando develar, o ciertamente, plantear, algunas de las tantas interrogantes que allí surgen. En tal sentido, el tema a exponer versa acerca de los procesos higienistas que mediaron y a partir de los cuales fueron pensadas las distintas realidades familiares en su devenir histórico; realidad que no fue ajena al Uruguay ni al surgimiento del Trabajo Social como profesión. Se considera que el tema a abordar permite repensar el ejercicio profesional en la actualidad. En este sentido, es preciso plantearse una lectura crítica- reflexiva que vislumbre los aspectos higienistas que aún persisten tanto en las políticas sociales y en las demandas institucionales como en el propio ejercicio profesional.

Una mirada hacia la familia en tanto sujeto de investigación e intervención en su acontecer histórico da cuenta cómo la misma ha sido –y es- invadida por pautas, normas, saberes y técnicos. Particularmente aquí se refiere a las familias pobres, dado que, si bien el higienismo penetró las realidades de las familias pobres y burguesas, los dispositivos dirigidos para unas y otras fueron diferenciados.

Conforme con lo expuesto, la lógica expositiva en la delimitación del objeto se presenta en cuatro apartados. El primero de ellos plantea algunas consideraciones generales de los procesos higienistas, mientras que en el segundo se coloca la mirada en Uruguay, haciendo referencia a los orígenes del Trabajo Social en este contexto. Un tercer apartado procura analizar las tensiones presentes en la actualidad, surgiendo algunos interrogantes acerca de cómo se desarrolla el ejercicio profesional a partir de ello. El cuarto y último punto propone insumos a modo de reflexión de la sociología de cuerpos y emociones, desde donde se plantea que *“si se pretenden conocer los patrones de dominación vigentes en una sociedad determinada, hay que analizar cuáles son las distancias que esa misma sociedad impone sobre los cuerpos, de qué manera los marca, y de qué modo se hallan disponibles sus energías sociales”* (Scribano, 2000:30)

De este modo, como se expondrá, los cuerpos/emociones no se encuentran aislados de las políticas sociales, en tanto y cuanto, las mismas generan sociabilidades, vivencialidades y sensibilidades e imágenes del mundo. (De Sena; Sena, 2014)

Higienismo: algunas consideraciones universales

Analizar la familia como sujeto de intervención implica necesariamente considerar los procesos de higienismo a partir del cual fueron pensadas, analizadas y abordadas las mismas en su devenir histórico. Implica pensar en pasado (cómo surgen estos procesos), como en presente (cuánto de higienistas tienen las prácticas profesionales con familias en la actualidad) y futuro. Dicho análisis supone la posibilidad de re-pensar las prácticas como profesionales, habilitando momentos de objetivación ante la urgencia e inmediatez de demandas que caracterizan la cotidianidad del ejercicio profesional.

Es a finales del siglo XVIII que tiene origen la higiene pública como corriente de pensamiento, y al siglo siguiente, surge la imagen del médico de familia, el cual más allá de curar también aconsejaba e incidía en los aspectos más íntimos de la vida familiar. El médico adquiere mayores responsabilidades ligadas al establecimiento de diversas reglas que rigen tanto la vida pública como privada. La medicina comienza así a definirse como una *medicina social* que realiza un análisis de la sociedad a semejanza de un cuerpo vivo, estudiando las miserias de la familia y criminalizando el pauperismo. (Cicchelli-Pugeaulty Cicchelli, 1999).

En el marco de una sociedad liberal, durante el siglo XIX, el pauperismo aparecería como problema dado que implicaría la obligación del Estado a brindar asistencia, educación y trabajo desde una perspectiva de derechos. La filantropía en este contexto surge como vía legítima a partir del cual difundir consejos y pautas morales de ser y estar en sociedad, siendo uno de las más promulgadas las referidas al ahorro, lo cual se convertiría en una posibilidad de autonomía para la familia. La influencia moral se establecía mediante la siguiente premisa: los consejos están antes que la entrega de bienes. (Donzelot ,2008)

Mediante la caridad se establece la posibilidad de ejercer control moral sobre la población pobre, para lo cual se realizaba *“un examen de los signos exteriores de moralidad y honorabilidad, que no registra las necesidades reales”* (Donzelot, 2008: 64)

La pobreza se entendía como consecuencia de la falta de conducta, por lo tanto, como problema individual y el sujeto pobre como único responsable. Con el propósito de comprobar la miseria de las familias es que surge la asistencia pública. (Cicchelli-Pugeaulty Cicchelli, 1999). En este contexto, comienza a pensarse la familia como espacio mediante el cual instaurar los valores y hábitos referidos a la higiene. En este sentido, Donzelot (2008) indica como médicos franceses mediante la publicación de una serie de libros incitaban a principios del siglo XVIII a la higiene, crianza y educación de los niños de las familias burguesas. En lo que respecta a las familias populares, en lugar de libros se establecía disciplina, control y vigilancia, mediante una mirada medicalizada

e higienista. Médico y cura se transforman, si bien con puntos de encuentro y desencuentro, en figuras confesoras, consejeras e instauradora de “buenos hábitos” a la interna familiar. La vigilancia se estableció también sobre las nodrizas, fuente principal de “contagio” o introducción en las familias burguesas de prácticas educativas y de crianza nuevas.

La concreción de las prácticas normalizantes para las familias pobres remite a la pérdida de la patria potestad y posterior tutelarización. Como resultado se instaurarán métodos de control y vigilancia *“facilitado por la aparición a finales del siglo XIX de toda una serie de puentes y conexiones entre la Asistencia Pública, la justicia de menores, la medicina y la psiquiatría”* (Donzelot, 2008: 89)

De esta forma, tiene lugar el surgimiento de las profesiones asistenciales, las cuales se insertaron principalmente en el ámbito judicial, asistencial y educativo. La idea de peligrosidad, riesgo e inadaptación de determinados sujetos forma parte de la intervención de dichas profesiones en estos tres espacios, los cuales actuaban instaurando prácticas normalizadoras, disciplinantes, de vigilancia y control a la interna de la familia, produciéndose tutelaje para aquellas que no se consideraban aptas para cumplir adecuadamente sus funciones según los parámetros socio-culturales de la época. La intervención médica-higienista en la vida familiar, y particularmente en la infancia “inadaptada” se concretiza mediante la psiquiatría y particularmente la psiquiatría infantil. La familia es objeto de investigación, análisis, evaluación e investigación por los distintos profesionales y situada la más de las veces en un lugar de responsabilización y culpabilización por la situación que ella o los niños transitan (Donzelot, 2008)

De acuerdo con Donzelot (2008) la lectura de toda esta realidad da cuenta del lugar preponderante asignado a tres instituciones o espacios: hospital, industria, escuela. En cuanto al primero, se transformó en espacio de control para aquellos miembros de las familias pobres indisciplinados. Mientras que la intervención médico-higienista encontró en la industria un lugar propicio para ejercer su saber basados en los riesgos a

los cuales se encontraban expuestos los trabajadores manufactureros. Finalmente, la escuela era el lugar adecuado para difundir las normas de higiene, pautas de comportamiento y moralidad de la época. El niño se transforma así en puente entre la escuela y la familia, en tanto figura trasmisora de pautas “civilizatorias”. La mujer por su parte, es la encargada de difundir las pautas higienistas y disciplinantes relativas a la crianza, educación, trabajo y “buenas costumbres” en la familia; generándole así la posibilidad de obtener mayor autonomía en relación al poder patriarcal.

Como se expondrá en el siguiente apartado toda esta realidad no fue ajena a la sociedad uruguaya de fines del siglo XIX, pautada por transformaciones en el espacio social a nivel de sensibilidades, valores, preocupaciones, temores, pautas de comportamiento y formas de ser y estar en sociedad.

Medicalización e Higienismo: particularizando el análisis en el Uruguay

Es desde fines del siglo XIX, durante la primera modernización, que en Uruguay tiene lugar el “modelo higienista” (Ortega, 2003)

Este período se caracteriza por diversas transformaciones *“en la esfera pública, en la intimidad de lo privado, en valores y mentalidades, en formas de hacer política y ciencia, pero también en transformaciones en aquellas prácticas moralizadoras que remontan su origen al siglo XVIII”* (De Martino, 1995: 25)

El devenir de la sociedad uruguaya en el Novecientos da cuenta de la influencia de la clase médica, en tanto saber/poder legitimado social, cultural, política e ideológicamente, ante una sociedad signada por el disciplinamiento y control de los cuerpos y las sensaciones. En este contexto, al decir de Barrán (1992) el Uruguay “bárbaro” fue dando paso (mediante un creciente proceso de medicalización y disciplinamiento) a un país moderno, “civilizado”.

La contracara de los procesos de medicalización fue *“la socialización del saber médico, es decir, la infiltración de los valores, la mentalidad y la sensibilidad dominante en el saber científico.”* (Barrán, 1992aa: 17)

La salud y la higiene se tornaron un valor fundamental para promover y controlar desde el saber médico, quien delimitaba lo sano, lo enfermo, lo normal. El higienismo penetró todos los ámbitos de la sociedad como ser la escuela, los hogares, los lugares de trabajo y de descanso. Así pues, estos procesos implicaron control y disciplinamiento de la población: *“control de movimiento de los habitantes, la declaración obligatoria de las enfermedades, la desinfección y el aislamiento obligatorios, la vacunación obligatoria, se fueron imponiendo sucesivamente desde fines del siglo XIX...”* (Barrán, 1995: 231)

La mujer fue quien ocupó el lugar de difusora de los valores y saberes disciplinantes transmitidos por el médico protegiendo de este modo los aspectos más íntimos de la vida de la burguesía, teniendo principal interés en los niños en tanto receptores de valores esenciales a una nueva moral. Ello permite visualizar diferencias en las formas de disciplinamiento establecidas, por un lado, para las familias pobres, y por otro para la familia burguesa, encontrando diferencias también en el lugar otorgado socialmente a la mujer. Así, mientras la primera es objeto de permanente vigilancia principalmente en lo que respecta a la educación de sus hijos, la mujer burguesa será la aliada y promotora del saber médico. (De Martino, 1995)

La estigmatización y temor hacia la pobreza estaban presentes en la época representando los criados el foco posible de contagio de infecciones y malos hábitos. (Barrán, 1994)

En lo que respecta a la psiquiatría, la misma estableció poder y control al servicio del orden social vigente en el Uruguay del novecientos, reflejando autoridad y disciplinamiento de la población transgresora de los parámetros normativos y de socialización permitidos social, política y culturalmente en esa época.

Comenzó a afirmarse la existencia de seres “fronterizos” entre lo patológico y lo normal. Este nuevo discurso científico conduciría en breve término a la psiquiatrización de toda la vida mental, pues lo que avanzaba era la patologización de lo que antes se consideraba normal y no la gradual aceptación por el orden mental establecido de lo patológico. El drama de la enfermedad mental terminaría instalándose en el centro de la vida del hombre occidental. (Barrán, 1995: 145)

Se practicaron técnicas y terapias con el propósito de disciplinar y “curar” con la premisa que “*el loco por la pena es cuerdo*”. (Barrán, 1994: 16) Varias fueron las intervenciones higienistas en este sentido:

Rapado del enfermo recién llegado para evitar la pediculosis; clionoterapia o cama forzosa durante los primeros meses de la internación ya que el lecho permitía estudiar al loco y a la vez calmarlo; inyecciones en el muslo de trementina u oxígeno en procura de crear abscesos dolorosos que impidieran el delirio y “descongestionaran” el cerebro; baños con duchas frías, de efectos higiénicos-terapéuticos... (Barrán, 1994: 16)

En este punto resulta pertinente retomar lo señalado por Ortega (2003) quien manifiesta que desde fines del siglo XIX se fue generando una nueva institucionalidad caracterizada, entre otros aspectos, por el establecimiento de instituciones con el fin de inspeccionar y controlar enfermedades infecciosas, y establecer pautas higienistas hacia la familia.

Asimismo, resulta interesante en este contexto, pensar en el origen del Servicio Social como profesión en el Uruguay analizando su lugar en estos procesos medicalizadores y de control. Según Acosta (1999) el higienismo abordó a nivel estatal –razón instrumental mediante- las secuelas de la cuestión social. Según el autor una de las protoformas del Servicio Social se encuentra en el Hospital de Caridad, mediante las hermanas de caridad, y posteriormente se materializa en 1910 la creación del Consejo de Asistencia Pública, donde el médico ocupó un lugar central. El Inspector de la Comisión de

Asistencia Pública evaluaba la situación del paciente y proporcionaba ayudas sociales (vivienda, atención médica, apoyos económicos). De igual manera, vigilaban la higiene del domicilio.

Otros antecedentes se encuentran en las “enfermeras visitadoras”, formadas por la cruz roja y las visitadoras sociales como agente subordinado al médico. (Acosta, 1999)

Una mirada a estos períodos señala como la gestión a nivel de lo social y político contó con la presencia de destacados profesionales, lo cual se vincula, por un lado, a la concreción de diversos dispositivos de medicalización de la sociedad, y por otro, la creación de la primera Escuela de Servicio Social en la órbita del Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina. (Ortega, 2003)

Este último punto resulta trascendental para el análisis que se pretende esbozar en el correr de estas páginas, puesto que el estudio y reconocimiento del pasado permite comprender el presente e iluminar el futuro. Es preciso conocer para superar. La construcción del campo profesional en su proceso histórico remite a tendencias disciplinantes, encauzamiento de desviaciones, prácticas normalizantes. Lo antedicho permite comprender que la intervención profesional se concretiza de una forma u otra en función de los espacios socio-históricos y culturales que la condicionan y sobre los cuales procura generar transformaciones.

Sobre interrogantes, tensiones y desafíos actuales en la intervención con familias

Actualmente la familia continúa siendo foco de intervenciones normalizadoras en el marco de procesos de medicalización de la sociedad, los cuales suponen la clasificación desde el saber médico según parámetros establecidos de normalidad-anormalidad, instituyendo así desde dicho saber normas. (Mitjavila, 1998) De modo que:

Lo que en el pasado era llamado crimen, locura, degeneración, pecado y aún pobreza, en nuestros días es llamado enfermedad, y la política social pasó a adoptar una perspectiva adecuada a la imputación de la enfermedad. (...) la

conducta adecuada ante la desviación es el tratamiento en las manos de una profesión responsable y diestra. (Fredison in Mitjavila, 1998: 7)

A modo analítico se pueden distinguir tres estrategias médico-sanitarias: punitivas, arbitrales y socializadoras. La primera de ellas remite al establecimiento de sanciones a sujetos que exterioricen conductas desviadas respecto a lo socialmente estipulado (ejemplo, manicomios). En cuanto a la segunda, refiere a la capacidad de permitir o no a los sujetos realizar determinadas funciones o actividades (ejemplo, certificado de aptitud laboral). Finalmente, las estrategias socializadoras indican control y vigilancia sobre los sujetos. (Mitjavila, 1998)

Resulta aquí interesante pensar en términos de los siguientes cuestionamientos: ¿Cuánto contenido punitivo, arbitral y socializador poseen hoy día las prácticas desde Trabajo Social particularmente con las familias? ¿Cuál es la demanda institucional y el marco teórico-metodológico e ideológico del que parten? ¿Cómo es pensada la familia?

Se entiende la necesidad de revisar como colectivo las prácticas demandadas a los profesionales del área social, principalmente aquellas caracterizadas por aspectos y funciones medicalizantes, las cuales podría pensarse no muy lejanas a aquellas que caracterizaron, por ejemplo, el origen del Trabajo Social como profesión.

El análisis debe proporcionar una lectura crítica en todos los aspectos que hacen al quehacer profesional. De este modo, es preciso repensar desde que y desde donde (en un sentido amplio: teórica, metodológica y éticamente) nos posicionamos como profesionales al momento de intervenir, así como también que aspectos se aceptan, cuales no; cual es el peso como colectivo ante determinadas situaciones, entre otros tantos.

El no asumir determinadas responsabilidades que se le asignan institucionalmente y políticamente a la profesión también hace a una postura ético política. En este sentido se comparte que *“la ética contemporánea se funda en la posibilidad de decir que no, no*

en la posibilidad de decir que no sin ser excluido, en la posibilidad de decir que no y seguir teniendo validez en lo que uno dice” (Matus, 2005: 61)

En este contexto, varios son los desafíos y tensiones que se presentan. En primer lugar, vale hacer referencia a cómo distintas disciplinas intervienen en la cotidianeidad de las familias en marcos institucionales diversos y como ejecutores de políticas sociales. Pero ¿cuál es el límite entre intervenir con el objetivo de restablecer derechos y la invasión en la esfera más íntima de la familia? Es decir ¿cuál es el límite entre la intervención y la moralización?

Se comparte que *“en tanto el profesional interviene sobre la expresión individualizada de la “cuestión social”, ésta se convierte fácilmente en objeto de moral, lo que abre espacio a todo tipo de valoraciones personales”* (De Martino y Espasandín, 2013: 28).

Resulta interesante retomar lo expuesto por la Prof. Cecilia Espasandín en el marco del último encuentro del programa *Cercanías* en diciembre de 2015 acerca de cómo aún persisten lógicas instrumentales, propias de la razón analítica en detrimento de lógicas teórico-filosóficas. De hecho, la misma planteaba que no es casual que los técnicos actualmente sean denominados “operadores”, y no, por ejemplo, “intelectuales”.

Es oportuno entonces pensar hacia que sujetos van dirigidas las prácticas, considerando al decir de Espasandín (2015) la herencia empirista y movimiento de reconceptualización del Trabajo Social de la década de los 60’, y la crítica a la idea romántica del Trabajador Social como agente transformador con su práctica: ¿Quiénes entonces son los sujetos políticos?

De este modo, trascender prácticas moralizantes pensadas desde la razón instrumental es un desafío, que implica una revisión crítica y colectiva en una época caracterizada por la tecnificación de la familia, donde desde el saber calificado y experto se establecen pautas que normativizan determinados roles a la interna de la misma, estableciendo así formas que indican cómo ser padres, madres, hijos. De acuerdo con Lasch “Los mismos

sucesos históricos que hicieron necesario establecer una vida privada -especialmente la familia como refugio contra el mundo cruel de la política y del trabajo, como santuario emocional, han invadido este santuario y lo han sometido al control externo. El retraimiento hacia la “privacidad” ya no sirve para apuntalar los valores amenazados de extinción” (1991: 24)

A partir de dichos procesos de tecnificación se identifican dos situaciones a considerar. Por un lado, la sobre intervención de técnicos en las familias pobres provenientes de distintos programas que dan cuenta de la segregación en las intervenciones, actuando generalmente de manera aislada una de otra, y teniendo como sujeto de intervención distintos integrantes de la familia.⁵⁷

Por otro lado, es preciso señalar la necesidad de superar visiones de responsabilización hacia la familia. Lo antedicho se refleja en ocasiones en los discursos de los profesionales al evaluar las intervenciones, en expresiones tales como: “La familia no sostuvo el proceso”. Ahora bien, a modo de ejemplo, ¿qué sucede cuando se establecen institucionalmente plazos de intervención únicos?⁵⁸ Se homogeneiza el tiempo de trabajo como si todas las realidades familiares necesitaran la misma atención en los mismos tiempos, desconociendo así toda su complejidad. Entonces, ¿los programas se adecuan a las realidades familiares o éstas deben adaptarse a aquellos? Cuando se evalúa sin éxito una intervención ¿Quién “falla” la familia o el programa? ¿Cómo se siente esa familia que “fracasa”? ¿Tiene posibilidades reales de expresión?

Tal vez muchas de las preguntas que van surgiendo no presenten respuestas claras, pero el desafío está en poder expresarlas y pensar en base a ello.

⁵⁷ A modo de ejemplo, los programas prioritarios: *Cercanías* (la familia como sujeto de intervención); *Jóvenes en red* (destinado a jóvenes entre 14 y 24 años en situación de vulnerabilidad que no estudian ni trabajan); *Uruguay Crece Contigo* (dirigido a embarazadas y primera infancia.)

⁵⁸ El programa “Cercanías”, por ejemplo, establece 24 meses como tiempo máximo de intervención con cada familia, más allá de las complejidades y singularidades que presente cada una de ellas.

Familia, políticas, cuerpos y emociones. Algunos insumos a modo de reflexión.

Las políticas sociales focalizadas en las que estas familias en situación de vulnerabilidad participan como “beneficiarios” son portadoras y constructoras de subjetividad y que al decir de De Sena y Mona “consolidan formas de ser, de hacer, de pensar, de habitar, de sentir, de percibir, que estructuran emociones” (2014:9). Esto último resulta de particular relevancia al considerar que estructuran emociones para quienes participan como “beneficiarios” de las mismas, como para quienes quedan por fuera de su atención.

En este sentido, puede afirmarse que la conformación de identidad y subjetividad de estas familias participantes se va construyendo a partir del movimiento dialéctico que según Scribano: “Está asociado al ‘cómo me veo’ y al ‘cómo la sociedad me ve’, es decir, cómo me conozco y me conocen...” (2007: 133).

De acuerdo a “cómo la sociedad me ve” resulta interesante retomar los datos provenientes de la encuestadora Equipos Mori, a saber:

La tendencia observada en 2006 continúa y se profundiza: aumenta la cantidad de uruguayos que consideran que las personas en condición de pobreza son responsables principales de su situación. La afirmación de que “hay gente necesitada en Uruguay porque los pobres son flojos y carentes de voluntad” es sostenida por casi la mitad de la población, y se ha ido incrementando de forma significativa: en 1996 era un 12%, en 2006 se había duplicado a un 26%, y en la medición del 2011 alcanza a 45% de los uruguayos. En el sentido opuesto, la cantidad de personas que consideran que “son pobres porque la sociedad los trata injustamente” ha disminuido notoriamente, de una mayoría absoluta y contundente en 1996 (77%), a 47% en 2006, y finalmente a alrededor de un tercio (34%) en 2011. (Equipo Mori, 2015: 60)

La idea que expresa que *“hay gente necesitada en Uruguay porque los pobres son flojos y carentes de voluntad”* remite a aquellas posturas conservadoras vinculadas al término *underclass* introducido en la década de los 60 pero que parece aún tener vigencia en estos discursos. El mismo designaba la pobreza desde un punto de vista moralizador y responsabilizador. Se culpa a los sujetos pobres por su situación. De modo que *“o foco de análise privilegiava os componentes culturais, deixando de lado as dimensões estruturais dos problemas que afetavam estas populações”* (Kowarick, 2003: 64)

El informe agrega además lo siguiente:

El cambio en las creencias sobre las causas de la pobreza se vincula al cambio en otras percepciones sobre el contexto. A diferencia de algunas décadas atrás, se visualiza que el gobierno está tomando las acciones adecuadas para combatir la pobreza (43%), y que escapar de la pobreza efectivamente “es posible” (60%). En este contexto, parte de la responsabilidad por la permanencia en situaciones de pobreza se traslada hacia los propios pobres y su actitud. Esta creencia, llevada a un extremo, puede ser conducente a la estigmatización y la intolerancia social hacia la pobreza. (Equipos Mori, 2015: 15)

A partir de la información mencionada cabe preguntarse ¿cómo se perciben estas familias pobres? ¿Cómo se sienten? ¿Cómo conforman a partir de ello su subjetividad? ¿Cómo construyen el *“cuerpo imagen”* (Scribano, 2000)?

El cuerpo imagen es un indicador del proceso de como veo que me ven. Por su parte, el cuerpo piel señala el proceso de como siento-naturalmente el mundo; y el cuerpo movimiento es la inscripción corporal de las posibilidades de acción. Las interacciones entre cuerpo imagen, cuerpo piel y cuerpo movimiento son tomadas como señaladores (indicadores) de la dominación social y como localizadores de enclasmiento. (Scribano, 2000: 28)

Las percepciones como *“modo naturalizado de organizar el conjunto de impresiones que se dan en un agente”*. (Scribano, 2000:29) y los discursos, se materializan en acciones (u omisiones) que responden a condiciones socio-históricas y materiales, sobre las cuales también se funda la intervención profesional.

Los fragmentos presentados de la opinión pública respecto a la pobreza, dan cuenta de la idea del sujeto, desde su singularidad, como responsable exclusivo de sus padecimientos y sufrimientos, y de acuerdo a ello también responsable de las acciones que se deben llevar adelante para salir de esa situación.

Resulta interesante plantear, en este sentido, las diferencias en relación a cómo los sujetos vivencian las expresiones del sistema capitalista actual. Mientras que para unos los niveles de desigualdades generados por el mismo son vividos como injusticias que requieren de una fuerte presencia e intervención estatal, para otros superar dichas desigualdades dependerá del esfuerzo y voluntad personal.

Las sensibilidades vinculadas a la intervención estatal (políticas sociales) genera que en función de cómo sea vivenciado y percibida la pobreza, se creen imágenes acerca de quiénes serían los merecedores de intervención estatal. De modo que, las políticas sociales en tanto creadoras de subjetividad y estructura de sensibilidades *“instituyen y reproducen (provocando, imponiendo y/o anulando, reprimiendo) ciertas imágenes, modelos y estereotipos de sociedad, de sujeto, de mujer, de trabajo, de familia, de emociones, etc., configurando así estructuras de sensibilidades que afectan las formas de vivenciar (se) de los sujetos intervenidos*. (De Sena; Mona, 2014: 13)

Entonces, ¿cómo se vivencian y son vivenciados los sujetos intervenidos que generación tras generación han sido testigos de la reproducción de la pobreza? ¿Cómo se interviene a partir de ello?

Tal como se mencionaba en los anteriores apartados las protoformas de la profesión remiten a prácticas higienistas, medicalizantes sobre cuerpos que se debían controlar, disciplinar. La pregunta que hoy día es preciso hacerse es si se lograron superar dichas

prácticas o hay vestigios de ellas. Se continúa intervenido sobre cuerpos que históricamente han sido explotados, dominados, sumidos en la miseria.

Es preciso poner en juego el cuerpo, reconocer que emociones despertamos en el encuentro con el otro; encuentro que no deja de ser asimétrico en lo que al poder concierne.

Lo que sabemos del mundo lo sabemos por y a través de nuestros cuerpos, y si ellos permanecen en inacción lo que hacemos es lo que vemos, lo que vemos es como dividimos el mundo. En ese ahí-ahora se instalan los dispositivos de regulación de las sensaciones, mediante los cuales el mundo social es aprehendido y narrado desde la expropiación que le dio origen a la situación de dominación. (Scribano, 2000:28)

En su devenir histórico la figura del Trabajador/a Social se presenta como agente que regula cuerpos y emociones mediante el establecimiento de medidas (principalmente médico-sanitarias), interviniendo sobre aquellos sujetos que mediante su conducta inadaptada requieren el establecimiento, en términos de Scribano (2000) de *dispositivos de regulación de sensaciones*.

Mediante la intervención con políticas sociales se delimita lo que se considera problemático, se clasifica sobre quien se debe intervenir, generando acciones tendientes a evitar y contener el conflicto social. Hasta dónde son “soportables” los niveles de desigualdad, injusticia y pobreza, dependerá de lo establecido en cada momento socio-histórico y cultural concreto, dependiendo de los intereses en juego.

Asimismo, las políticas sociales “*tienen la capacidad de definir quiénes y por qué son considerados “anormales”, y cuáles son los parámetros de normalidad. Normalidad/anormalidad no obedece, entonces, a parámetros naturales ni divinos, sino que es producto de una particular configuración que se materializa en el seno de la estructura estatal y de sus intervenciones, en cada momento histórico de una manera particular*” (Cena, 2014: 164)

De modo que, la política social, en tanto medida paliativa que no va resolver las situaciones estructurales de un sistema que excluye, niega y desecha infinidad de sujetos, se transforma en una acción que contiene y reproduce lo mismo que desde lo discursivo pretende eliminar; transfiriendo, al decir de Cena (2014) más allá de bienes materiales, modos conductuales de ser y estar en sociedad, comprometiendo el régimen de sensibilidad de los sujetos intervenidos.

En suma, la discusión que se pretendió exponer remite a las distintas intervenciones técnicas -políticas sociales mediante- hacia las familias pobres. Se produce hacia las mismas una invasión de técnicos (portadores de un saber experto y legitimado) que establecen e instituyen roles, en tanto formas aceptadas socialmente de ser padres, hijos, alumnos, etc.

Como fuera expuesto al comienzo del trabajo, esto no representa una nueva realidad, por el contrario, remite al surgimiento de las profesiones asistenciales que tenían como objetivo encauzar conductas, controlar emociones y disciplinar cuerpos. Entendiendo este último como “el punto de partida y llegada de todo intercambio o encuentro entre los seres humanos. (...). El cuerpo es parte nodal de cualquier política de identidad y es el centro de la reproducción de las sociedades”. (2005: 98)

De este modo, las políticas sociales se presentan como creadoras de sociabilidades, vivencialidades y sensibilidades, y por ende creadoras de realidad. (Scribano; De Sena, 2015)

Actualmente el ejercicio de la práctica profesional con familias da cuenta de políticas sociales que son reproductoras de lógicas hegemónicas del sistema de acumulación capitalista actual que han sido interiorizadas casi imperceptiblemente. La familia se presenta, en este contexto, como espacio en el cual reproducir aquellas formas “válidas” y “aceptadas”, siendo necesario intervenir, mediante la corrección y el control sobre aquellas que no responden de igual manera.

Finalmente, es preciso considerar desde que lugar se piensa y que lugar se les atribuye a los sujetos beneficiarios de las políticas sociales. De este modo, ¿se les propone un lugar activo o pasivo? Pensar en clave de superar miradas paternalistas y asistencialistas del Estado hacia los sectores pobres, generando tutelaje en las intervenciones, se torna fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, L. (1999) "Consideraciones sobre la historia del Servicio Social" en temas de Trabajo Social. Ciclo Básico. FCS, UdelaR. Montevideo.
- Barrán, J. P. (1995) "Medicina y sociedad en el Uruguay del 900". Tomo 3. "La invención del cuerpo." Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J.P. (1994) "Poder psiquiátrico y control social en el Novecientos". En Revista Historia y Docencia. Año I Nº 1 Julio. Revista de la asociación de profesores de Historia del Uruguay.
- Barrán, J.P. (1992a) Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1. "El poder de curar". Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J.P. (1992) "Historia de la sensibilidad en el Uruguay" Tomo I La cultura bárbara (1800-1860). Tomo II El disciplinamiento (1860-1920) Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Cicchelli-Puegeault, C. y Cicchelli, V. (1999) "Las teorías sociológicas de la familia". Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión
- De Martino, M (2007) "Familia y Políticas sociales en los noventa. Gubernamentalidad: una perspectiva analítica" En: De Martino, M y Morás, L.E (comp.) Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay actual. Montevideo: Ed. Cruz del Sur
- Martino, M (1995) "Una genealogía de la familia uruguaya: familia y modernización en el Uruguay del 900" Revista Fronteras Nº1

- De Martino, M. y Espasandín, C. (2013) "Notas teóricas sobre prácticas profesionales" Revista de Trabajo Social-FCH-UNCPBA.
- De Sena, A. (2014) (comp). "Las políticas hecha cuerpo y lo social devenido emoción: lecturas sociológicas de las políticas sociales." Buenos Aires: ESEditora.
- De Sena, A., & Cena, R. (2014). ¿Qué son las políticas sociales? Esbozos de respuestas. *Las políticas hecha cuerpo y lo social devenido emoción: lecturas sociológicas de las políticas sociales. Estudios Sociológicos Editora/Universitas. Editorial Científica - - Universitaria. Buenos Aires-Córdoba, 19-50. Estudios Sociológicos Editora/Universitas. Editorial Científica Universitaria. Buenos Aires-Córdoba, 19-50.*
- Donzelot, J. (2008) "La policía de las familias". Buenos Aires: Nueva Visión
- Duschatzky, S (comp) (2001) "Tutelados y Asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad" Buenos Aires: Paidós
- Equipos Mori (2015) Los valores en Uruguay: entre la persistencia y el cambio. Estudio Mundial de Valores. Disponible en: http://www.equipos.com.uy/archivos/novedades_252_129_Estudio_Mundial_Valores_Informe.pdf. Consultado en diciembre de 2015
- Kosik, Karel (1967) "Dialéctica de lo concreto" México: Ed. Grijalbo, México.
- Kowarick, Lúcio. (2009). "Viver em risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil". Editora 34
- Lasch, C. (1991) Refúgio num mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada? Sao Paulo: Editora Paz e Terra.
- Lewkowicz, E. D. L. A. I., y de la Aldea, E. (1999). "La subjetividad heroica."
- Matus T. (2005). "El trabajo del concepto. Una urgencia política para Trabajo Social" en "La investigación en Trabajo Social". Volumen V. Publicación Post-Jornadas. 1era. Edición. Área Producción y Publicaciones. Secretaría de Extensión e Investigación. FTS – UNER
- Mitjavila, M (1998) "El saber médico y la medicalización del espacio social". Departamento de Sociología. FCS. Documento de Trabajo N°33

- Ortega, E (2003) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad Uruguay en el período neobatlista. Tesis de Maestría. Udelar. Montevideo, Uruguay.
- Scribano, A. O. (2000). "Encuentros creativos expresivos: una metodología para estudiar sensibilidades". Buenos Aires: ESEditora.
- Scribano, A. (2005). La batalla de los cuerpos: ensayo sobre la simbólica de la pobreza en un contexto neo-colonial. En: "Itinerarios de la Protesta y del Conflicto Social". Centro de Estudios Avanzados. UNC, Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Sociales. UNVM. Córdoba.

- Scribano, A. (Comp.). (2007) Mapeando Interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones. CEA—CONICET-Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba Jorge Sarmiento Editor.

- Scribano, A. (2015), ¡Disfrútalo! Una aproximación a la Economía Política de la moral desde el consumo. Buenos Aires: El aleph.